



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 1, 2020

Risikoselektion in der Krankenversicherung

Nebeneinander von GKV und PKV führt zu erheblichen Solidarverlusten

- **Finanzielle Selektion:** Privat Versicherte verdienen im Durchschnitt mindestens 56 Prozent mehr als gesetzlich Krankenversicherte. Sie würden entsprechend hohe GKV-Beiträge zahlen
- **Gesundheitliche Selektion:** Gesetzlich Krankenversicherte sind deutlich häufiger chronisch krank, im Krankenhaus und pflegebedürftig als privat Versicherte. Sie sind auch häufiger erwerbsgemindert und schwerbehindert
- **Solidarpotenzial:** Wären alle bisher privat Versicherten gesetzlich krankenversichert, könnten die Beitragssätze der Krankenkassen je nach Szenario um 0,2 bis 0,7 Prozentpunkte sinken
- **Preis für Dualität:** Der gesetzlich krankenversicherte Durchschnittsverdiener zahlt jedes Jahr 145 Euro allein dafür, dass Gutverdiener, Beamte und Selbstständige sich dem Solidarausgleich entziehen können und Ärzte von privat Versicherten besser vergütet werden

Autor



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

Solidarität gehört zu den Grundwerten der Sozialen Marktwirtschaft. In der Krankenversicherung basiert Solidarität auf einer möglichst breiten Mischung unterschiedlicher Risiken und Leistungsfähigkeiten. Damit jeder unabhängig vom eigenen Einkommen eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung erhalten kann, sollten alle nach ihrer Leistungsfähigkeit zur Finanzierung beitragen. Der Sozialausgleich zwischen Einkommensstarken und -schwachen ermöglicht erst den Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken. Beides gehört zum Kernbestand des Sozialstaats und wird von einer großen Mehrheit der Bevölkerung befürwortet (siehe Abbildung 1).

Die bestehende Aufspaltung der Kranken- und Pflegeversicherung in einen solidarischen und einen privatwirtschaftlichen Zweig stößt dagegen bei vielen auf Kritik. Die Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – GKV und PKV – mit ihren besonderen Zugangsregeln für Beamte und Selbstständige empfinden viele Bürger als unsolidarisch. Bei Umfragen

„Ziel der Gesundheitspolitik muss es weiterhin sein, einen einheitlichen Versicherungsmarkt zu etablieren. Nur so kann eine wettbewerbschädliche Risikoentmischung vermieden werden.“

Sachverständigenrat zur Begutachtung
der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung,
Jahresgutachten 2009/2010

spricht sich daher immer eine deutliche Mehrheit für die Einbeziehung der privat Versicherten in ein solidarisches Krankenversicherungssystem aus.

Die Solidaritätsverluste, die mit der dualen Krankenversicherung einhergehen, beschädigen den sozialen Zusammenhalt nicht nur ideell. Sie verletzen nicht nur das Solidargefühl der Bevölkerung. Die zweifache Risikoentmischung zulasten der GKV – finanziell und gesundheitlich – hat auch ganz handfeste ökonomische Folgen. Aus dem ideellen Solidaritätsverlust wird ein realer, finanzieller Solidarverlust, den die Studie „Geteilter Krankenversicherungsmarkt – Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte“ der Bertelsmann Stiftung systematisch quantifiziert.

Für die Studie hat das Berliner IGES Institut die Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten bei Einkommen und Gesundheitszustand aufgezeigt. Die Daten dafür kommen aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), einer jährlichen repräsentativen Befragung von rund 12.000 Haushalten. Daraus lassen sich die finanziellen Folgen der Abwanderung „guter Risiken“ für die GKV berechnen. Im zweiten Teil der Studie wird am Beispiel Bayerns der Zusammenhang zwischen der regionalen Verteilung von Ärzten und privat Versicherten untersucht. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Studie vorgestellt.

