

WISO

April 2013

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik



Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung

Neuordnung der Versorgung im
deutschen Gesundheitswesen



Gesprächskreis
Sozialpolitik



Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung

Neuordnung der Versorgung im
deutschen Gesundheitswesen

René Bormann
Dirk Engelmann
Eckart Fiedler
Gerald Gaß
Christopher Hermann
Klaus Jacobs
Franz Knieps
Armin Lang
Hartmut Reiners
Severin Schmidt
Karl-Heinz Schönbach
Joachim Schütz
Bernhard van Treeck
Anke Walendzik
Eva Walzik
Herbert Weisbrod-Frey
Michael Weller

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
Aufbau	5
1. Reformnotwendigkeiten im deutschen Gesundheitswesen	6
1.1 Die zentralen Reformfelder	7
2. Schwerpunkte einer Reform der Versorgungsstrukturen	9
2.1 Integrierte und hausärztliche Versorgung fördern	9
2.2 Durch mehr Wettbewerb gestalten	10
3. Förderung von Selektivverträgen	11
3.1 Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen intensivieren	11
3.2 Gestaltung von Selektivverträgen	12
4. Sicherstellung der Versorgung: Ordnungspolitischer Rahmen	14
4.1 Integriertes Bedarfsplanungs- und Sicherstellungssystem schaffen	15
5. Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen	17
5.1 Allgemeinmedizin aufwerten und fördern	17
5.2 Qualifizierte Gesundheitsberufe stärken	18
6. Entwicklung und Implementierung einer neuen Honorarordnung	19
6.1 Grenzen und negative Effekte der gegenwärtigen Honorarsysteme	19
6.2 Ziele eines einheitlichen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems	20
6.3 Mehrjährige Übergangsphase	21
6.4 Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung	21
6.5 Institutionelle Ausgestaltung	21
6.6 Differenzierte morbiditätsbasierte Pauschalen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich	22
6.7 Qualitätsorientierte Vergütungsanteile	22
6.8 Zukünftige hausärztliche und fachärztliche Vergütung	23
6.9 Weitere Reformoptionen	23
Die Autorinnen und Autoren	24

Dieses Positionspapier wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autorinnen und Autoren in eigener Verantwortung vorgenommen worden. Die Inhalte stellen die persönlichen Meinungen der Autorinnen und Autoren dar, nicht unbedingt die der Institutionen, die sie repräsentieren.

Executive Summary

Das deutsche Gesundheitswesen weist aktuell drei zentrale Schwachstellen auf, die eine Reform der Versorgung erforderlich machen. Zum einen ist aus sozialer wie ökonomischer Perspektive das duale Vollversicherungssystem nicht mehr sinnvoll. Es widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und setzt falsche wirtschaftliche Anreize. Auch die immer noch bestehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer sowie kurativer und rehabilitativer Versorgung verhindert eine wirtschaftliche Versorgung und wird dem medizinischen Fortschritt sowie der demografischen Entwicklung längst nicht mehr gerecht. Trotz Reformansätzen mangelt es in der ambulanten Versorgung an einer flächendeckenden Sicherung der hausärztlichen Versorgung. An diesem Missstand hat das bestehende System von Kollektivverträgen großen Anteil. Nicht nur produziert es dauerhaft Ungerechtigkeiten in der Honorarverteilung, es ist offenbar auch nicht geeignet, auf die zunehmenden regionalen Versorgungsdisparitäten angemessen zu reagieren.

Gegenstand dieses Papiers sind die strukturell notwendigen Reformen der gesundheitlichen Versorgung. Dabei lassen sich im Wesentlichen die folgenden Empfehlungen benennen:

Die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen die Förderung integrierter Versorgungsformen erforderlich. Zugleich müssen die Primärversorgung gestärkt und die hausarztzentrierte Versorgung ausgebaut werden.

Das System korporatistischer Selbstverwaltung war bisher nicht in der Lage, die aktuellen Versorgungsdisparitäten zu lösen. Deshalb sollte der Gesetzgeber durch wirtschaftliche Anreize darauf hinwirken, die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung über eine Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen zu intensivieren.

Der rechtliche Rahmen ist so auszugestalten, dass Kollektiv- und Selektivverträge gleichrangig nebeneinander stehen. Zudem sind Selektivverträge konsequent als wettbewerbliche Versorgungsform auszugestalten, müssen aber verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsstandards, Sanktionen bei deren Nichteinhaltung und deren Evaluierung enthalten.

Entscheidend ist, die Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung künftig sektorübergreifend zu gestalten und durch eine Rahmenplanung konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren. Unter Maßgabe eines bundeseinheitlichen Rahmens muss die Umsetzung verfassungsrechtlich in der Letztverantwortung der Länder liegen. Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen die Vorgaben der Bedarfsplanung zwingend berücksichtigen. Die Länder überwachen deren Einhaltung und erhalten Durchgriffsrechte, wenn Versorgungslücken drohen oder bestehen.

Die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen sieht sich gegenwärtig zwei großen Herausforderungen gegenüber: Seit Jahren verringert sich kontinuierlich die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bei einer steigenden Zahl von Fachärzten. Diesem Trend steht ein wachsender Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber. Das deutsche Gesundheitssystem ist zudem stark arztzentriert, was vor allem in der Primärversorgung problematisch ist. Der effektive Einsatz qualifizierter Gesundheitsfachberufe, gerade in der Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen, muss gefördert werden. Zugleich muss die Position der Hausärztinnen und -ärzte aufgewertet und ihre Lotsenfunktion gestärkt werden. Beides bedarf einer gezielten Förderung von Forschung, Aus- und Weiterbildung.

Die Konkurrenz der ärztlichen Gebührenordnungen Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) in der Gesetzlichen und GOÄ in der Privaten Krankenversicherung hat zu Fehlanreizen in der ambulanten ärztlichen Versorgung und zu Benachteiligungen von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten beim Zugang zur ärztlichen Versorgung geführt. Daher ist die Einführung einer neuen einheitlichen ambulanten ärztlichen Gebührenordnung notwendig. Basis der Vergütungsordnung sollten morbiditätsbasierte Pauschalen, kombiniert mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und qualitätsbezogenen Ver-

gütungsanteilen (Pay for-Performance) sein. Für die Implementation eines solchen durchgängig und regelhaft kalkulierten Vergütungssystems könnte ein neu zu bildendes Institut beauftragt werden. Es könnte aus dem bisherigen Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und dem Institut des Bewertungsausschusses hervorgehen. Die Vergütungsbereiche von Haus- und Fachärzten sind künftig unterschiedlich differenziert zu gestalten; im fachärztlichen Bereich findet auf Basis eines durchgehenden Indikationsbezugs eine Harmonisierung mit dem pauschalen Entgeltsystem statt.

Aufbau

Das vorliegende Papier widmet sich den strukturell notwendigen Reformen der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Es beschränkt sich allerdings auf den Kernbereich der ambulanten Versorgung. Andere Bereiche, insbesondere Prävention und Pflege sowie die Krankenhausversorgung, werden nur behandelt, soweit deren Verbindungen zu diesem Kernbereich betroffen sind.

Einen grundsätzlichen Überblick der wichtigsten Reformfelder gibt das Kapitel 1. Es formuliert die Kernfragen, denen sich eine notwendige Neuordnung der Versorgung aktuell gegenüber sieht und auf die die anschließenden Kapitel konkrete und vor allem umsetzbare Antworten zu geben versuchen. Vorangestellt sind ihnen dabei ihre jeweils zentralen Botschaften. Zunächst werden in Kapitel 2 die Schwerpunkte einer Reform der Versorgung identifiziert und vielversprechende Ansätze vorgestellt. Das folgende Kapitel 3 befasst sich insbesondere mit der Neuordnung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen. Es zeigt existierende Blockaden auf und macht Vorschläge zur gesetzlichen Ausgestaltung

von Kollektivverträgen und zur wettbewerblichen Ausrichtung sowie notwendigen Qualitätssicherung von Kollektiv- und Selektivverträgen. Gegenstand des Kapitels 4 ist der ordnungspolitische Rahmen für die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung. Ausgehend von den bestehenden Defiziten und angesichts der demografischen wie medizinischen Entwicklungen wird ein integriertes Bedarfsplanungs- und Sicherstellungssystem vorgestellt, das in der politischen Letztverantwortung der Länder liegt. Die Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen behandelt das Kapitel 5. Es enthält konkrete Vorschläge, wie sich die mangelhafte Situation für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, aber auch für andere qualifizierte Gesundheitsberufe verbessern lässt. Das umfassende Kapitel 6 analysiert die Grenzen und negativen Effekte der bestehenden Honorarsysteme und beschreibt daran anschließend die grundsätzlichen Ziele sowie die konkrete Ausgestaltung einer einheitlichen ambulanten ärztlichen Vergütungsordnung im Kollektivvertragssystem.

