

# Das Gesundheitswesen im Wandel – Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten für die kommende Legislaturperiode

FRANZ KNIEPS\*

Franz Knieps ist Vorstand des neu gegründeten BKK-Dachverbandes e.V. in Berlin. Bis 30.06.2013 war er Partner der Politik- und Unternehmensberatung WMP HealthCare GmbH, ebenfalls in Berlin

**Gesundheitspolitik hat im Wahlkampf für die Zusammensetzung des Deutschen Bundestages in der 18. Legislaturperiode keine dominierende Rolle gespielt, obwohl die Parteien in kaum einem Politikfeld unterschiedlichere Lösungsansätze zu bieten haben. Finanzielle Überschüsse im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen erwecken den trügerischen Eindruck, an den gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland bestehe nur geringfügiger Änderungsbedarf. Der folgende Beitrag unterstreicht, dass das Gesundheitswesen permanent ökonomischen und sozialen Veränderungen angepasst werden muss, und zeigt auf, wo konkreter Reformbedarf besteht.**

## Gesundheitspolitik als permanente Reformpolitik

„Wenn wir wollen, dass alles so bleibt, wie es ist, müssen wir zulassen, dass sich alles verändert“ resümiert Giuseppe Tomasi di Lampedusa in seinem weltberühmten Roman „Der Leopard“. Wer also das qualitative Niveau der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland erhalten und möglicherweise sogar verbessern will und die Grundprinzipien, wie sie im Eingangskapitel des Sozialgesetzbuches V niedergelegt sind, ebenfalls erhalten will, der muss das Gesundheitswesen permanent an äußere und innere Herausforderungen anpassen. Bei allen politischen Streitigkeiten über Richtung und Geschwin-

digkeit solcher Veränderungen besteht zumindest insoweit ein Konsens, dass sich die Vorstellung von der einen umfassenden großen Gesundheitsreform, dem Big Bang, der alle Probleme löst und das System zukunftsfest macht, als Illusion erwiesen hat. Vielmehr sind viele inkrementelle Anpassungsschritte erforderlich, die der Komplexität und der Pluralität des deutschen Gesundheitswesens gerecht werden. Dabei kommt der Implementierung von Reformviren (Reiners 2009) eine große Bedeutung zu. Solche Viren entfalten ihre Haupt- und Nebenwirkungen nicht sofort, sondern erst im Laufe der

\* Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder.

Zeit. Ein typisches Beispiel dafür ist die Entscheidung für Kassenwahlfreiheit und wettbewerbliche Orientierung des Krankenversicherungssystems mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. Diese Entscheidung beeinflusst die Gesundheitspolitik bis heute und hat den etablierten Steuerungsinstrumenten Gesetz, Administration und Selbstverwaltung die wettbewerbliche Steuerung auf der einzelwirtschaftlichen Ebene hinzugefügt (Schmehl / Wallrabenstein 2005-2007). Aus dieser bewussten Erweiterung der Steuerungsoptionen sind einerseits neue Versicherungs-, Leistungs- und Vertragsformen entstanden. Andererseits haben sich vorhersehbare und unvorhergesehene Nebenwirkungen und Risiken ergeben, die dem Solidarcharakter und den Prinzipien der Daseinsvorsorge nicht entsprechen. Daher hat der Gesetzgeber an vielen Stellen nachgesteuert, ohne die Systematik unterschiedlicher Steuerungsphilosophien und -instrumente aufeinander abzustimmen und konsequent zu ordnen.

## Reformpfade und Trends über die Legislaturperioden hinaus

Ungeachtet unterschiedlicher ideologischer und politischer Vorstellungen über die Steuerung der Gesundheitsversorgung lassen sich trotzdem aus der Vielfalt der Gesundheitsreformen Trends und Pfade identifizieren, die die Gesundheitspolitik unterschiedlicher Parlamentsmehrheiten und Bundesregierungen geprägt haben und weiterhin bestimmen werden:

Deutschland ist neben Chile das einzige OECD-Land, das ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Vollversicherung kennt. Das duale System ist keine Folge einer bewussten politischen Entscheidung für einen „Systemwettbewerb“, sondern Ergebnis einer historischen Entwicklung seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung aus den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts (Knieps 2013 a). Mit der Einbeziehung immer weiterer Personengruppen in die soziale Krankenversicherung und der Wandlung des Krankenversicherungsrechts von einem sozialen Ausgleichssystem zu einem modernen Wirtschaftsverwaltungsrecht ist die Dualität der Versicherungssysteme nicht nur in der Krankenversicherung

