Unternehmenssteuerung von Krankenkassen und Partizipation der Versicherten

Gedanken zur Reform der Selbstverwaltung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

18 Jahre nach dem historischen Kompromiss von Lahnstein, der zur Einführung der Kassenwahlfreiheit und zur Modernisierung der inneren Verfassung von Krankenkassen führte, ist es erneut an der Zeit zu prüfen, ob die inneren Strukturen an die Herausforderungen von außen angepasst werden müssen. Fragt man haupt- wie ehrenamtliche Spitzenvertreter aus Vorständen und Verwaltungsräten von Kassen und Verbänden, so räumen viele Befragten ein, dass die gegenwärtigen Strukturen und Prozesse weder eine optimale Unternehmensführung noch eine hinreichende Partizipation der Versicherten gewährleisten. Nach außen, wollten sie jedoch diese Meinung (aus unterschiedlichen Gründen) nicht artikulieren. Eine Behebung der gesetzlichen Regelungsdefizite, die verstärkt werden durch Zweifel an der demokratischen Legitimation von sog. Friedenswahlen sowie Mängeln bei Transparenz, Kommunikation und Partizipation der Betroffenen, erscheint aus eigener Kraft ausgeschlossen, auch wenn es bemerkenswerte Ansätze zur Intensivierung der Kommunikation mit den Versicherten gibt – wie zum Beispiel das Konzept der Versichertenältesten bei der frühren AOK Thüringen (jetzt Teil der AOK plus) oder das Vertrauensleutesystem in der Bundesknappschaft . Der folgende Beitrag bleibt aber nicht bei der Analyse von Schwächen stehen, sondern macht Vorschläge wie eine grundlegende Erneuerung der Selbstverwaltung in der GKV aussehen kann und welche praktischen Schritte bis zu einer umfassenden gesetzlichen Änderung möglich sind.

Franz Knieps

Systemschwächen der Selbstverwaltung - Abhilfe aus eigener Kraft?

Das Thema „Reform der Selbstverwaltung“ ist auch nach den grundlegenden Veränderungen im Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) nicht obsolet geworden. Zwar hat die Zusammenfassung von Vertreterversammlung und Vorstand in einem Organ, dem Verwaltungsrat, und die Aufwertung der Geschäftsführung zu einem hauptamtlichen, auf Zeit gewählten Vorstand zur Professionalisierung der Unternehmensführung von Krankenkassen und ihren Verbänden beigetragen, zufrieden ist mit dieser Konstruktion kaum ein Beteiligter. Versuche der Sozialpartner, auf der Ebene der frühren GKV-Spitzenverbände eine Reform der Verbands- und Selbstverwaltungsstrukturen zu initiieren, scheiterten am Widerstand einzelner Vorstände und an den unterschiedlichen Interessen der Kassenarten. Erste Bestrebungen der Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie für Gesundheit, mit Hilfe externer Wissenschaftler und erfahrener Praktiker die Weichen für eine Reform der Selbstverwaltung zu stellen, wurden von Teilen der Gewerkschaften und von der übergroßen ;Mehrheit der Selbstverwalter mit Empörung quittiert und werden von der neuen Bundesregierung offenbar nicht weiter verfolgt. Im Gegenteil, die politischen Bestrebungen gehen vielfach dahin, den Status quo ante vor den Gesundheitsreformen der letzten 20 Jahre wiederherzustellen. Exemplarisch dafür stehen trickreiche Versuche der früheren GKV-Spitzenverbände, die Aktionsmöglichkeiten ihrer (vereinsrechtlichen) Nachfolgeorganisationen zu erhalten und die des Spitzenverbands Bund, einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, einzuschränken. Dazu werden sowohl satzungsmä-

Franz Knieps, Managing Director, Wiese-Consult, Berlin

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-2-25
Generiert durch IP '18.119.108.202', am 05.09.2024, 12:54:02.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

ßige wie haushalterische Kompetenzen eingesetzt. Entsprechende Aktivitäten zeigen eine große Nähe zu Äußerungen mancher Funktionäre, Gesetze, die man persönlich nicht für passend hält, einfach nicht zu befolgen.

