

Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003

„Eine gesunde Reform für alle“

Berlin, 12. Februar 2003



Ansprechpartner:
Heinz Stapf-Finé
DGB-Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Email: heinz.stapf-fine@bvvdgb.de

Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003

„Eine gesunde Reform für alle“

Vorbemerkung

Das Gesundheitswesen ist ein bedeutender Wirtschaftszweig mit über 4 Millionen Arbeitsplätzen, der ohne die dem Solidaritätsprinzip verpflichtete gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht den Status der größten Dienstleistungsbranche unserer Volkswirtschaft erreicht hätte. Seine Reform ist eine politische Daueraufgabe, die sich beständig im Spannungsverhältnis von steigenden Ausgaben einerseits, begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits bewegt. Dieser grundsätzliche Konflikt kann weder durch quantitative Budgetschränkungen noch durch kurzfristige Erhöhungen der Einnahmen gelöst werden. Es geht vielmehr darum, die Effektivität und die Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes immer aufs Neue zu überprüfen und die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen den veränderten Bedingungen anzupassen. Nur so kann die solidarische Krankenversicherung als unverzichtbares ordnungspolitisches Kernstück unseres Gesundheitswesens zukunftssicher gemacht werden.

Der DGB strebt eine Reform des Gesundheitswesens an, welche die vorhandenen Versorgungsdefizite, Unwirtschaftlichkeiten und überholten Organisationsstrukturen anpackt. Es sind ausreichende finanzielle Mittel vorhanden, die jedoch so eingesetzt werden, dass neben Überversorgung und teilweise auch Verschwendung in einigen Versorgungsbereichen gravierende Mängel und Unterversorgung in anderen Bereichen gegenüberstehen. Wir verfügen über ein technisch bestens ausgestattetes Gesundheitswesen, verzeichnen aber zugleich erhebliche Defizite in der Prävention, der Behandlung chronisch Kranker sowie generell in der Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche, dem Qualitätsmanagement und der Leistungstransparenz. An diesen Punkten muss die anstehende Gesundheitsreform vordringlich ansetzen.

Erst danach müssen Maßnahmen zur mittel- bis langfristigen Sicherung der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung ergriffen werden.

Deshalb muss die Gesundheitsreform 2003 nach Meinung des DGB drei Schwerpunkte haben:

- 1. Die Qualität der Versorgung muss verbessert werden.**
- 2. Die Integrierte Versorgung muss gefördert und zur Regelversorgung werden.**
- 3. Ein Wettbewerb um die Qualität muss eingeleitet werden.**

1. Die Qualität der Versorgung muss verbessert werden.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit 2000/2001 festgestellt, dass in Deutschland ca. die Hälfte aller an den wichtigsten chronischen Krankheiten leidenden PatientInnen nicht nach dem wissenschaftlich gesicherten Stand behandelt werden. Dieses Defizit zeigt sich in überdurchschnittlich hoher Mortalität und Morbidität im Vergleich zu anderen Ländern. So liegt beispielsweise die Sterblichkeit für Diabetes, Darmkrebs, Brustkrebs, Schlaganfall und Bluthochdruck in Deutschland im europäischen

Vergleich nur im mittleren Bereich, obwohl Deutschland mit die höchsten Arzneimittel- ausgaben, eine hohe Ärztedichte und lange Krankenhausverweildauern aufweist.

Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung können durch neue Formen des Wettbewerbs erreicht werden. Wer allerdings mehr Wettbewerb fordert, um Rationalisierungsreserven im System zu erschließen, muss gleichzeitig definieren, welche Parameter Grundlage des Wettbewerbs sein sollen. Sonst besteht die Gefahr, dass Wettbewerb zu Risikoselektion und Qualitätseinbußen führt. Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem kann daher nur Wettbewerb um mehr Effizienz **und** mehr Qualität bedeuten. Um solch einen Qualitätswettbewerb zu initiieren, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Wir brauchen mehr Transparenz im Versorgungssystem

Mehr heißt, bessere und verständliche Informationen über Diagnose, Therapie, Untersuchungsmethoden, Arzneimittel, Auswirkungen einzelner Maßnahmen und Wechselwirkungen verschiedener Therapien.

Konkret bedeutet dies:

Wir brauchen ein Datentransparenzgesetz, das die Krankenkassen und die Leistungserbringer zu einer sachgerechten Dokumentation von Behandlungsabläufen und deren Kosten unter Wahrung der allgemeinen Grundsätze des Datenschutzes verpflichtet.

Daneben sollte eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung unter Nutzung und Ausbau der bereits bestehenden Datenflüsse etabliert werden. Die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung dürfen keinen Rückschluss auf den einzelnen Patienten erlauben.

Die Krankenkassen müssen in die Lage versetzt werden, gute und schlechte Qualität differenziert zu honorieren.

Das bedeutet, dass Krankenkassen ihren Mitgliedern die Ärzte und Krankenhäuser nennen dürfen, die auf der Grundlage des besten medizinischen Wissens eine besonders gute Qualität anbieten. Zum Beispiel ist es für PatientInnen wichtig zu wissen, wer sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung oder an strukturierten Behandlungsprogrammen beteiligt. Zusätzlich sollte es den Krankenkassen möglich sein, mit solchen qualitätsorientierten Leistungserbringern gesonderte Verträge abzuschließen. Beispiele hierfür sind die gesonderte Vergütung des Dokumentationsaufwandes in strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen (Disease-Management-Programme).

