

Qualität als Wettbewerbsparameter in der GKV

UWE DEH

Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes in Berlin

Die Stärkung der wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems wird als das am besten geeignete Instrument angesehen, um auch bei begrenzten finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der Versorgung zu garantieren. Damit sich die Krankenkassen im Wettbewerb für dieses Ziel einsetzen, müssen zwei zentrale Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens müssen die Kassen zumindest begründete Erwartungen auf messbare Wettbewerberfolge haben, und zweitens müssen sie über ausreichende Handlungsparameter verfügen, um auf Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung einwirken zu können.

Die Steigerung der Qualität im Gesundheitswesen spielte bis Ende der 1990er Jahre keine große Rolle in der politischen Auseinandersetzung. Für diese vergleichsweise geringe Bedeutung der Qualitätsorientierung gibt es verschiedene Erklärungen: Erstens bietet das deutsche System im internationalen Vergleich einen relativ umfassenden Gesundheitsschutz auf vergleichsweise hohem qualitativem Niveau – eine systematische Mangelversorgung, Hygienemangel oder andere Qualitätsdefizite waren nicht sichtbar. Zweitens waren Patienten darauf angewiesen, den Informationen der Leistungsanbieter zu vertrauen: Qualitätsvergleiche im Hinblick auf bessere alternative Behandlungsmöglichkeiten waren nicht verfügbar (Bandelow et al. 2009: 299–300). Dies hat sich in den letzten Jahren – vor allem durch internetbasierte Angebote wie beispielweise den AOK-Krankenhausnavigator oder den AOK-Arztnavigator – geändert. Drittens suchte man nach der gescheiterten Kostendämpfungspolitik der 1980er Jahre nach Instrumenten, um den Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen zu optimieren und die Mehrkosten durch die steigende Anzahl chronisch Kranker und

den medizinisch-technischen Fortschritt zu verringern. Zu diesem Zweck schien eine funktionierende, auf alle Bereiche des Gesundheitssystems ausgedehnte Qualitätssicherung ein adäquates Mittel zu sein.

Durch die rot-grüne Bundesregierung (1998–2005) wurde das Thema Qualitätsorientierung verstärkt auch öffentlich thematisiert. Dabei war etwa für die Debatte in der Fachwelt das Jahresgutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit seiner Kritik an Qualitätsmängeln des bestehenden Systems von Bedeutung (Bandelow 2006: 164).

In der Folge kam es zu verschiedenen gesetzlichen Änderungen, die die Qualitätsorientierung fördern sollten. Dabei lassen sich drei idealtypische Strategien identifizieren:

1. Wettbewerb auf dem Behandlungs- und Versichertenmarkt, unterstützt durch eine verbesserte Transparenz der Angebotsqualität,
2. eine verstärkte regulative Kontrolle von Qualitätsstandards, die von Bund, Ländern oder Selbstverwaltung festgelegt werden, und

3. das Instrument der evidenzbasierten Medizin, also die Entscheidungsfindung ausdrücklich auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit (Bandelow et al. 2009: 317–319).

Der ersten Kategorie lassen sich Maßnahmen wie die Einführung von Qualitätsberichten für Krankenhäuser durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (FPG) 2002 fassen. Außerdem wurden mit der Einführung des DRG-Systems verwertbare Abrechnungsdaten geschaffen, die für das seit 2003 entwickelte Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) verwendet werden konnten. Das QSR-Verfahren ist aus einem gemeinsamen Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS Kliniken, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) hervorgegangen.

In die zweite Kategorie lassen sich die Regelungen zur Qualitätssicherung einordnen, die mit der Gesundheitsreform

Es fehlt ein einheitliches Qualitätsverständnis genauso wie ein Ordnungsrahmen, der die Qualitätsorientierung fördert.

2000 begannen. Hier wurde die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern neu geregelt, seit 2001 ist eine externe Qualitätssicherung vorgeschrieben. Mit dem Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 wurden auch niedergelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, in ihren Praxen ein internes Qualitätsmanagement einzuführen, allerdings lässt die entsprechende Richtlinie den Ärzten einen großen Gestaltungsspielraum. Die wichtigste Maßnahme war die Einführung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007. Das erste einrichtungs- und sektorübergreifende Qualitätssicherungsverfahren wurde allerdings erst Anfang dieses Jahres vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen und wird ab dem 1. Januar 2016 in Kraft treten.

