

Wichtig sei eine offene Fehlerkultur im Krankenhaus, von ihr profitierten nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Patienten. Doch setze diese eine entsprechende Einstellung der Vorgesetzten und die Bereitschaft zu einer nicht strafenden Herangehensweise an die Problematik voraus. Ein überkommenes Fehlerverständnis, aber auch mangelhafte organisatorische Strukturen sowie fehlende finanzielle Anreize gehörten zu den Einflussfaktoren, die sich negativ auf die Patientensicherheit auswirkten.

### ■ Auf der Basis eigener Erfahrungen

Angela Dick, Pflegedirektorin am Bremer Klinikum Links der Weser, wies darauf hin, dass ihr Haus bei der Vorbereitung auf die Rezertifizierung sehr von seiner langen QM-Tradition – schon 1993 wurde ein professionelles QM-System implementiert – profitiert habe. Auf eine externe Beratung sei dabei ganz bewusst verzichtet worden. Neben dem großem QM-Engagement der Mitarbeiter hätten sich insbesondere die bei der Erstzertifizierung gemachten Erfahrungen als sehr nützlich erwiesen, um darauf aufbauen zu können. Immer sei bei der Erarbeitung des neuen Selbstbewertungsberichts unter Berücksichtigung der zu hebenden Optimierungspotenziale gefragt worden: Warum? Was hat sich geändert? Die hohe Identifikation der Mitarbeiter mit dem Verfahren und mit dem Haus habe auch die Visoren beeindruckt. Insgesamt lasse sich feststellen, dass sich der von allen im Zusammenhang mit dem KTQ-Verfahren 5.0 durchgemachte Lernprozess, die Umsetzung von hinterlegten Regelungen, Dienst- und Verfahrensanweisungen in „gelebte QM-Kultur“, im Klinikum „absolut positiv“ ausgewirkt habe. Die unterschiedlichen Berufsgruppen seien sensibler für die Probleme von Mitarbeitern aus anderen Kliniken geworden, man sei enger zusammengewachsen. Der Selbstbewertungsbericht, ergänzt durch die Fremdbewertung, stelle „einen unglaublichen Schatz für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Unternehmens“ dar. Als Ergebnis der Rezertifizierung nach 5.0 werde man 2007 ein internes QM-Zahlen-System für das Klinikum Links der Weser, aber auch für die gesamten Häuser der Gesundheit Nord einführen.

### ■ Praxisbeispiele zum Umweltschutz

Martin Scherrer, Ressortleiter Krankenhausökologie im Universitätsklinikum Freiburg, erläuterte anhand von zahlreichen Beispielen, wie in seinem Klinikum Umweltschutz praktiziert wird. So sei es durch die Verringerung der Abfuhrhäufigkeit der Hausmüllcontainer gelungen, pro Jahr 3 600 € einzusparen. Auch andere Maßnahmen hätten dazu beigetragen, durch das Vermeiden von Abfallkosten zu reduzieren. Allein durch den Verzicht auf Plastiküberschuhe (Jahresverbrauch: 131 400 Stück) habe man jährlich 2 773 € sparen können. Der Einsatz von Mehrwegprodukten trage ebenfalls dazu bei, die Umwelt „und die Kassen“ zu schonen, was an der Gegenüberstellung des jährlichen Verbrauchs an Einweg- und Mehrweg-Bauchtüchern überzeugend dargelegt wurde. Weitere Kosteneinsparungen ließen sich durch die Wiederaufbereitung von Einwegprodukten wie Atemtrainern, Sondenkostspritzen, Beatmungsschläuchen und Herzkathetern, eine Optimierung der Abfallwirtschaft, beispielsweise durch eine Reduktion der Menge infektiöser Abfälle und die dezentrale Sammlung von Wertstoffen erreichen. Als Alternativen zur Verringerung der Abwasserbelastung führte Scherrer unter anderem den gezielten Einsatz von Desinfektionsmitteln mit guter Abbaubarkeit, die Verbesserung der Kontrastmittelgabe beim Röntgen und die Anwendung biologisch besser abbaubarer Zytostatika an. Besonders eindrucksvoll fiel die in Freiburg durch den Verzicht auf unnötige Fußbodendesinfektion erreichte Ersparnis aus: 32 000 € pro Jahr. Scherrer betonte, dass als Voraussetzungen für die Einführung eines Umweltmanagementsystems im Krankenhaus neben einer uneingeschränkten Bereitschaft der Klinikleitung und der Unterstützung des Trägers vor allem umfangreiche Aufklärungsmaßnahmen mit detaillierten und leicht zugänglichen Informationen erforderlich seien.

