#### SPOTLIGHT GESUNDHEIT



# Ärztliche Vergütung

Gleiche medizinische Leistungen gleich bezahlen

- Sektorengrenzen überwinden: Der steigende Anteil ärztlicher Leistungen, die sowohl in der Arztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden, sollten künftig auch einheitlich vergütet werden
- Innovationen erleichtern: In dem sektorübergreifenden Versorgungsbereich sollen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch in dafür nachweislich geeigneten Praxen sofort zur Verfügung stehen
- Wissenschaftliche Institute stärken: Die bisher nach Sektoren getrennt arbeitenden Institute zur Feststellung der Versorgungskosten (InEK und InBA) sollen zusammengelegt werden
- GKV PKV: Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Honorarordnung erschwert versorgungspolitisch erwünschte Verbesserungen, etwa eine stärkere Qualitäts- und Bedarfsorientierung
- Integrierte Krankenversicherung: Eine Angleichung beider Honorarordnungen ohne gleichzeitige Reform der Finanzierung von GKV und PKV ist aber nicht zu empfehlen

#### **Autor**



Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert stefan.etgeton@ bertelsmann-stiftung.de

ie ärztliche Leistungen vergütet werden, ist eine hochkomplexe Materie: Es gibt Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen, außerbudgetäre Leistungen und Selektivverträge; für den ambulanten Bereich gelten andere Regeln als für den stationären, für gesetzlich versicherte Patienten andere als für Privatpatienten. Das vielfach segmentierte Vergütungssystem ist historisch gewachsen, es geht um viel Geld, mittlerweile mehr als 39 Milliarden Euro jährlich allein für die ambulante ärztliche Behandlung in der gesetzlichen (GKV) und über 6 Milliarden Euro in der privaten Krankenversicherung (PKV). Viel wird darüber gestritten, ob die Aufteilung zwischen den jeweiligen Arztgruppen fair ist.

Vergütungssysteme sind aber mehr als bloße Verteilmechanismen für finanzielle Ressourcen. Die Vergütung ärztlicher Leistungen ist auch ein ganz zentrales Instrument zur Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sie sollte nicht nur angemessen sein, sondern zugleich Anreize für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung setzen. Das tut sie zurzeit nicht oder nicht ausreichend. Besonderer Reformbedarf wird bei der Vergütung von Leistungen gesehen, die sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich erbracht und meist völlig unterschiedlich honoriert werden.

Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden.

Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 12.3.2018

Angesichts der Herausforderungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt und veränderte Versorgungsbedarfe hat sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, für die ambulante Versorgung "ein modernes Vergütungssystem" (Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom muss überwunden werden.
Im Schnittstellenbereich von
ambulant und stationär müssen dazu
einheitliche Rahmenbedingungen
geschaffen werden.

Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung, Dresden

12.3.2018) zu schaffen. Eine Expertenkommission mit 13 Wissenschaftlern soll bis Ende 2019 Vorschläge für Reformen vorlegen. Zeitgleich arbeitet eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe an der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung mit allen Aspekten, einschließlich der Honorierung.

Die hier vorgestellte Studie der Bertelsmann Stiftung greift beide Themen auf. Im Zentrum stehen die Vergütungen von solchen ärztlichen Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden, und die Anreize, die verschiedene Vergütungssysteme setzen. Die Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dr. Anke Walendzik vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Essen-Duisburg haben den Status quo analysiert und mögliche Reformansätze entwickelt. Sie haben auch untersucht, welche Rolle die unterschiedlichen Vergütungsregeln für privat und gesetzlich Versicherte spielen. Ihre fast durchweg positive Einschätzung der Alternativvorschläge verdeutlicht den erheblichen Reformbedarf. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie werden in diesem Spotlight Gesundheit präsentiert.

## Herausforderung Ambulantisierung: Sektorengrenzen verschwinden

Vieles, was früher nur stationär behandelt wurde, kann heute auch bei niedergelassenen Ärzten in der Praxis stattfinden. Gleichzeitig werden in Krankenhäusern immer mehr Patienten ambulant behandelt, darunter viele mit hochspezialisierten Indikationen. Der medizinisch-technische und pharmakologische Fortschritt macht stationäre Aufenthalte häufig überflüssig. Diese "Ambulantisierung" der Versorgung ist gut und erwünscht, denn ambulante Behandlungen sind in der Regel kostengünstiger und bergen für die Patienten oft auch weniger Risiken, etwa das der Ansteckung mit Krankenhauskeimen.

