Wettbewerb und Regulierung: Antipoden oder ergänzende Pole ?

FRANZ KNIEPS

Franz Knieps ist Vorstand des BKK Dachverbands e.V. in Berlin und Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik*

Die Steuerung von Politikfeldern durch Regulierung wird häufig als Antipode zur Steuerung von Märkten durch Wettbewerb angesehen. Der folgende Beitrag versucht zu zeigen, dass dies im Gesundheitswesen weder ordnungspolitisch noch juristisch haltbar ist. Dabei verkennt der Verfasser nicht, dass politische Rhetorik und praktische Realität oft ebenso weit auseinander liegen wie das wissenschaftlich Gewünschte und das praktisch Machbare. Er plädiert deshalb für Nachsicht bei Ökonomen und Juristen, die in der Gesundheitspolitik die reine Lehre vermissen.*

Das Gesundheitswesen – Markt oder Politikfeld mit besonderen Ausprägungen?

Gegenüber anderen Branchen und Politikfeldern weist das Gesundheitswesen zahlreiche Besonderheiten auf. Es ist weder ein Markt noch eine Agglomeration von Märkten, da hier nicht die Gesetze von Angebot und Nachfrage mit der Steuerung über den Preis durch die „unsichtbare Hand" gelten, sondern vor allem das Bedarfsprinzip in Kombination mit dem Solidarprinzip prägend wirken. Außerdem fehlt es bei Versicherten und vor allem bei hilfsbedürftigen Patienten an der notwendigen Souveränität eines nachfragenden Kunden, Leistungen, Qualität und Preise zu vergleichen und gegebenenfalls auch auf (notwendige) Behandlungen zu verzichten. In den meisten Fällen entscheidet der Arzt, welche Leistungen notwendig, angemessen und zweckmäßig sind (§ 12 Abs. 1 SGB V), auch wenn die Bedeutung des Patienten als Co-Produzent von Gesundheit heute anerkannt ist und das Ideal des Shared-Decision-Making mit Leben gefüllt wird. Selbst in den Ländern, in denen das Gesundheitswesen tatsächlich oder erklärtermaßen im ideologischen Meinungskampf marktwirtschaftliche Züge trägt, lassen sich starke administrative Regulierungen feststellen (So übertreffen die Steuerungskompetenzen des Schweizer Bundesamts für Gesundheit zum Teil die Kompetenzen deutscher Ministerien in Bund und Ländern.) oder sind die Regulierungen in ein hyperkomplexes und intransparentes Vertragsgeflecht zwischen den Akteuren mit ausufernden Bürokratiekosten verlagert (Exemplarisch sei nur auf misslungene Managed Care-Modelle im US-Gesundheitswesen verwiesen.).

Wahlfreiheit und Wettbewerb als konstitutive Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitswesens

Gleichwohl lassen sich Wahlfreiheit und Wettbewerb aus dem deutschen Gesundheitswesen nicht wegdenken. An der freien Arztwahl wagt keine ernst zu nehmende politische Kraft zu rütteln, auch wenn sich viele Stimmen für eine gesteuerte Versorgung,

* Der Beitrag ist keine wissenschaftliche Veröffentlichung, sondern ein vorläufiges Resümee der jahrzehntelangen Diskussionen mit Karl-Heinz Schönbach, der angesichts der pragmatischen Regulierungstätigkeit des Verfassers (insbesondere während seiner Tätigkeit im BMG) stets zum Widerspruch bereit war. Wer eine wissenschaftliche Vertiefung und einen Anmerkungsapparat erwartet, der sei auf das Werk von Knieps/Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Konfliktlinien, Bern 2015 sowie auf die Hinweise auf weiterführende Literatur am Schluss des Artikels verwiesen.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-3-4-24
Generiert durch IP '18.226.87.163', am 12.10.2024, 06:42:37.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