1. Reformnotwendigkeiten im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem genießt eine hohe Wertschätzung in der Bevölkerung und findet internationale Beachtung. Gleichwohl bedarf es einer permanenten Anpassung an die sich verändernden sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, die sich wandelnden Bedürfnisse seiner Nutzerinnen und Nutzer sowie die Entwicklungen der großen Volkskrankheiten und die Fortschritte in der Medizin. Aktuell erwirtschaften knapp fünf Millionen Menschen in diesem bedeutenden Wirtschaftszweig fast zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das Gesundheitswesen ist aber eine besondere Branche. Keine andere ist so abhängig von politischen Entscheidungen, denn 75 Prozent der Gesundheitsausgaben stammen aus Beiträgen und Steuern. Das allerdings ist keine deutsche Besonderheit. Der Anspruch moderner Zivilgesellschaften, allen Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung zu gewährleisten, kann nicht primär über den Markt und dessen Mechanismen von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage erfüllt werden. Die spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens verlangen vielmehr einen ordnungspolitischen Mix von Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Regulierung, der ständig neu den veränderten Umfeldbedingungen entsprechend justiert werden muss. Es wäre daher illusorisch, von der Politik den großen Wurf einer ultimativen Gesundheitsreform zu erwarten. Eher ist die Gesundheitspolitik mit einer Dauerbaustelle vergleichbar. Dennoch ist zu konstatieren, dass Deutschland trotz aller Reformen gegenwärtig weit davon entfernt ist, sein komplexes Gesundheitswesen zielorientiert zu steuern und einen effizienten Ressourceneinsatz zu gewährleisten. Offensichtlich ist die Inkongruenz von gesundheitspolitischen Zielen, volkswirtschaftlicher Effektivität

und betriebswirtschaftlicher Effizienz. Auch zehn Jahre nach der grundlegenden Erhebung des Sachverständigenrats zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) zur Über-, Unter- und Fehlversorgung deuten alle verfügbaren Daten auf erhebliche Unterschiede bei der Qualität der Versorgung und auf fortbestehende soziale Ungleichheiten bei Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung hin. So ist die Lebenserwartung der Menschen aus dem unteren Einkommensbereich um durchschnittlich fast zehn Jahre geringer gegenüber Menschen der oberen Einkommensschichten. Dies muss umso mehr alarmieren, als offenbar bestehende gesundheitliche Ungleichheiten sich in einer alternden Gesellschaft noch verstärken werden. Viele gesundheitliche Probleme sind auf soziale bzw. ökonomische Disparitäten und damit verbundene gesundheitsschädliche Lebensstile zurückzuführen. Die präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens ist deshalb ebenso erforderlich wie die Implementierung einer politikfeldübergreifenden Präventionsstrategie. Dazu zählt auch die längst überfällige Verabschiedung eines durchgreifenden Präventionsgesetzes. Der Fokus dieses Papiers richtet sich aber vor allem auf die Strukturprobleme der gesundheitlichen Versorgung.

Die zunehmende Geriatriisierung der Versorgung verlangt eine Veränderung des medizinischen Leitbilds. Prävention, Rehabilitation und Pflege müssen aufgewertet werden. Nicht nur zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte ist es notwendig geworden, andere Gesundheitsberufe in Versorgungsteams zu integrieren. Um die ärztlichen Kernkompetenzen zu erhalten und zu stärken, müssen daher Leistungen und Aufgaben, die bisher der ärztlichen Profession vorbehalten waren, an andere Gesundheitsberufe delegiert und gegebenenfalls substituiert werden. Patientinnen

und Patienten sollten künftig sowohl auf der Arzt-Patienten-Ebene als auch auf der kollektiven Entscheidungsebene in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dabei muss die Entscheidungsfindung so weit wie möglich durch evidenzbasierte Erkenntnisse gestützt werden. Es ist zudem erforderlich, in allen Institutionen des Gesundheitswesens das Management weiter zu professionalisieren. Steuerungssysteme müssen als lernende Systeme ausgestaltet werden, die auf eine permanente Verbesserung von Sicherheit und Qualität abzielen. Nicht alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die als Innovationen angesehen werden, haben einen wirklichen Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten. Auch werden an sich effektive Leistungen oft in einer medizinisch nicht indizierten Häufigkeit erbracht. Das ist nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein ethisches Problem, das sich insbesondere bei der Gesundheitsversorgung am Ende des Lebens stellt. Der Widerspruch zwischen dem, was medizinisch sinnvoll bzw. von den Patientinnen und Patienten gewünscht ist, und den ökonomischen Anreizen, der von Leistungserbringern erwarteten Renditen sowie dem vom Haftungsrecht Geforderten ist streckenweise eklatant.

1.1 Die zentralen Reformfelder

Die Umsetzung notwendiger struktureller Reformen sieht sich den spezifischen Eigenheiten des deutschen Gesundheitswesens gegenüber. Überkommene Strukturen, fehlgesteuerte Prozesse und begrenzte Outcomes wirken dem Ideal einer patientenorientierten Organisation von Versorgungsstrukturen und -prozessen entgegen. Versuche, die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer, kurativer und rehabilitativer Versorgung, Medizin und Pflege zu überwinden, werden immer wieder von institutionellen Eigeninteressen und monetärer Vorteilssuche der Akteure behindert. Gerade die Überwindung der Sektorengrenzen kann aber dazu beitragen, eine flächen-

deckende Versorgung in dünn besiedelten Regionen zu gewährleisten. Generell verlangt der Trend zur Ambulantisierung der Medizin gezielte Investitionen in die ambulante Versorgung und weitere strukturelle Anpassungen wie die Verzahnung mit kommunalen Aktivitäten und sozialen Dienstleistungen. Dazu ist es auch erforderlich, dass den Akteuren des Gesundheitswesens der Zugang zu öffentlichen Investitionshilfen und zum privaten Kapitalmarkt eröffnet wird. Insbesondere innovative Technologien (z.B. IT, Telemedizin) und moderne Organisations- und Betriebsformen setzen eine Bereitschaft zu Investitionen voraus, die sich erst im Laufe der Zeit amortisieren. Dem tragen die heutigen Finanzierungs- und Honorierungssysteme nur unzureichend Rechnung.

Das deutsche Gesundheitswesen weist aktuell drei zentrale strukturelle Mängel auf:

- Das international einmalige duale Vollversicherungssystem¹ von privater und gesetzlicher Krankenversicherung macht sowohl unter sozialen als auch ökonomischen Aspekten keinen Sinn. Die damit verbundene Trennung in Kassen- und Privatpatientinnen und -patienten widerspricht dem Grundsatz der Gleichbehandlung und setzt über Unterschiede in den Vergütungssystemen falsche wirtschaftliche Anreize. Die Zeit ist schon seit Jahren reif für ein einheitliches Krankenversicherungssystem für alle Bürgerinnen und Bürger.
- Die weitgehende Trennung in ambulante und stationäre sowie kurative und rehabilitative Versorgung mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsmechanismen und Vergütungssystemen wird den Neuerungen in der Medizin und den sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht.
- Die ambulante Versorgung leidet trotz diverser Reformansätze an einem erheblichen Mangel an Kooperation und Integration der Arztpraxen. Zudem gibt es kein konsistentes Konzept für die flächendeckende Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Das bestehende, auf der

¹ Ein vergleichbares System gibt es nur noch in Chile.

Gesamtvergütung beruhende System von Kollektivverträgen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) produziert nicht nur dauerhaft Ungerechtigkeiten in der Honorarverteilung und privilegiert die fachärztliche gegenüber der hausärztlichen Profession. Es ist offenbar auch nicht in der Lage, die zunehmenden regionalen Versorgungsdisparitäten in den Griff zu bekommen. Zum Postulat einer Bürgerversicherung hat sich etwa die SPD auf ihrem Bundesparteitag am 6.12.2011 positioniert und es liegen weitere Modelle anderer Parteien sowie der vom Deutschen Gewerkschaftsbund initiierten Reformkommission vor. Daher kann auf eine Behandlung der damit zusammenhängenden Fragen in diesem Papier verzichtet werden. Es widmet sich der Reform der Versorgungsstrukturen mit drei Kernfragen:

- Wie können die **Versorgungsstrukturen** in einer wettbewerblich organisierten Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über ein geordnetes Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern so gestaltet werden, dass sie den sich aus der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen gerecht werden und das Solidaritätsprinzip der GKV bewahren?
- Wer kann künftig die **Sicherstellung** der medizinischen Versorgung gewährleisten? Wie müssen die Zuständigkeiten und die Kooperation sowohl innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als auch zwischen den Institutionen der Selbstverwaltung und der politischen Administration organisiert werden?
- Welche Anforderungen ergeben sich an ein die Ressourcen angemessen verteilendes **Vergütungssystem**? Welche Anreize müssen gesetzt bzw. vermieden werden?