Wie stark der Trend zur Ambulantisierung der Versorgung ist, zeigt zum Beispiel der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V, der seit 2004 stetig wächst. Zu denken ist auch an die hohe Anzahl stationärer Patienten, die nur wenige Stunden oder Tage in der Klinik verbringen, von denen ein Teil sicher auch ambulant behandelt werden kann. Fast die Hälfte aller stationären Krankenhausfälle (8,9 von 19 Millio-

nen) waren 2016 Stunden- oder Kurzliegerfälle bis zu drei Tagen. Bei wie vielen eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte, ist schwer zu sagen, denn neben medizinischen gibt es auch patientenbezogene Kriterien für die stationäre Behandlung.

## Gleiche Leistungen – unterschiedliche Bezahlung

Das Vergütungssystem ist aktuell auf die zunehmende Ambulantisierung der Versorgung noch nicht eingerichtet. Derselbe Eingriff, ambulant in einer Praxis oder stationär in einem Krankenhaus durchgeführt, wird häufig nach völlig unterschiedlichen Regeln honoriert (siehe Kasten unten "So werden ambulante Eingriffe heute vergütet"). In der Regel ist dadurch auch die Höhe der Vergütung eine andere. Die unterschiedliche Bezahlung setzt Fehlanreize und erschwert die Steuerung der



# Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen der Studie "Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrations-

modelle über sektorale

Leistungsträger und Finanzierungssysteme". Autoren sind Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dr. Anke Walendzik vom Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg-Essen.

Die Studie steht unter

Die Studie steht unter www.bertelsmannstiftung.de/integriertekrankenversicherung zum kostenlosen Download bereit.

#### So werden ambulante Eingriffe heute vergütet

Das deutsche Vergütungssystem heute: mehrfach segmentiert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen gelten im ambulanten Bereich andere Regeln als in der stationären Versorgung, im Kollektivvertrag andere als in den Selektivverträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Krankenhäuser rechnen für gesetzlich oder privat Versicherte die gleichen Fallpauschalen ab, niedergelassene Ärzte haben es dagegen je nach Versichertenstatus mit zwei völlig anders gestrickten Vergütungssystemen zu tun. Kompliziert wird es daher bei ambulanten Leistungen, die sowohl in der niedergelassenen Praxis als auch im Krankenhaus erbracht werden – denn hier gelten für dieselbe Leistung unterschiedliche Vergütungsregeln.

Hinzu kommt der Unterschied zwischen GKV und PKV. Die für Privatpatienten geltende Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) setzt auf das Prinzip der Einzelleistungsvergütung (ELV) und erlaubt den Ärzten, über Steigerungsfaktoren zusätzliche Aufwände abzurechnen. Im Durchschnitt bekommt ein Arzt für die gleiche Leistung dadurch etwa 2,5-mal so viel wie bei einem gesetzlich versicherten Patienten. Die GOÄ ist unterdessen in die Jahre gekommen. Sie ist zuletzt 1982 grundlegend überarbeitet worden. Sie entspricht damit kaum noch den heutigen praktischen Erfordernissen, weil der medizi-

nisch-technische Fortschritt sich in der GOÄ nicht widerspiegelt. Das hat dazu geführt, dass viele Leistungen, die in der GOÄ nicht enthalten sind, "analog" abgerechnet werden, d. h. unter Nutzung von nach Art, Kosten und Zeitaufwand vergleichbaren alten GOÄ-Prozeduren.

Das Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung basiert auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser stellt eine Mischung aus Einzelleistungsvergütung (ELV) und Pauschalen für bestimmte Leistungen oder Leistungskomplexe dar. Der EBM kennt budgetierte und - zunehmend mehr - auch extrabudgetäre Leistungen, deren Preis stabil bleibt, anstatt - wie sonst üblich - mit Überschreiten einer bestimmten Menge zu sinken. Was der einzelne Arzt in einem Quartal verdient hat, erfährt er genau erst sechs Monate später. Der EBM wird von einem Bewertungsausschuss mit Vertretern des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kontinuierlich an die medizinische Entwicklung angepasst.





Gesundheitsversorgung hin zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.

## Bessere Versorgung mit gleichen Vergütungsregeln für Praxen und Kliniken

Die Studie zeigt: Ein neuer Versorgungsbereich mit einheitlicher Vergütung für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen kann die Versorgung bedarfsgerechter machen. Der neue Leistungsbereich im Schnittfeld von ambulanter und stationärer Versorgung sollte alle Leistungen umfassen, die in nennenswertem Umfang sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Krankenhäusern erbracht werden. Auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sollte Teil dieses neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereichs werden.