Der KTQ-Award wurde diesmal an 3 Preisträger vergeben: Das Marienhospital Osnabrück erhielt ihn für die beste Fremdbewertung bei der Rezertifizierung nach pCC/KTQ in 2005. Die Münsterklinik Zwiefalten-Zentrum für Psychiatrie und das Marienhospital in Brühl wurden für ihren letzten Jahr noch freiwilligen Einsatz der Katalog-Version 5.0 ausgezeichnet.

## 2. Zentraler Personalkongress der Krankenhäuser

Gut qualifiziertes und motiviertes Personal ist die wichtigste Ressource der Krankenhäuser, die Personalkosten machen gut  $\frac{2}{3}$  der Krankenhauskosten aus – das Thema Personalmanagement wird in Zeiten notwendiger Umstrukturierungen in den Kliniken immer wichtiger. Dies machte auch der vom Versorgungswerk KlinikRente und der Deutschen Krankenhausgesellschaft organisierte 2. Zentrale Kongress „Personalmanagement im Krankenhaus“ am 19./20. Oktober 2006 in München deutlich. Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiesen Hauptgeschäftsführer Georg Baum und Geschäftsführer Dr. Martin Walger darauf hin, dass die Thematik Personalführung und -entwicklung auf der Agenda des Krankenhausmanagements ganz oben anzusiedeln ist. Nicht zuletzt das stetige Auseinanderdriften der Kosten- und Erlösentwicklung sowie die aktuellen tarifvertraglichen und arbeitszeitbezogenen Entwicklungen stellen die Krankenhausleitungen vor riesige, in einzelnen Punkten wie der Bereitschaftsdienstthematik kaum lösbare Herausforderungen.

Dass die Krankenhäuser in dieser prekären Situation von der Politik in Berlin kaum mit Hilfe zu rechnen haben, machten BDPK-Geschäftsführer Thomas Bublitz als Moderator und Georg Baum als erster Kongressreferent deutlich. Baum hatte in seinem Überblick über den aktuellen Stand der Gesundheitsreform aus der Sicht der Krankenhäuser „viel Negatives und wenig Positives“ zu berichten. Unter anderem sprach er von einer „Missachtung des betriebswirtschaftlichen Backgrounds“ der Krankenhäuser und einer „Provokation“ angesichts einer ohnehin massiven Kostenlawine. Der geforderte „Sanierungsbeitrag“ zu Gunsten der GKV treffe die Krankenhäuser, die selber teilweise sanierungsbedürftig seien, sehr hart und könne von vielen Klinikbeschäftigten, die nicht selten seit Jahren aufgrund der strengen Budgetierung auf Gehaltsbestandteile verzichten müssten, nur als „Hohn“ empfunden werden. Der Staat müsse seiner Verantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung gerecht werden, in der Milliardensummen alleine für die beitragsfreie

Mitversicherung von Kindern aufgebracht würden.

### ■ Doppelter Alterungsprozess hat Konsequenzen auch für die Krankenversicherung

Die Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherungssysteme werden durch den doppelten Alterungsprozess in der Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten dramatisch ansteigen. Für das Jahr 2050 errechnet Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Professor für Finanzwissenschaft an der Universität Freiburg, einen GKV-Beitragsatz von 18 Prozent nach dem Status quo respektive über 28 Prozent unter Berücksichtigung kostentreibender Faktoren. Schon 2030 werde es im Vergleich zu heute doppelt so viele Kranke und Rentner in der GKV geben bei  $\frac{2}{3}$  der heutigen Beitragszahler. In der Pflegeversicherung müssten 2045 gut die Hälfte der heutigen Beitragszahler die Kosten für 3 Mal so viele Pflegebedürftige aufbringen. Die GKV berge eine Nachhaltigkeitslücke von knapp 77 Prozent des BIP (ca. 1,7 Bio. €.) Aufgrund der demographischen Verschiebungen sei es unabänderlich, in der GKV ähnliche Anpassungen vorzunehmen wie in der Rentenversicherung. Der „Generationenvertrag“ der GKV sichere künftig höchstens eine medizinische Basisversorgung. Die

