

Die unendliche Geschichte der sektorübergreifenden Versorgung – eine ordnungspolitische Fehlkonstruktion

Clarissa Kurscheid

Stichworte: Gesundheitswesen, Gesundheitspolitik, Ordnungspolitik, sektorübergreifende Versorgung

I. Prolog

Im Jahr 2003 befindet sich die rot-grüne Regierung in ihrer zweiten Legislaturperiode. Sie hatte im Oktober 2002 die Wahlen wieder gewonnen und mit vielen innen- wie außenpolitischen Problemen zu kämpfen. Neben hoher Arbeitslosigkeit, Diskussionen zur Bürgerversicherung und zur Rentenreform führt die Regierung Debatten zu Kriegseinsätzen im Irak und Afghanistan. Die sozialpolitische Situation zeigt sich extrem angespannt und in allen sozialpolitischen Feldern wird der Ruf nach konzeptionellen Reformen laut. Auch im Gesundheitswesen. Hier legt die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Juni 2003 einen Entwurf zur Reform des Gesundheitswesens vor, der noch bevor er in all seinen Einzelheiten betrachtet werden kann von sämtlichen Verbänden und Vereinigungen zerpfückt wird. Der Entwurf zeigt, wie sich später herausstellen wird, viele Neuerungen auf, die – würden sie verabschiedet – das Gesundheitswesen grundlegend strukturell verändern und modernisieren würden. In diesem Kontext werden Frank Schulz-Nieswandt gemeinsam mit Eckhard Knappe von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragt ein Gutachten zu verfassen, welches sich auf den Reformentwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes beziehen und eine Darstellung der zukünftig möglichen Versorgung aufzeigen soll. Die Zeit hierfür ist mit drei Monaten sehr knapp bemessen und die KBV plant mit dem Gutachten gegenüber der damaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt Stellung zu beziehen über die – wie sich später herausstellt – nach Meinung der KBV völlig unpassenden Inhalte ihres Reformentwurfs.

Im Jahr 2003 erhalten die wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Eckhard Knappe, Doris Weissberger, und ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei

Frank Schulz-Nieswandt die Möglichkeit am Gutachten mitzuarbeiten. Die inhaltliche Entstehung des Gutachtens, die Diskussionen und die Folgen nach Fertigstellung, sind für mich tief beeindruckend und prägend für meine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik.

Nach einer kurzen Einordnung und Blick in die gesundheitspolitische Historie, erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Optionen, die das Gutachten bei Offenheit der Körperschaften hätte haben können, sowie einer abschließenden Würdigung unter Berücksichtigung der maßgeblichen sozialpolitischen Eindrücke, die ich in den vielen Jahren der Zusammenarbeit mit Frank Schulz-Nieswandt gewonnen habe und die mich früh geprägt haben.

II. Zielkonflikte der Gesundheitspolitik aus historischer Perspektive

Um die Notwendigkeit einer grundlegenden Gesundheitsreform besser einordnen zu können, erfolgt zunächst ein Blick in die gesundheitspolitische Historie. In der Nachkriegszeit, konkret in den 1960er Jahren, entschied sich die Politik gegen grundlegende Neuerungen im Gesundheitswesen und reaktivierte stattdessen die Ordnung aus der Zeit der Weimarer Republik. Dies zeigt sich unter anderem mit der Wiederherstellung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung, verortet in der Reichsversicherungsordnung, und der Wiederherstellung des Kassenarztrechts im Jahr 1955 (Kurscheid/Beivers 2014). In den 1970er und 1980er Jahren des letzten Jahrhunderts fand dann die Diskussion über eine ordnungspolitische Neuorientierung und eine Reform der Strukturen des deutschen Gesundheitswesens statt, die in der Einführung der Sozialgesetzbücher im Jahr 1988 ihr Ergebnis fand. Innerhalb dieser wurden allerdings aufgrund politischer Uneinigkeit auf wesentliche Themen, wie Krankenhausfinanzierung oder einer Festbetragssystematik für Arzneimittel, verzichtet, sodass die Einführung keine nachhaltige Wirkung hatte und 1992 die nächste Veränderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) folgte.

