



elektronische post

Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft

Sendung 1

Hamburg, den 6. Mai 2000

Dr. med. Ulrich Paschen

Annehmbarkeit und Patientenzufriedenheit

Kundenorientierte Qualität

Der Wunsch nach mehr Patientenorientierung hat im medizinischen Qualitätsmanagements vielfach den Eindruck entstehen lassen, dass sich medizinische Leistungen über Befragungen der „Kunden“ evaluieren ließen. Vorbild ist die Konsumentenzufriedenheit, die dann eintritt, wenn die Eigenart eines Produktes oder einer Dienstleistung die subjektiven Erwartungen befriedigt. Der Konsument soll darüber Zutrauen zum Hersteller gewinnen und eine anhaltende Bindung an Marke oder Produkt entwickeln.

Die Unzufriedenheit vieler Patienten mit dem Umfeld der Krankenhausbehandlung und sich ankündigende Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten haben die Patientenzufriedenheit zum Zielkriterium der Krankenhausleistungen aufsteigen lassen. Die Unklarheit der Methodendiskussion und die ökonomische Belastung der Krankenhäuser durch routinemäßige Befragungen erlauben die Frage, ob das Konzept der Patientenzufriedenheit hält, was seine Protagonisten uns dazu versprechen. Hier wird die Auffassung vertreten, dass „Patientenzufriedenheit“ ein unzureichend ausgearbeitetes Konzept darstellt und me-

thodisch viele Probleme offen lässt. Trotzdem werden gezielte Befragungen der Patienten nicht völlig abgelehnt. Bei klaren Fragestellungen sind sie von praktischem Nutzen für Entscheidungsträger im Krankenhaus.

Wer kann die Qualität von Krankenhausleistungen messen?

Ärzte berufen sich gerne darauf, dass die Qualität ärztlicher Leistungen nur von Experten, nämlich den Ärzten selbst beurteilt werden kann. Sie sind davon überzeugt, dass die Kostenträger sich ein nur unzureichendes Urteil bilden können, obwohl sie mit einem Medizinischen Dienst über erheblichen Sachverstand verfügen. Überraschend radikal wirkt da die Behauptung, man wolle den Patienten nun selbst um sein Urteil bitten. In einer kompetitiven Krankenhauslandschaft werde die „Zufriedenheit“ der Patienten den Ausschlag für die Wahl eines Krankenhauses geben. Kann die „Krankenhaus-Qualität als Patientenzufriedenheit“ gemessen werden? Kann man Verbesserungsprojekte anhand steigender Zufriedenheitswerte beurteilen? [2] Der Patient selbst soll zum Experten werden. Seine „Zufriedenheit“ soll das Urteil auf eine wahre

empirische Basis gründen, nämlich seine eigene Wahrnehmung.

Die Reduzierung der Bewertung einer Krankenhausleistung auf die Meinung des „Kunden“ (den im Krankenhaus viele irrtümlich mit dem Patienten gleichsetzen) wirkt radikal und konsequent. Wer sich mit Einwänden dagegen wendet, riskiert den Vorwurf, in überholten Paternalismus und Expertokratie zurückzusinken.

Selbst Kostenträger haben dieses Instrumentes eingesetzt [1], um sich als Vorkämpfer einer ausschließlich am Wohl des Patienten orientierten Gesundheitspolitik zu profilieren.

Zufriedenheit als Qualitätsmerkmal?

Der Begriff der „Zufriedenheit“ wird immer als selbstevident und empirisch messbar vorausgesetzt. Einen Menschen zu fragen, ob er zufrieden ist oder nicht, scheint so einfach zu sein. Gleichzeitig wird vorausgesetzt, dass „Zufriedenheit“ und „Qualität der Krankenhausleistung“ in einem sachlichen Zusammenhang stehen.

Seit man gelernt hat, unter „Qualität“ nicht etwa die „gute Beschaffenheit“ oder so pauschale Ziele wie „die Gesundheit“ zu verstehen, bemüht man sich vermehrt, durch Analyse die Forderungen an Krankenhausleistungen herauszufinden. In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob unsere Krankenhausleistungen dazu geeignet sind, diese Forderungen zu erfüllen. Unter „Qualität“ versteht das Qualitätsmanagement den Grad der Übereinstimmung von Forderungen des „Kunden“ mit den Merkmalen der Leistung.