In die dritte Kategorie fallen die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme), die durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung 2002 eingeführt wurden und deren Diagnostik und Therapie den Kriterien der evidenzbasierten Medizin folgen. Auch die Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch das GMG gehört in diese Kategorie.

Qualität durch Wettbewerb

Die Stärkung der wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems wird von der Bundesregierung als das am besten geeignete Instrument angesehen, um auch bei begrenzten finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der Versorgung zu garantieren. Eine solidarische Rahmenordnung soll hierbei sicherstellen, dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten orientiert. Die gesetzlichen Krankenkassen konkurrieren darum, wer seinen Versicherten das beste Angebot zum bestmöglichen Preis machen kann. Diese sollen bei der Wahl ihrer Krankenkasse sowohl das Leistungsangebot der Kassen als auch die Höhe des (Zusatz)Beitragssatzes berücksichtigen. Nach Ansicht der Bundesregierung erhielten die Krankenkassen so ein Interesse daran, „*eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten und dafür gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen.*“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014c).

Vor diesem Hintergrund muss man drei Aspekte bedenken: Erstens ist Wettbewerb ein verhältnismäßig neues Regulierungsinstrument in unserem Gesundheitssystem und zielt bisher primär auf den Beitragssatz der Krankenkassen ab. Der Wettbewerb auf der Versorgungsebene, also unter den Leistungserbringern, ist immer noch unentwickelt (SVR Gesundheit 2012: 27). Zweitens schränken die besonderen Eigenschaften des Gutes „Gesundheitsversorgung“ die Möglichkeiten der Regulierung über das Instrument des Wettbewerbs ein. Die Transparenz der Qualität der Versorgung muss verbessert werden (ebd. 28–

29). Und drittens fehlt ein einheitliches Qualitätsverständnis bei den Akteuren des Gesundheitssystems genauso wie ein Ordnungsrahmen, der die Qualitätsorientierung fördert. Diese drei Problemfelder sollen im Folgenden kurz diskutiert und mögliche Lösungen vorgestellt werden.

Nur Lippenbekenntnisse zum Wettbewerb

Die Ausrichtung auf den Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen lässt sich historisch nachvollziehen, denn als erste Maßnahme führte der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 die freie Kassenwahl für die Versicherten ein und erhob damit den Beitragssatz zum entscheidenden Wettbewerbsparameter. Nach dem Inkrafttreten der Regelung im Jahr 1996 kam es zu einem intensiven Preiswettbewerb, der u.a. aufgrund des noch unentwickelten Risikostrukturausgleichs abschreckende Beispiele der Abwehr schlechter Risiken und spektakuläre finanzielle Schieflagen mit sich brachte. Nach vielen politischen Querelen konnte eine direkte Morbiditätsorientierung mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 realisiert werden (Knieps 2009: 616–617). Ab Januar 2009 galt zudem eine neue Finanzierungskonstruktion aus festem allgemeinen Beitragssatz plus kassenspezifischen Zusatzbeiträgen, die das Handeln der Krankenkassen auf einen „Zusatzbeitragsvermeidungs-Wettbewerb“ beschränkten. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde der Beitragssatz dauerhaft per Gesetz festgelegt.

Obwohl die Regierungskoalition mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungs-Gesetz (GKV-FQWG) 2014 die „*ungewollte Dominanz des Preiswettbewerbs*“ brechen und „*den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung*“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014b: 1) fördern wollte, setzte sie durch wettbewerbsfremde Informationspflichten Anreize für die Fortsetzung des Wettbewerbs um den niedrigsten Zusatzbeitragssatz. So wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihre Mitglieder vor der erstmaligen Erhebung eines Zusatzbeitrags auf die Möglichkeit des Sonderkündigungsrechts, auf die

Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sowie auf die Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinzuweisen. Übersteigt der neu erhobene Zusatzbeitrag den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, muss die Krankenkasse zusätzlich darauf hinweisen, dass ein Wechsel in eine günstigere Krankenkasse möglich ist (ebd. 38).