Mehr Transparenz wird auch durch die obligatorische Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte erreicht werden, die folgende Elemente zusammenfasst: Elektronisches Rezept, elektronische Patientenakte, elektronischer Arztbrief, Notfallausweis. Damit können z.B. unnötige Doppeluntersuchungen vermieden, Arzneimittel-unverträglichkeiten erfasst und die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung verbessert werden. Die Zusammenfassung dieser Informationen bietet die Möglichkeit, dass sich Ärzte und andere beteiligte Gesundheitsberufe sehr schnell einen umfassenden Eindruck über die Krankheitsgeschichte und aktuelle Therapien eines Patienten verschaffen können, um zielgenau die anstehenden Maßnahmen einzuleiten. Unabdingbar für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist, dass der Patient Herr

seiner Daten bleibt und Missbrauchsmöglichkeiten durch Dritte (z.B. durch Arbeitgeber zur Einstellungsuntersuchung) ausgeschlossen sind.

Bei jedem Qualitätswettbewerb muss sichergestellt werden, dass transparente und wissenschaftlich begründete Qualitätsstandards etabliert werden.

Widersprüchliche oder stark voneinander abweichende Qualitätsstandards führen nicht zu einer generellen Erhöhung der Qualität in der Versorgung. Außerdem tragen sie zu einer starken Verunsicherung der betroffenen PatientInnen bei. Daher gehört zu jedem Qualitätswettbewerb, dass Qualitätsstandards einheitlich und verbindlich vorgegeben werden. Die Standards müssen sich an der wissenschaftlichen Evidenz orientieren und müssen von wirtschaftlichen Interessen unabhängig definiert werden. Daher ist für die Ausarbeitung solcher Standards ein nicht staatliches, unabhängiges Zentrum für Qualität in der Medizin einzurichten. Dieses sollte sich auch externen Sachverständigen und der Erfahrungen von PatientInnen bedienen. Die Standards müssen nach einem nachvollziehbaren und wissenschaftlich gesicherten Verfahren in Empfehlungen umgesetzt werden.

Behandlungsleitlinien, sogenannte evidenzbasierte Leitlinien, müssen veröffentlicht und für Ärzte und Patienten nachvollziehbar formuliert werden. Es sollten nicht nur Empfehlungen zur Therapie von Erkrankungen, sondern auch die Verfahren bewertet werden, die zum Einsatz kommen. Das unabhängige, nicht staatliche, Zentrum für Qualität in der Medizin hat diese Aufgaben:

- Entscheidungsvorbereitung für die reformierten Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung
- Information und Aufklärung (z.B. für PatientInnen verständliche Leitlinien)
- Sicherstellung eines qualitätsgesicherten und transparenten Verfahrens unter Einbezug von Patienteninteressen
- Erhöhung der Transparenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung

Für das Zusammenspiel der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen (Bundesausschüsse) und dem Zentrum für Qualität in der Medizin müssen Regeln und Verfahren entwickelt werden, damit neueste medizinische Erkenntnisse umgehend in den Versorgungsalltag einziehen und den PatientInnen zugute kommen können.

Zunächst müssen die Bundesausschüsse jedoch reformiert werden. Notwendig dazu sind folgende Arbeiten:

- Analyse der Qualitätsdefizite der medizinischen Versorgung
- Benennung der Probleme in der Entscheidungsfindung der gemeinsamen Selbstverwaltung (Verfahrensregeln, juristische Qualität der Entscheidungen usw.)
- Erarbeitung von Reformvorschlägen für mehr Effizienz und Transparenz der Arbeit der Ausschüsse auf Bundesebene, der Entscheidungsprozesse der Bundesausschüsse und des Koordinierungsausschusses, Entwicklung vereinfachter Verfahren der Abstimmung in den Bundesausschüssen und im Koordinierungsausschuss

Die Hauptaufgabe des Zentrums ist die Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit von Verfahren, Leistungen und Methoden in der medizinischen

Versorgung. Es arbeitet damit der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu. Die Entscheidung über die Definition neuer Leistungen und die Verabschiedung von Behandlungsleitlinien obliegt den reformierten Bundesausschüssen.

2. Die Integrierte Versorgung muss gefördert und zur Regelversorgung werden.

Die sektorale Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche zählt zu den zentralen Mängeln des deutschen Gesundheitswesens.

Die organisatorische Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher, ambulanter und stationärer, akuter und rehabilitativer, medizinischer und pflegerischer Versorgung ist nicht nur eine der zentralen Ursachen für Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen, sondern auch wesentlicher Grund für die Verschwendung humanitärer und monetärer Ressourcen. Die Aufrechterhaltung der starren Abgrenzung dieser Sektoren macht deutlich, dass die Versorgung nicht auf der Grundlage einer von den Patientenbedürfnissen ausgehenden Prozesssteuerung erfolgt. PatientInnen sind weitgehend auf sich allein gestellt und können das undurchsichtige Angebotsgeflecht kaum durchdringen. Juristische und informationstechnische Hindernisse erschweren die Ausübung von Navigationsfunktionen durch Krankenkassen, Selbsthilfegruppen oder Patientenberatungsstellen. Die Lotsenfunktion des Hausarztes ist in Deutschland nur schwach ausgebildet.

Diese Defizite sind seit langem bekannt.

Seit der Gesundheitsreform 2000 haben Krankenkassen die Möglichkeit, über Erprobungsregelungen und Strukturverträge das traditionelle Vertragsarztsystem zu überwinden und integrierte Versorgungsformen und –konzepte zu fördern.

Die Erwartungen, die die Politik an innovative Akteure mit der Einführung einer neuen, ausdrücklich gleichberechtigten Versorgungsform neben der bisherigen Regelversorgung ausgesprochen hatte, konnten aber bisher nicht erfüllt werden. Nur mit Mühe kam auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die integrierte Versorgung zustande, die zudem ein im Gesetz nicht vorgesehenes Beitrittsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen zu integrierten Versorgungsverträgen vorsieht.