Innerhalb der Gesundheitspolitik standen vor allem verschiedene Zielkonflikte im Fokus, die es zur Steuerungsfähigkeit des Gesundheitswesens auszubalancieren galt. Diese Ziele waren zunächst in ihrer ordnungspolitischen Ausrichtung kaum systemrelevant greifbar und bezogen sich vornehmlich auf Rationalisierungs- und ideologische Aspekte. In der nachfolgenden Abbildung sind diese überwiegend aufgeführt (Bandelow 1998).

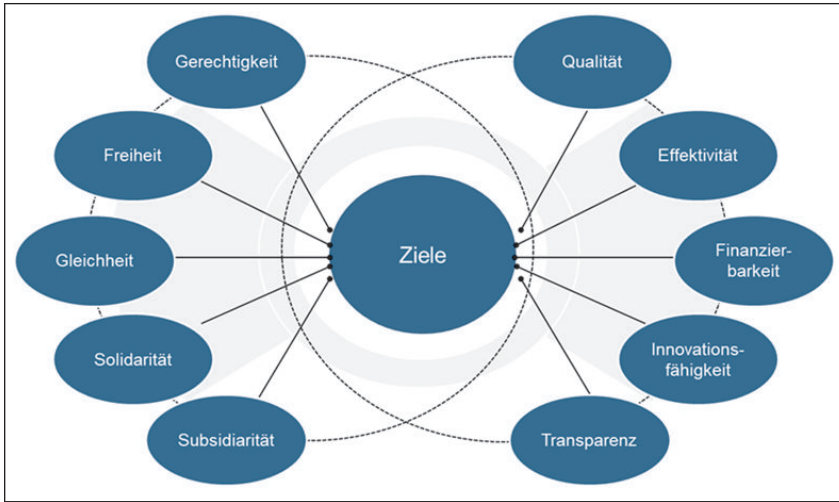


Abbildung 1: Ziele im Gesundheitswesen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Knieps (2017).

Gerechtigkeitsdebatten wurden vornehmlich im Kontext der Krankenkassen geführt, hier im Hinblick auf Wahlmöglichkeiten oder ungleiche Beitragssätze beispielhaft für Angestellte und Arbeiterinnen und Arbeiter, aber auch zwischen den Krankenkassen. Im Rahmen der Freiheiten standen oft die Pflichten und Eigenverantwortungen der Patientinnen und Patienten und Versicherten im Fokus – genauso aber auch bei den Fragestellungen zu Gleichheit, bei denen unterschiedliche Zugangschancen aufgrund von sozialen Ungleichheiten eine wesentliche Rolle spielten. Im Kontext von Subsidiarität und Solidarität standen Risikovergemeinschaftung, Gemeinschaftswohl und unterstützende Maßnahmen im Vordergrund, während im Rahmen von Qualität deutliche Defizite erkennbar waren – insbesondere im internationalen Vergleich. Das Nebeneinander von Unter- und Fehlversorgung, insbesondere bei chronisch Kranken und die mangelnde Transparenz in der Versorgung, kristallisierten sich als Themen heraus, welche die Politik zunächst mit strikten gesetzlichen Vorgaben zu beheben versuchte.