Akzeptanz der Ausgleichselemente in der Krankenversicherung

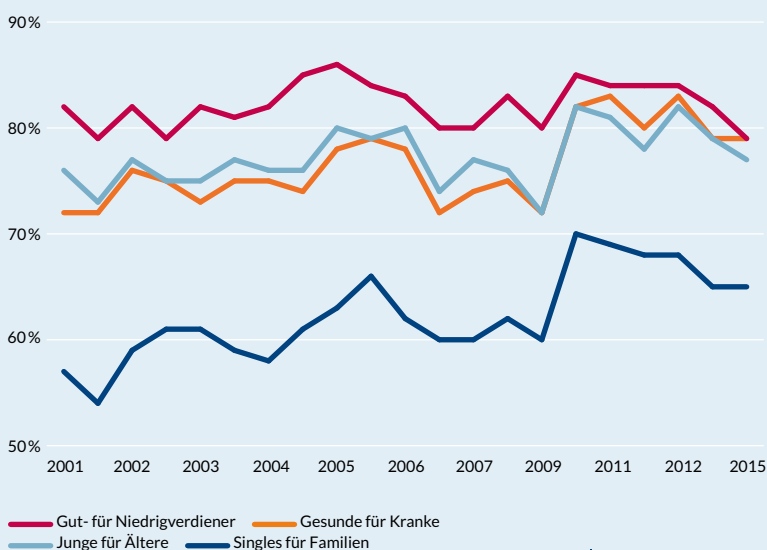
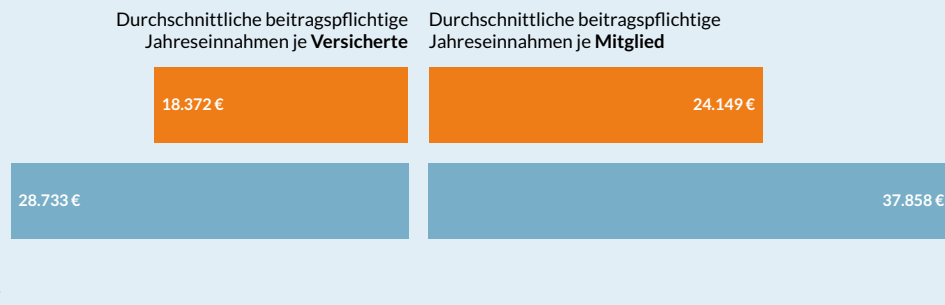


Abbildung 1 | Quelle: Gesundheitsmonitor 2016; n = 1.310 bis 1.662

Merkmale der Versicherten: beitragspflichtige Einnahmen

Privat Versicherte verdienen durchschnittlich 56 Prozent mehr



■ GKV ■ PKV

Abbildung 2 | Quelle: IGES auf Basis von SOEP-Daten des Jahres 2016 sowie der KJ 1-Statistik des BMG

| BertelsmannStiftung

Risikoselektion bei den Einnahmen: PKV-Versicherte verdienen 56 Prozent mehr

Die Aufspaltung der Krankenversicherung in einen gesetzlichen und einen privaten Zweig richtet sich stark nach Einkommen und Berufsgruppe der jeweiligen Versicherten. Die meisten Beamten, die mehrheitlich privat krankenversichert sind, und ein großer Teil der privat versicherten Selbstständigen verdienen deutlich über dem Durchschnitt. Nach der Studie der Bertelsmann Stiftung liegen die jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen aller PKV-Mitglieder mit im Durchschnitt 37.858 Euro rund 57 Prozent höher als die der GKV-Mitglieder mit durchschnittlich 24.149 Euro (siehe Abbildung 2). Umgekehrt erreichen die Einkünfte der gesetzlich Versicherten nur knapp zwei Drittel dessen, was privat Versicherte verdienen. Ähnliche Befunde liefern unter anderem Studien des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