Neben dem politischen Druck, der von kassenärztlichen Vereinigungen auf Ärztinnen und Ärzte ausgeübt wird, die gemäß den Intentionen des Gesetzgebers auch ohne deren Beteiligung neue Verträge schließen wollen, werden vor allem folgende Gründe für die mangelnde Attraktivität einer integrierten Versorgung angeführt:

- ungeklärtes Nebeneinander von integrierter Versorgung, Strukturverträgen und Modellversuchen
- Barrieren aus dem ärztlichen Berufsrecht
- Unklarheit über Unternehmens- und Rechtsformen
- fehlende Beteiligungsanreize für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen
- Unpraktikabilität der Budgetausgrenzung
- fehlende Einbeziehung der Arzneimittelversorgung (einschließlich des Arzneimittelvertriebs) und sonstiger veranlasster Leistungen

Neue gesetzliche Regelungen müssen darauf abzielen, dass sich an regionalen Versorgungsnotwendigkeiten angepasste integrierte Versorgungsformen entwickeln.

Diese Versorgungsformen sollten sich nicht allein auf die integrierte Versorgung im Sinne der §§ 140 a ff. SGB V beschränken.

Stattdessen sind folgende Schritte erforderlich:

- In der integrierten Versorgung sollten sich über Such- und Bewertungsprozesse die Modelle durchsetzen können, die für alle Beteiligten die bestmögliche Behandlung garantiert. Dazu gehört, dass PatientInnen eine umfassende medizinische Versorgung aus einer Hand geboten wird. Sie haben bei der Behandlung durch mehrere Fachdisziplinen kurze Wege und können sicher sein, dass alle beteiligte Ärzte ihre Informationen zeitnah austauschen. Ärzte und die anderen Gesundheitsberufe können von aufwändigen Verwaltungstätigkeiten entlastet werden und sich intensiver der Arbeit am Patienten widmen. Die gemeinsame Nutzung von teuren Geräten und Räumlichkeiten senkt die Betriebskosten und damit die Behandlungskosten für die Krankenkassen insgesamt.
- Auch sollten die Krankenhäuser für bestimmte Bereiche der ambulanten Versorgung geöffnet werden. In Regionen, in denen Unterversorgung in der medizinischen Standardversorgung herrscht, können sie eine besondere Bedeutung bekommen.
- Es sollten Gesundheitszentren nach dem Vorbild von sog. „311er-“Einrichtungen in den neuen Bundesländern (Brandenburger Modell) ebenso bundesweit gefördert werden, wie Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, die dem Ziel der Integration verpflichtet sind.
- Durch die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) und strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen) sind wichtige Änderungen in der Krankenhauslandschaft zu erwarten. Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten werden vermutlich sinken und Kapazitäten und Ressourcen in den Krankenhäusern freisetzen. Damit besteht die Möglichkeit, frühzeitig eine Neuausrichtung von Strukturen im Krankenhausbereich zu schaffen. Beispielsweise sind Krankenhäuser aufgrund der vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen gut geeignet als Koordinationszentrum für Maßnahmen der Integrierten Versorgung. Die Ausgaben für die Vorhaltung von Doppelstrukturen können gesenkt werden und PatientInnen müssen keine Doppel- und Dreifachuntersuchungen über sich ergehen lassen.

Damit Modelle der Integrierten Versorgung überhaupt etabliert werden, ist es notwendig, dass bremsende Regulierungen und blockierende Eigeninteressen von Standesorganisationen beseitigt werden:

- Dazu müssen Budgetausgrenzungen aus sektoralen Budgets vereinfacht werden und die bewusste Förderung der integrierten Versorgung zu Lasten der bisherigen Regelversorgung erzielt werden.
- Daneben ist der Vorrang des Sozialrechts vor dem Berufsrecht ausdrücklich gesetzlich klarzustellen. Dies betrifft vor allem den Aspekt, dass sich Anbieter integrierter Versorgungsformen aller zivilrechtlich möglichen Unternehmensformen bedienen dürfen.

- Über das Sozialrecht hinaus müssen Versorgungsmodelle mit verlässlichen organisatorischen Strukturen gefördert werden. Gerade die Hoffnungen in den Wachstumsmarkt Gesundheit gebieten es, für die Entwicklung von Betriebs- und Vergütungskonzepten und für die Gründung von integrierten Versorgungsformen Ressourcen bereitzustellen, z.B. durch Innovationsfonds. Neben Anreizen für Leistungserbringer sollten Anreize für Versicherte möglich werden.

Insbesondere in Ballungsgebieten werden sich dadurch differenzierte Versorgungsmodelle entwickeln, die in einem regulierten Vertragswettbewerb miteinander konkurrieren. Damit wird das Nebeneinander von Individual- und Kollektivverträgen künftig zum Regelfall. Dies darf allerdings nicht auf eine Atomisierung der Vertragslandschaft hinauslaufen. Deshalb wird aus wettbewerblichen und kartellrechtlichen Gründen ein formalisiertes Vertragsabschlussverfahren, insbesondere über den Weg der Ausschreibung von Versorgungsaufträgen, favorisiert. Außerdem müssen bundeseinheitliche Vorgaben sicherstellen, dass der Vertragswettbewerb nicht zur Risikoselektion missbraucht wird und den Zugang aller Versicherten zu adäquaten Versorgungsangeboten einschränkt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass alle Versicherten, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit, das Angebot an integrierten Versorgungsformen

Um integrierte Versorgung zu fördern, müssen Maßnahmen ergriffen werden. Die rechtliche Hindernisse beseitigen, die ökonomische Anreize schaffen und betriebswirtschaftliche Impulse geben. Dazu sind folgende Regelungen notwendig:

Bereinigung von bremsender Regulierung

- Das Beteiligungsrecht der KVen an jeden Vertrag über integrierte Versorgung nach drei Jahren ist zu beseitigen
- Durchsetzung des Vorrangstellung des Sozialrechts vor dem Berufsrecht (u.a. durch Klarstellung, dass Anbieter integrierter Versorgungsformen sich aller zivilrechtlicher Unternehmensformen bedienen dürfen)
- Ermöglichung von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen
- Schaffung von Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen
- Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs und Ermöglichung von Direktverträgen der Krankenkassen mit pharmazeutischen Herstellern, Großhändlern und Apotheken
- Wegfall der Apothekenpflicht für Impfstoffe

Übergangsregelung zur Förderung der integrierten Versorgung

Für die Förderung der Integrierten Versorgung ist die Gestaltung der Übergangsphase von zentraler Bedeutung. Besondere Wechselwirkungen bestehen zur Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrages und der Vergütungssysteme, insbesondere für fachärztliche Leistungen. Gefahren für die Integrierte Versorgung liegen einerseits darin, dass die Politik die Dynamik des Wettbewerbs unterschätzt und irreversible Tatsachen ermöglicht. Es ist daher erforderlich, dass im Rahmen der Wettbewerbsordnung und des Wettbewerbsrechts Standards und Regeln definiert werden, die das ‚freie Spiel‘ der Marktkräfte in der Integrierten Versorgung zähmen. Kartellbildungen, Missbrauchsmöglichkeiten und Preis-Leistungs-Defizite müssen ausgeschlossen bzw. sanktioniert werden, da sie letztendlich immer zu Lasten der PatientInnen gehen.

Andererseits dürfen Regulierungsdichte und Regulierungstiefe die Suche nach neuen Versorgungsformen nicht ersticken. Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass eine Vielfalt von Modellen möglich wird und dass PatientInnen, Krankenkassen und Leistungserbringer erweiterte Wahlmöglichkeiten haben. Dann kann Integrierte Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Effizienz im deutschen Gesundheitswesen leisten.

3. Ein Wettbewerb um die Qualität muss eingeleitet werden.

Das Gesundheitswesen ist durch einen verzerrten Wettbewerb gekennzeichnet. Kartelle der Leistungserbringer stehen den zu einheitlichem und gemeinsamen Handeln gezwungenen gesetzlichen Krankenkassen gegenüber. Die Kassen der GKV befinden sich in Wettbewerb untereinander, während der Kontrahierungszwang gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern aufrecht erhalten wurde.

Diese Konstellation erlaubt keine Konkurrenz um die Qualität der Versorgung und bessere Behandlungskonzepte.

Wettbewerb kann kreative Potentiale im Hinblick auf die Suche nach neuen Organisationsstrukturen der Versorgung und der Schaffung effizienterer Betriebsformen freisetzen. Allerdings müssen die zerstörerischen Kräfte des Wettbewerbs in Zaum gehalten werden.

Es muss ein Wettbewerbsrahmen geschaffen werden, der mit dem Solidaritätsprinzip im Einklang steht und sich auf die Versorgungsqualität konzentriert.

Wettbewerb ist im Gesundheitswesen kein Ziel an sich. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss immer ein Instrument sein, mit dem das eigentliche Ziel erreicht werden soll. Dieses Ziel die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die allen Patienten und Versicherten zu Gute kommt. Die Ausgestaltung des Wettbewerbs im solidarischen Gesundheitswesen wird sich an dieser Zielrichtung orientieren müssen, anderenfalls ist er verfehlt. Notwendig ist daher die Definition eines Wettbewerbsrahmens für die solidarische Krankenversicherung, innerhalb dessen sich die Beteiligten zu bewegen haben. Eine solidarische Wettbewerbsordnung ist die Basis für einen Qualitätswettbewerb, der zu mehr Effizienz führt und nicht auf dem Rücken der PatientInnen ausgetragen wird.

Daher ist eine für die Versicherten produktive Weiterentwicklung des Wettbewerbs an die folgenden Bedingungen zu knüpfen:

- Voraussetzung für den Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung ist ein solidarisch und paritätisch finanzierter, einheitlicher Leistungskatalog. Nur auf dieser Grundlage kann ein weiterer Wettbewerb um zahlungsfähige Versicherte verhindert werden. Der Wettbewerb soll sich auf die Frage konzentrieren, wer gute Qualität günstig anbietet. Die Frage, welche Leistungen eine Kasse finanziert, sollte nicht Gegenstand des Wettbewerbs werden.
- Eine weitere Voraussetzung für den Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung ist, dass der Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert ausgestaltet wird. Finanzielle Anreize für eine Risikoselektion sind so weit wie möglich auszuschließen. Jede

Kasse muss im Ergebnis über so viele Mittel verfügen können, die im Bundesdurchschnitt zur Versorgung ihrer jeweiligen Risikostruktur benötigt werden. Dann lohnt sich das „Rosinenpicken“, der Wettbewerb um junge, gesunde und gut verdienende Versicherte nicht mehr. Die Krankenkassen können dann ihre ganze Energie auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität richten.

- Für alle Patienten und Versicherten – unabhängig von Alter, sozialer Situation und Geschlecht - ist der uneingeschränkte Zugang zu verbesserten Versorgungsstrukturen mit erhöhter medizinischer Qualität sicherzustellen.

Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine öffentlich wahrzunehmende Aufgabe und muss dies auch bleiben. Dies beinhaltet die Verantwortung für eine zweckmäßige, ausreichende und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung mit medizinischen Leistungen, die sich an regionalen Morbiditätsindikatoren orientieren sollte. Regionale Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung der relevanten Akteure können die Koordinierung und Planung der sektorenübergreifenden Versorgung unterstützen. Die Kontrolle, ob die Versorgung bedarfsgerecht ist, ist durch staatliche Instanzen auf der Ebene der Bundesländer vorzunehmen. Diese Kontrolle hat sich an der Zielsetzung der sektorenübergreifenden Versorgung zu orientieren. Es gilt, frühzeitig Unterversorgungssituationen zu ermitteln und diese nötigenfalls mit aufsichtsrechtlichem Druck auf die Krankenkassen und die Leistungsanbieter zu verhindern. Auch die Kontrolle der Einhaltung der Regeln des Wettbewerbs ist eine öffentliche Aufgabe. Das betrifft insbesondere das Verhindern des Auftretens marktbeherrschender Stellung und von Preisabsprachen, also die Überwachung wettbewerbs- und kartellrechtlicher Grundsätze.