2. Schwerpunkte einer Reform der Versorgungsstrukturen

- Sowohl die demografische Entwicklung als auch die effektive Umsetzung des medizinischen Fortschritts erfordern integrierte Versorgungsformen und kooperative Betriebsformen. Die bestehende Segmentierung in ambulante und stationäre Versorgung muss ebenso überwunden werden wie die Dominanz von Einzelpraxen in der ambulanten Versorgung.
- Vor allem für die Versorgung chronisch Kranker und Multimorbider müssen adäquate Strukturen und Anreize zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit geschaffen werden.
- Die Hausärztinnen und -ärzte müssen als Lotsen im Gesundheitssystem gestärkt und der Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung gezielt vorangetrieben werden.

Die Entwicklung in der Medizin erfordert sowohl aus fachlichen wie aus wirtschaftlichen Gründen die Förderung integrierter Versorgungsformen, seien es Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Versorgungsnetze von Arztpraxen und Krankenhäusern. Nur mit derartigen Einrichtungen kann die Versorgung flächendeckend langfristig gesichert werden. Dem steht in der Realität trotz entsprechender Bemühungen ein nach wie vor segmentiertes Gesundheitssystem mit der Trennung in ambulante und stationäre Einrichtungen, in Haus- und Facharztpraxen sowie kurative und rehabilitative Versorgung gegenüber. Aufgrund der dynamischen Entwicklung des Medizinsystems und angesichts der Notwendigkeit zu einer integrierten medizinischen Versorgung muss der hausärztlichen Versorgung eine zentrale Lotsenfunktion zukommen. Der kann sie aktuell aber nur in Grenzen gerecht werden. Dem wachsenden Bedarf an Hausärztinnen und -ärzten steht eine sinkende Zahl von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern bei einer zugleich wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten und stationären Versorgung insgesamt gegenüber.

2.1 Integrierte und hausärztliche Versorgung fördern

Seit Ende der 1990er Jahre mehren sich Ansätze und Versuche zu einer bewussten Förderung von Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Beteiligten im Gesundheitswesen mit dem Ziel, ein aktives Versorgungsmanagement zu entwickeln. Dieser Weg zu einer deutschen Variante von „Managed Care“ hat international viel Beachtung gefunden. Er dient nicht nur einer Verbesserung und Standardisierung der Versorgungsqualität sowie einer Optimierung der Ressourcenallokation, sondern stärkt vor allem die Position der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems. Beispielhaft sei nur auf die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke – Disease Management-Programme (DMP) – verwiesen. Dieser Weg muss konsequent weiterverfolgt und ausgebaut werden. Er betrifft medizinische und organisatorische Aspekte, die je nach Zielstellung unterschiedliches Gewicht haben.

Dabei stellen vor allem zwei Versorgungsformen vielversprechende Ansätze dar, denen künftig mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte:

- Indikationsbezogene Versorgungsformen haben eine große Bedeutung in der Versorgung chronisch und psychisch Kranker. Hier arbeiten verschiedene Gesundheitsberufe und Institutionen nach spezifischen, auf die jeweiligen Patientinnen und Patienten sowie Behandlungsfälle zugeschnittenen Behandlungsplänen zusammen. Für die Versorgung psychisch Kranker sowie die Versorgung multimorbider und chronisch Kranker sind Versorgungsnetze mit gemeindenahen und stationären Angeboten erforderlich.
- Populationsbezogene Versorgungsformen sind vor allem, aber keineswegs ausschließlich zur Sicherstellung der Versorgung in dünn besiedelten Regionen zielführend. Sie lässt sich durch den Aufbau von regionalen Versorgungszentren erreichen. Solche Einrichtungen können durch aufsuchende Betreuung und durch entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe die ambulante Versorgung sicherstellen, ohne einseitig die Versorgung mit Arztpraxen in den Fokus zu nehmen. Es bieten sich bestehende Krankenhäuser oder neue Kooperationsformen niedergelassener und stationärer Leistungserbringer für einen Aus- bzw. Umbau zu Versorgungszentren an.
- In beiden Versorgungsformen muss die Einbindung der Rehabilitation gewährleistet sein und das Prinzip Reha vor Rente bzw. Pflege gestärkt werden.

Die Förderung integrierter Versorgungsformen und die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung bilden die Eckpfeiler einer sinnvoll gegliederten Versorgung. Um die Hausärztinnen und -ärzte in ihrer Lotsenfunktion zu unterstützen, muss die grundsätzliche Förderung der hausärztlichen Versorgung vor allem an zwei Punkten ansetzen:

- Hausärztinnen und Hausärzte sind trotz der Anhebungen ihrer Vergütungen in den vergangenen Jahren nach wie vor finanziell gegenüber den meisten Fachärztinnen und Fachärzten im Nachteil. Es gibt keinen sachlichen Grund dafür, dass z. B. Kardiologen nach Abzug der Praxiskosten doppelt so viel verdienen

wie Hausärzte. Hier ist insbesondere das weiterhin bestehende Missverhältnis in der Honorierung zwischen sprechender Medizin und apparativer Diagnostik abzubauen.

- Durch eine veränderte Arbeitsteilung zwischen qualifizierten Gesundheitsberufen muss die hausärztliche Versorgung ergänzt und flächendeckend gesichert werden.

Sowohl für die integrierte als auch für die hausärztliche Versorgung hat die Telemedizin eine wachsende Bedeutung. Sie erleichtert die zeitnahe Betreuung von chronisch Kranken und vereinfacht den Austausch der Ärztinnen und Ärzte mit anderen Gesundheitsberufen. Hier liegt ein noch weitgehend ungenütztes Potenzial.

2.2 Durch mehr Wettbewerb gestalten

Die skizzierte Hinwendung zu vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen muss konsequent gefördert werden. Dabei sollten auch die Institutionen des Gesundheitswesens im Hinblick auf ihre Funktionalität für die Sicherstellung der adäquaten Versorgung überprüft werden. Gegebenenfalls müssen sie neue Aufgaben übernehmen und sich bei der Verteilung der Ressourcen zunehmend der Konkurrenz neuer Anbieter stellen. Dies gilt nicht nur für einen Wettbewerb der Organisations- und Betriebsformen, beispielsweise zwischen Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren. Auch das Verhältnis von tradierten Kollektivverträgen zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits sowie Selektivverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern andererseits ist davon betroffen. Dabei ist Wettbewerb kein Selbstzweck, sondern ein gezielt einzusetzendes Instrument zum Aufbrechen der durch das Kollektivvertragssystem entstandenen Verkrustungen. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass das sektoral ausgerichtete Kollektivvertragssystem mit Kontrahierungszwang aus sich heraus nicht in der Lage ist, integrierte Versorgungsformen zu fördern.

3. Förderung von Selektivverträgen

- Selektivverträge über integrierte Versorgungsformen und die hausarztzentrierte Versorgung müssen gezielt gefördert werden. Rechtliche Hindernisse für ihren Ausbau sind zu beseitigen.
- Das Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen muss neu geordnet werden.
- Kollektiv- wie Selektivverträge müssen verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsstandards und deren Evaluierung enthalten.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen 15 Jahren verschiedene neue Versorgungsformen ermöglicht – u. a. Disease Management-Programme, MVZ, hausarztzentrierte Versorgung. Jedoch nutzen gegenwärtig immer noch viele Akteure im korporatistischen Selbstverwaltungssystem jede juristische oder faktische Möglichkeit, um solche neuen Versorgungsformen zu behindern oder gar zu blockieren. In den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung sind die Vertragsparteien der besonderen Versorgungsformen nicht oder nicht hinreichend repräsentiert. Dies gilt selbst für den Fall, dass dort über für sie zentrale Belange wie die Mechanismen der Bereinigung der Gesamtvergütung um selektivvertraglich vereinbarte Leistungen entschieden wird. Viele Ärztinnen und Ärzte und manche Krankenkassen sind mit Zustandekommen und Inhalten der Kollektivverträge unzufrieden. Allerdings sind sie mit erheblichen strukturellen Hemmnissen konfrontiert, Versorgungsverträge nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und ihre Tätigkeit auf diese Angebote auszurichten. Hinzu kommt, dass die bestehende Form des Zusatzbeitrages die Bereitschaft vieler Kassen, sich für neue Versorgungsformen zu engagieren, deutlich gemindert hat.