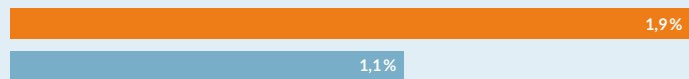
Die Zugangsbedingungen zu den jeweiligen Krankenversicherungszweigen führen zusammen mit einer Selbstselektion der Versicherten zu dem aus Solidargesichtspunkten paradoxen Resultat, dass gerade die finanziell leistungsstarken Versicherten sich aus dem Solidarausgleich verabschieden und in die PKV abwandern. Dieses solidarwidrige Verhalten ist individuell sogar oft rational und mit Blick auf die duale Struktur der Krankenversicherung durchaus anreizkonform. So sind die Beiträge beim Einstieg in die PKV meist günstiger als in der GKV. Ein moralischer Vorwurf ist daher fehl am Platz – vielmehr muss über die duale Struktur der Krankenversicherung selbst gesprochen werden, die eine solche systematische Risikoselektion ermöglicht.

Merkmale der Versicherten: objektive Gesundheitsindikatoren

Anzahl der **Kinder** im Haushalt von Versicherten mit Kindern (Mittelwert)*



Anteil der **Pflegebedürftigen** an allen Versicherten*



Anteil der Versicherten mit **Erwerbsminderung** oder Schwerbehinderung**



Anteil der Versicherten mit längeren oder **chronischen Erkrankungen****



Anteil der Versicherten, bei denen **keine Erkrankung** ärztlich diagnostiziert wurde**



Anzahl der Tage mit **Arbeitsunfähigkeit** im letzten Jahr (Mittelwert)***



Anteil der Versicherten mit mindestens einer **Krankenhausübernachtung*****



■ GKV ■ PKV

Statistische Signifikanz: * Mittelwerte mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <5% verschieden
** Mittelwerte mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <1% verschieden | *** Mittelwerte mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von <0,01% verschieden

Abbildung 3 | Quelle: IGES auf Basis der SOEP-Daten des Jahres 2016

| BertelsmannStiftung



Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein, Professorin für Öffentliches Recht mit Schwerpunkt Sozialrecht an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main und Mitglied des Sozialbeirats der Bundesregierung

Interview mit Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein, Universität Frankfurt

Unsere aktuelle Studie zeigt, dass zwischen gesetzlich und privat Versicherten sowohl mit Blick auf ihre Einkommen als auch hinsichtlich ihrer Morbidität signifikante Unterschiede festzustellen sind. Die Aufteilung der Versichertenkollektive führt dabei nachweislich zur Risikotrennung zulasten der GKV. Würden Sie sagen, dass diese Tatsache verfassungsrechtlich bedenklich ist?

Es gibt gute Gründe für eine gleichmäßige Risikoverteilung zwischen den beiden Säulen GKV und PKV. Vor allem der viel beschworene Systemwettbewerb setzt gleiche Rahmenbedingungen voraus, sonst vergleicht man Äpfel mit Birnen. Aber nach meinem Verfassungsverständnis ergibt sich das aber nicht normativ aus dem Grundgesetz, sondern ist ein Gebot politischer Klugheit. Eine andere Frage sind die Folgen für die Versicherten. Teilweise verbieten Gesetze ihnen Eintritt oder Austritt aus der GKV. Teilweise sind sie faktisch auf die PKV und dort den einmal gewählten Anbieter festgelegt. Im Einzelfall kann das zu hohen, womöglich sogar unzumutbaren Belastungen führen, die auch ein Grundrechtsproblem darstellen können.

Wie müsste aus Ihrer Sicht über die Berechtigung der dualen Struktur unserer Sozialversicherung (Gesundheit, Pflege, Rente) angesichts der Erosion des sozialen Zusammenhalts politisch und gesellschaftlich neu verhandelt werden? Brauchen wir eine Ausweitung der Solidarelemente in der sozialen Absicherung?