Was erwarten der Patient, der Angehörige, der Arzt, der Arbeitgeber und letztlich die Gesellschaft von der Behandlung in einem Krankenhaus? Man wünscht sich von therapeutischen Verfahren, dass sie wirksam, sicher, an-

gemessen und annehmbar sind [4]. Diagnostische Verfahren sollen, genau, präzise, sensitiv und spezifisch sein. Ähnliches gilt für andere ärztliche, pflegerische und sonstige medizinische Maßnahmen, aber auch für die sogenannten „Hotelleistungen“. Man wählt Leistungen nach der Gesamtheit ihrer Merkmale aus: So kann eine Therapie zwar wirksamer als die andere sein, dafür aber weniger sicher. Eine Narkose kann eine Rektoskopie angenehmer machen, wird aber oft als unangemessen angesehen.

Bei der Auswahl einer Behandlung müssen deren Qualitätsmerkmale gegeneinander abgewogen werden: Eine Methode ist nicht unbedingt „besser“, weil sie wirksamer ist. Manchmal steht die Sicherheit im Vordergrund. Manchmal können und müssen Methoden angewandt werden, für die wir wenig oder keine Evidenz vorweisen können

Die Behandlungsverfahren unterscheiden sich nicht in allen ihren Merkmalen. Bei der konventionellen und der endoskopischen Cholezystektomie ist die Wirkung (keine Gallenblase mehr) identisch. Die Sicherheit soll - jedenfalls bei sorgfältiger Indikation und in der Hand des Erfahrenen - ebenfalls gleich sein. In einem Merkmal unterscheiden sie sich erheblich: Die minimal-invasive Cholezystektomie ist für die meisten Patienten „annehmer“, weil der stationäre Aufenthalt kürzer ist, die postoperative Phase weniger Umstellung verlangt und die große Narbe der konventionellen Operation fehlt. Ob das Verfahren bei jedem so Operierten angemessen ist, wird gelegentlich bezweifelt.

Nachdem der Arzt durch sorgfältige Untersuchung und Analyse die subjektive und objektive Situation seines Patienten herausgefunden und damit sei-

nen Bedarf erkannt hat, wird er zu einer Behandlung raten, deren Qualitätsmerkmale am ehesten das Problem lösen oder den „Bedarf decken“. Der Arzt hat das nötige Wissen über die Qualitätsmerkmale der Behandlungsverfahren und ist zudem darin geübt, die Lage des Einzelfalles in einer Gesamtschau zu berücksichtigen. Ziel ist das vermutete langfristige Wohl des Patienten. Der Patient wird sich zur Annahme der Empfehlung entschließen, selbst wenn er faktisch nicht damit zufrieden ist (und auch gar nicht sein kann, weil er viel lieber gesund wäre, statt sich operieren zu lassen).

Der Grad der Übereinstimmung von Forderung und Merkmal ergibt die Qualität.

Annehmbarkeit und ...

Natürlich haben die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung eine große Bedeutung für deren „Annehmbarkeit“. Obwohl viele Patienten sich vor dem Krankenhaus fürchten, ist die ambulante Behandlung nicht für alle grundsätzlich „annehmbarer“. Viele Patienten sind ohnehin auf pflegerische Hilfe angewiesen, andere haben nicht die häuslichen Bedingungen für längere Bettlägrigkeit. Manche Behandlungen erfordern eine sorgfältige Überwachung, die zwar auf das Wohl des Patienten abzielt, ihm aber eine Reihe von Unannehmlichkeiten (!) zumutet, mit denen er sich nur schwer „zufrieden“ erklären kann.

Um die Annehmbarkeit der Krankenhausleistung für den Patienten zu erhöhen, werden sicher noch nicht alle Gestaltungsspielräume genutzt. Die Wirksamkeit aller Anstrengungen kann aber gesteigert werden, wenn man bei den Qualitätsmerkmalen der Leistungen des Krankenhauses selbst

ansetzt und nicht erst bei der schwer fassbaren Reaktion des Patienten, die sich als Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ausdrückt.