3.1 Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen intensivieren

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat sich bisher nicht in der Lage gezeigt, die dargelegten Versorgungsprobleme zu lösen. Statt weiterhin die Verteilung der Mittel diesem System regionaler Intransparenz zu überlassen, sollte deshalb der Gesetzgeber durch wirtschaftliche Anreize und eine schnelle Budgetbereinigung mit wirksamer Konfliktlösung gezielt darauf hinwirken, die Ausgestaltung der Versorgung über eine Kombination von Kollektiv- und Selektivverträgen neu zu ordnen. Selektivverträge sind prinzipiell frei gestaltbar. Diese Flexibilität sollte prinzipiell erhalten bleiben. Kollektivverträge müssen mittels entsprechender gesetzlicher Vorschriften so weiterentwickelt werden, dass sie:

- Vereinbarungen zu Qualitätsstandards und deren Evaluierung enthalten;
- Verträge mit zweckgebundenen Mitteln für förderungswürdige Bereiche ermöglichen, z. B. palliativ- und geriatrische Versorgungskonzepte, behindertengerechte Versorgung;
- Vergütungsformen für Teams und berufsübergreifende Kooperationen unterstützen;
- gegenüber Selektivverträgen prinzipiell problemlos bereinigungsfähig sind.

Das existierende Vertragsrecht wurde zwar für Such- und Veränderungsprozesse geöffnet, das Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen jedoch nicht befriedigend geklärt. Wer auf die Innovationskraft und effizienzsteigernde Wirkung von Selektivverträgen setzt, muss daher in erster Linie dafür sorgen, dass solche Ansätze nicht von den Vertragsparteien der Kollektivverträge blockiert werden können. Angesichts der realen Erfahrungen ist im Gesetz zu verankern, dass Kollektiv- und Selektivverträge gleichrangig nebeneinander stehen. Dies gilt insbesondere für substitutive Vollversorgungsverträge. Das Gesetz sollte für alle Versorgungsformen eine Verpflichtung zur Beschreibung von Umfang und Qualität der Versorgung einschließlich der teilnehmenden Versicherten und deren Morbiditätsstruktur vorsehen. Allerdings sollte es den Vertragsparteien erlaubt werden, spezielle Regelungen zur Einhaltung und Prüfung dieser Ziele zu vereinbaren. Die notwendige Bereinigung des Kollektivvertrages muss sowohl in Bezug auf die Gesamtvergütung als auch im Hinblick auf die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einfach handhabbar und diskriminierungsfrei sein. Insgesamt hat eine Harmonisierung der an unterschiedlichen Stellen des Gesundheitsrechts verankerten Möglichkeiten zu selektiven Verträgen zu erfolgen. Außerdem sollten die Vorschriften insbesondere des SGB IV und des SGB V sowie des Krankenhaus-, Apotheken- und Arzneimittelrechts mit dem Ziel überarbeitet werden, durch mehr wettbewerbliche Instrumente selektivvertragliche Regelungen zu fördern. Gleiches gilt auch für die Flexibilisierung des Berufsrechts im Gesundheitswesen auf Bundes- und Landesebene. Auszuschließen sind zudem steuerrechtliche Benachteiligungen von Selektivverträgen und besonderen Versorgungsformen. Schließlich müssen die Rahmenbedingungen für den Kassenwettbewerb insbesondere im Finanzierungssystem der GKV so ausgestaltet sein, dass nicht mehr wie heute die Vermeidung von Zusatzbeiträgen, sondern die bewusste Förderung von Qualität in der Versorgung und die Effizienz der Ressourcenallokation im Fokus des Kassenhan-

delns stehen kann. Dafür ist es u. a. erforderlich:

- eine vollständige Deckung der GKV-Ausgaben im Gesundheitsfonds unter Beibehaltung des 100-prozentigen Risikostrukturausgleichs (RSA) zu gewährleisten;
- erkannte Defizite und Methodenfehler im kassenartenübergreifenden RSA zu bereinigen.

3.2 Gestaltung von Selektivverträgen

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung können an der selektivvertraglichen Versorgung auch Leistungserbringer teilnehmen, die zwar keine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung haben, aber – wie zum Beispiel Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen – im Übrigen alle Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistungen erfüllen. Damit kann flexibel auf bestehende oder drohende Unterversorgungssituationen reagiert werden.

Selektivverträge enthalten wettbewerbliche Instrumente. Daher sollte generell auch die Bevollmächtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder einer ihrer Dienstleistungsgesellschaften durch Vertragsärzte zum Abschluss von Selektivverträgen nach §73 b und §73 c wie auch deren Beteiligung bei der Umsetzung der Vertragsinhalte ausgeschlossen werden, um den Anschein von Interessenkollisionen zu vermeiden. Eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des Öffentlichen Rechts kann nicht gleichzeitig allgemeine Regeln aufstellen, diese Regeln durchsetzen und selbst noch am Vertragsgeschehen teilnehmen. Eine Verpflichtung zur gegenseitigen Information und zur vertrauensvollen Zusammenarbeit bleibt davon unberührt. In der spezialfachärztlichen Versorgung ist der Kontrahierungszwang abzuschaffen und ein deutlicher individueller Vertragsspielraum zu normieren. Das jüngste Gutachten des SVR-G zur Förderung des Wettbewerbs an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung hat hierzu Vorschläge unterbreitet, die näher zu analysieren sind.

Wettbewerb ist kein ordnungspolitisches Patentrezept, vielmehr kann er im komplexen Gesundheitssystem als Lern- und Suchprozess spezifische, teilweise auch widersprüchliche Wirkungen entfalten. Deshalb sollen Kollektiv- und Selektivverträge durch unabhängige Sachverständige evaluiert begleitet werden. Ihre Ergebnisse sollen nach allgemein anerkannten Standards der Versorgungsforschung ausgewertet und veröffentlicht werden. Darüber hinaus muss der Ausbau von Selektivverträgen mit einer Reform des ordnungspolitischen Rahmens zur dauerhaft

flächendeckenden Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung einhergehen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die vorhandenen Versorgungsdisparitäten sich weiter zuspitzen, da es für eine Krankenkasse wirtschaftlich attraktiver und zudem bequemer sein kann, sich auf die Versorgung von bessergestellten Regionen und Ballungszentren zu konzentrieren, als sich um die schwierige Aufgabe zu kümmern, in weniger prosperierenden und/oder sozial schwachen Regionen und Bezirken eine gute gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten.

4. Sicherstellung der Versorgung: Ordnungspolitischer Rahmen

- Das Grundgesetz gibt den Ländern die politische Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge. Diese können sie im Gesundheitswesen unter den gegebenen Bedingungen aber nur begrenzt wahrnehmen.
- Die Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung muss sektorübergreifend gestaltet werden und unter Maßgabe eines bundeseinheitlichen Rahmens in der Letztverantwortung der Länder liegen.
- Die Vorgaben der Bedarfsplanung sind in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Krankenhäuser, Vertragsärzte) zwingend zu berücksichtigen. Die Länder überwachen deren Einhaltung und erhalten konkrete Durchgriffsrechte bei erkennbaren bzw. drohenden Versorgungslücken.
- Die Planung der stationären Versorgung entscheidet nicht über die Zulassung konkreter Krankenhäuser und deren Bettenzahl. Nach Gesichtspunkten der Versorgungsqualität und Erreichbarkeit wird festgelegt, welche Kapazitäten in den einzelnen Regionen der Länder und von den Krankenkassen in ihren Verträgen mit den Krankenhäusern vorgehalten werden müssen.
- Die Länder müssen die Aufsicht über die Akteure der medizinischen Versorgung wirkungsvoll wahrnehmen können. Dafür ist eine Reform der aufsichtsrechtlichen Zuständigkeiten von Bund und Ländern erforderlich.

Das Grundgesetz weist den Ländern die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge und damit implizit auch für die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger zu. Dafür stehen den Ländern in der stationären und ambulanten Versorgung jedoch recht unterschiedliche Instrumente zur Verfügung. So sind sie zwar für die Sicherstellung der stationären Akutversorgung direkt zuständig. In der ambulanten Versorgung wird diese Aufgabe von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen wahrgenommen. Dort haben die Landesbehörden keine fachliche Verantwortung, sondern allein eine auf Regionalkassen und die KVen bezogene Rechtsaufsicht ohne echte Mitwirkungs- und Sanktionsmöglich-

keiten. Der Anspruch der GKV-Versicherten auf medizinische Rehabilitation ist dagegen von den Krankenkassen zu gewährleisten.