Anforderungen des Umfelds

Trotz dieses Widerstands und der (partiellen) Rechtsfeindschaft ist es angebracht, die Diskussion um Reformen bei der inneren Verfasstheit der Krankenkassen politisch voran zu treiben und nach operativen Wegen zu suchen, bestehende Defizite zu verringern. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sich Aufgaben und Funktionen der Krankenkassen erheblich verändert haben. Der Rollenwechsel vom Payer zum Player verlangt andere Entscheidungsstrukturen im Innern und andere Aktivitäten nach außen. Das gilt sowohl gegenüber den Mitgliedern der Krankenkassen (in ihren unterschiedlichen Rollen als Beitragszahler wie als Nutzer des Gesundheitswesens) als auch gegenüber Leistungserbringern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Speziell die politischen Prozesse und das mediale Umfeld stellen heute andere Anforderungen an Krankenkassen als früher. Beispielhaft sei nur das Transparenzgebot erwähnt, das die Selbstverwaltung aus den Hinterzimmern ins Internet katapultiert hat. Dies gilt erst recht für die sog. Gemeinsame Selbstverwaltung, die nicht nur im Gemeinsamen Bundesausschuss beispielsweise die Einzelheiten des GKV-Leistungskatalogs fest legt, sondern die weite Teile der Leistungssteuerung über Qualitätsvorgaben und Honoraranreize verantwortet. Insbesondere für die Bestimmung der Festbetragsgruppen und die Festsetzung der konkreten Erstattungsbeträge für Arznei-, Verband und Hilfsmittel hat der Gesetzgeber selbst konkrete Transparenz- und Verfahrensvorgaben gemacht (vgl. die umfangreichen Einzelheiten in § 35 Abs. 5 SGB V). Impulse für das Handeln der Krankenkassen sind davon jedoch nur wenige ausgegangen.

Anforderungen des Marktes

Zweiter bedeutsamer Einflussfaktor ist die zunehmend wettbewerbliche Prägung des Gesundheitswesens. Die Kassenwahlfreiheit hat den Versicherten zum Souverän von Größe und Existenz der Krankenkassen gemacht. Das stellt die politische Steuerung der Kassen über Selbstverwaltung wenn nicht in Frage, so doch vor erhebliche Entscheidungsprobleme. Während die Sozialpartner – und speziell die Gewerkschaften - ihre Aufgaben in der Selbstverwaltung explizit sozialpolitisch definieren, verlangt der Wettbewerb eine mehr oder minder starke Anpassung an marktliche Gesetze. So hat sich beispielsweise der Verwaltungsrat einer großen bundesweiten Kasse noch vor wenigen Jahren der Einführung eines unternehmensweiten Controllings mit der Begründung widersetzt, die dabei gewonnenen Daten und Erkenntnisse ließen sich zur Risikoselektion missbrauchen. Auch die inhaltliche Ausrichtung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen ist eine andere geworden. Während in den neunziger Jahren die Wettbewerbsparameter Beitragssatz, Service, Image im Vordergrund standen, liegen die Schwerpunkte nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf Zielgruppenorientierung und Vertragswettbewerb. Daneben spielen – zumindest in einer Übergangszeit – die Erhebung und die Höhe des Zusatzbeitrags eine bedeutende wettbewerbliche Rolle. Die Wettbewerbsintensität wird im übrigen noch zunehmen, wenn der untaugliche „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV (schrittweise) in einen einheitlichen Versicherungsmarkt mündet, wie er beispielsweise vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung gefordert wird.

Anforderungen aus der Komplexität des Gesundheitswesen

Die Komplexität moderner Gesundheitssysteme hat die Anforderungen an die strategische wie operative Führung von Institutionen deutlich gesteigert. Dies gilt nicht nur für die hauptamtliche Vorstände, die sich zunehmend – wie die meisten leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - aus akademischen Professionen rekrutieren, sondern auch für die (nebenberuflichen oder ehrenamtlichen) Mitglieder von Aufsichts- und Kontrollgremien. Und dies gilt ganz speziell für die Selbstverwalter bei den Krankenkassen, die über die Aufsichts- und Kontrollaufgaben gegenüber dem hauptamtlichen Management hinaus weitere Entscheidungsbefugnisse in allen Fragen von grundsätzlicher Bedeutung sowie das traditionelle Budgetrecht in allen Finanzfragen haben. Welche Fragen von grundsätzlicher Bedeutung sind, bleibt bis heute unscharf. Weder lässt sich Erhellendes in der Begründung zu § 197 Abs. 1 Nr. 1b SGB V finden, noch hat die Sozialgerichtsbarkeit bisher Gelegenheit gehabt, den Inhalt der Vorschrift durch Auslegung näher zu bestimmen. Zwar haben sich die Sozialpartner auf gemeinsame Handreichungen verständigt, allerdings werden diese in der Praxis – soweit sie überhaupt beachtet werden - sehr unterschiedlich umgesetzt.