(Pfister 2010) in Frage gestellt worden. Allerdings hat die Politik sich bisher nicht dazu durchringen können, den großen Schritt zu einem einheitlichen Versicherungssystem zu gehen. Vielmehr wurden kleine Schritte zu einer Konvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung unternommen. Wichtigster Schritt dazu dürfte die Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht für nahezu alle Bürgerinnen und Bürger durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sein. Im Rahmen dieser Versicherungspflicht werden gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherung gezwungen, ehemalige Versicherte, die aus welchen Gründen auch immer ihren Versicherungsstatus verloren haben, wieder aufzunehmen. Bereits früher hatte der Gesetzgeber gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, typische Privatversicherungselemente wie Kostenerstattung, Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr und Einschreibungen in besondere Versorgungsformen anzubieten. Umgekehrt wurden private Krankenversicherungen in die Steuerung des Gesundheitswesens einbezogen – Markantestes Beispiel ist die Einbeziehung der PKV in das DRG-System zur Vergütung stationärer Leistungen. – und Privilegien an sie übertragen, wie sie sonst nur Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts zustehen. Herausragendes Exempel ist hier die Übertragung von gesetzlichen und verhandelten Rabatten für Arzneimittel im Gefolge des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes, die selbst dann zu zahlen sein sollen, wenn das Versicherungsunternehmen, zum Beispiel bei Selbstbehalttarifen, keine Leistungspflicht trifft.

Die Einführung der Kassenwahlfreiheit durch das Gesundheitsstrukturgesetz hat – wie bereits angedeutet – weitreichende Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung initiiert. Speziell in der ambulanten Versorgung hat der Gesetzgeber sich für einen Wettbewerb der Vertrags-, Organisations- und Betriebsformen entschlossen. Zumindest sozialrechtlich wurden fast alle Hindernisse für kooperative ärztliche Betätigungsformen beseitigt. In der Praxis ist allerdings unverändert zu beobachten, dass manche

Kassenärztliche Vereinigungen mit allen Mitteln versuchen, Selektivverträge zu torpedieren und kooperative Praxisformen zu benachteiligen. Auf der anderen Seite ist aber festzustellen, dass dort, wo Unterversorgung herrscht oder droht, selbst Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen kein Tabu mehr sind (Baumgardt 2012).

Bestandteil jeder Gesundheitsreform seit 1989 ist der politische Versuch, die tradierten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, Akutversorgung und Rehabilitation, Pflege und Prävention, medizinischer und sozialer Versorgung zu überwinden. Die Instrumente hierzu sind vielfältig, aber nur von begrenzter Wirksamkeit. Solange die zentralen Steuerungsansätze über Bedarfsplanung, Honorierung und Qualitätssicherung weiterhin sektorale ausgerichtet sind, fehlt es der Integrationsversorgung an Durchschlagskraft (Knieps/Ameling/Wolf 2012). Tiefer geht die Frage nach Transparenz, Gesundheitskompetenz und Wissensvermittlung an Ärzte und Patienten (Gigerenzer/Muir Gray 2013). Hier fehlt es an grundlegender kultureller Verständigung über wesentliche Faktoren wie Medizinerbildung, Gesundheitsinformation, Partizipation, Vertrauen und Kommunikation.

Ähnlich schwierig gestalten sich die Bemühungen des Gesetzgebers und der Gemeinsamen Selbstverwaltung (positiv Barjenbruch 2012), die flächendeckende (Primär-)Versorgung zu gewährleisten. Lange Zeit wurden die Grundversorger im ärztlichen Honori-

## Die Einführung der Kassenwahlfreiheit durch das Gesundheitsstrukturgesetz hat weitreichende Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung initiiert.

ungssystem benachteiligt. Aber auch das Ansehen dieser Medizinergruppen im eigenen Berufsstand ließ – trotz hoher Wertschätzung in der Bevölkerung – zu wünschen übrig. Die gesetzgeberisch geforderte Förderung einer hausarztzentrierten Versorgung hat

sich nur in einem Bundesland durchgesetzt (Hermann/Graf 2012). Das Thema bleibt deshalb auf der Tagesordnung künftiger Gesundheitsreformen. Gleches gilt für den Ausbau einer bewusst gesteuerten Versorgung, also einer deutschen Variante der amerikanischen Formen von Managed Care (Amelung 2012). Auf allen Ebenen und bei allen Akteuren gibt es vielfältige Bemühungen zum Ausbau des Versorgungsmanagements (Busse/Schreyögg/Tiemann 2010; Thielscher 2012), auch wenn Kritiker darin eine „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens sehen.