Definitiv ja. Unser vor allem am Berufsstand orientiertes Sozialsystem passt nicht dazu, dass Lebensentwürfe und Erwerbsverläufe immer unterschiedlicher werden und vor allem für den Einzelnen nicht mehr vorhersehbar sind. An den Schnittstellen entstehen daher immer mehr Probleme durch willkürliche und ungerechte Zuordnungen. Einheitliche Sicherungsformen für alle sind logischerweise richtig. Dass es hierfür einen sehr starken Reformwillen bräuchte, kann man in Frankreich beobachten. Aber schon Bausteine, die für alle gelten, sind Schritte in die richtige Richtung; z. B. die Kindererziehungszeiten in der Rentenversiche-

rung oder auch die allgemeinen Krankenhausleistungen, die für GKV- und die PKV-Patienten das Gleiche kosten.

Haben Sie konkrete Vorschläge, was sich im Verhältnis zwischen GKV und PKV ändern müsste?

Aktuell braucht es vor allem neue Ideen, um den Ein- bzw. Austritt aus den verschiedenen Sicherungssystemen besser zu gestalten. Außer dem Hamburger Modell, das Neubeamten die Wahl zwischen GKV und PKV durch eine neue Beihilferegulierung ermöglicht, gibt es kaum etwas. Wie wäre es z. B., wenn die Rückkehr zur GKV nicht so restriktiv bliebe, sondern von „Nachzahlungen“ für die Jahre abhinge, in denen man außerhalb dieser Solidargemeinschaft stand? Seit Einrichtung des Gesundheitsfonds ist das organisatorisch doch umsetzbar und wäre sachgerechter als z. B. eine starre Altersgrenze. Zugleich bekäme die alte Forderung eine neue Dringlichkeit, dass PKV-Versicherte bei einem Wechsel ihre Alterungsrückstellungen mitnehmen dürfen.

Aber das würde doch die Unterschiede bei Morbidität und Einkommen noch verstärken?

Das ist aber nur dann ein Problem, wenn man am Leitbild einer dualen Struktur festhält und versucht, die Rahmenbedingungen – hier also die Risikostruktur der Versicherten – möglichst gleich zu machen. Wenn man stattdessen das ferne Ziel einer Ausweitung der solidarischen Sicherungsformen im Blick hat, kommt es auf anderes an: Das Wichtigste ist, dass die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten nicht zusätzlich belastet wird. Das ist durch das große Pooling im Gesundheitsfonds, der zudem ja auch einen Bundeszuschuss erhält, vermeidbar. Außerdem ist es zumindest politisch klug, die PKV nicht manövrierunfähig zu machen. Die Risikoselektion ist dann vielleicht der Preis dafür, dass sie die Alterungsrückstellungen mitgibt. Immerhin muss sie dadurch weniger Stornogewinne und entsprechend höhere Prämien kalkulieren.