Erst in den frühen 1990er Jahren begann die Politik, den Einsatz ordnungspolitischer Grundalternativen wie

- Markt und Wettbewerb,
- Selbstverwaltung und Korporatismus sowie
- staatlichen Vorgaben

deutlicher als Steuerungselement zu nutzen. In ihrer Ausprägung finden sie sich allerdings nicht in Reinkultur wieder, sondern stellen einen veränderbaren Mix dar, dessen Gewichtung in Abhängigkeit der jeweiligen politischen Verantwortlichen verschoben wurde. Dabei unterliegt die ordnungspolitische Orientierung deutlich dem vorherrschenden Zeitgeist. So war die Ausweitung staatlicher Vorgaben in den 1970er Jahren zunächst noch sehr kritisch gesehen worden, später dann wurden Korporatismus und Selbstverwaltung umfangreichen Reformen unterzogen. Insbesondere in den frühen Reformen der 1970er und 1980er Jahre stand Rationierung im Vordergrund. Eine Governancestruktur, wie sie später entwickelt wurde, war nicht das Thema. Inzwischen sind die vormals implementierten Wettbewerbsansätze ebenfalls nicht mehr von Kritik befreit und insbesondere der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn setzte wieder deutlich auf staatliche Vorgaben und detailtiefe Durchregulation bis in die Mikroebene hinein (Knieps 2020). Beispielhaft hierfür ist die Änderung der Gesellschafterstruktur in der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) zu benennen und die damit im Vorhinein stattgefundene Kritik an der gemeinsamen Selbstverwaltung in der unzureichenden Umsetzung der Telematikanwendung der elektronischen Patientenakte im Gesundheitswesen. Im Vorfeld erhielt die Kritik allerdings eine breite Unterstützung von anderen Akteuren (Ex/Amelung 2018). Noch deutlicher wird die Auseinandersetzung um die Erstattung von Leistungen zur Behandlung von Lipödenen durch die gesetzliche Krankenversicherung, die er allerdings in einer öffentlichen Auseinandersetzung mit den Akteuren schließlich umsetzte (Egger 2019).

Die ordnungspolitischen Grundalternativen sind ebenfalls als Governance-Modi zu bezeichnen und entsprechen im gewissen Maße den Effizienzüberlegungen der Institutionenökonomik. Dennoch sind diese nicht zwingend hilfreich, wie beispielsweise Wettbewerb im Gesundheitswesen, da Effizienzaspekte nicht ausschließlich im Vordergrund stehen und Governance nicht dadurch gestaltbar ist (Schulz-Nieswandt/Kurscheid 2004). Zudem stehen Interessen der handelnden Akteure im Vordergrund und generieren mit ihren Präferenzen Zielkonflikte. Werden oben genannte Ziele auf drei wesentliche im Gesundheitswesen reduziert, so bleiben Solidarität, Qualität und Finanzierbarkeit übrig. Diese konkurrieren in gewissem Maße miteinander. Sie stehen mit den Governance-Überlegungen in einem Quasi-Dilemma zueinander, wie in nachfolgender Abbildung dargestellt.

Abbildung 2 umfasst eine ganzheitliche Darstellung der gesundheitssystemischen Steuerung über den Markt, Staat und die Selbstverwaltung und dessen verfolgte Ziele der Solidarität, Finanzierbarkeit und Qualität. Nachfolgend werden die einzelnen Aspekte kurz erläutert.



Abbildung 2: Der Governance-Ansatz im Gesundheitswesen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hornung/Bandelow (2019).

Im Inneren des Kreises sind die drei Governance-Modi Staat, Wettbewerb und Selbstverwaltung zu erkennen, die im Zusammenwirken das System koordinieren (Schrappe 2018). Zum einen sind die Modi in den Sektoren unterschiedlich stark involviert (Pfeile in Richtung Mitte), zum anderen können sie gegenseitig aufeinander wirken (Pfeile zwischen den Modi).