Gesetzliche Regelungsdefizite

Die Rechte und Pflichten der Selbstverwaltungsorgane sind im Sozialgesetzbuch IV und V umfänglich beschrieben, aber noch immer weitgehend auf den Behördencharakter einer Einrichtung der mittelbaren Staatsverwaltung zugeschnitten. Unternehmerische Fehlentscheidungen, aktives Unterlassen von gebotenem Handeln oder Ignoranz gegenüber den Repräsentierten lassen sich mit den gesetzlichen Instrumenten kaum bekämpfen, zumal das Bundessozialgericht der Selbstverwaltung einen weiten Einschätzungs- und Handlungsspielraum einräumt, der von der Aufsicht nur schwer zu kontrollieren und einzugrenzen ist. Vor allem aber ist unklar, wie die Haftung von Organen und Organmitgliedern aussieht, wenn es zu Fehlentwicklungen kommt. Auch ist ungeklärt, wie weit die Treuepflicht der Organmitglieder reicht. Es wäre undenkbar, dass sich ein Mitglied des Aufsichtsrats von Lufthans für die Bahn als das überlegene Verkehrssystem

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-2-25
Generiert durch IP '18.119.108.202', am 05.09.2024, 12:54:02.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

ausspricht. Führende Selbstverwalter aus dem Arbeitgeberlager der GKV sehen kein Problem darin, offensiv für die PKV einzutreten. Ein solches Verhalten steht exemplarisch dafür, dafür dass sich viele Selbstverwalter eher als verlängerter Arm ihrer Herkunftsinstitutionen denn als Organ einer Kasse und ihrer Verbände sehen.

Demokratiedefizite

Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass die Herkunftsorganisationen bestimmenden Einfluss auf die Zusammensetzung der Wahllisten ausüben und gegenüber noch aktiv im Berufsleben stehenden Selbstverwaltern häufig direkte arbeitsrechtliche Weisungsbefugnisse haben. Von solchen Weisungsbefugnissen wird Gebrauch gemacht, wenn sich Selbstverwalter nach Meinung ihrer Herkunftsorganisationen allzu sehr mit ihren Aufgaben und mit ihrer Kasse(nart) identifizieren. Unbotmäßige Selbstverwalter werden bei der nächsten Sozialwahl nicht mehr aufgestellt. Eine Chance als Einzelkandidat(in) besteht rechtlich und faktisch nicht. Dann müsste er oder sie schon das Unterschriftenquorum erfüllen (variiert je nach Größe der Krankenkasse) und nachweisen, dass hinter ihr oder ihm eine Vereinigung mit sozial- oder berufspolitischen Zwecksetzung steht. Letztere Voraussetzung dürfte kaum erfüllt sein, wenn sich hinter den Vereinigungen ehemalige Führungskräfte der Kasse, Vertreter der Leistungserbringer oder wirtschaftliche Interessen verbergen. Ausgeschlossen sind solche Interessenverquickungen jedoch nicht. So haben sich Ärztevertreter oder Wohlfahrtsverbände ebenso eine eigene Kasse zugelegt wie der Chef eines großen Hilfsmittelherstellers. Versicherungskonzerne haben eigene Krankenkassen gegründet oder gehen stragische Partnerschaften für „den Fall es Falles“ ein. Zumindest versucht haben auch Pharmahersteller über betriebseigne Kassen auf die Pharmapolitik der GKV Einfluss zu nehmen. Großen Erfolg haben alle sachfremden Erwägungen für Gründung, Übernahme oder Betrieb einer Krankenkasse offenbar nicht gehabt, doch sollte schon der Anschein einer Interessenverquickung vermieden werden.