PKV-Versicherte sind seltener krank

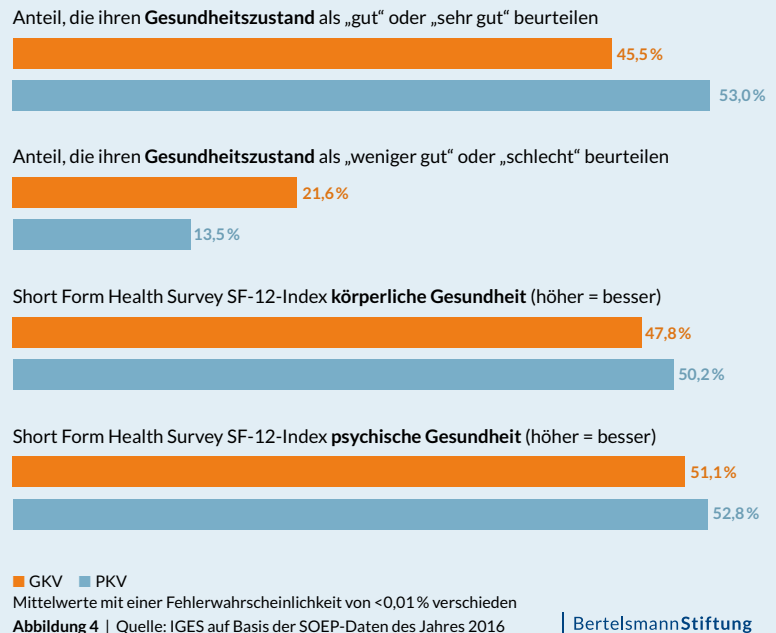
Hinsichtlich des Gesundheitszustandes gibt es ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Durchschnittlich gehen GKV-Versicherte etwas öfter zum Arzt als PKV-Versicherte (GKV-Versicherte 2,5-mal in den vergangenen drei Monaten, PKV-Versicherte 2,3-mal). Sie werden zudem deutlich häufiger stationär behandelt: 23 Prozent der gesetzlich Versicherten, aber nur 17 Prozent der privat Versicherten sind mindestens einmal im Jahr im Krankenhaus. Die geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen liegt unter anderem an dem durchschnittlich besseren Gesundheitszustand der privat Versicherten. So finden sich unter ihnen auch relativ weniger Menschen mit Pflegebedarf, einer Erwerbsminderung, Schwerbehinderung oder mit chronischen Erkrankungen als bei gesetzlich Versicherten (siehe Abbildung 3).

Diese objektiven Befunde schlagen sich auch in der subjektiven Wahrnehmung der Versicherten nieder. So liegt der Anteil derer, die ihre Gesundheit als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnen, bei privat Versicherten mit 53 Prozent deutlich höher als bei den gesetzlich Versicherten (44,5 Prozent). Der Anteil derer hingegen, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ bezeichnen, beträgt bei GKV-Versicherten 21,6 Prozent, bei PKV-Versicherten jedoch nur 13,5 Prozent. Auch die Bewertung der eigenen Lebensqualität anhand des SF-12-Fragebogens (Short Form Health Survey) fördert signifikante Unterschiede in der körperlichen und psychischen Gesundheit zugunsten der privat Versicherten zutage (siehe Abbildung 4).

PKV-Versicherte sind älter und teurer

Der objektiv und subjektiv bessere Gesundheitszustand der privat Versicherten hätte, wäre auch sie gesetzlich versichert, daher nicht zur Folge, dass ihre Krankenversorgung auch billiger wäre als die der gesetzlich Versicherten. Zwar wären die Ausgaben für 90 Prozent der PKV-Versicherten geringer als für GKV-Versicherte. Da aber der Anteil der 55- bis 75-Jährigen unter den PKV-Versicherten deutlich höher ist als in der GKV, fielen die Kosten für die 10 Prozent mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben bei den PKV-Versicherten deutlich höher aus als bei den GKV-Versicherten. Diese und andere Faktoren führen im Ergebnis dazu, dass die Ausgaben für

Merkmale der Versicherten: subjektive Gesundheitsindikatoren



„Es kann nicht sein, dass sich die Besserverdiener aus der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen herauschleichen können.“

Hilger-Björn Hilgerloh, Bürgerbotschafter beim Bürgerdialog der Robert Bosch Stiftung 2019

heute PKV-Versicherte, wären sie gesetzlich versichert, im Durchschnitt höher wären als für heute dort schon GKV-Versicherte. Nach den Berechnungen für die Studie der Bertelsmann Stiftung kostet ein bisher PKV-Versicherter eine gesetzliche Krankenkasse im Durchschnitt zwischen 2.752 und 2.950 Euro pro Jahr, ein Bestandsversicherter dagegen nur 2.691 Euro, also 61 bis 259 Euro weniger (alle Zahlen bezogen auf 2016).