Dieser geteilten Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung stehen demografische Entwicklungen und Trends im Medizinsystem gegenüber, die integrierte Einrichtungen bzw. Versorgungsnetze erfordern und die Trennung von ambulanter und stationärer sowie von kurativer und rehabilitativer Versorgung infrage stellen. Die politische Verantwortung für die Sicherstellung hat sich dementsprechend sektorenübergreifend am Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Deshalb muss der ordnungspolitische Rahmen für die Versorgungssteuerung reformiert werden. Drei verschiedene Ebenen sind davon betroffen: die Bedarfsplanung, die

Sicherstellung der Versorgung sowie die Aufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und Vorgaben aus der Bedarfsplanung.

4.1 Integriertes Bedarfsplanungs- und Sicherstellungssystem schaffen

Erforderlich ist eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung, deren Umsetzung in der politischen Verantwortung der Länder liegen sollte. Dafür ist im SGB V eine bundesweit geltende Rahmenordnung festzulegen, deren konkrete Umsetzung in Form von Indikatoren und Referenzgrößen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt. Die Umsetzung der Bedarfsplanung sollte künftig nicht nur die ambulante und stationäre Akutversorgung umfassen, sondern auch die bislang keiner konsistenten Planung unterliegende medizinische Rehabilitation einbeziehen. Dabei sind insbesondere in der Rehabilitation auch länderübergreifende Regelungen vorzusehen. Eine solche integrierte Bedarfsplanung muss auf einer einheitlichen Datengrundlage basieren, die mit fachlicher Unterstützung der Versorgungsforschung aufzubauen ist.

In der ambulanten Versorgung haben gegenwärtig grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag. In dem kollektivvertraglichen System zahlen deshalb die Krankenkassen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Für den Bereich der Selektivverträge liegt die Verantwortung der Sicherstellung bei der jeweiligen Krankenkasse. So kann eine zersplitterte Zuständigkeit für die Sicherstellung der Versorgung entstehen, die vor dem Hintergrund des Nebeneinanders von regionalen und bundesweiten Kassen und dem anhaltenden Trend zur Zentralisierung die Länder vor neue Probleme stellt. Regionale Versorgungslücken werden möglicherweise schlecht erkannt und können nicht oder nur schwer geschlossen werden. Diese Probleme können über entsprechend gestaltete Eingriffskompetenzen der Länder gelöst werden.

In der stationären Versorgung haben aktuell die Länder über die Krankenhausbedarfsplanung und die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen aus Steuermitteln einen direkten Einfluss auf die Versorgungsstrukturen. Die laufenden Betriebskosten werden von den Krankenkassen im somatischen Bereich über das DRG-System, im psychiatrischen Bereich (perspektivisch) über das PEPP-System vergütet. Dieses duale Finanzierungsprinzip wird seit Jahren auf Länderseite systematisch ausgehöhlt. Würden die gesamten Krankenhauskosten vor 15 Jahren noch zu zehn Prozent aus Mitteln der Länderhaushalte bestritten, liegt diese Quote heute bei nur noch fünf Prozent. Die Länder sollten in Zukunft über die Umsetzung der integrierten Bedarfsplanung sicherstellen, dass den Bürgerinnen und Bürgern in den Regionen eine der jeweiligen Alters- und Morbiditätsstruktur entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Krankenhäuser mit welchen Abteilungen dafür infrage kommen, bleibt den Verträgen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern überlassen. Diese müssen allerdings so gestaltet sein, dass die Vorgaben der integrierten Bedarfsplanung flächendeckend erfüllt werden. Andernfalls können die Länder Nachbesserungen einfordern und durchsetzen.

Ein integriertes Bedarfsplanungs- und Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden konkrete Eingriffsrechte auf die gesamte kurative Versorgung für den Fall haben, dass die Vorgaben der integrierten Bedarfsplanung und die festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung nicht erfüllt werden. Gegenwärtig haben die Landesaufsichtsbehörden nur die Zuständigkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Regionalkassen. Für die bundesweiten Krankenkassen mit einem Marktanteil in den Ländern von meist mehr als 60 Prozent ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig. Die Dominanz der bundesweiten Krankenkassen führt dazu, dass das BVA immer mehr Zuständigkeiten auch in Fragen regionaler Versorgungssicherung erhält und damit die Länder in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für

die Sicherstellung der Versorgung behindert werden. Die Trennung der Aufgabenbereiche der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern nach bundesweit und regional organisierten Krankenkassen muss zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen sollte dem

Bund übertragen werden, während sich die Länder um das sich auf der regionalen Ebene abspielende Geschäft der Versorgungsverträge kümmern sollen. Damit wird man der Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der Versorgung am besten gerecht.

5. Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen

- Der effektive Einsatz qualifizierter Gesundheitsfachberufe, insbesondere in der Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und älterer Menschen, muss gefördert werden, auch um die ärztliche Kernkompetenz zu erhalten.
- Es müssen verstärkt vertikale und horizontale Übergänge zwischen den Gesundheitsberufen ermöglicht werden, z.B. durch niedrigschwellige Zugänge zu den Berufen und Ermöglichung eines Studiums.
- Die Position der Hausärztinnen und Hausärzte muss aufgewertet und ihre Lotsenfunktion gestärkt werden. Dazu bedarf es einer gezielten Förderung von Forschung, Ausbildung (mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin) und Weiterbildung.

In der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen gibt es gegenwärtig zwei wesentliche Fehlentwicklungen. Während die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Relation zur Bevölkerung insgesamt in den vergangenen 15 Jahren um zwölf Prozent gestiegen ist, hat sich die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner um fünf Prozent verringert. Diesem Trend steht ein wachsender Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber, die eine immer wichtiger werdende Lotsenfunktion im Gesundheitswesen einnehmen. Im Facharztbereich besteht in manchen Stadtteilen eine erhebliche Überversorgung, wobei Fachärztinnen und Fachärzte in den Honorarordnungen von GKV und PKV noch deutlich besser vergütet werden.

Das deutsche Gesundheitssystem ist zudem stark arztzentriert. Andere Gesundheitsberufe haben eine den Ärzten untergeordnete Funktion, was vor allem in der Primärversorgung problematisch ist. In anderen Ländern (z. B. in Skandinavien oder Großbritannien) wird dieser den Zugang zur medizinischen Versorgung steuernde Sektor von kollegialen Teams aus Allgemeinmedizinern und entsprechend qualifizierten Gesundheitsberufen getragen. Angesichts der demografischen Entwicklung wächst die Bedeutung

eines solchen die medizinische Versorgung und die soziale Betreuung integrierenden Primärversorgungssystems.

5.1 Allgemeinmedizin aufwerten und fördern

Der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten hängt nicht nur mit der gegenüber den meisten Fachärztinnen und Fachärzten geringeren Vergütung zusammen. Die Geringschätzung der Allgemeinmedizin ist im System der ärztlichen Aus- und Weiterbildung tief verwurzelt. Lehrstühle für Allgemeinmedizin sind an den Medizinfakultäten nach wie vor dünn gesät und zudem deutlich schlechter ausgestattet als andere fachmedizinische Institute. Auch in der Weiterbildung gibt es trotz unverkennbarer Fortschritte in den vergangenen Jahren noch großen Handlungsbedarf. Zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der Primärversorgung sind folgende Handlungsfelder und Projekte unverzichtbar:

- Die Allgemeinmedizin muss in der Forschung und Lehre einen höheren Stellenwert bekommen. Dies wird ohne eine gezielte öffentliche Förderung und Umschichtungen in den Me-

dizinfakultäten nicht machbar sein, zumal die Allgemeinmedizin bei der Akquisition von Drittmitteln aus öffentlichen und privaten Töpfen weniger Chancen hat als andere meist hoch spezialisierte Gebiete der Medizin.

- Die Zahl der Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner muss insbesondere in Arztpraxen ausgebaut werden. Dafür sind zusätzliche Fördermittel nötig. Im Gegenzug sollten Weiterbildungsstellen für Fachgebiete, bei denen Überversorgung besteht, überprüft werden.
- Die Bereitschaft von Medizinstudentinnen und -studenten, später in der hausärztlichen Versorgung zu praktizieren, kann durch die Vergabe von Stipendien geweckt werden, die mit einer entsprechenden Verpflichtung verbunden sind. Diese sollten insbesondere für die Tätigkeit als Landarzt gewährt werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass gezielt aus solchen Regionen stammende Studentinnen und Studenten angesprochen werden sollten, weil diese eher bereit sind, sich dauerhaft in ländlichen Gegenden niederzulassen, als Kommilitoninnen oder Kommilitonen mit großstädtischen Wurzeln.