Der Staat setzt als Gesetzgeber durch seine politischen Maßnahmen den Rahmen, indem die Akteure – unter der Prämisse der Kosten-Nutzen-Beachtung – agieren. Zudem ist der Staat wohlfahrtsstaatlich ausgerichtet und verfolgt die Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe, wodurch die medizinische Versorgung sichergestellt werden soll. Denn das Gut Gesundheit liegt nicht allein im Interesse eines Individuums, sondern der Gesellschaft und trägt

insgesamt zum Gemeinwohl der Gesamtgesellschaft bei. Die Basis hierfür bilden modellhafte Überlegungen, in denen das Gut Gesundheit noch als meritorisches Gut gesehen wird. Somit als ein Gut, dessen Nachfrage ohne staatliche Förderung nur unzureichend gegeben ist. Dies hat sich aber nach Meinung der Autorin in den vergangenen Jahren verändert: Gesundheit wird inzwischen insbesondere von bildungsstarken Milieus intensiv nachgefragt, zudem verliert das Gut Gesundheit, im Kontext des demografischen Wandels und den damit einhergehenden Krankheitsrisiken, seinen meritorischen Charakter. Für die Umsetzung benötigt bzw. ermächtigt der Staat durch Aufgabenabgaben Akteure, die unter dessen Aufsicht das Ziel der Gesundheitsversorgung ermöglichen. An dieser Stelle wirkt ein hierarchisches System, in der Selbstverwaltung eine Kooperation (Kundt 2017). Das deutsche Gesundheitswesen ist innerhalb der staatsmittelbaren Selbstverwaltung im Sinne einer korporatistischen Konzeption ausgestaltet (Rebscher/Walzick 2015). Die korporativen Strukturen haben ihren Ursprung in größtenteils historisch gewachsenen Institutionen, die qua Rechtsform zu ihren Aufgaben verpflichtet sind. Sie bilden gemeinsam mit der auf die Bedarfe medizinischer Behandlung ausgerichteten Industrie den Kreis der verantwortlichen und handelnden Akteure (Kurscheid 2015).

Der Wettbewerb ist der dritte zu berücksichtigende Modus. Wettbewerb in einem Markt kann Effizienz steigern und Überversorgung reduzieren. Andererseits benötigt er staatliche Regulierung, wenn er zu versagen droht. Umgekehrt kann der Wettbewerb ein Gegenmodell darstellen und kann gefördert werden, wenn der Staat versagt (Kingreen 2020). Mit der Governance-Frage gehen Interpretation und Bewertung der Ziele – Finanzierbarkeit, Qualität und Solidarität – einher. Die Finanzierbarkeit spiegelt sich seit Jahren im gesundheitsökonomischen Fundamentalproblem wider. Mittels begrenzter Ressourcen, die zudem abhängig von konjunkturellen Aspekten und somit stark von der Anzahl der versicherungspflichtig Erwerbstätigen sind, erwirken der demografische Wandel und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Probleme auf der Einnahmeseite. Diesem stehen Ausgaben mit jährlichen Steigerungsraten von 2–3 % gegenüber und bilden das Ungleichgewicht gegenüber der Einnahmeseite, deren jährliche Steigerung in der Regel nur 1–2 % bemisst (Kurscheid/Beivers 2013). Dem ist im Rahmen der politischen Steuerung einerseits über Rationierungsmaßnahmen oder andererseits durch die Erhöhung von Kostenprivatisierung entgegen zu treten (Grimmeisen/Leiber 2009). Solidarität ist eines der Sozialstaatsprinzipien, welches ein grundlegendes Fundament für die

wohlfahrtsstaatliche Ausrichtung ist und als gestaltendes Prinzip in der Gesundheitsversorgung fest verankert ist (Middel 2015).