Fast alle größeren Reformvorhaben im Gesundheitswesen versuchen sich mit mehr oder weniger großem Erfolg an der Regulierung von Preisen, Mengen und Strukturen verordneter Arzneimittel. Echte Durchbrüche gelangen mit der Einführung des Festbetragsystems, der Ausschreibung von Rabatten für Generika und zunehmend Originalprodukte sowie der frühen Nutzenbewertung und anschließender Preisverhandlung. Speziell das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hat die pharmazeutischen Unternehmer auf dem falschen Fuß erwischt (Köhler 2013). Politisch erfahrenen Beobachtern ist es längst bewusst, dass nur bestimmte politische Konstellationen

formals Illusion erwiesen hat, dürfen diese Themen auch die Agenda der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages prägen (vgl. die Beiträge in diesem Heft). Dies gilt umso mehr, als große Herausforderungen das deutsche Gesundheitswesen zur Veränderung zwingen werden, um eine solidarische Absicherung der Risiken Gesundheit und Pflegebedürftigkeit zu erhalten und das Versorgungsniveau an die medizinischen Möglichkeiten und die Erwartungen der Bürgerinnen und Bürger anzupassen.

### Die Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens

Unter nimmt man einen Blick in die Glaskugel, welche Herausforderungen das deutsche Gesundheitswesen in der Zukunft prägen werden, erscheint dort als wichtigstes Bild mit Sicherheit der sozio-demografische Wandel (Schmidt/Knieps 2012). Die Zahl älterer, speziell hochbetagter Menschen steigt beständig an. Dieser Anstieg geht mit einer ständig zunehmenden Lebenserwartung einher. Zugleich ist die Geburtenrate drastisch zurückgegangen und verharrt auf niedrigem Niveau. Wichtigste Konsequenz dieses Wandels ist die zunehmende Geriatrisierung der

Versorgung und die Zunahme des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Zugleich nimmt die Bindungswirkung sozialer Gemeinschaften – Familie, Nachbarschaft, Kirchen, Gewerkschaften... – ab. Traditionelle Milieus lösen sich auf. Versorgung aus dem Laiensystem wird schwieriger. Ein

solcher Wandlungsprozess hat nicht nur Folgen für die Bevölkerung, sondern auch für die ehrenamtlichen und professionellen Kräfte im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsberufe konkurrieren mit anderen Betätigungsfeldern in Wirtschaft und Gesellschaft. Die Entwicklung der Gesundheitsberufe wird zudem von allgemeinen Trends wie Landflucht, zunehmender Spezialisierung und Feminisierung geprägt. All dies verlangt weitreichende Änderungen, die sich auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung abspielen müssen. Diese Veränderungen unterliegen beträchtlichen Risiken, speziell was die flächendeckende, wohnortnahe Ver-

sorgung der Bevölkerung angeht (vgl. die Beiträge zur Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Regionen in G+S 6/2012). Sie bieten aber auch Chancen, die sich aus einem Ineinandergreifen von neuen Versorgungskonzepten und intelligenten Mobilitäts- und Technologiekonzepten ergeben. Speziell die Digitalisierung der Kommunikation bietet vielfache Einsatzmöglichkeiten nicht nur im Bereich der Telemedizin (Wehmeier 2012).

Im engeren Bereich der medizinischen Versorgung ist ein rasanter medizinisch-technischer und pharmakologischer Fortschritt zu beobachten, der die Entwicklung zur Ambulantisierung und Individualisierung der Medizin vorantreibt, aber auch neue Fragen im Spannungsfeld von medizinisch Machbarem, finanziell Möglichen und ethisch Gewolltem aufwirft. Überkommene Regeln wie „Viel hilft viel“ oder „Neu ist besser als alt“ werden ebenso hinterfragt wie Möglichkeiten der (Gen-)Diagnostik ohne therapeutische Konsequenz oder unerwünschte Folgen einer Überversorgung. Speziell die Ausgestaltung der Versorgung am Ende des Lebens entspricht nicht den Erwartungen der meisten Bürgerinnen und Bürger und wirft viele ethische Fragen auf.