also eine spezifisch deutsche Form von Managed Care, aussprechen. Dabei wird stets die Freiwilligkeit zusätzlicher Wahloptionen wie die Hausarztverträge nach § 73b SGB V (gegebenenfalls ergänzt um weitere Facharztmodule nach § 73c SGB V) oder die Diseasemanagement-Programme gemäß § 137f SGB V betont. Faktisch wird die freie Arztwahl durch Überweisungsvorbehalte, Wartezeiten und Unzugänglichkeiten (zum Beispiel der begrenzte Zugang zu Spezialisten im Krankenhaus für GKV-Versicherte) jedoch erheblich eingeschränkt. Diese Einschränkungen liegen jedoch noch immer unter der Aufmerksamkeitsschwelle vieler Bürger und folglich auch vieler Politiker. Auch die freie Wahl der Krankenkasse hat sich im Rahmen der Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten im Arbeits- und Sozialrecht fest etabliert. Zwar werden nicht immer nachvollziehbare Debatten über Zahl, Größe und Struktur von Krankenkassen geführt, doch lassen sich kaum noch Stimmen vernehmen, die für eine Einheitsversicherung plädieren.

Insoweit darf man spätestens seit dem Kompromiss von Lahnstein vor mehr als 20 Jahren von Wahlfreiheit und Wettbewerb als konstitutivem Strukturprinzip des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen. Das heißt aber noch lange nicht, dass klare Ziele und Parameter des Wettbewerbs unter Krankenkassen und Leistungserbringern definiert wären – Preise, Mengen, Qualität oder was sonst? Auch wenn Wissenschaftler und Praktiker, die sich einer solidarischen und/oder qualitätsorientierten Zielsetzung des Wettbewerbs verschrieben haben, ihre Konzepte immer wieder an der Realität geschärft und um praxisnahe Elemente angereichert haben, zögert(e) die Politik gleichwohl, Wettbewerb ohne starke regulatorische Elemente zuzulassen.

Der Wandel der Regulierung vom Sozialausgleich zum Wirtschaftsverwaltungsrecht

Gleichwohl ist das Gesundheitswesen trotz einer kritikwürdigen Regulierungsdichte und -tiefe kein klassisches Feld staatlicher Administration, das durch hoheitliches Verhalten effektiv und effizient zu steuern wäre. Diese Erkenntnis hat sich selbst in den Ländern durchgesetzt, wo staatliche Gesundheitsdienste – auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene – fest in der politischen Kultur und im Bewusstsein der Bürger verankert sind. Dort werden beispielsweise Marktbedingungen durch Aufteilung von Kompetenzen, Verhandlungen zwischen öffentlich-rechtlichen Institutionen und Zulassung nicht-staatlicher Akteure simuliert, um wettbewerblich Effizienz- und Veränderungsdruck zu erzeugen.

In Deutschland bedeutet Regulierung in der Regel die Schaffung eines Rahmens, den die Akteure eigenverantwortlich im Sinne der Zielsetzung des Normgebers ausfüllen sollen. Regulierung verdichtet sich zu verbindlichen Vorgaben. Diese erfolgen gegebenenfalls mit Sanktionsbewehrung, wenn die Akteure untätig bleiben, eigene Ziele an die Stelle des Normgebers setzen oder Interessenkonflikte nicht gelöst werden. Inhaltlich entwickelt sich die Regulierung vom klassischen Sozialrecht zur Durchsetzung des Solidarprinzips hin zu einem Zweig des Wirtschaftsverwaltungsrechts, das der Steuerung einer dynamischen Wirtschaftsbranche dient. Gerade die Integration wettbewerblicher Steuerungsansätze hat die unmittelbare oder mittelbare Anwendung wettbewerbs-, kartell- und vergaberechtlicher Bestimmungen zur Folge, auch wenn die klassischen Instrumente des Handels- und Wirtschaftsrechts den Besonderheiten des Gesundheitsrechts nur sehr eingeschränkt gerecht werden. Zugleich hat die Grundrechtsrelevanz des Handelns im Gesundheitswesen deutlich zugenommen. Exemplarisch sei nur auf den Schutz von Gesundheits- und Sozialdaten oder auf den Marktzugang zu Leistungserbringerverträgen hingewiesen. Schließlich ist im Zuge der erklärten Bürger- und Patientenorientierunng des Gesundheitswesens eine Inkorporation der vergleichsweise jungen Materie des Verbraucherschutzrechts zu konstatieren.