Das Ziel der Qualität ist in den letzten Jahren, im Vergleich zu den anderen beiden Zielen, in den Vordergrund gerückt, allerdings mit einer sich wandelnden Ausrichtung. Ausgehend von der Fragestellung des SVR Gesundheit im Jahr 2001 zur Über-, Unter- und Fehlversorgung, hat sich die Politik deutlich mit verschiedenen Gesetzgebungen diesem Thema gewidmet (SVR Gesundheit 2001). Ordnungspolitisch erfolgte der Eingriff u. a. mit der Installation diverser Auflagen für den ambulanten und stationären Sektor. Dabei steht zunächst die Stärkung des Qualitätsbewusstseins im Vordergrund. Die Gewichtung von Qualität wurde mit der Stärkung wettbewerblicher Elemente notwendig. Dabei bildet sich vorrangig das Begriffspaar von Qualität und Effizienz in der politischen Diskussion heraus, welches in den weiteren Reformgesetzgebungen der letzten 20 Jahre in unterschiedlicher Intensität bemüht wird. Wurde in den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts zunächst der ambulante Sektor der Qualitätssicherung unterworfen, folgte insbesondere mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) die Einrichtung eines Ausschusses für Qualitätssicherung im stationären Sektor (§ 137 SGB V). Gleichzeitig sind Qualitätsberichte, die alle zwei Jahre erstellt werden müssen, verpflichtend (Gaydoul 2009). Die Überlegung für diese Maßnahmen war einerseits, dass in Konkurrenz stehende Leistungserbringende eine Transparenz über ihre erbrachten Leistungen in der Öffentlichkeit geben mussten und andererseits, dass Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger diese Information nutzen, um für sich das passende und qualitätsstärkste Krankenhaus auszuwählen. Mit der Einführung der Qualitätssicherung werden ordnungspolitisch eine Form der Qualitäts- und Fehlerkultur sowie eine Stärkung des Qualitätsbewusstseins eingeführt, von der allerdings mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2015) Abstand genommen wird. Mit den dort geforderten Pflichten, wie beispielsweise Mindestmengen oder Qualitätskontrollen, erfolgt eine implizite Unterstellung, Qualität nicht in gewünschtem Rahmen zu erfüllen (Buch 2018). An diesem hier beschriebenen Beispiel zeigt sich die schon zu Beginn genannte Abhängigkeit ordnungspolitischer Ausrichtungen vom jeweiligen Zeitgeist bzw. an Mehrheitsverhältnissen und der Regierungshoheit der unterschiedlichen Parteien.

III. Notwendigkeit einer sich verändernden Versorgung

Die Gesundheitsversorgung benötigt mit Blick auf die demografischen Entwicklungen veränderte Konzepte. Zum einen erfordert die zunehmend älter werdende Gesellschaft im Hinblick auf die Mobilität andere Versorgungsstrukturen, zum anderen entstehen in Bezug auf die Morbidität andere Versorgungsbedarfe. Nicht nur die Nachfrageseite ist von diesem Wandel gekennzeichnet, sondern auch die Angebotsseite. Es sind weniger versorgende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte vorhanden und insgesamt weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter, die den höheren Anteil an älteren Menschen versorgen können (Kurscheid/Beivers 2013; Kurscheid/Eble 2016).

Mit dem Lahnsteinkompromiss 1992 wurde der Grundstein gelegt, die gesetzliche Krankenversicherung entscheidend in ihrer Organisation ändern zu wollen. Die damalige unionsgeführte Regierung vereinbarte mit der SPD¹ die Einführung der freien Kassenwahl sowie des Risikostrukturausgleichs; die Strukturen des GKV-Systems wurden jedoch nicht verändert (Knieps 2017).² Durch eine Reihe von Gesetzen, spätestens jedoch 2003 mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurden rechtliche Grundlagen geschaffen, um Kostengesichtspunkte und Qualitätsmerkmale zu reformieren. Die Entwürfe des GMG stehen auch im Fokus der Betrachtung seitens der Gutachtenden. Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) am 2. Februar 2007 wurde für mehr Wettbewerb der Leistungserbringenden durch größere Vertragsfreiheit für Krankenkassen, für messbare Qualität, für Effizienz in der Arzneimittelversorgung, für die Einbeziehung des stationären Bereichs, für zielgerichtete Maßnahmen zur Überwindung der Probleme an Schnittstellen gesorgt und ein leistungsorientiertes Vergütungssystem in der ambulanten Versorgung geschaffen. Krankenkassen ist es unter bestimmten Voraussetzungen möglich geworden, direkt Kooperationen mit Leistungserbringenden einzugehen (Besl 2011).