Mit Blick auf die sektorenunabhängige Vergütung wurden in der Studie von den beiden Gesundheitsökonomen zwei Modellvarianten entwickelt und diskutiert. Beide erfüllen die Voraussetzung,

#### 9 Kriterien zur Beurteilung von Vergütungssystemen

Diese neun Kriterien wurden in der Studie der Bertelsmann Stiftung verwendet, um verschiedene Vergütungsmodelle für ambulante Behandlungen zu bewerten:

- Versorgungsqualität: Werden Bedarfsgerechtigkeit, Patientenorientierung und -sicherheit sowie eine bessere Behandlungskoordination gefördert?
- Wirtschaftlichkeit: Werden Effizienz und wirtschaftliche Versorgungsformen belohnt?
- Patientenzugang: Führt das Vergütungssystem zu unterschiedlichen Wartezeiten, Verschiebung oder zum Ausschluss von Leistungen?
- Innovationszugang: Stehen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit nachgewiesenem Zusatznutzen zeitnah zur Verfügung?

- Leistungsgerechtigkeit: Werden gleiche Leistungen gleich vergütet und ist die Honorierung für den Arzt kalkulierbar?
- Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit: Sind Risiken zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern gerecht verteilt?
- **Responsivität:** Kann das Vergütungssystems regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen berücksichtigen?
- Transparenz und Regulierbarkeit: Passt das Vergütungssystem zu Bedarfsplanung und Qualitätssicherung, kann auf Fehlanreize reagiert werden?
- **Realisierbarkeit:** Wie hoch sind Realisierungswiderstände und -kosten bei möglichen Reformen?

dass alle Leistungserbringer – Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser – nach gleichen Regeln abrechnen und dieselbe Vergütung erhalten. Variante 1 basiert auf Einzelleistungsvergütungen, Variante 2 auf Pauschalen, jeweils kombiniert mit weiteren Elementen (Abbildung 1).

## Einzelleistungsvergütung oder Pauschalen als Basis

Variante 1 kombiniert die Einzelleistungsvergütung (ELV) mit einer konsequenten Abstaffelung bei den Fixkosten (beispielsweise Sachkosten für Apparate). Da diese bei höherer Leistungsmenge nicht steigen, sinkt deren Erstattung anteilsmäßig mit der Menge der erbrachten Leistungen. Diese sogenannte Fixkostendegression wird bei den Fallpauschalen im Krankenhaus (DRG) bereits seit längerem angewandt. Damit wird dem Anreiz zur Mengenausweitung entgegengewirkt.

Bei Variante 2 erfolgt die Vergütung pauschal nach Indikationen. Das erfordert ein verbindliches Kodiersystem. Bei stark technisch dominierten Leistungen wird die Fixkostendegression auch hier eingeführt, aber deutlich selektiver als in Variante 1. Im Einzelfall sind auch Einzelleistungsvergütungen zusätzlich zur Pauschalvergütung ergänzend möglich. Die Variante 2 eignet sich auch gut zur Pauschalvergütung medizinischer Leistungen von Netzwerken, die die Honorarverteilung dann intern regeln. Das betrifft etwa die ambulant spezialfachärztliche Versorgung (ASV).

## Wissenschaftliche Institute zusammenlegen

Für beide Vergütungsvarianten gilt: Die Kalkulation der jeweiligen Honorarsätze bzw. Pauschalen erfolgt auf empirischer Grundlage. Dazu sollen die derzeit getrennt arbeitenden Institute für den ambulanten und den stationären Bereich – das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) – zusammengelegt werden. Das Institut soll dann die konkrete Vergütungshöhe auf Basis empirisch ermittelter Kosten aus neu zu rekrutierenden Kalkulationspraxen und den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern ermitteln.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollten in dem neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich auch in Praxen und nicht nur in Kliniken sofort zur Verfügung stehen, wenn bestimmte Qualitätsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Studie nennt als Beispiele dafür die Weiterbildungsbefugnis des verantwortlichen Arztes, den Nachweis von Mindestmengen oder die Anbindung an Zentren und spezialisierte Netzwerke. Damit würde der schnelle Zugang zu qualitätsgesicherten Innovationen auch in der niedergelassenen Praxis ermöglicht.

## Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit steigen

Beide Modellvarianten weisen gemessen an den neun für die Studie definierten Kriterien (siehe Kasten Seite 5) nach Einschätzung der Experten deutliche Vorteile gegenüber dem derzeitigen Vergütungssystem auf. Variante 1 setzt mit Einzelleistungsvergütungen und konsequenter Fixkostendegression mehr Anreize für Patientenorientierung, für Gleichheit im Patientenzugang sowie Leistungsgerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern. Die für jede Leistung spezifische Fixkostendegression bringt jedoch einen gewissen

reformiert werden. Dabei gilt:
Die Vergütung ärztlicher Leistungen in der ambulanten Versorgung muss sich am Stand des medizinischen Fortschritts und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im August 2018 zur Konstituierung der Honorarkommission

administrativen Aufwand mit sich. Die Indikationspauschalen der Variante 2 sind demgegenüber einfacher und befördern eine effektivere, bedarfsgerechtere und wirtschaftlichere Versorgung sowie die Koordination der Leistungserbringung. Die zweite Modellvariante ist auch anpassungsfähiger an künftige Strukturänderungen in der ambulanten Versorgung. Aus diesem Grund erscheint sie geeigneter, um den Herausforderungen für eine zukünftig noch vernetztere Versorgung gerecht zu werden. Ein genauer Vergleich der Modellvarianten mit dem Status zeigt die Tabelle unten.

Kriterium	Modellvariante 1	Modellvariante 2
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung	(+)	•
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	•	
Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit		
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungskoordination		•
Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz	•	•
Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität	•	+(+)
Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang	•	•
Innovationszugang	•	•
Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	•	+(+)
Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit	•	•
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	•	+(+)
Transparenz und Regulierbarkeit	•	•
Realisierbarkeit	Nicht bewertet	Nicht bewertet

#### Kritik der dualen Vergütung

Im zweiten Teil der Studie geht es um die Einbeziehung der Privatpatienten in das vorgeschlagene neue Vergütungssystem, also die Angleichung der ärztlichen Vergütungen für gesetzlich und privat versicherte Patienten. Das Nebeneinander von zwei Honorarsystemen für GKV- und Privatpatienten erschwert versorgungspolitisch erwünschte Verbesserungen, etwa eine stärkere Qualitäts- und Bedarfsorientierung, anstatt diese zu fördern. Das parallele Bestehen des vertragsärztlichen kollektiven und des privatärztlichen Vergütungssystems sei insbesondere mit Blick auf die Anpassung an Morbiditätsentwicklungen in der Gesamtbevölkerung und entsprechender Ausrichtung an regionalen Bedarfen kontraproduktiv, heißt es in der Studie der Bertelsmann Stiftung.

Eine Angleichung der Honorarsysteme von GKV und PKV wäre versorgungspolitisch daher wünschenswert. Da diese aber von der Ärzteschaft nur akzeptiert würde, wenn sie insgesamt aufkommensneutral erfolgt, wäre ein Niveauausgleich zwischen beiden Honorarsystemen notwendig. Dadurch würden GKV-Versicherte be- und PKV-Versicherte entlastet - die Studie geht dabei von mehr als 5 Milliarden Euro jährlich zulasten der GKV aus. Eine Aufhebung der dualen Vergütung ist daher kaum denkbar, ohne auch die Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung insgesamt neu zu gestalten: Entweder durch einen Finanzausgleich zwischen GKV und PKV oder durch die Integration beider Versicherungszweige.

### Vier Fragen an Jürgen Wasem

Professor für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen

#### Was bedeutet es, dass die ärztliche Vergütung für Privat- und Kassenpatienten in Deutschland völlig unterschiedlichen Regeln folgt?

Das Nebeneinander der Vergütungssysteme von GKV und PKV verhindert eine übergeordnete Transparenz und behindert die Steuerung des Versorgungssystems. Aufgrund fehlenden Datenzugangs im PKV-System wird die Morbiditätsentwicklung in der Gesamtbevölkerung nicht vollständig erfasst und das erschwert die Kapazitätsplanung.

#### Hat die Dualität von GKV und PKV auch Auswirkungen auf die Struktur der Versorgung, etwa mit Blick auf die Ärztedichte?

Einkommenserwägungen haben nur begrenzt Einfluss auf Niederlassungsentscheidungen, ebenso wie andere möglicherweise mit dem Anteil an Privatpatienten korrelierte Faktoren, zum Beispiel die berufliche Perspektive des Partners, eine Rolle spielen. Dass negative wirtschaftliche Anreize der unterschiedlichen Vergütungssysteme auf die Verteilung der Ressource Arzt wirken, ist jedoch hoch wahrscheinlich.

# Stimmt es, dass der Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV zu einer im internationalen Vergleich schnelleren Umsetzung des medizinischtechnischen Fortschritts führt?