Mit diesem Argument wird die (Nicht-)Durchführung der Sozialversicherungswahlen als sog. Friedenswahlen gerechtfertigt. Soweit konkurrierende Listen vorliegen, erfolgen Sozialversicherungswahlen als Urwahlen. Wenn sich der oder die Listenträger auf nur eine Liste verständigt, entfällt diese Wahl. Das ist bei vielen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen der Fall. Eine solche „Friedenswahl“ ist nicht nur demokratietheoretisch mehr als bedenklich, sondern schwächt auch die Akzeptanz der Selbstverwaltung in der Bevölkerung. Speziell die Gewerkschaften erzeugen damit ein beträchtliches Glaubwürdigkeitsproblem, zumal sie in anderen Stellen mit guten Argumenten (und starken Worten) demokratische Partizipation einfordern.

Vor dem Hintergrund durchgreifender sozio-ökonomischer Wandlungsprozesse stellt sich im übrigen die Frage, ob das Vorschlagsrecht weiterhin nur Arbeitnehmervereinigungen zustehen kann oder ob nicht andere Vertreter der Zivilgesellschaft, die die Breite der Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens repräsentieren, Zugang zu den Selbstverwaltungsorganen erhalten sollten. Eine positive Antwort auf diese Frage löst aber Diskussionsbedarf über die Zusammensetzung übergreifender (Entscheidungs-) Gremien wie beispielsweise dem Gemeinsamen Bundesausschuss – aus. Dort wurde mit Erfolg die Partizipation von Patientenvertreterinnen und –vertretern als nicht stimmberechigte 3. Bank (neben Krankenkassen und Leistungserbringern) eingeführt, die ins Wanken käme, wenn die gleichen Institutionen oder Personen auch in der Kassenselbstverwaltung repräsentiert wären. Die Erzeugung von (künstlicher) Konkurrenz könnte also mit Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sein.

Transparenzdefizite und fehlendes Feedback

Defizitär ist neben der Begründung der demokratischen Legitimation auch die Organisation des Feedbacks in der laufenden Selbstverwaltungsperiode. Zwar sind Verwaltungsratssitzungen der Krankenkassen und ihrer Verbände grundsätzlich öffentlich, doch gilt dies nicht für Ausschusssitzungen und sonstige Vorbereitungssitzungen. Auch dürften ohne vorbereitende Unterlagen Sitzungsverlauf und –ergebnisse kaum zu verstehen sein. Von der Transparenz der Entscheidungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss sind die Beratungs- und Entscheidungsverläufe in den Kassen weit entfernt.

Kommunikationsdefizite

Die wenigsten Verwaltungsräte nutzen ihre Sitzungen offensiv, um mit Versicherten, Patienten oder sonstigen Beteiligten aktiv zu kommunizieren. Auch sonstige echte Dialogformen wie Hearings, Foren, Mitgliederbefragungen und vieles mehr sind wenig gebräuchlich. Dies gilt nicht nur für die Gremienarbeit, sondern auch für die Arbeit einzelner Selbstverwalter. Sie halten in der Regel keine Sprechstunden ab und sind oft auch nicht über das Internet erreichbar. Soweit Verwaltungsräte einen politischen Dialog pflegen – beispielsweise in Mitglieder- oder Verbandszeitschriften - , werden Antworten in der Regel durch hauptamtliche Mitarbeiter erteilt oder vorbereitet. Ähnliches gilt für das Beschwerdemanagement und das Widerspruchsverfahren, in dem die Selbstverwaltung den engsten Kontakt zu laufenden Geschäftsprozessen mit konkreten (in der Regel negativ) Betroffenen haben.

Veranstaltungen der Kassen richten sich in der Regel an ein Fachpublikum, selten an die eigenen Mitglieder oder an die breite Öffentlichkeit. Direktkontakte mit Mitgliedern, um näheren Aufschluss über Bedarfe und Bedürfnisse zu erhalten, werden allenfalls im Rahmen von Fokusgruppen oder anderen Marketingaktivitäten organisiert und konzentrieren sich meist auf den Test neu entwickelter Versicherungs- oder Versorgungsprodukte.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-2-25
Generiert durch IP '18.119.108.202', am 05.09.2024, 12:54:02.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Strukturelle Erneuerung

Das Selbstverwaltungssystem weist also nicht nur Defizite bei der Unternehmenssteuerung, sondern auch bei der Legitimation und der Partizipation auf. Daher ist eine strukturelle Erneuerung durch Gesetzesänderungen im SGV IV und V erforderlich, wenn die Grundprinzipien sozialpolitischer Mitbestimmung erhalten werden sollen.