### Problemfelder im deutschen Gesundheitswesen – Eine übergreifende Analyse

Auch wenn die Deutschen – wie viele andere Nationen auch – der festen Überzeugung sind, sie würden vom besten Gesundheitssystem der Welt versorgt, sprechen internationale Vergleiche und nationale Analysen dafür, dass Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen zumindest verbesserungsfähig sind (Klein/Weller 2012). Auch wenn das Krankheitspanorama sich seit Jahrzehnten hin zu chronischen Erkrankungen mit oft degenerativem Verlauf und Multimorbidität entwickelt (Günster/Klose/Schmacke 2011 und 2012), hat sich am Leitbild des Gesundheitswesens als Reparaturbetrieb wenig geändert. Der Fokus liegt auf der Akutversorgung. Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation und Pflege spielen eine nachgeordnete Rolle. Diese Analyse der Friedrich-Ebert-Stiftung aus dem Jahr 2009 gilt unverändert fort (Friedrich-Ebert-Stiftung 2009). Die meisten

## Internationale Vergleiche und nationale Analysen sprechen dafür, dass Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen verbesserungsfähig sind.

Durchbrüche erzielen können, die man gerade ihnen nicht zugetraut hätte. Dieses Phänomen ist spätestens seit der Nixon Reise nach China bekannt. Ob allerdings die Regulierungsversuche zu einem kohärenten und berechenbaren Steuerungsgerüst für die Arzneimittelversorgung geworden sind, darf bezweifelt werden. Viele Anzeichen sprechen dafür, dass die Arzneimittelversorgung überreguliert ist und dass manche Steuerungsinstrumente sich gegenseitig blockieren (Knieps 2013 b).

Da die beschriebenen Reformtrends nur begrenzte Wirksamkeit entfaltet haben und sich die Vorstellung von einer allumfassenden Gesundheitsre-

(nichtärztlichen) Gesundheitsberufe verfügen in einem arztzentrierten System über weniger politischen Respekt, öffentliche Aufmerksamkeit und ökonomische Durchsetzungsfähigkeit (Höppner/Kuhlmey 2009).

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist ein Dauerthema der Gesundheitspolitik. Das Verhältnis der unterschiedlichen Finanzierungsquellen aus Steuern, Beiträgen, Eigenbeteiligungen... wird ebenso kontrovers diskutiert wie die Effizienz der Ressourcenallokation. Hier gelten das duale Versicherungssystem und das zergliederte Versorgungssystem als Haupthindernisse für Effektivität und Effizienz. Folglich darf man sich nicht wundern, dass im deutschen Gesundheitswesen ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu beobachten ist. Die grundlegende Untersuchung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2001 (SVR-G 2002) bedarf zwar dringend der Aktualisierung, dürfte aber in ihren Grundaussagen nach wie vor zutreffend sein. Neuere Untersuchungen belegen, dass erhebliche Varianzen beim Zugang zur Versorgung und bei der Qualität derselben bestehen. Dies führt zu Ungleichheiten bei Morbidität und Mortalität (Mielck 2005; Richter/Hurrelmann 2009). Speziell letzteres ist ein weitgehend tabuisiertes Thema in Deutschland.

Das Nebeneinander unterschiedlicher Steuerungsansätze über Recht und Politik, Administration und Selbstverwaltung, Wettbewerb und Konkurrenz ist für den Mangel an Kommunikation, Koordination und Kooperation

## *Speziell im internationalen Vergleich fällt auf, dass sich Sektordenken und Bürokratisierung verselbstständigt haben.*

ebenso verantwortlich wie Fehlanreize aus (sektorbezogener) Regulierung, Planung und Finanzierung. Speziell im internationalen Vergleich fällt auf, dass sich Sektordenken und Bürokratisierung verselbstständigt haben. Die Optimierung von Teilsystemen erfolgt

häufig zulasten des Gesamtsystems (Porter/Guth 2012). Hierzu trägt eine abrechnungsgesteuerte Versorgung bei, die fälschlicherweise als „Ökonomisierung“ bezeichnet wird. Hieraus haben sich zumindest Unterschiede in der Servicequalität entwickelt. Allerdings mehren sich auch Anzeichen für Versorgungsunterschiede in Abhängigkeit von Status, Einkommen, Bildung oder Wohnort der Bürgerinnen und Bürger. Massive Qualitätsprobleme, oft in Abhängigkeit von fehlgeleiteten Entscheidungen über Mittelzuweisungen, sind keine Seltenheit mehr. Widersprüche und Konflikte bei unterschiedlichen Regulierungs- und Steuerungsansätzen sind mehr als offenkundig. Dies lässt sich in der ambulanten und stationären Versorgung ebenso aufzeigen wie bei der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

## **Metathemen der Gesundheitspolitik – Der Handlungsrahmen für die nächste Legislaturperiode**

Aus diesen Grundtendenzen der bisherigen Reformgeschichte, sozio-ökonomischen und medizinischen Herausforderungen sowie der beschriebenen Fehleranalyse lassen sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – die wichtigsten Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode herausdestillieren!