Die Einführung eines Vertragswettbewerbs in der Beziehung der Krankenkassen zu Leistungserbringern muss einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Notwendig ist hierbei die Veränderung der Vertragsgestaltung, die momentan die Kassen dazu zwingen, mit jedem zugelassenen Leistungserbringer über Kollektivverträge eine Beziehung herzustellen. Weder die Qualifikation des Arztes noch die erbrachte Qualität der Leistung sind von Bedeutung. Somit haben die Kassen derzeit keine Möglichkeit und keine Anreize, steuernd auf die erbrachte Qualität der medizinischen Leistungen für ihre Versicherten Einfluss zu nehmen.

Mit der Einführung des Vertragswettbewerbs wird den Kassen auf der einen Seite die Möglichkeit der Steuerung gegeben. Leistungserbringer werden auf der anderen Seite gezwungen, ihre Qualifikation und ihre Qualität nachzuweisen, damit sie Versorgungsverträge abschließen können. Damit stehen sie im Wettbewerb und werden dann am Markt bestehen können, wenn sie die definierte Qualität ihrer medizinischen Leistungen erbringen.

Die Frage danach, wer die Qualität von gesundheitlicher Versorgung und die Qualifikation der Leistungserbringer definiert, will der DGB allerdings nicht den Vertragspartnern der Einzelverträge überlassen. Stattdessen muss eine Institution, wie z. B. ein unabhängiges, staatsfernes Zentrum für Qualität in der Medizin, Standards und Leitlinien vorbereiten. Die Normierungen müssen auf hohem Niveau qualitätsgesichert definiert werden und gelten grundsätzlich für alle abzuschließenden Versorgungsverträge. Es sind Regelungen zu treffen, die ein sinnvolles Nebeneinander von Kontrahierungs- und Vertragsmodell bzw. einen reibungslosen Übergang vom Kontrahierungs- in das Vertragsmodell ermöglichen.

Wenn der neue Wettbewerb im Gesundheitswesen nach diesen Grundsätzen ausgestaltet, gesteuert und immer wieder auf seine Wirkungen hin überprüft wird, kann er einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit leisten.

Finanzierung der GKV sichern

Der DGB will mit den nachfolgenden Eckpunkten zur zukünftigen Finanzierung der GKV nicht „Mehr Geld in's System“ tragen, sondern die Finanzierung gerechter gestalten und niedrigere Beitragssätze erreichen.

Er sieht die zukünftige Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwingend eingebunden in das vorgestellte Konzept der qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, im dem die Bedarfe der Versicherten und Patienten im Vordergrund stehen.

Angesichts der umfangreichen Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Steuerungsdefizite im Gesundheitswesen verfehlt eine alleinige Diskussion um die Veränderung der Finanzierungsgrundlagen der GKV das Ziel einer bedarfsgerechten und effizienten Neugestaltung des Versorgungssystems. Veränderungen in der Finanzierungsgestaltung der GKV allein sichern nicht das Gesundheitswesen der Zukunft. Zuvor sind Strukturreformen notwendig, die die Qualität und Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Das gegliederte System der GKV ist eine Solidargemeinschaft und beruht auf den Prinzipien der solidarischen Finanzierung und der bedarfsorientierten Leistungen. Jeder Versicherte zahlt nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit einen bestimmten prozentualen Anteil seines oder ihres Arbeitseinkommens an die Krankenkassen. Aus diesem Fonds wird die medizinische Versorgung aller Mitglieder der Kasse bezahlt, auch die der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen. Im Unterschied zur Renten- und Arbeitslosenversicherung hat das Äquivalenzprinzip, d.h. die Abhängigkeit der Leistungen von der Höhe der Beitragszahlungen, keine Bedeutung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Stattdessen gilt das Bedarfsprinzip; alle Versicherten haben Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen in angemessener Qualität. An diesen Eckpfeilern der GKV rüttelt der DGB ebenso wenig wie an der paritätischen Finanzierung durch die Versicherten und deren Arbeitgeber.

Unbestritten ist, dass sich die Finanzierungsprobleme der GKV seit 20 Jahren beständig verschärft haben. Die in diesem Zeitraum zu registrierenden Beitragssatzsteigerungen von durchschnittlich 12 % auf 14 % sind zu einem erheblichen Teil auf eine sinkende Lohnquote, d. h. den Anteil der Arbeitnehmer und Rentner am Volkseinkommen, zurückzuführen. Die hohe Arbeitslosigkeit, der kontinuierlich wachsende Anteil der Rentner an den GKV-Mitgliedern sowie ein stagnierendes Niveau der Reallöhne haben die Beitragszahlerinnen stärker belastet als die Ausgabensteigerungen. Hinzu kommen staatlicherseits verfügte Entlastungen anderer Sozialversicherungszweige und des Bundeshaushaltes zu Lasten der GKV („Verschiebebahnhöfe“). Eine Reform der GKV-Finanzierung steht daher neben den dringend notwendigen Strukturveränderungen auf der gesundheitspolitischen Reformagenda weit vorne. Die Leitlinie für eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV muss sowohl aus volkswirtschaftlichen wie aus sozialen Gründen die Stärkung des Solidaritätsprinzips sein. Nur so ist unser Anspruch einzulösen, allen Bürgern den gleichen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung zu garantieren.