Stärkung der demokratischen Legitimation

Eine solche Erneuerung sollte bei der Stärkung der demokratischen Legitimation beginnen. Deshalb sollten Friedenswahlen untersagt und alle Mechanismen gefördert werden, die Wahlbeteiligung bei Sozialversicherungswahlen zu erhöhen. Im digitalen Zeitalter sollte die Wahl über das Internet möglich werden. Auch Feedback- und Meinungsbildungsprozesse lassen sich dort organisieren. Daneben sollte die Öffentlichkeitsarbeit im Vorfeld stärker an den Erkenntnissen aus politischen Wahlkämpfen ausgerichtet werden, damit es zu einem echtem politischen Wettbewerb unterschiedlicher Kräfte und Zielvorstellungen kommt.

Institutionelle Erneuerung

Ein zweiter Reformschwerpunkt sollte die Umgestaltung der Organe der Selbstverwaltung sein. Zu einem sollte ein echtes, per Urwahl gewähltes Versichertenparlament ausschließlich Versicherten- und Nutzerinterseen vertreten. Zum anderen sollte ein arbeitsfähiger Aufsichtsrat die Verantwortung für die wirtschaftlichen Richtungsentscheidungen tragen, den hauptamtlichen Vorstand einsetzen und wirksam kontrollieren. Dabei müssen auch Konsequenzen daraus gezogen werden, dass von einer paritätischen Finanzierung der GKV schon jetzt keine Rede mehr sein kann. In Zukunft ist damit zu rechnen, dass der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber weiter schrumpft. Daher erscheint es sinnvoll, die Arbeitgeber nur noch im Aufsichtsrat an der ökonomischen Steuerungsverantwortung zu beteiligen. Denkbar wäre eine Drittelparität aus von den Gewerkschaften entsandten Vertretern, von den Arbeitgebern entsandten Vertretern und aus kooptierten Mitgliedern, die zusätzliche Expertise aus der Wirtschaft oder der Zivilgesellschaft einbringen.

Bei einer solchen Reform müssen die Kompetenzen der drei Organe präziser umschrieben werden. Speziell zwischen einem Versichertenparlament, das keine Finanzierungsverantwortung hat, und einem Aufsichtsrat, der sich weniger um die (versorgungs-)politischen Fragen kümmern soll, muss es einen Konfliktlösungsmechanismus geben, der beispielsweise bei einem Dissens wiederholte Beratungen und eine qualifizierte Mehrheit für Entscheidungen vorsehen könnte. In keinem Fall dürfen sich Aufsichtsrat und/oder Vorstand einfach über die artikulierten Bedarfe und Bedürfnisse der Versicherten und Patienten hinweg setzen.

Ausbau der Rechte von Versicherten und Patienten

Deshalb müsste eine solche Reform die Bürger-, Nutzer und Patientenorientierung des Gesundheitswesens insgesamt und bei den Krankenkassen und ihren Verbänden stärken. Speziell die Informations-, Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte der Betroffenen in den Entscheidungsprozessen müssen ausgebaut und gegebenenfalls zu echten Mitentscheidungsrechten verdichtet werden. Dabei ist darauf zu achten dass transparente Prozesse organisiert und klare Verantwortlichkeiten geschaffen werden.

Einstieg in praktische Veränderungen

Unterhalb der Schwelle gesetzlicher Änderungen können modellhaft einzelne Veränderungen in der Praxis erprobt werden. So käme der Ausbau von (gewählten) Versichertenältesten oder Vertrauensleuten zu einem Gremium zur Beratung von Verwaltungsrat und Vorstand in Betracht, die sich qualifiziert und transparent mit deren Anregungen und Forderungen auseinander setzen müssen. Die gewählten Gremien könnten sich in vielfältigen Formen für den Dialog mit Versicherten und Patienten öffnen. Die Entscheidungen der Gremien könnten – mit begrenztem Aufwand – sehr viel tranparenter werden. Mitgliederbefragungen könnten über Präferenzen, Wünsche und Beschwerden jenseits der Marktforschung wichtige Impulse für das Kassenhandeln geben. Die Möglichkeiten der modernen Informationstechnologie können dabei vielfältige Hilfestellungen leisten. Rund um die nächste Sozialwahl könnte eine gezielte Aufklärung der Versicherten den Abstimmungscharakter dieser Wahl stärken.