Das Gesundheitswesen als Opfer einer Ökonomisierung?

Das Gesundheitswesen ist also weder ein rechtsfreier noch ein ökonomiefreier Raum, auch wenn dies manche Debattenbeiträge zur sog. „Ökonomisierung" des Gesundheitswesens zu suggerieren versuchen. Soweit Ökonomisierung als Kritik an Abrechnungsorientierung und Renditefixierung zu verstehen ist, mag mancher Einwand plausibel sein. Häufig liegen die Ursachen von Fehlentwicklungen jedoch weniger an misslungenen Regulierungen oder falschen ökonomischen Anreizen als am Verlust oder an der Aufweichung normativer Werthaltungen. Ein Arzt, der aus welchen Gründen (Eigennutz, Fremdnutz, Prestige, mangelhaftes Qualitätsbewusstsein, Unkenntnis) auch immer eine nicht indizierte Leistung erbringt, verstößt gegen rechtliche Verpflichtungen bis hin zur Strafbarkeit des Verhaltens und verletzt die ethischen Standards der Profession. Darin sind die Ursachen der gegenwärtig beklagten Mengenausweitungen und Fehlversorgungen zu suchen, selbst wenn ökonomische Anreize solche Verhaltensweisen begünstigen.

Das Gesundheitswesen ist trotz einer kritikwürdigen Regulierungsdichte und -tiefe kein klassisches Feld staatlicher Administration.

Schon immer wurden im Gesundheitswesen Dienstleistungen und Waren produziert, die zumindest teilweise privatwirtschaftlich erbracht wurden. Schon lange wurden die Preise für diese Leistungen und Produkte zumindest teilweise politisch administriert. Dies gilt auch für die Beeinflussung von Kapazitäten und die Ausgestaltung von (Versorgungs-) Prozessen. Auf diese wurde immer staatlich oder öffentlich Einfluss ausgeübt. Eine Überformung gesundheitlicher Leistungen durch Regulierung ist also nichts Neues.

Steuerung durch Selbstverwaltung als spezifische Form der Regulierung

Spätestens mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung hielt eine spezifisch deutsche Form der Regulierung über den Weg der mittelbaren Staatsverwaltung durch Selbstverwaltung als sogenannter dritter Weg zwischen Markt und Staat in das Gesundheitswesen Einzug, der ihr bis heute ein besonderes Gepräge gibt. Das gilt nicht nur für die soziale Selbstverwaltung durch Repräsentanten der Versicherten und der Arbeitgeber in den Organen der öffentlich-rechtlich verfassten Krankenkassen, sondern spätestens seit dem Berliner Abkommen von 1913, das knapp 20 Jahre später in den Brüningschen Notverordnungen kodifiziert wurde, auch für die Gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten. Letztere wurden

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-3-4-24
Generiert durch IP '18.226.87.163', am 12.10.2024, 06:42:37.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

im Rahmen der Kodifizierung (Zwangs-) Mitglieder der ebenfalls verkörperschaften Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies wird oft vergessen, wenn kollektivvertragliche Regelungen als „Staatsmedizin" diffamiert und die Monstranz der Freiberuflichkeit auf die unternehmerische Freiheit des (niedergelassenen) Arztes reduziert werden. Die mittelbare Staatsverwaltung wird oft nicht als übertragene Rechtsetzungsmacht wahrgenommen, und es wird sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringerorganisationen zunehmend versucht, sich der strikten Gesetzesbindung unter Hinweis auf unternehmerische Notwendigkeiten im Wettbewerb oder anderen Mythen und Dogmen – wie die oben erwähnte – Freiberuflichkeit zu entziehen.

Der Sicherstellungsauftrag – Einfallstor für staatliche Eingriffe oder flexibles Steuerungsinstrument?