Rationierung von Leistungen sei eine notwendige Folge der demographischen Entwicklung. Für unabweisbar hält Raffelhüschen zum Beispiel die komplette Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus der GKV und eine drastische Anhebung der Eigenbeteiligung der Patienten. Politisch stelle sich die Frage, ob die fällige Rationierung medizinischer Leistungen durch den Staat im Wege bürokratischer Entscheidungen, verbunden mit Wartelisten wie in England oder Norwegen, vorgenommen werde oder ob die Selektierung durch Wettbewerbspreise erfolge. Hier sei eine „Entscheidung zwischen Staat und Markt“ notwendig, wobei die gegenwärtig diskutierte Gesundheitsreform die Weichen offenbar in Richtung auf eine stärker staatlich gelenkte Medizin stelle.

### ■ Mitarbeiter befürworten Leistungsorientierung

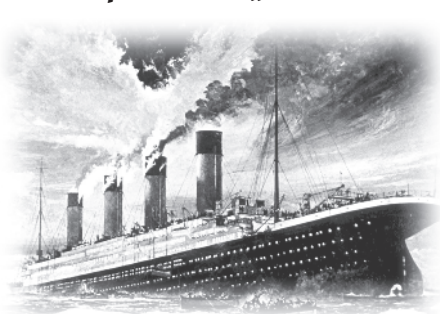
Der Präsident der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), Dr. Thomas Böhle, selber als berufsmäßiger Stadtrat und Personaldezernent von München für tausende Beschäftigte verantwortlich, führte den Kongressteilnehmern die Aufgaben der Personalführung bei der Ausgestaltung der Leistungsentgelte im Krankenhaus vor Augen. Die leistungsorientierte Bezahlung sei das „Herzstück“ des TVÖD

und stelle vor dem Hintergrund der geforderten Kostenneutralität eine zentrale Herausforderung dar. Zielsetzung sei es, die öffentlichen Dienstleistungen über eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung zu verbessern, die Motivation, die Eigenverantwortung und die Führungskompetenz der Mitarbeiter zu stärken und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Wettbewerbsfähigkeit öffentlicher Betriebe zu erreichen. Die Entwicklung eines betrieblichen Leistungssystems, das Controlling des Systems und die Behandlung von Beschwerdefällen müssten in Kooperation mit der Mitarbeitervertretung auf der Grundlage der vorgeschriebenen betrieblichen Vereinbarungen und der Einschaltung der „betrieblichen Kommissionen“ gestaltet werden.

Die Elemente „Führung auf Probe“, „Führung auf Zeit“, „leistungsbezogener Stufenaufstieg“ und „Leistungsentgelt“, Letzteres in den Varianten „Leistungsprämie, Leistungszulage und Erfolgsprämie“, schafften ein differenziertes Instrumentarium für die Personalführung und -entwicklung. Auch Zahlungen an Gruppen seien möglich. In einer groß angelegten Befragung (Rücklaufquote 46 Prozent) haben sich über 60 Prozent der kommunalen Beschäftigten in München für eine leistungsorientierte Bezahlung



Vielfältige Facetten des Personalmanagements im Krankenhaus beleuchtete der von „KlinikRente“ unter Mitwirkung der DKG durchgeführte 2. Zentrale Kongress Personalmanagement am 19./20. Oktober 2006 in München. Links ein Blick in den Veranstaltungssaal im Sheraton-Hotel, rechts im Vordergrund: Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, BDPK-Geschäftsführer Thomas Bublitz, DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum, Hubertus Mund, Geschäftsführer von „KlinikRente“. Der 3. Zentrale Personalkongress der Krankenhäuser findet am 24. und 25. September 2007 in Dresden statt. Im Rahmen des Get together am Abend des ersten Kongresstages werden die Teilnehmer die neu eröffnete Frauenkirche besuchen.