Die „Annehmbarkeit“ von Leistungen wurde früher gerne als „Zumutbarkeit“ bezeichnet. Bestimmte Behandlungen brächten zwar Unannehmlichkeiten mit sich, sie seien aber zu erdulden, wenn der Patient ernsthaft gesund werden wolle. Da keine Verpflichtung zu einer Behandlung mehr besteht, spricht man besser nicht von „zumutbar“, sondern von „annehmbare (acceptable)“. So sind Schmerzen postoperativ nicht ganz zu vermeiden. Wir brauchen aber kein allgemeines Maß der

„Zumutbarkeit“ festzulegen, das der Patient, um seinem Namen Ehre zu erweisen, eben auszuhalten hat, sondern werden das Maß bestimmen, das dem Patienten die Behandlung „annehmbare“ oder im Vergleich zu anderen Behandlungsstrategien annehmbarer macht.

...Kostenträger

Den Kostenträger und die Solidargemeinschaft kann die Annehmbarkeit der Krankenhausbehandlung nicht gleichgültig sein. Können sie wollen, dass die Patienten das Krankenhaus etwa aus Angst vor Schmerzen meiden? Oder weil in überfüllten Krankenzimmern gepflegt oder auf zugigen Fluren gewartet werden muss? Wie können wir verhindern, dass Patienten Behandlungen abbrechen, weil sie die damit einhergehenden Belastungen (und leider oft genug Demütigungen) nicht länger ertragen können? Die Annehmbarkeit der Dialyse steigt für Berufstätige erheblich, wenn sie nachts durchgeführt oder auch am Urlaubsort angeboten wird. Die Annehmbarkeit der Krankenhauspflege sinkt auf Null, wenn die verletzliche Würde des Kranken durch abfällige Bemerkungen

herabgesetzt wird. Eine Krankenhausleistung kann hochwirksam und sicher sein - wenn sie nicht angenommen wird, erreicht sie den Patienten nicht.

Vielleicht ist die „Annehmbarkeit“ einer Krankenhausbehandlung das messbare Merkmal der im SGB V so emphatisch geforderten Humanität der Leistungserbringung, für die die Solidargemeinschaft - unabhängig vom Gesetz - durchaus in die Pflicht genommen werden kann.

Wieweit die „Annehmbarkeit“ einer Krankenhausleistung ausgestaltet wird, ist eine sozial- und gesundheitspolitische Entscheidung. Um nicht sofort Widerspruch aus der Solidargemeinschaft zu hören, werden die Krankenkassen unter dem Eindruck steigender Kosten prüfen müssen, ob und inwieweit die Annehmbarkeit einer Leistung verbessert werden soll. Bei der Ausstattung von Krankenhäusern muss nicht auf alles Angenehme (!) verzichtet werden. Das Angebot bleibt aber der ökonomischen Entscheidung des „Kunden“ Solidargemeinschaft überlassen.

Das Angebot kann nicht empirisch daraus ermittelt werden, wie zufrieden dadurch die Patienten gestellt werden könnten. Der eine oder andere Patient wird einen Fax-Anschluss am Bett oder individuell gestaltete Patientenzimmer fordern - die Solidargemeinschaft wird sich aber fragen, ob die Erfüllung solcher Wünsche zur gegenseitig zugestandenem Leistung gehören. Wie der Konsument wird auch der Patient für die individuelle Ausgestaltung seiner Wünsche selbst bezahlen müssen, während die Kassen für das, was die Annehmbarkeit ausmacht, aufkommen. Die Solidargemeinschaft erhebt nicht empirisch den Grad der Annehmbarkeit, sondern legt ihn unter Beachtung der „Angemessenheit“ im

Rahmen des finanziell Möglichen fest. Warum sollte sie für verlockende Zusatzleistungen aufkommen, mit denen ein Krankenhaus die spärlicher werdenden Patientenströme in die eigenen Betten umlenkt?

Zufriedenheit als Prüfmerkmal

Die Zufriedenheit des Patienten ist eben kein Qualitätsmerkmal einer medizinischen oder sonstigen (Dienst-)Leistung und ihrer Erbringung, sondern eine Gemütszustand des Patienten.