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fällt die Vorlagepflicht für Direktverträge weg. Im Gegenzug sollen die Eingriffsbefugnisse der Aufsichtsbehörden und die „*Effektivität der repressiven Aufsichtsmaßnahmen*“ (Bundesministerium für Gesundheit 2014a: 107) für Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung und zur

Ein Teil der Probleme ließe sich umgehen, wenn es den Krankenkassen ermöglicht würde, stärker als Agent ihrer Versicherten aufzutreten.

besonderen Versorgung erhöht werden. Die Aufsichtsbehörden können zukünftig alle Anordnungen treffen, die ihnen für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich erscheinen. Sie können darüber hinaus einstweilige Maßnahmen anordnen, ein Zwangsgeld bis zu einer Höhe von 10 Millionen Euro festsetzen und selbst nachträglich noch feststellen, dass eine „*erhebliche Rechtsverletzung*“ vorlag (ebd. 8). Diese massiven Erweiterungen der Aufsichtsbefugnisse bekommen damit geradezu „*prohibitiven Charakter*“ (Hermann 2015) und werden mit Sicherheit zu einem restriktiven Handeln der Krankenkassen führen – Innovationspotential wird hier ohne Not verschenkt. Die Bemühungen des Gesetzgebers, Innovationen durch den Abbau von Hemmnissen und die Einführung des Innovationsfonds zu fördern, werden so konterkariert.

Gesundheitsversorgung als „Gut“

Das Gut „Gesundheitsversorgung“ weist einige Besonderheiten auf, die eine Steuerung über Markt- und Wettbewerbsmechanismen erschwert: Ersstens existieren deutliche Defizite bei der

Transparenz der Qualität der ärztlichen Leistungen für die Patienten. Dies geht auf die deutliche Informationsasymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung zurück, die aufgrund der extrem hohen Komplexität der medizinischen Information und der Informationsgewinnung entsteht. Eine Beurteilung der Behandlungsqualität ist folglich kaum möglich. Zweitens sind Kundenpräferenzen für viele Kernleistungen des Gesundheitswesens relativ homogen, die Wahl einer Therapie für eine gegebene Erkrankung ist davon kaum abhängig. Ein Patient mit einem gebrochenen Bein wünscht sich beispielsweise die weitgehende Wiederherstellung der Funktion und des Aussehens – wie das erreicht werden soll, wird dem Arzt überlassen (Schreyögg 2013:

166). Drittens verursachen 20 Prozent der Versicherten rund 80 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die teuersten fünf Prozent der Population beanspruchen sogar über die Hälfte aller Leistungen (Gerste und Günster 2012: 381). Daraus folgt, dass der Großteil der

Versicherten die Versicherungsangebote der gesetzlichen Krankenkassen als identische Massenprodukte wahrnimmt, deren Kosten es zu minimieren gilt (Porter und Guth 2012: 118).

Kein gemeinsames Qualitätsverständnis

Es gibt weder unter den politischen Akteuren, noch zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern ein gemeinsames Qualitätsverständnis. In der Vergangenheit schafften es die Ansätze zur Qualitätssmessung nicht einmal, die Einhaltung von evidenzbasierten Leitlinien zu überwachen. Letztlich mangelt es an der Akzeptanz der Ärzte, die nicht davon überzeugt sind, dass sich die Behandlungsresultate durch die aktuellen Qualitätsmanagement- oder Zertifizierungssysteme verbessern lassen. Vielmehr empfinden sie die Ansätze als beträchtlichen Verwaltungsaufwand, fühlen sich überwacht und eingeschränkt (ebd. 223–224).

Die Rolle der Krankenkassen

Michael E. Porter und Clemens Guth (2012) sehen in der konsequenten Ausrichtung auf Qualität, gemessen anhand

der erzielten Behandlungsergebnisse, den einzigen Weg, um die Kosten der Gesundheitsversorgung auf lange Sicht einzudämmen. Dabei vertreten sie die Position, dass „*hervorragende Versorgung*“ günstiger sei (ebd. 34). Die Autoren sind dabei der Meinung, dass die Krankenkassen eine aktiveren Rolle einnehmen könnten, seien sie doch „*möglicherweise einer der meistunterschätzten Akteure im Gesundheitswesen*“ (ebd. 128).