Der in der Diskussion befindliche Vorschlag, die solidarische Beitragsfinanzierung durch eine über Kopfpauschalen finanzierte private Pflichtversicherung zu ersetzen, lehnt der DGB ab. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen führt zu sozialer Ungerechtigkeit und trägt nichts zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen bei. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung, würden insbesondere Familien der unteren und mittleren Einkommensgruppen benachteiligt. Die von privaten Versicherungsgesellschaften und Unternehmerverbänden geforderte Finanzierung eines sozialen Ausgleichs über die Einkommenssteuer würde nicht nur eine volkswirtschaftlich unsinnige staatliche Subventionsspirale in Gang setzen. Diese Finanzierung ist auch außerordentlich intransparent und verkompliziert das Steuerrecht, anstatt es, wie allgemein gefordert, zu vereinfachen. Zudem würde die Gestaltung des Gesundheitswesens zunehmend stärker haushalterischen Gesichtspunkten unterliegen und nicht primär auf die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten ausgerichtet sein.

Der DGB stellt seine Vorschläge zur Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen unter die Voraussetzungen, dass:

- durch eine Gesundheitsstrukturreform die Qualität der Versorgung erhöht und die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven in der Erbringung von Leistungen gehoben werden
- alle Versicherten und Patienten, unabhängig von ihrem Einkommen, den bedarfsgerechten Zugang zu allen Versorgungsangeboten haben und ihnen die Versorgung zukommt, die sie benötigen
- die medizinische Versorgung nach dem besten Stand des Wissens erfolgt
- Beitragszahler und Versicherte einen Anspruch darauf haben, die von ihnen aufgebrauchten Mittel rational und effizient eingesetzt zu sehen
- die Finanzierung der GKV gerechter gestaltet wird.
- dass die Veränderung der Finanzierungsgrundlagen zur Senkung der Beitragsätze genutzt wird und nicht zusätzliche Mittel in das System fließen

Die langfristige Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV hat einerseits unter diesen Maßgaben zu erfolgen, andererseits unter der Voraussetzung, dass Prävention und Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert in der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsversorgung bekommen, um die langfristig kostensenkenden Potenziale für die GKV zu eröffnen.

Der DGB schlägt eine Reform der GKV-Finanzierung mit folgenden Eckpunkten vor:

- Die Beiträge orientieren sich strikt am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Die paritätische Finanzierung durch Versicherte und deren Arbeitgeber bleibt bestehen.
- Geprüft werden sollte die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Personengruppen. Beamtinnen und Beamte sollten ein Wahlrecht zwischen Beihilfe und privater Versicherung sowie freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV und hälftigem Arbeitgeberanteil erhalten.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen bleibt erhalten.
- Die Versicherungspflichtgrenze sollte schrittweise angehoben werden. Damit würden Gutverdienende, die sich bisher privat absichern können, in die GKV einbezogen. Die Beitragssätze der Krankenkassen könnten dadurch gesenkt werden.

- Die Beitragsbemessungsgrenze sollte ebenfalls angehoben werden. Da die Summe der beitragspflichtigen Entgelte dadurch steigt, können die Beitragssätze entsprechend niedriger ausfallen. Die Belastung der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber bliebe unverändert. Die Verteilung der Belastung allerdings ändert sich: Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden entlastet, höhere Einkommen würden stärker als bisher zur Finanzierung herangezogen. Entsprechend würden Arbeitgeber je nach Beschäftigtenstruktur ent- oder belastet.
- Die Krankenversicherungsbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld I und II werden wieder auf das vor der Arbeitslosigkeit von den Betroffenen erzielte Einkommen bezogen.
- Die Finanzierung der sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der GKV muss aus Steuermitteln erfolgen. D.h. der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Bundeszuschuss zu zahlen oder für bestimmte Leistungen, z. B. Leistungen, die keinen direkten Krankheitsbezug aufweisen, die Kosten zu erstatten. Es muss sichergestellt sein, dass alle steuerfinanzierten Leistungen der GKV weiterhin Leistungen der Krankenkassen bleiben und nicht als Aufgaben anderen Stellen übertragen werden.
- Der kassenartübergreifende Risikostrukturausgleich (RSA) wird zu einem morbiditätsorientierten RSA weiterentwickelt, da nur mit diesem ein Wettbewerb in der GKV möglich ist, der das Solidaritätsprinzip nicht beschädigt.

Der DGB hält am Prinzip der paritätischen Beitragsfinanzierung fest und lehnt alle Vorschläge ab, die auf eine stärkere Belastung der Versicherten hinauslaufen:

- Das Einfrieren des Arbeitgeberanteils oder die Umwidmung des Arbeitgeberanteils in einen Arbeitnehmeranteil.
- Jede risikobezogene Beitragsgestaltung, da sie ausschließlich Versicherte belastet. Die Ausgliederung von Behandlungskosten für Haushalts- und Freizeitunfälle ist unpraktikabel und würde überdies vor allem Familien mit Kindern benachteiligen. Auch Bonusssysteme für gesundheitsgerechtes Verhalten oder ein Malus für Rauchen, Alkoholgenuss oder Übergewicht sind nicht zielführend. Sie laufen auf die Einführung des Äquivalenzprinzips (Beitragsgestaltung auf der Grundlage nach dem persönlichen Erkrankungsrisiko) hinaus und widersprechen der Solidarität in der GKV.
- Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensbestandteile (Vermögenseinkünfte). Wenn diese Maßnahme überhaupt in Erwägung gezogen wird, ist sicherzustellen, dass der Grundsatz der paritätischen Finanzierung gewahrt bleibt und nicht nur diejenigen Versicherten belastet werden, deren Arbeitseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird aufgefordert, ein Gutachten über die finanziellen Konsequenzen und die gerechte Ausgestaltung einer solchen Maßnahme zu vergeben.