Mehreinnahmen kompensieren höhere Leistungsausgaben

Wären alle PKV-Versicherten gesetzlich versichert, würde dies zu Mehreinnahmen der GKV von 38,6 Milliarden Euro jährlich führen – bei zusätzlichen Ausgaben in Höhe von 28 bis 29,9 Milliarden Euro. Mit dem Überschuss von 8,7 bis 10,6 Milliarden Euro ließe sich – auf Basis

23%

der GKV-Versicherten werden mindestens einmal im Jahr stationär behandelt, doch nur 17 % der privat Krankenversicherten

38

Milliarden Euro würden privat Versicherte insgesamt an Beiträge beisteuern, wenn auch sie gesetzlich krankenversichert wären

56%

verdient ein privat Versicherter durchschnittlich mehr als ein gesetzlich Krankenversicherter und würde entsprechend höhere Solidarbeiträge zahlen

der Daten von 2016 – eine Senkung des GKV-Beitragssatzes im Umfang von 0,6 bis 0,7 Prozentpunkten für alle GKV-Versicherten finanzieren. Verwendet man einen Großteil des Überschusses dafür, das ärztliche Honorarvolumen konstant zu halten (dies erfordert etwa 6,3 Milliarden Euro), könnte der GKV-Beitragssatz mit dem verbleibenden Finanzüberschuss von 2,4 bis 4,3 Milliarden Euro um 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte gesenkt werden. Dieser positive finanzielle Nettoeffekt für die GKV ist maßgeblich auf die höheren beitragspflichtigen Einnahmen der privat Versicherten zurückzuführen, die im Jahr 2016 im Durchschnitt je Versicherten gut 56 Prozent über denen der GKV-Versicherten lagen (siehe Abbildung 2).

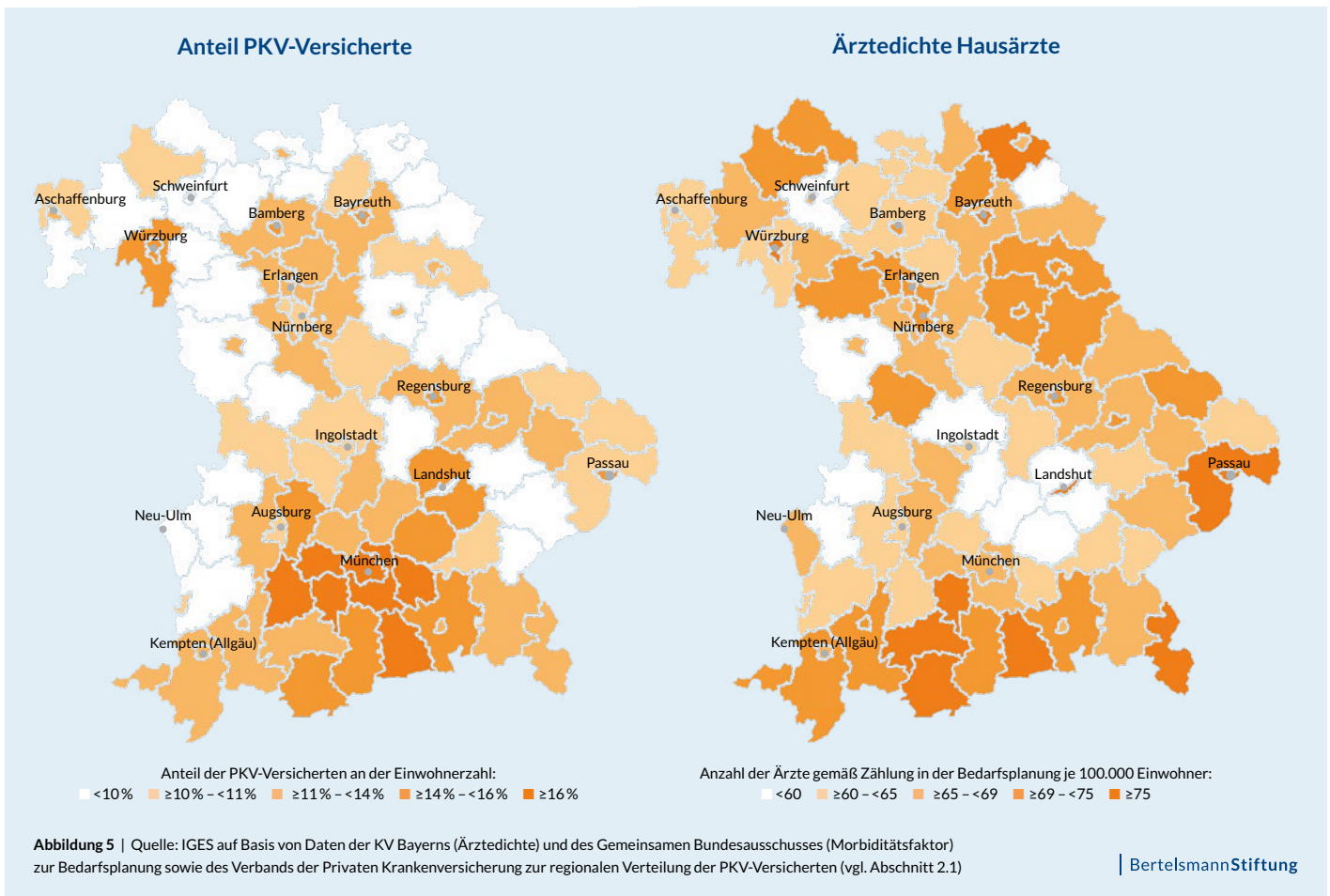
Solidarverluste – der Preis der Dualität