Je nach politischer Konstellation nach der Bundestagswahl wird es größere oder kleinere Schritte zur Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes geben. Inwieweit dieser Versicherungsmarkt stärker von den Strukturprinzipien der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung bestimmt ist, bedarf ebenso der politischen Entscheidung wie die nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens aus unterschiedlichen Finanzquellen. Als Stichpunkte mögen die Themenfelder Erhöhung und Verstetigung des Steuerzuschusses, Verbeitragung aller Einkünfte, Festlegung der Beitragsbemessungsgrenze, Ausgestaltung der beitragsfreien Mitversicherung oder

Einführung eines Lohnsummenbeitrags für Arbeitgeber an dieser Stelle ausreichen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auf die Überleitung der bestehenden Versicherungssysteme in den einheitlichen Markt zu richten.

Während Versicherungs- und Finanzierungsfragen die Bürgerinnen und Bürger nicht unmittelbar tangieren

## *Die Wähler werden es der Politik nicht länger verzeihen, dass Lösungsansätze an den Blockaden zwischen den unterschiedlichen Interessen scheitern.*

und daher kaum zu Wahlkampfzwecken taugen, ist die flächendeckende Gewährleistung des Zugangs zur Versorgung ein politisches Aufregerthema, das nicht mit simplen Konzepten zu lösen ist (Jakobs/Schulze 2011). Es bedarf extrem kleinteiliger Veränderungen zur Neuordnung der Sicherstellung der Versorgung und zur Neubestimmung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen. Diese müssen von einem einheitlichen Planungs- und Honorarsystem mit gleicher Bezahlung unabhängig vom Ort der Erbringung der jeweiligen Leistungen überwölbt werden. Ein neues einheitliches Honorarsystem für die ambulante Versorgung muss chronische Erkrankungen und Morbidität besser abbilden, (Ergebnis-)Qualität berücksichtigen und Anreize zu schonender Medizin und gegen medizinisch nicht indizierte Mengenausweitung enthalten (Friedrich-Ebert-Stiftung 2013). Das DRG-System muss von Anreizen zu medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen befreit werden (Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem 2013). Alle Steuerungsinstrumente müssen den Anforderungen des sozio-demografischen Wandels angepasst werden und die Behandlungsbedarfe besonderer Personengruppen – beispielsweise Menschen mit Behinderungen – berücksichtigen.

Darüber hinaus dürften die Dauerbrenner Krankenhausplanung und –finanzierung sowie Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit auf der politischen Tagesordnung stehen.

Die Wählerinnen und Wähler werden es der Politik nicht länger verzeihen, dass Lösungsansätze – wie zum Beispiel die Neubestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit oder die Reform von Krankenhausplanung und –finanzierung jahrelang diskutiert und politisch aufbereitet werden, entsprechende Handlungen aber an den Blockaden zwischen den unterschiedlichen Interessen von Bund und Ländern, Kranken-/Pflegekassen und Leistungserbringern, Wirtschaft und Gesellschaft scheitern.

## Fazit

Der Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“ dokumentiert besser als jede andere Floskel, dass das Gesundheitswesen eine Dauerbaustelle für Reformen ist, auch wenn viele Akteure sich mehr um die Stabilität der Rahmenbedingungen als um Veränderungen derselben sorgen. Zwar taugt Ge-

sundheitspolitik nicht als Metathema für einen Bundestagswahlkampf, doch werden konkrete Veränderungen in den Versicherungs- und Versorgungssystemen auch in der 18. Legislaturperiode für heftige politische Auseinandersetzungen sorgen, selbst wenn alte ideologische Prägungen an Gewicht verlieren. Dabei ist auch zu beachten, dass unabhängig vom Wahlausgang in der Bundestagswahl die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat zur Kooperation über die Grenzen von Regierungsmehrheiten und Parteien zwingen. Daran hat auch die Föderalismusreform wenig geändert. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Deutschland keine Insel ist, die von der Entwicklung in anderen Ländern, und speziell von den Auswirkungen der europäischen Politik verschont bleibt. Zwar bleibt die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme primär eine Aufgabe nationaler Regierungen und Parlamente, der Einfluss europäischer Institutionen auf die Gestaltung der

Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen wächst permanent. Auf diese Entwicklung verwenden viele Gestalter und Beobachter der Gesundheitspolitik zu wenig Aufmerksamkeit und Tiefenschärfe. Gleches gilt auch für die Bedeutung der psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren von Gesundheit und Krankheit, die wieder stärker in den Blick genommen werden müssen. Schließlich muss eine Kultur des Vertrauens wieder aufgebaut werden, die die Voraussetzung für Veränderungen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten bildet. ■

## Literatur

- Amelung V (2012)**, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Wiesbaden
- Barjenbruch M (2012)**, Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung am Beispiel der KV Niedersachsen, G+S 6/2012, 42 ff.
- Baumgardt B (2012)**, Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in einem Flächenland – Erfahrungen aus Brandenburg, G+S 6/2012, 20 ff.
- Busse R/Schreyögg J/Tiemann O (2010)**, Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Heidelberg
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2013)**, Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Bonn
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2009)**, Zukunft des Gesundheitssystems – Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft, Bonn
- Gigerenzer G/Muir Gray J A (2013)**, Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin – Aufbruch in ein transparentes Gesundheitssystem, Berlin
- Günster C/Klose J/Schmacke N (2012)**, Versorgungsreport 2012 – Schwerpunkt: Gesundheit im Alter, Stuttgart
- Günster C/Klose J/Schmacke N (2011)**, Versorgungsreport 2011 – Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart
- Hermann C/Graf J (2012)**, Die Verantwortung der Krankenkassen für Sicherstellung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung, G+S 6/2012, 27 ff.
- Höppner K/Kuhlmeijer A (2009)**, Gesundheitsberufe im Wandel – Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen, GGW 2/2009, 7 ff.
- Jacobs K/Schulze S (2011)**, Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land, Berlin
- Klauber J/Geraedts M/Friedrich J/Wasem J (2013)**, Krankenhausreport 2013 – Mengendynamik: Mehr Menge, mehr Nutzen, Stuttgart
- Klein B/Weller M (2012)**, Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden
- Knieps F (2013 a)**, Abschied vom dualen Krankenversicherungssystem – Plädoyer für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt aus GKV und PKV, erscheint demnächst in BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013, Berlin, 14 ff.
- Knieps F (2013 b)**, Gesundheitspolitischer Ausblick: Zur Zukunft der Arzneimittelversorgung, erscheint demnächst in Fuhrmann S/Klein B/Fleischfresser A, Handbuch Arzneimittelrecht – Handbuch für die pharmazeutische Rechtspraxis, 2. Auflage, Baden-Baden
- Knieps F/Amelung V/Wolf S (2012)**, Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen, G+S 6/2012, 8 ff.
- Köhler A (2013)**, Das gebrochene Preismonopol der Pharma-industrie: Qualitätssicherung und Preissteuerung in der GKV-Arzneimittelversorgung, Baden-Baden
- Mielck A (2005)**, Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Eine Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern
- Pfister F (2010)**, Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG, Frankfurt/Main
- Porter M/Guth C (2012)**, Chancen für das deutsche Gesundheitssystem – Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Heidelberg
- Reiners H (2009)**, Gesundheitspolitik als Implementierung von Reformvieren, GGW 3/2009, 7 ff.
- Richter M/Hurrelmann K (2009)**, Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte, 2. Auflage, Wiesbaden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR-G (2002)**, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden
- Schmehl A/Wallrabenstein A (2005-2007)**, Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Tübingen, Band 1 Wettbewerb 2005; Band 2 Kooperation 2006; Band 3 Kontrolle 2007
- Schmidt U/Knieps F (2012)**, Anforderungen an das Gesundheitswesen in einer Gesellschaft des längeren Lebens, in BARMER GEK, Gesundheitswesen aktuell 2012, 16 ff.
- Thielscher C (2012)**, Medizinökonomie, 2 Bände, Wiesbaden
- Wehmeier A (2012)**, Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie als Chance für die ländliche Versorgung, G+S 6/2012, 47 ff.