Unter Politikern und Juristen ist heute trotz der weitgehenden Übertragung von Aufgaben und Kompetenzen an die (Gemeinsame) Selbstverwaltung allgemein anerkannt, dass der Staat die Letztverantwortung für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen trägt. Daraus leitet sich der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung ab, dessen flächendeckende Realisierung heute politisch in der Diskussion steht. Dem Gesetzgeber steht es dabei frei, ob er – wie in der ambulanten Versorgung – diese Verpflichtung auf Dritte (hier Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts) überträgt oder – wie in der stationären Versorgung – sie durch staatliche Krankenhausplanung selbst erfüllt. In der Praxis haben sich Mischformen durchgesetzt, die den Bundesländern begrenzte Mitwirkungsmöglichkeiten in der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung (vgl. § 90a SGB V) und den Krankenkassen sowie oft auch den Kassenärztlichen Vereinigungen Beteiligungsrechte an der Krankenhausplanung geben (vgl. die Krankenhausgesetze der Länder).

Inwieweit verfassungsrechtliche Vorgaben eine politisch sinnvolle Zusammenführung der sektoralen Steuerungsansätze zu einer integrierten Kapazitätsplanung erschweren oder gar unmöglich machen, bedarf hier keiner Entscheidung. Die realen Versorgungsprobleme in ländlichen und strukturschwachen Gegenden erzwingen ein pragmatisches Zusammenwirken aller Akteure je nach Versorgungslage vor Ort. Dabei werden tradierte Strukturen, insbesondere die stark befestigte Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, ebenso in Frage gestellt wie die Begrenzung zugelassener Rechts- und Betriebsformen sowie die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Eine starre Regulierung ist also längst an die Grenzen der Realität gestoßen und vom Gesetzgeber Schritt für Schritt flexibilisiert worden, um den veränderten sozialen, ökonomischen und technischen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die Hoffnung des Gesetzgebers war darauf ausgerichtet, erstarrte Strukturen und fragmentierte Prozesse über Vertragswettbewerb mit Hilfe von Selektivverträgen aufzubrechen.

Selektivverträge im Vertragswettbewerb – Schub durch den Innovationsfonds?

Die Anerkennung einer staatlichen Verantwortung für die flächendeckende Gewährleistung eines funktionsfähigen Gesundheitswesens sagt noch nichts über die Instrumente zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrags aus. So ist es keineswegs zwingend, diese Umsetzung ausschließlich auf dem Wege traditioneller Kollektivverträge vorzunehmen. Vielmehr hat sich der Gesetzgeber – unter anderem wegen der mangelnden Bereitschaft oder Fähigkeit der Kollektivvertragspartner, flexibel auf Versorgungsprobleme zu reagieren – bewusst entschieden, an Stelle oder ergänzend zu den Kollektivverträgen Selektivverträge zuzulassen und insoweit den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zuzuweisen. Wer die heutigen Versorgungsprobleme und die real existierenden Vertragslage näher analysiert, wird zu dem Schluss kommen müssen, dass keine der beiden Vertragstypen allein eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten kann. Kassenärztliche Bedarfsplanung und Kollektivverträge haben das Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht beseitigt. Auch gut durchdachte Selektivverträge sind, selbst in Baden-Württemberg, weit von einer Flächendeckung entfernt. Schließlich bedarf es einer zumindest neutral, besser wohlwollend agierenden Kassenärztlichen Vereinigung, die Selektivverträge bei der Bereinigung nicht diskriminiert.