1 Es musste ein Kompromiss mit der SPD erfolgen, damit das Gesetz den Bundesrat passieren konnte.

2 Anmerkung der Autorin: Es ist bis heute nicht nachvollziehbar, dass einerseits Wettbewerb im GKV-System gewünscht wird, aber andererseits die Kassen in ihren unterschiedlichen Strukturen belassen werden. Solange beispielsweise die AOKen von den Ländern beaufsichtigt werden, die anderen Krankenkassen aber vom BAS wird es keinen strukturellen Wettbewerb geben können.

Seit 1992 wurden neben den oben genannten Gesetzen weitere erlassen, um eine sektorübergreifende Versorgung zu implementieren. Durch die Häufung der Gesundheitsreformen, wurden einzelne Gesetze immer wieder modifiziert, da entweder ihre Umsetzung in der Versorgungslandschaft nicht machbar war oder einflussreiche Interessensvertretungen maßgeblich Änderungen forderten. Schon zu Beginn der 1990er Jahre wurde über den §115 SGB V das ambulante Operieren eingeführt. Ziel war es, die Fachärzte zu stärken und Kosten im stationären Sektor zu senken. Ende der 1990er Jahre fanden die Strukturverträge Eingang in die Gesetzgebung. Diese ermöglichten eine sektorale Verzahnung und boten die Option von Modellen zur sektorenübergreifenden Versorgung. Wesentliche gesetzliche Grundlage war allerdings der §140 ff. SGB V, mit dem sowohl eine sektorenübergreifende Versorgung im Kern umgesetzt wurde, der aber auch eine Vertragsvereinbarung unterhalb der kollektivvertraglichen Versorgung ermöglichte. Im Laufe der einzelnen Reformen wurde dieser Abschnitt immer wieder angepasst, da die sektorenübergreifende Versorgung als politisch gewünschtes Instrument gilt, ihre Umsetzung aber nach wie vor aufgrund der getrennten Budgets im ambulanten und stationären Sektor nicht machbar ist. Die Überlegungen des nachfolgend aufgeführten Gutachtens hätten – wären diese berücksichtigt worden – hier eine Unterstützung geben können.

IV. Das Gutachten zum Vertragssystemwettbewerb von Frank Schulz-Nieswandt und Eckhard Knappe unter Mitarbeit von Clarissa Kurscheid und Doris Weissberger

Im benannten Gutachten befassen sich die Autorinnen und Autoren im Kern mit zwei Themenbereichen, zum einen zeigen sie auf, dass eine Gesundheitsreform, die Vertragsbeziehungen zwischen den Leistungserbringenden verändert, nicht isoliert ohne ordnungspolitische Neuorientierung und systemverändernde Maßnahmen einhergehen kann, zum anderen wird konkret der Reformbedarf skizziert in dessen Zentrum die integrierte Versorgung steht.

Aus diesen zwei Themenkomplexen arbeiten die Autorinnen und Autoren ein Modell heraus. In diesem zeigt sich, dass die Schaffung des selektiven Vertragswesens, so wie sie zumindest in der ersten Fassung des Reformentwurfs (GMG – Kabinettsentwurf vom 16.06.2003) angedacht war, die Basis sein kann für die „Ablösung der kollektivvertraglichen Sicherstellung, wie

sie die KVen gegenüber den Kassen nach bisherigem Recht gewährleisten“ (Schulz-Nieswandt/Knappe 2003). Wobei sie in den letzten beiden Kapiteln unterschiedliche Szenarien entwickeln: im Kapitel 6 zunächst einen Mix zwischen Kollektiv- und Individualvertragsrecht innerhalb des Status quo und in Kapitel 7 über diesen hinausgehend eine mögliche Weiterentwicklung des Vertragssystemwettbewerbs.