Fazit - Veränderungen sind notwendig und machbar

Bei der Neuordnung der Selbstverwaltung besteht Handlungsbedarf. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Stärkung der demokratischen Legitimation als auch auf den Ausbau von Transparenz und Partizipation in einem bürgerorientierten Gesundheitswesen. Der Wandel der Krankenkasse vom „Payer zum Player“ muss sich in einer Anpassung von Strukturen und Verfahren der Entscheidungsfindung niederschlagen, speziell in Fragen von Versorgung und deren adäquater Finanzierung. Auch muss die Unternehmensführung einem verstärkt wettbewerblichen Umfeld gerecht werden. Dazu sind weit reichende institutionelle Reformen erforderlich, die gesetzliche Änderungen bedingen. Aber selbst nach heutiger Rechtslage kann vieles verändert werden, um Schwächen zu beheben und Potenziale für eine gesellschaftspolitisch verantwortliche Steuerung des Gesundheitswesens zu erschließen. Die Akteure in der Selbstverwaltung und in den Trägerorganisationen sollten jetzt damit beginnen, damit sie nicht eines Tages sich in einer völlig neuen Rolle wiederfinden.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-2-25
Generiert durch IP '18.119.108.202', am 05.09.2024, 12:54:02.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Weiterführende Literatur:
Badura, Bernhard / Hart, Dieter / Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden 1999
Becker, Ulrich, Organisation und Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: von Maydell, Bernd / Ruland, Franz / Becker, Ulrich (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 4. Auflage, Baden-Baden 2008, 643 ff.
Braun, Bernard u.a., Konjunkturen des Themas Selbstverwaltung in Wissenschaft und Politik. G+S 5/2008, 28 ff.
Braun, Bernard / Greß, Stefan / Rothgang, Heinz / Wasem, Jürgen, Einfluss nehmen oder aussteigen? – Theorie und Praxis von Kassenwechsel und Selbstverwaltung in der GKV, Berlin 2008
Braun, Bernard u.a., Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen, Gutachten im Auftrag des BMAS, Berlin 2008
Francke, Robert / Hart, Dieter, Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2001
Gerlinger, Thomas, Ökonomisierung und korporatistische Regulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, G+S 3-4/2009, 12 ff.

Gesundheitsforschung

Gesundheitsforschung
Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften
Herausgegeben von Prof. Dr. Winand Gellner und Michael Schmöller
2009, 298 S., brosch., 44,– €, ISBN 978-3-8329-4674-6

Wie entstehen Gesundheitsreformen als Reaktion auf aktuelle Herausforderungen? In welchen Teilbereichen von Gesundheitssystemen bestehen nach wie vor Reformoptionen und -bedarf und wie können diese Reformen durchgeführt werden? Welche Reformmodelle sind im internationalen Vergleich erfolgreich und haben Vorbildfunktion?

Diesen und weiteren Fragen widmete sich der „Nachwuchskongress zur Gesundheitspolitik 2009: Neue Herausforderungen und innovative Lösungsansätze für Gesundheitssysteme“ des Zukunftsforums Gesundheitspolitik („Zufog“), der im Februar 2009 in Berlin stattfand. Ziel war es, das Potenzial von Jungakademikern in der Gesundheitsforschung bei der Beantwortung der aufgeworfenen Fragen stärker in die reformpolitische Diskussion einzubringen und dem wissenschaftlichen Nachwuchs ein Forum zu bieten, (vorläufige) Forschungsergebnisse zu präsentieren und zu diskutieren.

Im vorliegenden Band werden ausgewählte Ergebnisse der auf dem Nachwuchsgipfel präsentierten Forschungsarbeiten zusammengefasst und vorgestellt. Die Beiträge geben einen fundierten Überblick über den aktuellen Stand der gesundheitswissenschaftlichen Forschung im deutschsprachigen Raum.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de

Nomos

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2010-2-25
Generiert durch IP '18.119.108.202', am 05.09.2024, 12:54:02.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.