Vor diesem Hintergrund dürfte nur eine intelligente Verknüpfung beider Vertragsformen den Bedürfnissen der Realität gerecht werden. Sollten sich allerdings die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin in internen Verteilungskonflikten zerfleischen, wird das Thema Kollektivverträge bald grundsätzlich wieder auf der politischen Tagesordnung stehen. Schließlich lag 2003 schon einmal ein Gesetzentwurf der rot-grünen Bundesregierung vor, der die fachärztliche Versorgung schrittweise in ein System von Selektivverträgen überführen wollte. Nicht zuletzt die zögerliche bis abwehrende Haltung vieler Krankenkassen hat die Durchsetzung dieser Vorstellungen gegen die Unionsparteien unmöglich gemacht. Der Gesetzgeber wird mit der Neufassung des § 140a SGB V den inhaltlichen Spielraum für Selektivverträge noch einmal erweitern und die Kassenärztlichen Vereinigungen erneut in den Kreis möglicher Vertragspartner aufnehmen. Man darf gespannt sein, ob sie, wie beispielsweise in der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konzeptionell angedacht, diese Chance nutzen und attraktive Vertragsangebote machen, die Krankenkassen nicht ablehnen können. Ansonsten wäre die Zeit gekommen, darüber nachzudenken, ob Kassenärztliche Vereinigungen weiterhin die Spielregeln aufstellen, über deren Einhaltung wachen und noch selbst am Spiel teilnehmen dürfen. Aber andererseits dürfen auch Krankenkassen nicht reflexartig alles ablehnen, was von der anderen Seite zur Verbesserung der Versorgung vorgeschlagen wird. Vielleicht bietet der ordnungspolitisch heftig umstrittene Innovationsfonds eine Chance, den Vertragswettbewerb zu beleben und zugleich Kollektivverträge innovativer zu gestalten (Einzelheiten dazu in den Beiträgen von Ulrich/Maier/Trescher, Schmacke, Gibis/Steiner, Straub/Hübner/Graf, Bohm/Schräder und von Bandemer/Hilbert/Nimako-Doffour in G+S Heft 2/2014). Zwar ist das institutionelle Beharrungsvermögen der korporatistischen Akteure des Gesundheitswesens bekanntermaßen sehr groß, doch ist

Nur eine intelligente Verknüpfung von Kollektivverträgen und Selektivverträgen dürften den Bedürfnissen der Realität gerecht werden.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-3-4-24
Generiert durch IP '18.226.87.163', am 12.10.2024, 06:42:37.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

die Geduld der Bürger und nachfolgend der Politik nicht grenzenlos. Wer Probleme in seinem Aufgabenfeld nicht löst, wird selbst zum Problem, das gelöst werden muss.

Der ordnungspolitische Steuerungsmix – eine Realität!

Institutionelle Krisen und ungelöste Verteilungskonflikte hat die Gesundheitspolitik nicht durch die Umsetzung ordnungspolitisch stringenter Konzepte, sondern durch pragmatische Kompromisse aus einem Mix unterschiedlicher Steuerungsansätze zu lösen versucht. Dies hat einerseits zu einer Entideologisierung der Politik und zu einer Entpolitisierung der Akteure geführt. Andererseits hat es zu einer bemerkenswerten Stabilität und Krisenfestigkeit des Gesundheits- und Sozialsystems in der jüngsten Wirtschafts- und Finanzkrise geführt, um die uns viele Länder beneiden. Gerade vor dem Hintergrund internationaler Vergleiche ist jedoch nicht weg zu diskutieren, dass eine Reihe von Problemen zu lösen sind, die sich nicht durch einen einfachen Rekurs auf den Dualismus Wettbewerb und/oder Regulierung beheben lassen. Das gilt insbesondere, aber nicht nur für die ungewisse Zukunft des dualen Versicherungssystems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung mit unterschiedlichen Honorierungssystemen für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte sowie für die Überwindung der Sektorengrenzen mit dem Ziel einer patientenorientierten integrierten Versorgung. Auch die Herausforderungen der sozio-demografischen Entwicklung, des medizinisch-technischen Fortschritts und der digitalen Revolution lassen sich nicht mit simplen ordnungspolitischen Vorstellungen bewältigen. Ähnliches gilt für eine Verbesserung von Qualität, Sicherheit, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung, die nicht allein von intelligenter Regulierung und wirksamen ökonomischen Anreizen bestimmt werden, sondern ganz wesentlich von Werthaltungen, Kultur und Ethik von Professionen und Institutionen abhängen. Daher sollte sich niemand wundern, dass Gesundheitsreformen nicht am ordnungspolitischen Reißbrett gestaltet werden, sondern immer das Ergebnis von politischen Aushandelungsprozessen sind. Das ist eine banale Erkenntnis, deren Verbreitung in Wissenschaft und Praxis, in Journalismus und Öffentlichkeit jedoch nur begrenzt ausgeprägt ist.