Risikoselektion findet auf zwei Ebenen statt: Durch die duale Struktur der Krankenversicherung werden zum einen die finanziell besonders leistungsfähigen Bürger dem Solidarsystem der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung entzogen. Zum anderen sind die privat Versicherten im Durchschnitt auch gesünder, nicht zuletzt, weil die PKV Menschen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen durch hohe Zugangshürden (Gesundheitsprüfung) praktisch ausschließt.

„Dass nur ein Teil der Bevölkerung zwischen gesetzlicher und privater Absicherung wählen kann, trägt zur Entsolidarisierung gerade der Bessergestellten bei und ist daher zu hinterfragen. Als langfristiges Ziel sollte es zu einer weitgehenden Konvergenz der Systeme kommen, sodass, orientiert am heutigen Leistungskatalog, eine (einkommens- und risiko-) solidarische Absicherung für alle angeboten werden kann.“

Denkschrift der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) 2011: Und unsern kranken Nachbarn auch

Sowohl mit Blick auf ihre Morbidität als auch in finanzieller Hinsicht stellen privat Versicherte „gute Risiken“ dar, die dem Risikomix innerhalb der GKV verloren gehen. Das führt zu kalkulierbaren Verlusten bei der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung. Auf den Einzelnen Beitragszahler heruntergerechnet bedeutet das: Das durchschnittliche GKV-Mitglied zahlt jährlich 145 Euro dafür, dass Gutverdiener, Beamte und Selbstständige sich, anreizkonform und system-



rational, dem Solidarausgleich entziehen können und Ärzte von privat Versicherten besser vergütet werden. Würde man die Verluste bei den Arzthonoraren kompensieren, wären es immer noch 48 Euro im Jahr.