**Das Beispiel von der „Titanic“**

gut hätte die Titanic die letzten noch schwimmenden Rettungsboote kurz vor dem Untergang an Bord hieven können, um sich damit zu retten.“

*Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen*

„Grundsätzlich ist es wünschenswert, dass mehr Versicherte vom umlagefinanzierten in ein kapitalgedecktes System wechseln. Die Tendenz, im Rahmen einer Bürgerversicherung die Basis der PKV zu schmälern und immer mehr Versicherte von der privaten in die gesetzlichen Kassen zu ziehen, ist ein hilfloser und untauglicher Rettungsversuch für das „sinkende Schiff“ GKV. Ebenso

könne. Die Bildung und Umsetzung von „Zielentgelten“ erfordere einen großen defintorischen Einsatz und eine sorgfältige individuelle Anwendung bei den einzelnen betroffenen Mitarbeitern. Das Engagement zur Ermittlung der individuellen Arbeitsleistung müsse in einem angemessenen Verhältnis zum realen Ergebnis in Form einer Prämie oder einer Erfolgsbeteiligung stehen. Jede Leistungsvergütung habe schon vom Ansatz her ein Problem bei der Zieldefinition, insbesondere bei der Bildung einer widerspruchsfreien Zielhierarchie.

ausgesprochen. Mehr als 70 Prozent befürworten, dass herausragende Leistungen honoriert und verbindliche Leistungskriterien definiert werden. Die Bedingung ist nach der Meinung fast aller Befragten, dass es „klare Kriterien“ für die entsprechenden Entscheidungen geben soll.

Alles, was im Bereich der Leistungsorientierung getan werde, muss nach Böhles Überzeugung in ein messbares Kontrollsystem eingebunden sein. Hierfür seien Methoden der Leistungsmessung über Zielvereinbarungen (ZV) und die Systematische Leistungsbeurteilung (SLB) konkret zu entwickeln und einzusetzen. Böhle empfahl ein Verknüpfungsmodell verschiedener Komponenten, die jeweils mit einem Prämienanteil verbunden werden könnten. Der Einstieg mit einer einpro-

zentigen Umfinanzierung der ständigen Monatsgehälter eröffne zum Beispiel die Chance, für 10 Prozent der Mitarbeiter ein ganzes zusätzliches Monatsgehalt zu finanzieren. Dieser Spielraum werde in den kommenden Jahren weiter wachsen. Ob jedoch und wann die anvisierte Höhe von 8 Prozent erreicht werde, sei offen.

In der Diskussion des Plenums wurde herausgestellt, dass die Ärzteschaft aufgrund der tariflichen Vereinbarungen mit dem Marburger Bund nicht in diese Regelungen einbezogen sind, weshalb die Wirksamkeit des TVöD an dieser Stelle insbesondere auch hinsichtlich des zu leistenden Aufwandes im Verhältnis zu den umzuverteilenden Beträgen aus der Sicht der Praktiker im Personalmanagement der Krankenhäuser mit einem Fragezeichen versehen wurde.

Ohne Einzelheiten preiszugeben, skizzierte Nierhoff den laufenden Prozess zur Weiterentwicklung der Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) in der Arbeitsrechtlichen Kommission (AK) des Deutschen Caritasverbandes (DCV) unter Vorsitz von Domprobst Dr. Norbert Feldhoff. In der von je 28 Vertretern der „Dienstnehmer“ und der „Dienstgeber“ gebildeten Kommission fallen die Beschlüsse mit 75 Prozent der Mitglieder. Gegenstand der Beratungen sind unter anderem die Einführung variabler Vergütungsbestandteile mit stärkeren leistungsbezogenen Elementen und der künftige Ordnungsrahmen für die AK. Betroffen sind 485 000 Beschäftigte in ganz Deutschland, davon allein 200 000 in NRW. 40 Prozent der Mitarbeiter arbeiten in Krankenhäusern, 60 Prozent in anderen Einrichtungen. In Unterkommissionen werden zum Beispiel Fragen der Arbeitszeitverlängerung und der Streichung oder Stundung von Gehaltsbestandteilen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld verhandelt. Die künftige Ordnung der AK wird durch die Delegiertenversammlung des DCV entschieden und von der Bischofskonferenz in Kraft gesetzt. In dem Projekt stehen unter anderem Fragen der Regionalisierung, ein Spartentarif, das Vermittlungsverfahren und die Gründung eines Tarifinstituts zur Debatte. Angestrebter Termin ist der 1. Januar 2008.