In der Tat spricht einiges dafür, dass ein Teil der vorgestellten Probleme sich umgehen ließe, wenn es den Krankenkassen ermöglicht würde stärker als Agenten bzw. Sachwalter ihrer Versicherten aufzutreten. Die Probleme der Beurteilung und Transparenz von Qualität würden auf sie übergehen, ihre Rollen und Zuständigkeiten würden erweitert. Anschaulich lässt sich dieses Prinzip mit dem Prinzipal-Agenten-Ansatz darstellen:

Der einzelne Versicherte bzw. Patient ist der Prinzipal (Auftraggeber), der sich vorübergehend oder dauerhaft der Dienste eines besser informierten Agenten bedient. Gerade wegen seines Informationsvorsprungs kann der Agent die Interessen eines Prinzipals besser wahrnehmen als dieser selbst – und wird dies bei entsprechenden Anreizen und Kontrollen auch tun. So haben Krankenversicherungen gegenüber den Versicherten generell einen Informationsvorsprung hinsichtlich der Qualität und Preiswürdigkeit von angebotenen medizinischen Leistungen – oder können sich diesen vergleichsweise leicht und kostengünstig verschaffen. Im Auftrag der Versicherten würden die Krankenversicherungen qualifizierte Leistungserbringer unter Vertrag nehmen und ihren Versicherten empfehlen (Cassel et al. 2008: 34–36).

Diese Sachwalter-Rolle der Krankenkassen ist vom Gesetzgeber durchaus vorgesehen. Krankenkassen haben in der Vergangenheit durch freiwillige Leistungen wie unterstützendes Fallmanagement oder auch Initiativen wie den Krankenhausnavigator oder den Arztnavigator bewiesen, dass sie durchaus gewillt sind, diese Verantwortung zu übernehmen. In einigen wenigen Fällen bieten Kassen ihren Versicherten sogar eine komplexe, auf Direktverträgen basierende, alternative Regelversorgung an, die beispielsweise professionelle Betreuungsstrukturen für chronisch Kranke, eine vorausschauende Behandlungsplanung und eine patientenorientierte Strukturierung

der Versorgung beinhaltet. Damit stellen sie sich gegen den kollektivvertraglichen Mainstream, der das Handeln von Gesetzgeber und Akteuren bestimmt.

Die Möglichkeiten der Krankenkassen Versicherte individuell zu Leistungsansprüchen zu beraten, sind allerdings nach wie vor stark eingeschränkt. Auch die im GKV-VSG vorgesehenen Änderungen zum Krankengeldmanagement, die eine schriftliche Information und schriftliche Einwilligung der Patienten vor dem Beratungsgespräch erfordern, werden den Zugang zu einem individuellen Berat-

ihn „*als ein Verfahren zur Entdeckung von Tatsachen betrachten, die ohne sein Bestehen entweder unbekannt bleiben oder doch zumindest nicht genutzt werden würden*“ (Hayek 1996: 119). Wettbewerb hat sowohl die Versichertenorientierung der Krankenkassen als auch die Qualität der Gesundheitsversorgung deutlich verbessert.

Der Gesetzgeber führte mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 die freie Kassenwahl für die Versicherten ein. Seitdem müssen sich die Krankenkassen nicht nur permanenten Preisvergleichen, sondern auch unterschiedlichsten Preis-Leistungs- oder Qualitätsvergleichen sowie Versichertenbefragungen stellen. Magazine wie Focus, Stern oder die Stiftung Warentest veröffentlichen regelmäßig Rankings zu Angeboten und Servicequalität. Doch Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte bei gleichzeitiger einheitlicher Vertragsgestaltung ist weitgehend funktionslos. Er verbessert zwar die Servicequalität, bietet aber Leistungsanbietern, die die Versorgung qualitativ besser oder wirtschaftlicher erbringen, kaum Vorteile gegenüber ihren Konkurrenten (Leber 2005: 168). Das hatte der Gesetzgeber ebenfalls erkannt und ermöglichte es den Krankenkassen durch die Einführung von Direktverträgen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und das GMG erstmals selbst Versorgung zu gestalten. Mit diesem Wandel vom „*Payer zum Player*“ (Gerlinger 2009) haben sich die Kassen mit Fragen der Gesundheitsversorgung auseinandersetzen müssen und entsprechende Expertise aufgebaut, um selbst Verträge gestalten zu können. Es zeigte sich, dass diese Direktverträge besser geeignet sind, Qualitätslemente in der Versorgung umzusetzen. So werden die teilnehmenden Leistungserbringer in der Regel verpflichtet ein kontinuierlichen Qualitätsmanagement durchzuführen. Zusätzlich wurden Instrumente zur Qualitätsmessung im ambulanten Bereich entwickelt. Als Beispiel kann das Qualitätsindikatoren-System für die ambulante Versorgung (QISA) genannt werden, das seit 2010 vom AOK-Bundesverband und dem Göttinger AQUA-Institut entwickelt worden ist. Darüber hinaus hat der Wettbewerb eine Ergebnistransparenz geschaffen, wie sie im „*schwergängigen*