5.2 Qualifizierte Gesundheitsberufe stärken

Angesichts des Mangels an Primärärzten muss der effektive Einsatz anderer qualifizierter Gesundheitsberufe, insbesondere zur Versorgung der wachsenden Zahl chronisch Kranker und älterer Menschen, nachhaltig gefördert werden. Bei der Optimierung der Aus- und Weiterbildung ent-

sprechender Berufe muss mehrgleisig verfahren werden, da hier unterschiedliche Bedarfe und Qualifikationen benötigt werden. Voraussetzung ist, dass entsprechende Leistungen vor allem in der Primärversorgung von den Krankenkassen, den Pflegekassen und den weiteren Sozialleistungsträgern angemessen vergütet und nicht als bloße Zusatzleistung betrachtet werden. Die demografische Entwicklung und der Rückgang der Schulabgängerzahlen ab 2012 führen bei den gegenwärtigen Rahmenbedingungen zu einem perspektivischen Fachkräftemangel. Vor diesem Hintergrund haben folgende Projekte Vorrang:

- Es müssen sowohl die bereits im Berufsleben stehenden Pflegekräfte für eine eigenständige Tätigkeit in der Primärversorgung weitergebildet als auch Ausbildungsgänge für den Berufsnachwuchs entsprechend gestaltet werden. Dabei bietet sich das duale Ausbildungssystem mit seinen niedrigen Zugangshürden und seinen horizontalen und vertikalen Übergängen sowie seiner Gestaltbarkeit durch die Sozialpartner an.
- In der Krankenhausversorgung muss die Arbeitsbelastung von Pflege- und Hauswirtschaftskräften reduziert werden und eine Personalausstattung zur Sicherstellung der Strukturqualität gewährleistet sein.
- Für die Pflege und Betreuung älterer Menschen werden bis 2020 deutlich mehr Fachkräfte gebraucht. Es bedarf eines Maßnahmenbündels, um diese Berufe attraktiver zu machen. Dazu gehören u. a. geregelte tarifliche Vergütungen, familienfreundliche Arbeitszeit und -organisation sowie Weiterbildungsmöglichkeiten von Angelernten zu Fachkräften.

6. Entwicklung und Implementierung einer neuen Honorarordnung

- Die konkurrierenden ärztlichen Gebührenordnungen in GKV und PKV führen zu Fehlanreizen in der ambulanten medizinischen Versorgung und zur Benachteiligung von GKV-Patienten beim Zugang zur ärztlichen Versorgung. Entsprechend ist die Entwicklung und Einführung einer neuen, einheitlichen Gebührenordnung geboten.
- Bei der Kalkulation der neuen Vergütungsordnung ist am derzeitigen Vergütungsvolumen in der ambulanten ärztlichen Vergütung aus beiden Versicherungszweigen festzuhalten. Bei der Bemessung der Vergütungen ist der Mehraufwand bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung angemessen zu berücksichtigen.
- Um Schnittstellenprobleme ambulant/stationär zu reduzieren, ist eine Harmonisierung mit dem DRG-System durch einen durchgängigen Indikationsbezug anzustreben.
- Vergütungsumfang und -höhe einer neuen einheitlichen Gebührenordnung sind im Auftrag des G-BA durch ein neues Institut zu kalkulieren.
- Basis der Vergütungsordnung sind morbiditätsbasierte Pauschalen, kombiniert mit Qualitätssicherungsmaßnahmen und P4P-Vergütungsbestandteilen.
- Die Vergütungsbereiche von Haus- und Fachärzten sind unterschiedlich differenziert zu gestalten; im fachärztlichen Bereich findet eine Harmonisierung mit dem DRG-System statt.

6.1 Grenzen und negative Effekte der gegenwärtigen Honorarsysteme

Während der Gesetzgeber die stationäre Vergütung mit der Einführung des deutschen DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) grundlegend neu geordnet und modernisiert hat, beschränken sich gesetzliche Neuregelungen für die ambulante vertragsärztliche Vergütung der GKV innerhalb des Kollektivvertragssystems bisher im Wesentlichen auf Vorgaben zur Veränderung der Gesamtvergütung. Der Kern des Honorarsystems, der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der die ärztlichen Leistungen beschreibt und die Vergütungsrelationen bemisst, ist ein historisches Verhandlungswerk der Selbstverwaltung, das auch die innerärztlichen Konflikte um die Verteilung der Gesamtvergütung widerspiegelt. Inzwischen hat das kollektive Vergütungssystem eine äußerst hohe Komplexität erreicht und auch die privatärztlichen Regelungen in Form der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind dringend re-

formbedürftig. Gegenüber dem EBM in der GKV weist die GOÄ deutlich höhere Vergütungen auf, die für die PKV, deren Versicherte und die Beihilfe zu hohen finanziellen Belastungen führen. Gebühren für neue Leistungen werden im Analogverfahren festgelegt. Beide Honorarsysteme haben somit nicht nur ihre Grenzen erreicht, sie zeichnen sich auch unübersehbar durch eine negative Interaktion aus.

Da die PKV bisher nicht in Maßstäbe einer evidenzbasierten Medizin eingebunden ist, gelingt es mit der GOÄ immer weniger, eine rationale, indikationsgebundene Medizin abzubilden: Vielmehr werden die privatärztlichen Leistungen aufgrund der ökonomischen Anreize aus der GOÄ immer weiter ausgedehnt und beanspruchen in den Praxen anteilig immer mehr ärztliche Zeit. Die im Verhältnis zur GKV höhere Vergütung für die Versicherten der PKV führt zu Anreizen bei den Ärztinnen und Ärzten, Privatversicherte vorrangig zu behandeln. Soziale Kriterien wie Einkommen und beruflicher Status verdrängen hier

über verzerrte Preisstrukturen die Morbidität als zentrales Kriterium für die medizinische Behandlung. Dies hat zur Diskriminierung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nicht nur durch längere Wartezeiten geführt. So befördert die GOÄ eine inflationäre Abrechnung von Einzelleistungen und damit eine Über- und Fehlversorgung der PKV-Patienten.

Der EBM setzt dagegen zunehmend auf Pauschalen, die allerdings häufig versorgungsinhaltlich unzureichend bestimmt sind. Für die GKV kann es so zu einer inflationär überhöhten Zahl von Fällen ohne angemessene ärztliche Zuwendung kommen. Darüber hinaus ist inzwischen auch bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ein Trend zur zusätzlichen privaten Abrechnung von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) mit nicht nachgewiesenem Nutzen festzustellen. Elemente zur Qualitätssicherung enthalten beide Gebührenordnungen kaum.

6.2 Ziele eines einheitlichen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems

Aufgrund der beschriebenen Defizite und negativen Effekte der derzeit gültigen Honorarsysteme sollte eine neue einheitliche Vergütungsordnung für die ambulante ärztliche Versorgung im Kollektivvertragssystem geschaffen werden, die eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung für alle Versicherten unabhängig von Einkommen und Sozialstatus bewirkt.

Wesentliche Zielsetzung von Vergütungssystemen für ärztliche Leistungserbringer sollte es sein, zur effizienten und effektiven Deckung des im entsprechenden Versorgungssystem bestehenden medizinischen Bedarfs anzuleiten. Eine optimale Gebührenordnung hat die Aufgabe, die für die ambulante Versorgung der Versicherten aufgewandten Mittel nach dem relativen, medizinisch erforderlichen Aufwand im Hinblick auf das ärztlich dokumentierte Patientenproblem zu verteilen. Dazu muss die dem Vergütungssystem zugrunde liegende Gebührenordnung grundsätzlich patientenorientiert gestaltet werden.

Tragendes Ordnungsprinzip einer neuen ärztlichen Gebührenordnung muss folglich die

Ausrichtung der Vergütung am Behandlungsbedarf, also der Morbidität der Patientinnen und Patienten sein. Nicht einzelne ärztliche Verrichtungen und Diagnose- bzw. Therapieschritte sind hier maßgeblich, sondern die indikations- und patientenbezogenen Behandlungsanlässe, klassifiziert nach Diagnosen, Nebendiagnosen, Schweregraden und individuellem Versorgungsbedarf. Diesen Behandlungsanlässen wird der für sie regelmäßig anfallende Behandlungsbedarf zugeordnet, der mithilfe von unabhängigen Kalkulationspraxen betriebswirtschaftlich ermittelt wird. Für zusätzliche Leistungen, die im Einzelfall erforderlich, aber nicht regelmäßig einzukalkulieren sind, werden unter medizinisch qualitativen und erst in letzter Hinsicht ökonomischen Gesichtspunkten Abrechnungsvoraussetzungen formuliert.