## ■ Zitate vom 2. Zentralen Kongress Personalmanagement

„Krankenhäuser sind das Herzstück der Wachstumsbranche Gesundheitswesen.“

*Friedhelm Gieseler, Geschäftsführer des Versorgungswerkes KlinikRente*

„Fiskalismus in der Gesundheitspolitik geht zu Lasten der Humanität. ... Die Politik erkennt einfach nicht, dass sie die Probleme im Gesundheitswesen durch massive Verschiebungen innerhalb der Sozialversicherung selbst verursacht hat.“

*DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum*

„Hilfen für die Krankenhäuser aus Berlin sind eher nicht zu erwarten.“

*Thomas Bublitz, Geschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken*

## ■ Ungelöste Probleme

Dass die leistungsorientierte Bezahlung nach dem TVöD respektive analog nach AVR eine ganze Reihe von Problemen und ungelösten Fragen aufwirft, machte der Vortrag von Geschäftsführer Günther Nierhoff von der Kath. Johannes-Gesellschaft gGmbH in Dortmund deutlich. Nierhoff reklamierte einen erheblichen Unterschied zwischen Theorie und Praxis. Schon beim Abschluss von Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten habe sich hinsichtlich der Motivation zur Mitwirkung eine gewisse Ernüchterung breit gemacht. Auch auf der Seite der Krankenhausverantwortlichen mangle es häufig an klaren Zielvorstellungen, weshalb zwischen Aufwand und Ertrag der „Leistungsorientierung“ oftmals eine beträchtliche Lücke klaffen

## ■ Krankenhäuser auf dem konkreten Weg der Umsetzung

Vertreter von großen Krankenhäusern aus Berlin, Ingolstadt, Köln sowie aus der Schweiz berichteten beim Münchner Kongress über den Stand der Umsetzung leistungsbezogener Vergütungs- und Mitarbeiterbeurteilungssysteme bzw. von ersten Elementen

einer Implementierung. So berichtete Matthias Stulpe, Personalleiter und stellvertretender kaufmännischer Direktor, über die differenzierte Einführung eines Leistungsbeurteilungssystems im Unfallkrankenhaus Berlin unter anderem mit dezidierten Zielvereinbarungen im AT-Bereich unter besonderer Berücksichtigung des Profit-Center-Gedankens. Heribert Fastenmeier, Geschäftsführer der Klinikum Ingolstadt GmbH, präsentierte erste Erfahrungen mit Leistungsbeurteilungssystemen unter den Bedingungen des TVöD. Personaldezernent Dr. Nicolai Kranz berichtete über Zielvereinbarungen mit Führungskräften der Verwaltung und des klinischen Bereichs am Universitätsklinikum Köln. Rolf Brüderlin, Personal- und Organisationsentwickler aus der Schweiz mit langjähriger eigener Praxiserfahrung im Krankenhaus, gab einen Einblick in die Einführungsphase des Instrumentes der Mitarbeiterbeurteilung mit Vergütungskonsequenzen am Universitätsklinikum Zürich mit ca. 6 000 Beschäftigten.

Dass der Zentralkongress Personalmanagement von „KlinikRente“ eine der wenigen Veranstaltungen in Deutschland ist, die sich ausschließlich dem Personalthema in seiner ganzen Breite widmen und den Personalverantwortlichen in den Krankenhäusern einen ganzen Strauß von praxisrelevanten Inhalten bietet, zeigte die weiteren Referenten des Kongresses, unter ihnen Dr. Hans Friedrich Eisenmann, Präsident des LAG Brandenburg, der ausführlich zur aktuellen Rechtsprechung im Arbeitsrecht Stellung nahm, insbesondere zum facettenreichen Thema der Kündigung von Arbeitsverhältnissen und zur Befristung von Arbeitsverträgen. Ralf Klaßmann und Astrid Schulte von der BDO Deutsche Waren-treuhand AG in Köln stellten arbeits- und steuerrechtliche Aspekte bei der Ausgliederung und Arbeitnehmerüberlassung in den Mittelpunkt ihrer Referate, immer auch unter der Beachtung aktueller Rechtsprechung. In den Kern der Betrachtung rückten dabei unter anderem die Voraussetzungen eines Betriebsübergangs nach § 613 a BGB, die konkrete Ausgestaltung umsatzsteuerlicher Organschaften und die umsatzsteuerliche Behandlung von Personalüberlassungen und -gestellungen.