Innerhalb der beiden Kapitel diskutieren die Autorinnen und Autoren aus heutiger Sicht hochaktuelle Themen, wie beispielsweise Ausschreibung von Versorgungsgebieten, Managementgesellschaften, Vernetzung, Transparenz über Datenflüsse, Qualitätsstandards- und Versorgungsrichtwerte, Organisationsalternativen, neue bzw. alternative Vergütungsformen u.v.m. Die Gutachter sind zudem kritisch im Hinblick auf die Umsetzung derlei Innovationen. Sie zeigen mögliche juristische Hemmnisse auf sowie potenzielle Akzeptanzprobleme, kommen aber letztlich zu dem Schluss, dass die Reform trotz benannter Unwägbarkeiten eine Chance ist, das System dahingehend zu modernisieren.

V. Epilog

Politisch betrachtet war der erste Entwurf des GMGs vielleicht der mutigste Reformentwurf der letzten 50 Jahre. Dieser wurde nicht nur kritisch gesehen, sondern auch massiv in Frage gestellt. Um einen Konsens herzustellen, wurde mit der damaligen Opposition ein Eckpunkt Papier erarbeitet, welches bei weitem nicht die Veränderungen herbeiführte, die im ersten Reformentwurf dargelegt wurden. Das Gutachten, welches extrem mutig war, ist vom Auftraggeber (KBV) mit großem Unverständnis gelesen worden. In darauffolgenden Einzelgesprächen mit dem damaligen Vorsitzenden Rainer Hess konnte wenigstens erreicht werden, dass die Inhalte des Gutachtens fachöffentlich in einer Veranstaltung diskutiert wurden, letztlich aber landeten die spannenden Ideen in der Schublade. Mich hat die Arbeit damals sehr inspiriert und nachhaltig geprägt, so dass ich viele dieser Aspekte, die wir vor 20 Jahren diskutiert haben, heute noch nutzen kann, zumal das Gesundheitswesen sich in dem Kontext viel zu wenig weiterentwickelt hat.

Frank Schulz-Nieswandt hat somit sehr früh die Notwendigkeit von Veränderungen gesehen und erkannt. Zudem hat er – im Gegensatz zu vielen anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern – immer den Gesamtblick auf die Versorgung gehabt. Dabei rückt die prekäre Lebenslage einige Zeit in den Mittelpunkt seiner Schriften. Die Auseinandersetzung

mit und in der Altersforschung und damit auch wieder die Versorgung der Menschen sind nur einige seiner Themen, mit denen er sich seit Jahren befasst hat. Frank ist meines Erachtens einer der wenigen Wissenschaftler unserer Zeit, die in der Lage sind, einzelne und unterschiedliche Fachdisziplinen in einen passenden Kontext zu bringen. Die Vielfalt seiner Themen und die intensive wissenschaftliche Auseinandersetzung zeichnet Frank aus und dabei auch sein Humor sowie die Tatsache, auch mal ganz einfach über Fußball zu diskutieren.