Gremiengang des „gemeinsam und einheitlich““ nicht entstehen würde (Leber 2005: 177).

Doch damit sich die Krankenkassen im Wettbewerb für eine gezielte Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung einsetzen, müssen zwei zentrale Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens müssen die Kassen zumindest begründete Erwartungen auf messbare Wettbewerberfolge haben, und zweitens müssen sie über ausreichende Handlungsparameter verfügen, um auf Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung einwirken zu können (Jacobs und Linnenbürger 2011: 46–47). Beide Voraussetzungen sind momentan nur unzureichend erfüllt – ein Indiz für die fehlende Wettbewerbsordnung. Soll der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weder um den niedrigsten Preis geführt werden, noch zu „*einem funktionslosen „Pseudowettbewerb“ mit Werbekampagnen, Nebenleistungen u.ä.*“ (Cassel et al. 2008: 32) verkommen, benötigen die Akteure weitere Handlungsfreiheiten und Anreize.

Wenn man Qualität in der Versorgung und echte Wahlfreiheit für die Versicherten möchte, muss man den Wettbewerb über Versorgungsformen zum Kriterium für die Differenzierung der Krankenkassen machen. Das bedeutet in der Konsequenz, dass Direktverträge nicht nur als „*Add-On*“ zum Kollektivvertrag begriffen werden dürfen und folglich Unterschiede in den Versorgungsangeboten zugelassen werden müssen. Nur wenn alternative Versorgungsangebote dauerhaft neben der Kollektivversorgung bestehen, kann es einen Wettbewerb um Innovation und damit die gewollten Lern- und Verbesserungseffekte geben. Darüber hinaus sollten Direktverträge erst nach einem bestimmten Zeitraum den Beitritt anderer Krankenkassen und ihrer Versicherten erlauben. Diese Wartezeit würde den Pionieren einen zeitlich begrenzten Wettbewerbsvorteil gewähren und ausreichend Zeit für eine wissenschaftliche Evaluation bieten. So wäre es den Vertragspartnern möglich, ihre Zukunftsinvestitionen, die in Form hoher Verwaltungsaufwände und Investitionskosten anfallen, zu refinanzieren. Diese Lösung wäre einfacher und unbürokratischer als eine Förderung durch den von den „*Hütern der Sektoren*“ verwalteten Innovationsfonds.

Wettbewerb ist kein Allheilmittel: Es kommt auf eine ausgewogene Mischung der zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente an.

tungsangebot erschweren, da sich viele konkrete Ansatzpunkte für unterstützende Maßnahmen erst aus dem Beratungsgespräch mit dem Versicherten ergeben. Dabei wäre es vielmehr notwendig den Krankenkassen mehr Möglichkeiten zum Versorgungsmanagement ihrer Versicherten zu gewähren. Um diese Aufgabe erfolgreich umsetzen zu können, benötigen die Krankenkassen darüber hinaus auch mehr Informationen über die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen.

Die Erfahrungen mit Qualitätsmessungen in Deutschland und in anderen Ländern zeigen, dass auf diese Weise Verbesserungen stimuliert werden können (Porter und Guth 2012). Dabei muss der Fokus auf der Messung der Ergebnisqualität der Leistungsanbieter liegen. Denn nur bei transparenten Behandlungsergebnissen gibt es einen Anreiz für die Krankenkassen bei der Vertragsgestaltung ein anderes Kriterium als den Preis heranzuziehen. Das AOK-System hat mit der Entwicklung des QSR-Verfahrens, das eine bürokratiearme Messung der Ergebnisqualität im stationären Bereich ermöglicht, bereits eine Vorreiterrolle eingenommen.