Der DGB will mit diesen Eckpunkten zur Finanzierung der GKV die solidarische Krankenversicherung zukunftssicher machen. Den Herausforderungen einer älter werdenden

Gesellschaft und neuen technologischen Anforderungen in der Medizin kann mit diesen Maßnahmen wirksam begegnet werden.

Die Defizite in der Versorgung von PatientInnen sind nicht einem Mangel an Geld im Gesundheitswesen geschuldet, sondern überkommenen Versorgungsformen und –strukturen. Deswegen geht es uns nicht um ein „Mehr Geld in's System“, sondern in erster Linie um Strukturreformen. Mit weiteren Belastungen der Versicherten und PatientInnen werden die Probleme nicht gelöst, sondern verschärft.

Geschlechtersensible Gesundheitspolitik entwickeln

Betrachten wir unser Gesundheitssystem, so lässt sich schnell feststellen, dass die Medizin unterschiedliche Krankheitsausprägungen von Frauen und Männern nur unzureichend berücksichtigt. Häufig ist der „Mann in den besten Jahren“ schon allein deshalb normgebend, weil in den meisten medizinischen Studien ausschließlich männliche Probanden untersucht werden. Frauen, Kinder und Alte sind dann die von dieser Norm Abweichenden - die daraus erwachsenden gesundheitlichen Gefahren bis hin zu tödlichen Risiken werden in letzter Zeit mehr und mehr erkannt.

Nicht zuletzt dem im Mai 2001 erschienenen ersten deutschen Frauengesundheitsbericht ist es zu verdanken, dass das Thema Frauengesundheit auf größeres öffentliches Interesse gestoßen ist. Dem Verbundprojekt „Frauengesundheit in Deutschland“ ist es nicht nur gelungen, eine umfassende Bestandsaufnahme der Entwicklung in Ost- und Westdeutschland zu erheben, sondern auch zentrale wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gesundheit von Frauen zu bündeln.

Daneben gibt es – auch international – inzwischen eine Fülle von Einzelstudien, Aufsätzen, Beobachtungen und Veröffentlichungen zum Thema Gesundheit und Geschlecht. Wir können an dieser Stelle nur einige Fakten herausgreifen, die ein Schlaglicht darauf werfen, welche geschlechtsspezifischen Aspekte es gibt und warum eine frauenpolitische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit überhaupt wichtig ist.

Die Auswirkung der Unterstellung „Mensch gleich Mann“ im Gesundheitswesen soll zunächst im Bereich der Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden. Exemplarisch wollen wir auf die Versorgung mit Arzneimitteln hinweisen. Die Häufigkeit von Nebenwirkungen von Medikamenten bei Frauen hat ihren Ursprung insbesondere darin, dass neue Präparate wenig bis gar nicht an Frauen getestet werden. Viele Testphasen werden gänzlich ohne Frauen durchgeführt. Die in Skandinavien durchgeführte Helsinki-Heiart-Study wurde an 4 081 männlichen Studienteilnehmern realisiert, um die Wirkung cholesterinsenkender Medikamente zu erforschen. Gleichwohl veröffentlicht das Margarine-Institut für gesunde Ernährung diese Ergebnisse als „geschlechtsneutral“.

Von den 287 032 Ärztinnen und Ärzten, die 1998 in Deutschland arbeiteten, sind knapp 73 % männlich. Offenbar unterstellen Ärzte und Ärztinnen Frauen eher psychosomatische Beschwerdebilder, Männern eher somatische. Das könnte jedenfalls eine Erklärung dafür sein, dass niedergelassene Ärzte und Ärztinnen zwölf- bis zwanzig-jährigen Mädchen und jungen Frauen bis zu dreimal häufiger Tranquilizer, Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel und Hypotonika verschreiben.

In einer ersten Untersuchung der Barmer Ersatzkasse zum Thema wird festgestellt, dass Frauen deutlich stärker unter den Patient/innen vertreten sind, die mindestens einmal eine Psychopharmakaverordnung erhalten haben. Die Depressionsdiagnostik lässt tendenziell darauf schließen, dass Frauen oft zu schnell als depressiv eingeordnet werden, während dies bei Männern eher selten vorkommt. Dies zeigt sich auch an der traurigen Tatsache, dass über zwei Drittel der Selbstmordversuche mit Todesfolge von Männern begangen werden.

Hier zeigt sich, dass nicht nur therapeutische Fragestellungen relevant sind, sondern dass diese durch psychosoziale Aspekte der Betreuung ergänzt werden müssen. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass Frauen und Männer unterschiedliche Sozialisations-erfahrungen und Lebensbedingungen mitbringen und deshalb mit Gesundheit und Krankheit sowie mit Belastungen in verschiedener Weise umgehen.

Die nicht nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselte Dosierung von Medikamenten führt zu Fehlversorgung von Frauen, Kindern und älteren Menschen. In anderen Bereichen werden sie überversorgt. Neben Psychopharmaka bekommen Frauen häufiger Schlafmittel verordnet als Männer. Die Über- und Fehlversorgung der Frauen mit Hormonpräparaten ist fast schon sprichwörtlich. Insgesamt erhalten Frauen oft die billigeren und älteren Medikamente, dafür aber mehr. Resultat: Zwei Drittel aller Arzneimittelabhängigen sind Frauen.

Der geschlechtergerechte und geschlechterdifferenzierte Blick hat sich auch in weiteren Bereichen des Gesundheitswesens in Deutschland bislang nicht etabliert. Beim Arbeits- und Gesundheitsschutz wird der geschlechtergeteilte Arbeitsmarkt, wobei Männer eher in Führungspositionen und Frauen tendenziell mehr in Teilzeit arbeiten, nicht berücksichtigt. Ebenso wenig Beachtung findet die oft vorhandene Mehrfachbelastung durch Familienarbeit und Erwerbsarbeit in den Studien.