Fehlanreize in der Versorgungslandschaft

Darüber hinaus untersucht die Studie der Bertelsmann Stiftung am Beispiel Bayern den Zusammenhang zwischen dem Anteil der privat Versicherten und der regionalen Verteilung der Ärzte. Bei der haus- und fachärztlichen Versorgung gibt es einen gewissen statistisch signifikanten Zusammenhang nach dem Muster, „wo mehr PKV-Versicherte wohnen, gibt es auch mehr niedergelassene Ärzte“. So finden sich bei einem um einen Prozentpunkt höheren Anteil der PKV-Versicherten (13,7 Prozent statt durchschnittlich 12,7 Prozent) 1,7 Prozent mehr Hausärzte (68,3 statt durchschnittlich 67,2 je 100.000 Einwohner) und 4,6 Prozent mehr Kinderärzte (43,1 statt durchschnittlich 41,2 je 100.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren).

Die verwendeten Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Verbands der Privaten Krankenversicherungen zeigen, dass privat Versicherte in manchen Städten und Landkreisen deutlich stärker vertreten sind als in anderen Regionen des Landes (siehe Abbildung 5) und dies auch für die Kassenärzte zutrifft. Dabei wurden Ergebnisse einer älteren Studie bestätigt, wonach die regionale Verteilung von PKV-Versicherten mit der Verteilung von Arztsitzen korreliert, ohne dass allerdings ein streng kausaler Zusammenhang festgestellt werden kann. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die der dualen Krankenversicherungsstruktur folgende doppelte Honorarordnung die Anreize für Ärzte verstärkt, sich in den bereits gut versorgten Gegenden mit vielen privat Versicherten niederzulassen.



Die Studie „Geteilter Krankenversicherungsmarkt – Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte“. Autoren sind Dr. Richard Ochmann, Dr. Martin Albrecht und Guido Schiffforst vom IGES Institut. Die Studie steht unter www.bertelsmannstiftung.de/integrierte-krankenversicherung zum kostenlosen Download bereit.

Handlungsempfehlungen

Solidarität in der Krankenversicherung stärken

Die Aufspaltung der Krankenversicherung in einen solidarischen und einen privatwirtschaftlichen Zweig setzt erhebliche Anreize für eine Risikoentmischung zulasten der GKV. Besser verdienende Arbeitnehmer und Selbstständige sowie Beamte entziehen sich, sofern sie privat versichert sind, dem Solidarausgleich. Das schwächt den sozialen Zusammenhalt in ideeller, aber auch in finanzieller Hinsicht. Die duale Struktur der Kranken- und Pflegeversicherung ist mittel- und langfristige entsprechend umzubauen. Notwendig erscheinen vor allem folgende Maßnahmen:

Reformschritte zur Konvergenz von GKV und PKV

- › Einführung eines Risikoausgleichs zwischen GKV und PKV, um die Effekte der Risikoentmischung im Bestand auszugleichen
- › Einführung eines beihilfefähigen Tarifs in der GKV, um gesetzlich versicherte Beamte vor dem Verlust des Beihilfeanspruchs zu bewahren
- › Ausbau der Mobilität der Alterungsrückstellungen im PKV-System und darüber hinaus
- › Erleichterung des Wechsels von der PKV in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellung

Zielperspektive: Integrierte Kranken- und Pflegeversicherung

Eine integrierte Sozialversicherung für Gesundheit und Pflege sollte sich durch folgende Merkmale auszeichnen:

- › Alle Bürger sind pflichtversichert – die Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben
- › Die Beiträge orientieren sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit, nicht am individuellen Gesundheitsrisiko
- › Es herrscht freie Kassenwahl – alle Versicherungsanbieter unterliegen dem Kontrahierungszwang
- › Alle Versicherungsanbieter nehmen am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich teil
- › Der Leistungsrahmen orientiert sich an der heutigen gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung
- › Leistungen werden gleich vergütet – unabhängig davon, bei welchem Anbieter der Patient versichert ist

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 alle 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

Redaktion:
Burkhard Rixin

Bildnachweis:
© Martin Barraud –
Getty Images/iStockphoto,
Veit Mette, Stefanie Wetzel

Gestaltung: Dietlind Ehlers
Druck: Druckhaus Rihn

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

Veröffentlichung:
Februar 2020