Das ist bisher empirisch nicht schlüssig nachgewiesen. Die Konzepte eines angemessenen Innovationszugangs im privatärztlichen und vertragsärztlichen System stehen sich diametral gegenüber: langsamer Innovationszugang unter weitgehender Garantie der Evidenzbasierung in der GKV versus schneller Innovationszugang ohne Evidenzbasierung bei privatärztlicher Vergütung.

## Wie wirkt sich diese fehlende Evidenzbasierung in der PKV auf die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit aus?

Die GOÄ enthält keine Bestimmungen zu Struktur-, Prozess- oder gar Ergebnisqualität. Durch die fehlende Einbindung in Verträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gibt es auch kein qualitätssicherndes vertragliches Regelwerk. Die nicht budgetierte Einzelleistungsvergütung schafft Anreize zur Überversorgung und kann insofern das Patientenrisiko durch unnötige Untersuchungen und Behandlungen erhöhen. Dem stehen allerdings Anreize zur Unterversorgung in der GKV mit ihrem starken Anteil von Budgetierung und Pauschalierung gegenüber.



Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

#### Handlungsempfehlungen

# Gleiche Vergütung für ambulant und stationär erbringbare Leistungen

Nicht nur die GOÄ ist in die Jahre gekommen – das duale Vergütungssystem insgesamt wird den Anforderungen der Zukunft kaum mehr gerecht und ist unter versorgungspolitischer Perspektive dysfunktional. Eine Angleichung der beiden zum Teil gegensätzlichen Vergütungssysteme, die weder die Ärzteschaft noch die gesetzlich Versicherten zusätzlich belastet, ist jedoch ohne eine Reform der Krankenversicherungsstruktur nicht möglich. Die in der Studie entwickelten Reformmodelle zur sektorenübergreifenden Vergütung bieten gegenüber dem Status quo mehr Vor- als Nachteile. Die demographisch und morbiditätsbedingte Veränderung der Versorgungsbedarfe sowie die medizinisch-technische Entwicklung, angefeuert durch die Digitalisierung, erhöhen den Druck in Richtung einer grundlegenden Reform der ärztlichen Vergütung über die Sektoren hinweg. Aus der vorliegenden Studie, die sich auf ambulante und ambulant erbringbare Leistungen konzentriert, lassen sich dazu folgende Empfehlungen ableiten:

#### Maßnahmen zum Aufbau einer sektorenunabhängigen Vergütung

- ➤ Definition eines dritten, von ambulantem und stationärem Sektor abgegrenzten Versorgungsbereichs für ambulant erbringbare, aber sowohl in der Arztpraxis wie im Krankenhaus durchgeführte Leistungen
- ➤ Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung des neuen Versorgungsbereichs unter Beteiligung der Akteure oder durch die Gemeinsame Selbstverwaltung
- ➤ Aufbau eines Vergütungssystems für diesen Versorgungsbereich mit einheitlichen Regeln für Vertragsärzte und Krankenhäuser. Dieses System kann wie bisher auf Einzelleistungsvergütungen mit konsequenter Fixkostendegression oder auf eine stärkere Pauschalierung setzen.
- ➤ Freigabe neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden für dafür nachweislich geeignete Vertragsärzte in diesem Versorgungsbereich
- > Zusammenführung der bisher nach Sektoren getrennten zu einer gemeinsamen morbiditätsbezogenen Kapazitätsplanung

#### Angleichung gesetzlicher und privater Gebührenordnung

➤ Eine von der Reform der Krankenversicherung insgesamt isolierte Angleichung von EBM und GOÄ ist mit Blick auf die Finanzwirkungen für die GKV problematisch und daher nicht zu empfehlen SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms "Versorgung verbessern – Patienten informieren" der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden.

Weitere Informationen auf www.bertelsmannstiftung.de/integrierte-krankenversicherung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir auf die weibliche Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

#### **Impressum**

Herausgeber: Bertelsmann Stiftung Carl-Bertelsmann-Str. 256 33311 Gütersloh www.bertelsmannstiftung.de

Verantwortlich:
Uwe Schwenk
Director des Programms
"Versorgung verbessern –
Patienten informieren"

Kontakt: Sonja Lütke-Bornefeld spotlight-gesundheit@ bertelsmann-stiftung.de Tel.: + 49 5241 81-81431 Bildnachweis:
© Getty Images/
iStockphoto/Dean Mitchell,
Prof. Dr. Jürgen Wasem,
Veit Mette
Gestaltung: Dietlind Ehlers
Druck: Druckhaus Rihn

ISSN (Print): 2364-4788 ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung: September 2019