Literatur

- Bandelow, Nils C. und Johanna Hornung (2019), Mehr Staat, weniger Selbstverwaltung, weniger Wettbewerb? Mut zur Evidenz – auch bei Governance-Fragen!, <https://observer-gesundheit.de/mehr-staat-weniger-selbstverwaltung-weniger-wettbewerb-mut-zur-evidenz-auch-bei-governance-fragen/> (Zugriff: 29.08.2023).
- Bandelow, Nils C. (1998), Gesundheitspolitik: Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen.
- Besl, Stephan (2011), Moderne, vernetzte Versorgungsformen, in: Systemisches Management im Gesundheitswesen. Innovative Konzepte und Praxisbeispiele, hrsg. von Horst Kunhardt, Wiesbaden, S. 205-220.
- Buch, Uta (2018), Qualitätsoffensive Krankenhaus – Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Qualitätssicherung im Krankenhaus, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 72. Jg., Heft 1, S. 27-36.
- EGGER, Bernhard (2019), Staatliche Eingriffe in den Leistungskatalog der GKV – Selbstverwaltung auf Abruf?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 73. Jg., Heft 4-5, S. 8-13.
- EX, Patricia und Volker Amelung (2018), Auf und ab: Der politische Wille zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 72. Jg., Heft 2, S. 26-30.
- GAYDOUL, Tobias (2009), Qualitätsberichte von Krankenhäusern: Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht, Wiesbaden.
- GRIMMEISEN, Simone und Simone Leiber (2009), Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie: Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. WSI - Diskussionspapier Nr. 163, Düsseldorf.
- KINGREEN, Thorsten (2020), Regulierung und Wettbewerb in den Gesundheitsmärkten, in: Neue Gemeinwohlherausforderungen - Konsequenzen für Wettbewerbsrecht und Regulierung, hrsg. von Jürgen Kühling und Daniel Zimmer, Baden-Baden, S. 223-246.
- KNIEPS, Franz (2017), Die Selbstverwaltung unter Druck – Anpassung oder Auszehrung im Spannungsfeld von staatlichen Übergriffen und wettbewerblichen Zwangslagen?, in: Gesundheitspolitik - Akteure, Aufgaben, Lösungen, hrsg. von Franz Knieps, Berlin, S. 205-220.

- Kundt, Karin (2017), Die Gesundheitsversorgung in Deutschland aus staatlicher Sicht: Der Weg zu mehr Vergleichbarkeit und Qualität im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Hamburg.
- Kurscheid, Clarissa und Susanne Eble (2016), Das Gesundheitssystem in Deutschland – Rahmenbedingungen, in: Gesundheitsnetzwerke – Strategien, Konzeption, Steuerung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, hrsg. von Clarissa Kurscheid und Susanne Eble, Berlin, S. 3-60.
- Kurscheid, Clarissa und Andreas Beivers (2013), Gesundheits- und Sozialpolitik. Health Care- und Krankenhausmanagement, Stuttgart.
- Kurscheid, Clarissa und Andreas Beivers (2014), Gesundheits- und Sozialpolitik, Stuttgart.
- Kurscheid, Clarissa (2015), Hintergrund und Einordnung in den gesundheitspolitischen Kontext: Perspektive 2030. Wege zu mehr Wertschätzung und Wertschöpfung im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer Workshop-Reihe auf Initiative des vfa, Leipzig.
- Middel, Claus Dieter (2015), Gesundheitsgerechtigkeit zwischen Eigenverantwortung und Solidarität, in: Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat: Interdisziplinäre Zugänge, hrsg. von A. Katarina Weilert, Baden-Baden, S. 351-366.
- Rebscher, Herbert und Eva Walzik (2015), Solidarität und Effizienz als Widerspruch? Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen, in: Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung, Heft 12, S. 38-45.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2000/2001), Gutachten 2000/2001, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=18> (Zugriff: 29.08.2023).
- Schrappe, Matthias (2023), Governance im Gesundheitswesen, <http://schrappe.com/ms2/texte/p4p/kap6.html> (Zugriff: 29.08.2023).
- Schulz-Nieswandt, Frank und Clarissa Kurscheid (2004), Integrationsversorgung, Münster.
- Schulz-Nieswandt Frank und Eckhard Knappe (2003), Vertragssystemwettbewerb. Zur Neuordnung des Sicherstellungsauftrags zwischen kollektiv- und individualvertraglicher Perspektive und das Problem der Integrationsversorgung im bundesdeutschen Gesundheitswesen auf der Grundlage von Tarifwahlfreiheiten der Versicherten, Köln – Trier.

Autorin

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Präsidentin der EUFH, Professur für Gesundheitsökonomie und Institutionsökonomie, Geschäftsführerin der figus GmbH, Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung, Domstraße 55-73, 50668 Köln, c.kurscheid@figus.koeln