Fazit: „Die Hunde bellen, die Karawane zieht weiter“

Wettbewerb und Regulierung sind demnach keine Antipoden und auch keine widerstrebenden Pole, sondern schlichte Bestandteile eines Steuerungsmixes, das angesichts sich wandelnder Herausforderungen immer wieder neu justiert werden muss. Wettbewerb und Regulierung bedingen sich gegenseitig und müssen von einem soliden normativen Fundament unterfüttert werden. Die Forderung nach einem kohärenten ordnungspolitischen Konzept ist ähnlich illusionär wie das Verlangen nach der ultimativen „Gesundheitsreform aus einem Guss“. Daher wird (Gesundheits-)Politik auch weiterhin das kontinuierliche „Bohren dicker Bretter“ (Max Weber) sein. Ordnungspolitische Konzepte, die praktikable Regulierungsinstrumente enthalten und den hier dargestellten Erfahrungen Rechnung tragen, können der Politik eine inhaltliche Orientierung geben. Dies hat insbesondere das Konzept einer solidarischen Wettbewerbsordnung in den vergangenen Jahren bewiesen. Dann muss aber auch die Bereitschaft zur Umsetzung solcher Konzepte belegt werden. Daran fehlt es, von löblichen Ausnahmen abgesehen, bisher weitgehend. Dann hilft es auch nicht, immer wieder die Unvollkommenheiten von Rahmenbedingungen zu beklagen. Ansonsten bleibt man der publizistisch-theoretischen Diskussion verhaftet, um die sich Politik und Gesetzgeber nicht kümmern. Denn: „Die Hunde bellen, die Karawane zieht weiter!“ ■

Literatur

Amelung, Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 5. Auflage, Wiesbaden 2012

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung, Bonn 1994

Böckelmann (Hrsg.), Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb, Wiesbaden 2009

Cassel (Hrsg.), Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Baden-Baden 2004

Cassel/Ebsen u.a., Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Berlin 2008

Cassel/Jacobs et al (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsätze und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 2014

Engelmann, Untergesetzliche Normsetzung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verträge und Richtlinien, NZS 2000, 1 ff. und 76 ff.

Engelmann, Die Kontrolle medizinischer Standards durch die Sozialversicherung, Medizinrecht 2000, 245 ff.

Fink/Kücking et al. (Hrsg.), Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess, Festschrift für Herbert Rebscher, Heidelberg 2014

Griesewell, Markt oder Staat – Wettbewerb oder Dirigismus – Zur Psychopathologie der ordnungspolitischen Diskussion im Gesundheitswesen, Arbeits- und Sozialpolitik 48 (1-2), 28 ff.

Klein/Weller (Hrsg.), Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden 2012

Knieps, Zur Rolle von Staat und Selbstverwaltung – Staatliche Institutionen zwischen Daseinsvorsorge, Systemsteuerung, Verbraucherschutz und Aufsicht, in Jacobs/Schulze (Hrsg.), Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin 2013, 225 ff.

Knieps, Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen sozialer Sicherung und Steuerung einer Wirtschaftsbranche – Herausforderungen und Reformoptionen, Die Sozialgerichtsbarkeit 07/2015, 374 ff.

Knieps/Reiners, Gesundheitsreformen in Deutschland – Geschichte, Intentionen, Konflikte, Bern 2015

Laimböck, Die soziale Krankenversicherung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb – Vor- und Nachteile des Wettbewerbs im Gesundheitswesen, Hall in Tirol 2000

Oberender (Hrsg.), Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin 2010

Pfister, Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG, Frankfurt/Main2010

Reiners, Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Bonn 1987

Rice, Stichwort Gesundheitsökonomie – Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn 2004

Rixen, Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht, Tübingen 2009

Rosenbrock/Gerlinger, Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern 2013

Schmehl/Wallrabenstein (Hrsg.), Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, 3. Bände, Tübingen 2005-2007

Wallrabenstein (Hrsg.), Braucht das Gesundheitsrecht ein eigenes Regulierungsrecht? Frankfurt/Main 2012

Wendt, Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung – Gesundheitssysteme im Vergleich, 2. Auflage, Wiesbaden 2009

Wille (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung, Baden-Baden 1999

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-3-4-24
Generiert durch IP '18.226.87.163', am 12.10.2024, 06:42:37.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.