Wettbewerb als Qualitätspflicht

Ohne Wettbewerb ist eine innovative, sich qualitativ beständig verbessernde Versorgung kaum denkbar. Man kann

Wettbewerb ist natürlich kein Allheilmittel. So ist die Steuerung über Wettbewerb gewissen Beschränkungen unterworfen. Hinzu kommt, dass beispielsweise im stationären Bereich Planung das dominierende Steuerungsinstrument ist.

Qualitätsorientierung durch Wettbewerb lässt sich in diesen Strukturen kaum erreichen. Weiterhin liefert Wettbewerb weder automatisch, noch in jedem Fall das gewünschte Ergebnis. Daher kommt es auf eine ausgewogene Mischung der zur Ver-

fügung stehenden Steuerungsinstrumente an. Außerdem sollte die Organisation der Gesundheitsversorgung – auch wenn sie von den Akteuren vor Ort gestaltet wird – ordnungspolitischen Grundlinien folgen. ■

Literatur

Bandelow, Nils C. (2006): Gesundheitspolitik: Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden. In: Schmidt, Manfred G.; Zohlnhöfer, Reimut: Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden, S. 159–176.

Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin (Hrsg.) (2009): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin/Viciska, Kristina (2009): Gemeinsam für mehr Qualität? Idealtypische Perspektiven und mögliche Koalitionen für ein Gesundheitswesen 2030. In: Bandelow, Nils C.; Eckert, Florian; Rüsenberg, Robin: Gesundheit 2030. Wiesbaden, S. 299–327.

Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).

Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung. (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG).

Bundesministerium für Gesundheit (2014c): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>. Zuletzt abgerufen am: 11.12.2014.

Busse, Reinhart/Schreyögg, Jonas/Stargardt, Tom (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis. Berlin ; Heidelberg: Springer.

Cassel, Dieter/Ebsen, Ingwer/Greß, Stefan/Jacobs, Klaus/Schulze, Sabine/Wasem, Jürgen (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Inst. d. AOK.

Gerlinger, Thomas (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik. In: Rehder, Britta; Winter, Thomas von; Willems, Ulrich: Interessenvermittlung in Politikfeldern. Wiesbaden, S. 33–51.

Gerste, Bettina/Günster, Christian (2012): Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert; Bartholomeyzi, Sabine: Versorgungs-Report 2012. Stuttgart, S. 315–384.

Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.) (2011): Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen. Versorgungs-Report Band 1.2011. Stuttgart: Schattauer.

Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert/Bartholomeyzi, Sabine (Hrsg.) (2012): Versorgungsreport 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer.

Hayek, Friedrich August von (1996): Der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren. In: Leube, Kurt R.: Die österreichische Schule der Nationalökonomie: Texte-Band 2, von Hayek bis White. Wien, S. 119–137.

Hermann, Christopher (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Jacobs, Klaus/Linnenbürger, Jutta (2011): Die Chronikerversorgung im Fokus des Kassenhandelns. In: Günster, Christian; Klose, Joachim; Schmacke, Norbert: Versorgungs-Report 2011. Stuttgart, S. 41–54.

Klauber, Jürgen/Robra, Bert-Peter/Schellschmidt, Henner (Hrsg.) (2005): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Stuttgart: Schattauer.

Knieps, Franz (2009): Wettbewerb im Gesundheitswesen – politische Intentionen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (103), S. 615–620.

Leber, Wulf-Dietrich (2005): Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bert-Peter; Schellschmidt, Henner: Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart, S. 163–177.

Leube, Kurt R. (Hrsg.) (1996): Die österreichische Schule der Nationalökonomie: Texte-Band 2, von Hayek bis White. Manz Wirtschaft. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Porter, Michael E./Guth, Clemens (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.

Rehder, Britta/Winter, Thomas von/Willems, Ulrich (Hrsg.) (2009): Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schmidt, Manfred G./Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.) (2006): Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Innen- und Außenpolitik seit 1949. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schreyögg, Jonas (2013): Kundenmanagement im Gesundheitswesen – Einführung und methodische Grundlagen. In: Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Stargardt, Tom: Management im Gesundheitswesen. Berlin ; Heidelberg, S. 166–169.

SVR Gesundheit (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Programmbereich Gesundheit Band 2012. Bern: H. Huber.