Am Beispiel Brustkrebs lässt sich darstellen, wie dringend eine bessere Qualitätssicherung vonnöten ist. Die gesundheitliche Versorgung dieser typischen Frauenkrankheit ist bezüglich Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge im Vergleich mit anderen hochentwickelten Industriestaaten sehr schlecht.

Durch die Aufnahme von Brustkrebs in die Disease-Management-Programme und durch die Umsetzung der europäischen Leitlinien beim Mammographie-Screening für 50- bis 69jährige Frauen sind in jüngster Zeit erste Schritte in die richtige Richtung gemacht. Gleichwohl bedarf es einer Ausweitung der Forschung zu den Ursachen der Krankheit und zur Früherkennung – insbesondere bei unter 50jährigen Frauen. Darüber hinaus gibt es auch Männer, die an Brustkrebs erkranken – ein Umstand, der allerdings selten früh genug erkannt wird. Einmal mehr wird hier deutlich, dass eine geschlechterdifferenzierte Betrachtung im Gesundheitswesen unabdingbar ist.

Ziele und Anforderungen einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik

Ziel muss deshalb sein, in

- Forschung und Lehre
- Ausbildung und Fortbildung
- Prävention
- Früherkennung

- Diagnose
- Therapie
- Rehabilitation und
- Nachsorge

das Prinzip des Gender Mainstreaming zu etablieren.

Gender Mainstreaming bedeutet – kurz gesagt – bei allen Entscheidungen die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern zu berücksichtigen. Die konsequente Anwendung der Gender-Mainstreaming-Strategie unterstützt Forderungen nach einer auch Frauen gerecht werdenden Gesundheitsversorgung.

Das Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform 2003 entstand unter Mitwirkung der DGB-Expertenkommission Gesundheit, der die folgenden Personen angehören:

Frau
Leni Breymaier
Stellv. Vorsitzende DGB-Bezirk Baden-Württemberg

Herr
Willi Budde
Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender BKK-Bundesverband

Frau
Annelie Buntenbach
Abteilungsleiterin Sozial- und Bildungspolitik
IG Bauen-Agrar-Umwelt

Frau Dr.
Christel Degen
Referatsleiterin Arbeitsmarktpolitik, Gesundheit und berufliche Bildung, Abteilung Frauenpolitik
DGB-Bundesvorstand

Frau
Beate Eggert
ver.di Bundesverwaltung, Mitglied des Vorstandes

Frau Dr.
Ursula Engelen-Kefer
Stellv. Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes

Herr
Eike Eulen
Verwaltungsratsvorsitzender der See-Krankenkasse

Herr Prof. Dr.
Gerd Glaeske
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik

Herr Dr.
Hartmut Guenther
Bereichsleiter Verträge und Leistungsentwicklung
Techniker Krankenkasse

Herr
Ludwig Huber
Verbandsvorsitzender Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV)

Herr
Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung

Herr
Franz Knieps
Geschäftsführer Politik
AOK Bundesverband

Frau
Monika Knoche
Leiterin Planungsstab Gesundheitspolitik
ver.di Bundesverwaltung

Herr
Fritz Kollorz
IG BCE Hauptvorstand, Mitglied des Hauptvorstandes

Frau
Kerstin Kreuger
Referatsleiterin Gesundheitspolitik, Abtlg. Sozialpolitik
DGB Bundesvorstand

Herr Prof. Dr.
Karl Lauterbach
Universität Köln
Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Herr
Eckehard Linnemann
Abteilungsleiter Sozialpolitik IG BCE Hauptvorstand, Verwaltungsratsvorsitzender Bundesknappschaft

Frau
Birgit Mickley
Referatsleiterin
Ministerium f. Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Frau
Margret Mönig-Raane
Stellvertretende Vorsitzende ver.di
Verbandsvorsitzende VdAK

Herr
Hans-Jügen Müller
Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender IKK-Bundesverband

Frau
Bettina am Orde
IKK-Bundesverband, Abteilungsleiterin Stabsabteilung Verbandspolitik

Herr Prof. Dr.

Martin Pfaff

Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie Gemeinnützige GmbH

Herr

Hartmut Reiners

Referatsleiter Grundsatzfragen Gesundheitspolitik, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen,
Brandenburg

Herr

Uwe Repschläger

Abteilungsleiter Planung und Controlling
Barmer Ersatzkasse

Herr Prof. Dr.

Rolf Rosenbrock

Wissenschaftszentrum Berlin

Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Herr

Karl-Heinz Schönbach

Leiter der Hauptabteilung Verträge
BKK-Bundesverband

Herr

Fritz Schösser, MdB

Vorsitzender des DGB-Bezirks Bayern

Alternierender Verwaltungsratsvorsitzender AOK-Bundesverband

Herr Dr. med.

Peter Schwoerer

MDK Baden-Württemberg

Herr

Jürgen Sandler

Referatsleiter Selbstverwaltung, Abtlg. Sozialpolitik
DGB Bundesvorstand

Herr

Roland Sing

Vorsitzender des Vorstands
AOK Baden-Württemberg

Herr Dr.

Erich Standfest

Herr Dr.

Heinz Stapf-Finé

Leiter der Abteilung Sozialpolitik
DGB Bundesvorstand

Herr

Hans-Jürgen Urban

IG Metall Vorstand, Abteilungsleiter Sozialpolitik

Herr Prof. Dr.
Jürgen Wasem
Universität Greifswald
LG Gesundheitsmanagement

Herr
Norbert Weber
TRANSNET Gewerkschaft der Eisenbahner Deutschlands

Herr
Herbert Weisbrod-Frey
ver.di Bundesverwaltung, Abteilungsleiter Gesundheitspolitik