Der Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung muss zudem unabhängig von Einkommen und Sozialstatus erfolgen; die künftige einheitliche Vergütungsordnung muss Preisanreize zur Bevorzugung von einzelnen Versichertengruppen aufheben. In der neuen Vergütungsordnung darf sich das morbiditätsbasierte Prinzip nicht wie bisher nur auf die Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen beschränken, sondern muss über eine entsprechend detaillierte Gebührenordnung auch die bedarfsgerechte Verteilung der Mittel an die Arztpraxen gewährleisten. Leistungsgerechtigkeit für die behandelnden Ärzte drückt sich in regelhaft betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnungspositionen bei gesellschaftlich angemessenem Vergütungsniveau aus. Weiterhin steigt die Akzeptanz eines Vergütungssystems, wenn seine Verständlichkeit gegeben ist.

Schließlich muss das künftige Vergütungssystem offen sein für Innovationen, die einen Patientennutzen haben. Gleichzeitig sollte die Vergütung für die Ärzte leistungsgerecht gestaltet und in ihrer Wirkungsweise für sie transparent und nachvollziehbar sein. Sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer soll ein neues Vergütungssystem zudem dazu beitragen, dass die Ausgaben bzw. Einkünfte im Zeitverlauf kalkulierbar sind. Der Mehraufwand bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung ist bei der Bemessung der Vergütungen entsprechend zu berücksichtigen.

6.3 Mehrjährige Übergangsphase

Die Einführung einer neuen einheitlichen Gebührenordnung muss im Kontext der Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems gesehen werden. Werden private und gesetzliche Versicherungsträger unter gleichen Systembedingungen tätig, wird ein unbestimmter Teil der bisherigen Bestandsversicherten in dem bisherigen privaten Krankenversicherungsunternehmen verbleiben wollen. Eine versicherungsrechtlich bedingte Übergangsphase rechtfertigt jedoch nicht, die GOÄ mit ihren Fehlanreizen fortzuführen und den Patientinnen und Patienten eine neue, reformierte Gebührenordnung für ein gemeinsames Vergütungssystem vorzuenthalten. Vielmehr sollte dieses Vergütungssystem von Beginn an für alle Versicherten aller Krankenkassen gelten und schrittweise weiterentwickelt werden, um die Vorteile für Ärzte und Patienten von Anfang an zur Geltung zu bringen.

Die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems muss für eine grundlegende Reform und Modernisierung der ambulanten Versorgung genutzt werden. Da der EBM in den vergangenen Jahren durch die gemeinsame Selbstverwaltung ständig im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt überprüft wurde, ist der EBM als Ausgangsgebührenordnung für das neue Vergütungssystem im Sinne einer grundsätzlich patientenbezogenen Vergütung weiterzuentwickeln. Es ist sicherzustellen, dass bei diesem gesetzlich zu regulierenden Übergangsprozess für die Ärzteschaft insgesamt keine Vergütungseinbußen entstehen. Deshalb soll beim Systemübergang das Gesamthonorarvolumen aus den bisherigen Finanzierungsquellen (GKV, PKV und Beihilfe) erhalten bleiben. Die Honorarverteilung soll so erfolgen, dass kurzfristig Einkommenseinbrüche für Praxen mit besonders hohem Anteil von bisher per GOÄ vergütenden Patientinnen und Patienten abgedeckt werden, mittelfristig jedoch die Verteilung der Vergütung den dargestellten Zielen für eine optimale Vergütungsordnung folgt.

Wird anstelle des EBM die neue einheitliche Gebührenordnung eingeführt, resultiert daraus für das einheitliche Krankenversicherungssystem (Bürgerversicherung) eine Mehrbelastung. Demgegenüber wird die Alt-PKV für die verbleibenden

Vollversicherten durch die neue Gebührenordnung entlastet. Ein Ausgleich kann dadurch erfolgen, dass die Alt-PKV in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen wird.

6.4 Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung

Die Leistungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus sollten über die „spezialfachärztliche Versorgung“ hinaus neu geordnet und vertraglich geregelt werden. Ziel muss es sein, langfristig ambulante Operationen, stationäres ersetzende Eingriffe, stationäre Kurzzeitfälle, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren in eine Versorgungssäule mit für alle Leistungserbringer einheitlichen Rahmenbedingungen einzubeziehen. Gelingt es, in diesen Versorgungsbereichen zu gleichen Vergütungsregelungen für alle Leistungen zu kommen, wird die Basis für eine durchgängige ambulante Gebührenordnung geschaffen.

Eine so schrittweise erweiterte spezialfachärztliche Versorgung ermöglicht den Einstieg in eine Harmonisierung der ambulanten Vergütung mit Pauschalen in Gestalt konsistenter ambulanter und stationärer Kostengewichte. Dabei werden für die Vergütung der Leistungen Sektorengrenzen und Zuständigkeiten überwunden.

6.5 Institutionelle Ausgestaltung

Zur verlässlichen Realisierung einer morbiditätsorientierten Vergütungsordnung sind eine gleichfalls verlässliche Diagnosekodierung und damit eine Verpflichtung der Vertragsärzte auf die Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien unabdingbar. Die neue ambulante Vergütungsordnung ist im Rahmen eines regelorientierten und auf gesicherten Daten basierenden Prozesses zu erstellen und mit dem stationären Vergütungssystem zu harmonisieren. Dabei sind die zwischenzeitlich eingetretenen Fehlentwicklungen im DRG-System zu korrigieren und Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu stärken. Dies erfordert die Beauftragung eines fachlich kompetenten und unabhängigen Instituts. Die

regelgebundene Erstellung der neuen Gebührenordnung sollte in der Kompetenz dieses Instituts liegen, das dabei an die Rahmenregelungen des Gesetzgebers und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden ist.

6.6 Differenzierte morbiditätsbasierte Pauschalen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich

Grundsätzlich sollte sich das Vergütungssystem auf morbiditätsbasierte Pauschalen stützen. Deren bedarfsorientierter Differenzierungsgrad wird allerdings je nach Versorgungsbereich unterschiedlich zu gestalten sein. Im hausärztlichen Versorgungsbereich gilt es, die Pauschalen auf eine leitliniengerechte Versorgung der großen Volkskrankheiten zu definieren. Bezieht man die alternde Bevölkerung mit ein, sollte die Behandlung multimorbider Patientinnen und Patienten auch über die bisherige Chronikerpauschale hinaus bei der Vergütung berücksichtigt werden. Dagegen erfordert das breitere Leistungsspektrum der Fachärztinnen und Fachärzte und die angestrebte Harmonisierung mit Pauschalvergütungen in der stationären Versorgung eine stärkere Ausdifferenzierung. Zwar reduziert eine differenziertere Gestaltung der morbiditätsbasierten Pauschalen die Wahrscheinlichkeit der Risiko-selektion, sie kann aber nicht allein die Gefahr der Unterversorgung verhindern. Insofern sind zusätzliche Einzelleistungen systematisch einzusetzen und an medizinische Abrechnungsvoraussetzungen zu knüpfen. Damit wird die Behandlung auf die für das Patientenproblem angemessene und erforderliche Versorgungsstufe gelenkt sowie auf eine innerärztlich sachgerechte Überweisungstätigkeit begrenzt. Darüber hinaus sind eine vertragliche Qualitätssicherung und zusätzliche qualitätssichernde Elemente der Vergütungsordnung notwendig.

Für besonders förderungswürdige Einzelleistungen und besondere Auftragsleistungen werden weitere Elemente der Einzelleistungsvergütung sowie Komplexpauschalen erforderlich sein. Deshalb sollte bei der Abrechnung der entsprechenden Gebührenordnungspositionen generell eine Differenzierung nach fixen und variablen Kostenanteilen vorgenommen werden. Der Fixkostenanteil ist in diesem Falle nur bis zu

einem Höchstwert zu vergüten, sodass bei Leistungen über diesen Betrag hinaus nur der variable Kostenanteil berücksichtigt wird. Damit wird die Leistungsgerechtigkeit des Vergütungssystems gegenüber den medizinischen Leistungserbringern gestärkt. Impulse zur nicht bedarfsgerechten Leistungsausdehnung aus dieser Vergütungsform werden hingegen abgeschwächt.