„Kostenreduktion durch aktives Vorsorgemanagement im Krankenhaus“ lautete der Vortrag von Hubertus Mund, Geschäftsführer des Versorgungswerks KlinikRente. Anhand konkreter Zahlen wies er nach, dass sich im Bereich der Führungskräfte die VBL sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer immer weniger auszahlt und die Kostenrisiken aus der Altersversorgung drastisch zunehmen. Mund sieht die Aufgabe eines strategischen Personalmanagements des-

halb in der aktiven Auseinandersetzung mit der Frage langfristiger Personalplanung und -entwicklung. Dazu gehört es seiner Auffassung nach, eine leistungsorientierte Vergütung mit intelligenten Vorsorgemöglichkeiten für Führungskräfte unter den Bedingungen moderner Tarifverträge zu verbinden. Die von ihm vorgestellten Lösungsansätze erreichen eine hohe Effektivität sowohl hinsichtlich der Kostensituation als auch einer verbesserten Motivation der Beschäftigten. ■

## E-Health-System

### sundhed.dk – das intelligente Gesundheitsportal für Dänemark

#### E-Health-Portal vernetzt Bürger und nahezu alle Einrichtungen des Gesundheitswesens in Dänemark

Seit den 1990er Jahren setzt Dänemark im Zeichen von Patientenfreundlichkeit und Effizienz auf Informationstechnologie. Das Land im Norden Europas nimmt heute mit seinem Gesundheitsportal sundhed.dk (sundhed = Gesundheit) im Bereich E-Health eine führende Rolle ein. sundhed.dk ist eine öffentliche, internetbasierte Lösung, die sowohl den dänischen Bürgern als auch den im Gesundheitswesen Tätigen und den Gesundheitseinrichtungen allgemeine und individualisierte Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellt. Wichtiger Bestandteil des Gesundheitsportals ist die elektronische Patientenakte, die für über 2,2 Mio. Versicherte online verwaltet und geführt wird. Angeschlossen an das System sind nahezu alle Krankenhäuser und Kliniken, Apotheken, Labore und Allgemeinärzte sowie über 70 Prozent der Fachärzte. Ziel ist es, mit sundhed.dk die Qualität der Behandlung und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Bereits seit mehreren Jahren ist das dänische Gesundheitsportal online und gilt bis heute als eines der gelungensten Beispiele für E-Health als Basis einer effizienten integrierten Versorgung in Europa. Allgemeine Informationen zu Krankenhäusern, Kliniken, Ärzten, Krankheiten und Behandlungen

werden durch sundhed.dk mit persönlichen Patienteninformationen verknüpft. Die Daten werden von allen Beteiligten gemeinsam genutzt.

sundhed.dk verwaltet nicht nur rund 2,2 Mio. Patientenakten, sondern vernetzt nahezu alle Krankenhäuser, Kliniken, Apotheken, Krankenversicherer, Allgemein- und Fachärzte und Labore im Land. Offene Standards ermöglichen die Integration unterschiedlicher IT-Systeme.

#### ■ Patientenakte als Erfolgsfaktor

Mittels des Gesundheitsportals können Patienten eine aktive Rolle bei ihrer Behandlung übernehmen. Über ein Passwort und eine digitale Signatur erhalten sie einen einfachen und sicheren Zugriff zu allen persönlichen Gesundheitsinformationen. Die Interaktion mit dem Gesundheitservice ermöglicht es, online Arzttermine zu buchen, Rezepte zu erneuern oder Konsultationen per gesicherter E-Mail in Anspruch zu nehmen. Zudem behalten die Patienten ihre eigene Medikation im Blick. Das ist vor allem für Menschen hilfreich, die täglich viele Medikamente einnehmen müssen. Von den persönlichen Gesundheitsdaten ist die Registrierung als Organspender nur einen Mausklick entfernt. Zudem lassen sich per sundhed.dk Wartelisten von Krankenhäusern abfragen.

Für Transparenz ist außerdem insofern gesorgt, als die Patienten im Internet auf ihrer Gesundheitsseite, die individuell eingerichtet werden kann, erkennen, welcher Arzt ihre Daten eingese-