Zufriedenheit mag das Gefühl bezeichnen, dass sich bei einer hohen Annehmbarkeit einstellt, scheint aber selbst aus Sicht des Patienten das falsche Wort zu sein. Krankheit zwingt zur Inanspruchnahme einer Leistung, die man gar nicht will. Der Patient unterscheidet sich vom Konsumenten, weil er in der Entscheidung für oder gegen eine Leistung nicht frei ist. Die Frage der Befriedigung von Lust (wie z.B. beim Kauf eines Fotoapparates oder Videorecorders) steht nicht an.

Zufriedenheit ist ein vielschichtiger Gemütszustand. Die richtige Antwort auf die Frage, ob man zufrieden ist, lautet deswegen: „Womit? Mit der Behandlung, der Pflege, dem Essen oder gar mit meinem eigenen Schicksal?“ Die Antwort kann je nach der angesprochenen Ebene anders ausfallen. Weil die Ebenen nicht kommensurabel sind, lässt sich ein Score nicht ermitteln.

Keineswegs darf man die Qualität einer Leistung allein auf die Zufriedenheit des Patienten reduzieren. Die Qualitätsmerkmale Wirksamkeit, Sicherheit und Angemessenheit dürfen nicht einfach ausgeklammert werden. So bestanden schon immer erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit der Frischzellentherapie. Die vielen Nebenwirkungen (ihre geringe Sicher-

heit) haben den Gesetzgeber dazu veranlasst, diese Behandlungsmethode gänzlich zu verbieten. Solidarfähig war sie nie. Da wirkt es eher zynisch, wenn man angesichts der Nutzlosigkeit und Gefahren auf die Zufriedenheit der Patienten verweist, die für ihre Behandlung viele tausend Mark dazu-bezahlt haben. „Wer heilt hat recht“ wird gerne behauptet, wohlwissend, dass Heilung auch spontan eintritt, manchmal eine Selbsttäuschung ist oder mit wesentlich angemesseneren Mitteln möglich gewesen wäre.

Das Qualitätsmerkmal „Annehmbarkeit“ kann durch das Prüfmerkmal „Zufriedenheit“ zudem nur schwer geprüft werden. Dabei kommt es nicht auf die Technik des einen oder anderen Fragebogens an. Mit Recht ist bezweifelt worden, ob die Zufriedenheit von Patienten und die Bewertung der medizinischen Versorgung durch Patienten identische Phänomene sind. Bezweifelt werden kann, dass sich die Erwartungen der Patienten auf Zufriedenheitsskalen abbilden lassen. Die positive Einschätzung institutioneller Parameter durch den Patienten muss bei ihm nicht einen positiven emotionalen Zustand hervorrufen. Gerade Zufriedenheit und Bewertung selbst sind empirisch zwei unterschiedliche Dimensionen.

Gesteht man zu, dass die „wahre Qualität der Leistung“ auch in nur einem Merkmal von der subjektiven Wahrnehmung unabhängig ist, muss der Zusammenhang mit der Bewertung und der Zufriedenheit erst nachgewiesen werden.

Die Untersuchung des Patientenmerkmals „zufrieden“ kommt nur dann infrage, wenn es als Prüfmerkmal für die Entscheidung über Annehmbarkeit einer Behandlung nützlich ist. Die Zufriedenheitsforschung

muss den Kriterien jeder Prüfmethodik - nämlich der Sensitivität und Spezifität ihrer Instrumente - genügen.

Obwohl an anderer Stelle und von berufeneren Autoren [5] genügend darüber gesagt wurde, sei hier auf die Grenzen verwiesen:

Zufriedenheit ist selbst die Summe einer Vielzahl von Einzeleffekten, die eine befragte Person selten für sich differenzieren kann. Zufriedenheitsbefragungen setzen voraus, dass eine solche Differenzierung erfolgt und möglich ist. Leider erfahren wir immer nur etwas über die abfragbare Zufriedenheit oder geäußerte Wahrnehmung des Patienten, die abhängt davon, ob, wie, wann und von wem danach gefragt wird.

Sehr zu schaffen machen die Meinungsstereotypen. So darf sich jeder über das Essen beklagen (tut auch fast jeder). Sogar wenn eine „stille“ Zufriedenheit besteht, wird sie nicht geäußert - schließlich werden solche Klagen erwartet. Dagegen hält man sich mit Klagen über Helfer sehr zurück. Nicht nur weil man sich von ihnen abhängig fühlt, sondern weil man ihnen keine Unredlichkeit unterstellen möchte. Jeder weiß, welche Mühe sich alle geben. Unzufriedenheit wirkt da kleinlich und undankbar, selbst wenn sie allzu berechtigt ist.

Die meisten antworten so, wie sie glauben, dass man es von ihnen erwartet. Dieser Effekt lässt sich durch eine Anonymisierung nicht vermeiden.

Die „Zufriedenheit“ wurde deswegen ein Artefakt genannt [3]. Es werden Items abgefragt, die wir für Teile der Zufriedenheit halten. Zufriedenheitsforschung ist ein Beispiel für den naturalistischen Fehlschluss in der Qualitätssicherung: Man glaubt aus der Aggregation empirischer Daten, die man

zu allem Überflus für so etwas wie Fakten hält und durch mathematische Kombinatorik, die man für Statistik ausgibt, auf einen Zustand schließen zu können, den man „Zufriedenheit des Patienten“ genannt hat, von dem wir aber nicht wissen, was er eigentlich ausdrückt.

Qualität ist aber immer das, was sein soll, nicht das was ist. Zunächst also müssen die Ziele angegeben werden, die sozial und politisch konsentiert sind. Dann kann an geeigneten Prüfmerkmalen geprüft werden, welche Strategie oder Behandlungsprozedur überhaupt oder besser geeignet ist, das Ziel zu erreichen. Die Statistik gibt uns als numerisches Verfahren Auskunft, mit welcher Irrtumswahrscheinlichkeit die 0-Hypothese verworfen wird oder Unterschiede bloß zufällig sind. So kann man herausfinden, daß die Bevorzugung eines Rooming-in oder Rooming-out zufällig ist oder daß die Behauptung, man könne alte Menschen durch Frischzellen nicht jünger machen, durch keine Daten widerlegt werden kann.

So theoretisch die Argumentation klingen mag, so wenig geht es dabei um eine Kritik an der Wissenschaftlichkeit der Zufriedenheitsforschung. Der Schlag zielt tiefer: Was nützt uns die (akademische) Erkenntnis, wie zufrieden die Patienten in der Vergangenheit waren, wenn wir dafür sorgen wollen, daß sie sich in Zukunft noch zufriedener fühlen?

Wo machen Befragungen Sinn?

Der praktische Nutzen wäre vielfach größer, wenn wir mehr darüber wüßten, wie man Krankenhausbehandlungen unseren Patienten „annehmbarer“ macht. Die Beantwortung der Frage ist wichtig, nicht nur für den Krankenhausträger, der seine Leistungen für

seine Patienten so „angenehm“ wie möglich machen will, sondern auch für den Kostenträger, der die nötige Krankenhausbehandlung nicht dadurch verhindern darf, dass er sie so lästig wie möglich gestaltet. Unbestreitbar müssen viele Wünsche unserer Patienten erst erkundet werden. Wollen alle den Besuch der lieben Angehörigen? Wie häufig wird eine differenzierte Menü-Zusammenstellung überhaupt in Anspruch genommen? Wieviel Information wollen die Patienten oder lassen wir uns das Bedürfnis einiger weniger Wichtigtuer als Richtschnur aufdrängen?

Müssen wir tatsächlich erst durch Befragungen der Patienten herausfinden, daß fachliches Können und praktische Unterstützung, mehr Informationen über den Ablauf, Freundlichkeit des Personals und sichtbare Hygiene von den Patienten begrüßt oder ein unbesetzter Empfang, ewig klingende Telefone, zermürende Wartezeiten und namentlicher Aufruf über die Sprechanlage als negativ empfunden werden?

Um Wünsche - vielleicht sogar geheime Wünsche - herauszufinden, braucht man meistens keine großen Umfragen. Oft reicht das Gedankenexperiment oder der Versuch, sich in die Lage des Patienten zu versetzen. Die ISO 9004 Teil 2 empfiehlt, diejenigen Mitarbeiter zu befragen, die ohnehin in engem täglichen Kontakt mit dem Empfänger der Leistung stehen. Sie wissen am besten, was der Patient wirklich will. Zudem ist diese Informationsquelle sehr kostengünstig.

Wenn man vor folgenschweren Investitionen steht und die Entscheidung nicht nur Ja oder Nein lautet, sondern auch Wahrscheinlichkeiten berücksichtigen muß, wird man das Instrumentarium der empirischen Sozialfor-

schung einsetzen müssen. So wird ziemlich naiv unterstellt, die meisten Menschen würden den Wunsch der Forscher teilen, während der Krankenhausbehandlung in einem Einzelzimmer zu liegen. Das ist nicht der Fall. Aber wie viele Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer brauchen wir? Das wird man sorgfältig auszählen müssen.

Mit Befragungen kann man nur prüfen, ob die Befriedigung eines vermuteten Bedürfnisses mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit das gewünschte Verhalten beim Kunden induziert.

Solche klar definierten Effekte nennt man Zielparame-ter. Das können Reduzierung von Angst oder bessere Orientierung in ungewohnter Umgebung sein, aber auch so gut messbare wie:

„Nach wie langer Wartezeit verlassen mehr als 80 % der auf Termin einbestellten Patienten das Wartezimmer? (nach 40 Minuten) Wie lange warten nicht einbestellte Patienten, ohne ungeduldig zu werden? (immerhin 70 Minuten) Wissen über den Anteil an weiblichen und männlichen Besuchern ist nützlich, um die Anzahl der Damen- und Herren-Toiletten zu planen. Wie lange bleiben Besucher? Wann haben die meisten Angehörigen Zeit für einen Krankenbesuch?

Entscheidend bleibt die Antwort, ob zwischen dem Prüfmerkmal (z.B. fehlende Schmerzangabe des Patienten) und dem zu prüfenden Qualitätsmerkmal (z.B. Besserung der rheumatoiden Arthritis als Ziel einer medikamentösen Behandlung) ein Zusammenhang besteht. Gelegentlich gehen

Schmerzen von selbst weg, werden nicht geäußert oder die Befragung ist suggestiv oder unvollständig gewesen. Oder die Schmerzen sind zwar weg, der zugrundeliegende Prozess schreitet aber umso schneller voran.

Keine Prüfmethode ist perfekt. Um ihre Brauchbarkeit beurteilen zu können, müssen wir die Validität der Prüfmethode, ihre „Qualität“ bestimmen. Wie zuverlässig ist die Aussage? Wie relevant? Wie sensitiv und spezifisch? Die meisten Erfahrungen damit hat man bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln gesammelt. Und diese Erfahrungen sollten bei der Qualitätsprüfung von Krankenhausleistungen viel mehr genutzt werden. Die empfohlene Sorgfalt ist nicht akademisch. Schließlich möchte niemand sein Geld für Untersuchungen mit unzuverlässigen und irrelevanten Aussagen ausgeben, um damit seine Investitionsentscheidungen zu begründen.

Literatur

1. Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH: DAK-Versichertenbefragung über Hamburger Krankenhäuser (1996)
2. Klotz, T., J. Zumbé, R. Velmans, U. Engelmann: Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Dtsch. med. Wschr. 121 (1996) 889-895
3. Leimkühler, A.M., U. Müller: Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt 67 (1996) 765-773
4. Lohr, K.N. (Hrsg.): Medicare - A Strategy for Quality Assurance, Volume I, National Academy Press, Washington D.C. (1990)
5. Williams, B.: Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 38 (1994) 509-51

Zuerst erschienen in:
Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement
Heft 2 (1997), Thieme-Verlag, Stuttgart/Verlag

© U. Paschen 2021

Nachdruck

© U. Paschen 2021

Nachdruck unter Quellenangabe und Abgabe eines Belegexemplars erlaubt.

elektronische post gibt's unregelmäßig von

Dr. U. Paschen QM-Beratung in Medizin und Wissenschaft

Dorfstr. 38 24857 Fahrdorf

Telefon. 04621 4216208 Mobile 0177 2125058 E-Mail upaschen@web.de

Verantwortlich: Dr. med. Ulrich Paschen