6.7 Qualitätsorientierte Vergütungsanteile

Wird die ärztliche Vergütung stärker von der Erzielung positiver gesundheitlicher Ergebnisse bei den behandelten Patientinnen und Patienten abhängig gemacht, kommt es auch zu einer höheren Interessenübereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten. D.h. Patienten- sowie Eigeninteresse der Ärzte stimmen darin überein, möglichst gute Ergebnisse in der Behandlung zu erzielen, die ein ergänzendes Honorar einbringen.

Daher sollten zusätzliche monetäre Anreize in Form von leistungsorientierten Vergütungsbestandteilen eingeführt werden (P4P).

Der qualitätsorientierte Bonus, den einzelne Ärzte erhalten können, sollte sich in erster Linie nach dem individuellen Erfolg in der Behandlung von Patientinnen und Patienten richten, d.h. nach Indikatoren der Ergebnisqualität (z.B. der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten als Indikator für die Vermeidung von Komplikationen bei chronischen Erkrankungen). Dieser Erfolg hängt einerseits von den Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten ab, sodass in jedem Fall eine Risikoadjustierung nach Morbiditätskriterien erfolgen sollte. In entscheidender Weise wirkt jedoch auch die Compliance der Patientinnen und Patienten auf die Erreichung vieler gesundheitlicher Output-Indikatoren ein. Gegebenenfalls kann diese Abhängigkeit von der Patienten-Compliance dadurch verringert werden, dass nur solche Qualitätsindikatoren der Prozessqualität zur Beurteilung herangezogen werden, die eine positive Veränderung des Gesundheitsstatus der Patienten grundsätzlich erwarten lassen. Dazu gehört beispielsweise die leitlinienorientierte Behandlung, deren erfolgreicher Einsatz an Hand der Dokumentation zu prüfen wäre. Insgesamt wird dadurch die Qualität der medizinischen Versorgung dem international anerkannten wissenschaftlichen Standard ange-

nähert. Notwendig ist allerdings eine Weiterentwicklung hin zu krankheitsübergreifenden Versorgungsleitlinien, die dann die Grundlage für eine sachgerechte Behandlung multimorbider, älterer Patienten bilden.

Grundsätzlich sollten Qualitätsziele nicht nur definierbar, eindeutig zuordnungsfähig, gut messbar, sondern auch möglichst aus Routinedokumentationen zu erheben sein. Dies hält den bürokratischen Aufwand in Grenzen. Allerdings sollten bei einer ergebnisorientierten ärztlichen Vergütung nicht vornehmlich finanzielle Aspekte eine Rolle spielen, sondern durch die Offenlegung von Qualitätsindikatoren auch Vorteile im Wettbewerb um Patientinnen und Patienten erreichbar sein. Konkrete Vorschläge für die Verankerung von verstärkten Qualitätsvoraussetzungen für die Abrechnung einzelner Leistungen und Leistungskomplexe/Pauschalen der neuen Gebührenordnung sowie zur Gestaltung der P4P-Elemente sollten durch das neu zu schaffende Institut ausgearbeitet werden.

6.8 Zukünftige hausärztliche und fachärztliche Vergütung

Für den hausärztlichen Versorgungsauftrag stehen über Diagnostik und Therapie hinaus die Betreuung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie die Koordination der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung im Mittelpunkt. Von daher sollten in der Vergütung Pauschalen zwar dominieren, aber auch Anreize aufgenommen werden, die eine notwendige Technikausstattung ermöglichen, um vorzeitige und verzichtbare Überweisungen zum Facharzt zu erübrigen.

Die Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte im Kollektivvertragssystem sollte sich in Zukunft aus folgenden Komponenten zusammensetzen:

- altersadjustierte Fallpauschale;
- morbiditätsbasierte Zusatzpauschalen für die leitliniengerechte Versorgung chronischer Erkrankungen, wie z.B. Demenz, Diabetes, Hypertonie etc., gebunden an Parameter der Struktur- und Prozessqualität, unter Berücksichtigung von Koordinationstätigkeiten des Hausarztes mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, ggf. Zuschläge bei Multimorbidität;

- Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen für ausgesuchte förderungswürdige Leistungen;
- Bonus/Leistungsanteile P4P, gemessen anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität.

Die Vergütung der Fachärztinnen und Fachärzte im Kollektivvertragssystem sollte sich in Zukunft aus folgenden Komponenten zusammensetzen:

- die fachärztliche Vergütung ist je nach Versorgungsauftrag und Leistungen der betroffenen Facharztgruppen zu differenzieren;
- Merkmale dabei sind arztgruppenbezogene morbiditätsbasierte Pauschalen (ggf. adjustiert nach Schweregraden und/oder Komorbiditäten), gebunden an Parameter der Struktur- und Prozessqualität (z.B. leitliniengerechte Versorgung);
- für die (erweiterte) spezialfachärztliche Versorgung sind die Pauschalen möglichst mit dem stationären DRG-Vergütungssystem zu harmonisieren;
- Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen für ausgesuchte förderungswürdige Leistungen;
- Bonus/Leistungsanteile P4P, gemessen anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität.

6.9 Weitere Reformoptionen

Nach Einführung der neuen Vergütungsordnung ist zu überprüfen, inwieweit angesichts ihrer bedarfs- und qualitätsorientierten Ausgestaltung und deren Steuerungseffekte weiterhin eine Budgetierung der ambulanten ärztlichen Vergütung notwendig ist. Vorteile eines nicht budgetierten Systems würden in der stärkeren Transparenz der Vergütung und nicht durch Honorarverteilungsmaßnahmen verzerrbaren Steuerungsmechanismen liegen. Auf regionaler Ebene könnten, wenn z.B. bei Untersuchungssituationen notwendig, trotzdem gezielte Preisanreize gesetzt werden. Eine Vergütung ohne formale Mengenbegrenzung würde außerdem kollektivvertragliche Bereinigungsregelungen obsolet machen und selektivvertraglichen Versorgungsformen hier eine gleiche Ausgangsposition im Wettbewerb mit dem Kollektivsystem verschaffen.

Die Autorinnen und Autoren

René Bormann

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Dirk Engelmann

SPD-Parteivorstand, Abteilung Politik und Analyse

Prof. Dr. Eckart Fiedler

Professor am Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln

Dr. Gerald Gaß

Geschäftsführer Landeskrankenhaus Rheinland-Pfalz

Dr. Christopher Hermann

Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg

Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der AOK

Franz Knieps

Partner WMP HealthCare

Armin Lang

Vorsitzender der AG Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen

Hartmut Reiners

Autor und Publizist

Severin Schmidt

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Karl-Heinz Schönbach

Geschäftsführer Versorgung des AOK-Bundesverbandes

Joachim Schütz

Justitiar des Deutschen Hausärzteverbandes

Bernhard van Treeck

Leitender Arzt Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord

Dr. Anke Walendzik

Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Eva Walzik

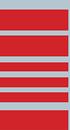
Leiterin des Berliner Büros der DAK-Gesundheit

Herbert Weisbrod-Frey

Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik der Gewerkschaft ver.di

Michael Weller

Leiter Stabsbereich Politik GKV-Spitzenverband



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

Sichere Renten und gute Nettolöhne im demografischen Wandel

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Indikatoren als Steuerungsinstrumente in Gesetzen

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Deutschlands Industrie: Wachstumsmotor oder Wachstumsmythos?

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Die EU-Fiskalpolitik braucht gesamtwirtschaftlichen Fokus und höhere Einnahmen

WISO direkt

Außenwirtschaft

Eurokrise: Die Ungleichheit wächst wieder in Europa

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

Perspektiven der Wirtschaftsförderung für den Kultur- und Kreativsektor

WISO Diskurs

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!

WISO direkt

Steuerpolitik

Für einen produktiven und solide finanzierten Staat – Einnahmen und Dienstleistungsstaat stärken

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

Reformperspektiven im deutschen Kammerwesen

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Die Energiewende verbraucherfreundlich gestalten

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

Frühzeitige Bürgerbeteiligung für eine effizientere Verkehrsinfrastrukturplanung

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Mehr als Minutenpflege – Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen?

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

Soziale Gesundheitswirtschaft – Impulse für mehr Wohlstand

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Organisation und Finanzierung von Qualifizierung und Weiterbildung im Lebensverlauf

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

Wie lässt sich ein Anspruch auf Weiterbildung rechtlich gestalten?

Rechtliche Instrumente im Arbeits- und Sozialrecht

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Soziale Indikatoren in Nachhaltigkeitsberichten Freiwillig, verlässlich, gut?

WISO Diskurs

Arbeitskreis Dienstleistungen

Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Interkulturelle Öffnung in Kommunen und Verbänden

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

Muslimbilder in Deutschland – Wahrnehmungen und Ausgrenzungen in der Integrationsdebatte

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso