

DIE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND
AUS STAATLICHER SICHT:

DER WEG ZU MEHR VERGLEICHBARKEIT UND
QUALITÄT IM SYSTEM DER GESETZLICHEN KRANKEN-
VERSICHERUNG

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.)

der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

der Helmut-Schmidt-Universität, Universität der Bundeswehr Hamburg

vorgelegt von

KARIN KUNDT

aus Hamburg

April 2017

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Problemstellung: Gesundheitsversorgung im Zuge der Aussonderung öffentlicher Aufgaben aus dem Bereich der öffentlichen Kernaufgaben	1
1.1 Zur Relevanz der staatlichen Kontrolle bezüglich der Qualität im Gesundheitssystem	
1	
1.2 Ziele der Arbeit	5
1.3 Gang der Untersuchung.....	7
2 Der Begriff der Gesundheit	8
2.1 Definitionen von Gesundheit	8
2.1.1 Negative vs. positive Gesundheitsdefinitionen	10
2.1.2 Der Definitionsansatz der World Health Organization (WHO).....	11
2.2 Konzepte und Modelle von Gesundheit und Krankheit	14
2.2.1 Biomedizinisches Modell vs. biopsychosoziales Modell.....	15
2.2.2 Pathogenetische Konzepte.....	16
2.2.3 Salutogenetisches Konzept nach Antonovsky.....	17
2.2.4 Subjektive vs. objektive Konzepte	19
2.2.5 Eindimensionale vs. mehrdimensionale Ansätze	21
2.3 Einflussfaktoren auf Gesundheit	22
2.4 Die Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung für die Definition von Gesundheit.....	23
2.5 Zwischenfazit: Geltende Definition und Modellansatz dieser Arbeit.....	27
3 Gesundheit in Deutschland.....	28
3.1 Position der Bundesregierung zu Gesundheitsthemen	28
3.1.1 Definition, Auslegung und Konzeption von Gesundheit	28
3.1.2 Nationale Gesundheitsstrategie	29
3.1.3 Oberste Bundesbehörden mit aktivem Gestaltungsanteil im Gesundheitsbereich	32
3.1.3.1 Bundesministerium für Gesundheit	33
3.1.3.2 Bundesministerium für Landwirtschaft und Ernährung	36

3.1.3.3	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	37
3.1.3.4	Weitere Bundesministerien mit Gesundheitsaufgaben	37
3.2	Rechtliche Verankerung von Gesundheit.....	40
3.2.1	Ableitung eines „Rechts auf Gesundheit“ aus dem Grundgesetz.....	40
3.2.2	Weitere relevante Gesetzgebungen	42
3.3	Globale Gesundheitsstrategie Deutschlands und die Rolle der EU	43
4	Verwaltungspolitische Leitbilder und Daseinsvorsorge	45
4.1	Vom demokratischem Rechtsstaat zum Gewährleistungsstaat.....	45
4.2	Das verwaltungspolitische Leitbild des Gewährleistungsstaates und seine Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft.....	55
4.2.1	Daseinsvorsorge als essenzielle Aufgabe des Staates	56
4.2.2	Öffentliche Aufgaben und Güter in Abgrenzung zu privaten Gütern	59
4.3	Gesundheit als Teil der Daseinsvorsorge	62
5	Das deutsche Gesundheitssystem.....	64
5.1	Aufgaben und Aufbau des Gesundheitssystems in Deutschland	64
5.1.1	Beziehungsgefüge des Öffentlichen Gesundheitswesens	69
5.1.2	Ergänzung durch die Privatwirtschaft im Bereich nicht erstattungsfähiger Leistungen	71
5.2	Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Deutschland.....	71
5.2.1	Entstehung und Entwicklungslinien der GKV	72
5.2.2	Prinzipien der GKV	74
5.2.3	Reformen der GKV	76
5.3	Die private Krankenversicherung: Aufgaben, Ziele und Unterschied zur GKV	81
5.4	Kritik am deutschen Gesundheitssystem und der GKV	82
6	Neue Institutionenökonomik	85
6.1	Prinzipal-Agent-Theorie.....	88
6.2	Anwendung des Prinzipal-Agent-Problems auf die Akteure der Gesundheitswirtschaft	94
7	Qualität und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.....	99
7.1	Der Qualitätsbegriff im Allgemeinen.....	99
7.1.1	Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementsysteme	99
7.1.2	Qualitätsmanagementsysteme und -modelle in der Praxis.....	104
7.2	Der Qualitätsbegriff der Gesundheitswirtschaft.....	109

7.2.1	Qualität und Qualitätsmanagementsysteme der Gesundheitswirtschaft ...	109
7.2.2	Qualitätsmanagementsysteme und -modelle der Gesundheitswirtschaft in der Praxis.....	113
7.3	Die Rolle der Qualitätsindikatoren für die Darstellung von Qualität und das Qualitätsmanagement	119
7.4	Staatliche Institutionen der Qualitätssicherung.....	123
7.5	Status Quo von Qualität und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland.....	128
8	Entwicklung eines Steuerungssystems zum Abbau von Informationsasymmetrien und zur Qualitätssteigerung im Gesundheitsbereich	132
8.1	Gründe für die Etablierung neuer Strukturen im Qualitätsmanagement der deutschen Gesundheitsversorgung und bisherige Ansätze.....	132
8.2	Das Steuerungssystem.....	134
8.2.1	Rahmenbedingungen und Kriterien des Steuerungssystems.....	134
8.2.2	Lösungsstrategien und Anwendungsmöglichkeiten des neuen Steuerungssystems	136
8.2.2.1	Die Definition von Qualität im Gesundheitswesen	137
8.2.2.2	Das Indikatorensystem.....	141
8.3	Ergänzende Tools	159
8.3.1	Das Expertengremium.....	160
8.3.2	Die Vertragsgestaltung.....	161
8.3.3	Rechtlich-institutioneller Lösungsansatz: Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen.....	163
8.4	Bewertung des neuen Steuerungssystems	163
8.4.1	Vorteile durch ein neues Steuerungssystem.....	163
8.5	Grenzen des Steuerungssystems.....	164
9	Handlungsimplicationen und Fazit	166
	Literaturverzeichnis.....	VIII
	Anhang 1: Die Definition von Qualität im Gesundheitswesen	XLVI
	Anhang 2: Kriterienkatalog Qualitätsindikatoren	XLVIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das BMG und seine Institutionen	36
Abbildung 2: Relevante Bundesministerien.....	39
Abbildung 3: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft.....	68
Abbildung 4: Beziehungsgefüge der GKV	70
Abbildung 5: Prinzipal-Agent-Beziehung zwischen Staat und Leistungserbringer im Gesundheitssystem	97
Abbildung 6: PDCA-Zyklus eingebettet in TQM.....	106
Abbildung 7: Das EFQM-Modell	108
Abbildung 8: Qualitätsdimensionen nach Donabedian.....	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit.....	23
Tabelle 2: Nationale Gesundheitsziele.....	30
Tabelle 3: Aufgabentypen im Leitbild des Gewährleistungsstaates	53
Tabelle 4: Übersicht der verwaltungspolitischen Leitbilder der BRD.....	55
Tabelle 5: Überblick über die wichtigsten Reformschritte der gesetzlichen Krankenversicherung.....	80
Tabelle 6: Grundtypen von Agenturproblemen.....	91
Tabelle 7: Internationale Qualitätsindikatorensets im Überblick.....	149

Abkürzungsverzeichnis

ACHS	Australian Council of Healthcare Information
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ALLBUS	Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
AUEV	Vertrag über die Arbeitsweise der EU
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH bzw. BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
BVA	Bundesversicherungsamt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CHILT	Children Health Interventional Trial
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CIRS	Critical Incident Reporting System
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
GBA	Gemeinsamen Bundesausschuss
GESIS	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften
GG	Grundgesetz
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators

GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HEDE	Health-ease and Dis-ease
HEDIS	Health Plan Employer Data and Information Set
ICD	International Classification of Disease
INQA	Initiative neue Qualität der Arbeit
IOM	Institute of Medicine
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization of Standardization
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NI	Neue Institutionenökonomie
NPO	Nonprofit-Organisation
OECD	Organization For Economic Co-Operation and Development
PAT	Prinzipal-Agent-Theorie
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PEQ	Patients' Experience Questionnaire
PDCA	Plan Do Check Act
PKV	Private Krankenversicherung
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
QUINTH	Qualitätsindikatoren-Thesaurus
RKI	Robert-Koch-Institut
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOC	Sense of Coherence

SVR	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen bzw. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TQM	Total Quality Management
VN	Vereinte Nationen
WHO	World Health Organization
WSK-Pakt	Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1. Problemstellung: Gesundheitsversorgung im Zuge der Aussonderung öffentlicher Aufgaben aus dem Bereich der öffentlichen Kernaufgaben

1.1 Zur Relevanz der staatlichen Kontrolle bezüglich der Qualität im Gesundheitssystem

„Auf das deutsche Gesundheitssystem ist Verlass“ (BMG 2015A, S. 15.).

Diese Aussage steht im Einklang mit Ergebnissen aus verschiedenen Vergleichen des deutschen Gesundheitssystems im EU- oder OECD-Länderverbund¹ (vgl. Böcken/Marstaedt 2014, S. 133). Es gilt damit noch immer als eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Jedoch wird seine Ausgestaltung bezüglich Qualität und Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung aktuell starker Kritik ausgesetzt. Neben erwähnten positiven Ergebnissen ergaben internationale Systemvergleiche ebenso abweichende negative Befunde für das Gesundheitssystem, so dass nicht pauschal von einem „guten“ Gesundheitssystem auf allen Ebenen ausgegangen werden kann² (vgl. Böcken/Marstaedt 2014, S. 133). Diese betreffen zum Beispiel die hohen Kosten des Krankenversicherungssystems. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 328,0 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben³ getätigt. Der größte Kostenträger ist hierbei die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 191,8 Mrd. Euro. Dies bedeutet eine Mehrbelastung der GKV von 10,1 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Statistisches Bundesamt 2016a, S. 1). Eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Systems wird aufgrund dieser steigenden Ausgaben von gesetzlich Versicherten stark angezweifelt: Insgesamt gehen 85% der Befragten einer Umfrage der Continental davon aus, dass eine umfassende Gesundheitsversorgung über den Beitrag zur GKV nur mit erheblichen Zusatzzahlungen möglich ist bzw. nur ergänzend mit privater Vorsorge gesichert werden kann (81%). Zudem wird die Leistungsfähigkeit der GKV in Frage gestellt. Bereits 64% gaben an, dass sie zumindest zukünftig⁴ keine ausreichende medizinische Versorgung durch die GKV erhalten werden (vgl. Continental 2016, S. 42). Nach aktuellen Einschätzungen der Bevölkerung nehmen 39% an, dass sich die Gesundheitsversorgung in der Zukunft

¹ Mit Ausgaben in Höhe von 11,3% des BIP für Gesundheit (Stand: 2011) kann in Deutschland beispielsweise ein größeres Angebot an Gesundheitsinfrastruktur und Personal bereitgestellt werden als im Durchschnitt der OECD-Länder. Dadurch sorgt Deutschland für ein allgemein gut zugängliches Gesundheitssystem. Zusätzlich sind geringe Wartezeiten auf Operationen sowie die freie Arztwahl positiv zu beurteilen (vgl. OECD 2013, S. 1). Im EU-Vergleich punktet das deutsche Gesundheitssystem unter anderem mit einer hohen Ärztedichte (vgl. RKI 2015, S. 477).

² Diese Ergebnisse können zudem keinesfalls mit der Existenz einer qualitätsorientierten Ordnungspolitik im deutschen Gesundheitssystem gleichgestellt werden (vgl. Böcken/Marstaedt 2014, S. 133).

³ Unter Gesundheitsausgaben fallen alle entstandenen Kosten für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern, -dienstleistungen und Investitionen. Nicht hinzugezählt werden Vorleistungen wie die Produktion von Arzneimitteln oder der Absatz an Apotheken (vgl. Statistisches Bundesamt 2017)

⁴ 16% der Befragten gehen davon aus, dass die GKV bereits jetzt keine ausreichende Gesundheitsversorgung bietet (vgl. Continental 2016, S. 44).

zumindest etwas oder sogar deutlich verschlechtern wird (vgl. MLP 2016, S. 23). Dieses sinkende Vertrauen kann weitreichende Folgen haben, die von einer mehrfachen Arztkonsultation bis hin zur Abwahl politischer Entscheidungsträger reichen können (vgl. Wendt 2008, S. 11). Zahlreiche offenkundige Qualitätsdefizite in der ambulanten als auch stationären Versorgung sind der Öffentlichkeit bekannt geworden (vgl. Braun et al. 2003, S. 136). Diese Situation wird durch aktuelle Pflegeskandale begleitet, die das Misstrauen in das Krankenversicherungssystem Deutschlands weiter schüren. Beispielsweise stand das Bremer Pflegeheim Kirchhuchting im November 2015 (unter anderem) aufgrund schwerwiegender Mängel in der medizinischen Versorgung kurz vor seiner Schließung. Es wurde sogar von lebensbedrohlichen Zuständen für die Bewohner ausgegangen, so dass Ärzte des Pflegeheims eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität einforderten (vgl. Tagesspiegel 2015). Ähnlich gelagert zeigt sich der Fall des St. Josef Pflegeheims in München, bei dem vermutet wurde, dass eine personelle Überlastung zu geringerer Qualität in der medizinischen Wundversorgung geführt hat (vgl. Süddeutsche Zeitung 2014). 16% der Teilnehmer einer Bevölkerungsbefragung des *Zentrums für Qualität in der Pflege* (ZQP) aus dem Jahr 2016 gehen davon aus, dass erhebliche Mängel in der Pflegequalität bestehen. Als Grund hierfür sehen hiervon 27% fehlende externe Qualitätsüberprüfungen, so dass für Anbieter derzeit kein Anreiz besteht, diese Qualitätsdefizite zu beseitigen (vgl. ZQP 2016, S. 14f.). Aber nicht nur dort wurden Qualitätsdefizite aufgedeckt, auch deutsche Krankenhäuser müssen sich mit ähnlich starken Kritiken auseinandersetzen. Qualitative Missstände pflegerischer, medizinischer als auch hygienischer Art werden in der öffentlichen Diskussion mit personellen Engpässen aufgrund Gewinnmaximierungsbestrebungen von privaten Kliniken in Verbindung gebracht, was letztlich die gesamte Qualität angebotener Leistungen im Gesundheitsbereich verringert. Die Forderungen nach einer politischen Lösung dieses „thematischen Dauerbrenners“ nehmen zu (vgl. Die Welt 2016). Nicht zuletzt wird zudem die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte von Patienten bemängelt. Zwar sucht der deutsche Patient vergleichsweise häufig den Haus- oder Facharzt auf, die durchschnittliche Dauer einer Arztkonsultation liegt dabei jedoch gerade mal bei 8 Minuten⁵. Ärzte behandeln im Durchschnitt 52 Patienten (2010: 45) pro Arbeitstag (vgl. Ärztemonitor 2014, S. 39; Bahrs 2003, S. 18; Barmer 2010, S. 3) In einer Umfrage des Gesundheitsmonitors⁶ aus dem Jahr 2009 beschwerte sich etwa jeder Sechste über die viel zu kurze Gesprächsdauer mit dem Arzt (vgl.

⁵ In der kurzen Gesprächsdauer kann der Grund für die relativ häufige Arztkonsultation vermutet werden (vgl. Böcken/Marstaedt 2014, S. 138).

⁶ Der Gesundheitsmonitor war ein Projekt der Bertelsmannstiftung mit dem Ziel, die Sichtweise der Bürger in den politischen Reformprozess einzubringen. Jährlich wurde hierzu der Gesundheitsmonitor mit aktuellen Schwerpunktthemen des Gesundheitswesens veröffentlicht. Zum 31.12.2016 hat die Bertelsmannstiftung das Projekt eingestellt (vgl. Bertelsmannstiftung 2016; Gesundheitsmonitor 2017).

Bahrs/Dingelstedt 2009, S. 92). Die Sorge, dass Ärzte immer weniger Zeit für ihre Patienten haben, teilen 65% der Bevölkerung. Über ein Drittel (37%) der Ärzteschaft in Deutschland ist der Meinung, dass ihnen aktuell nicht genügend Zeit für ihre Patienten bleibt. Auf Patientenseite stimmen 32% mit dieser Einschätzung überein (vgl. MLP 2016, S. 24 ff.). Außerdem fallen in diesem Markt Angebot und Nachfrage meist zeitlich zusammen, so dass sich dem Konsumenten kaum eine Möglichkeit⁷ bietet, eine eigene Qualitätskontrolle des Anbieters vor dem persönlichen Erstkontakt durchzuführen. Dies schwächt den Verbraucherschutz enorm und führt zu Forderungen, klare Qualitätsversprechen zu liefern und Preise für Leistungen für jeden offen und nachvollziehbar zu kommunizieren (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002; S. 27ff.; Jurack et al. 2012, S. 21). Eine Veränderung des Systems scheint damit für viele unausweichlich (vgl. Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009, S. 13; Offermanns 2011, S. 19). Folgt man den Umfrageergebnissen des MLP-Gesundheitsreports, gehen 41% der Befragten davon aus, dass umfassende Reformen des Gesundheitssystems notwendig sind. Unter den niedergelassenen und Krankenhausärzten sind davon sogar 66% davon überzeugt (vgl. MLP 2016, S. 9).

Dabei stellt eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung prinzipiell das Ziel aller Akteursgruppen im Gesundheitswesen dar (vgl. Szecsenyi/Stock 2007, S. 9). Schließlich ist der Bereich der Gesundheitsversorgung prinzipiell ein altruistisch geprägter Bereich, der mit spezifischen Motiven belegt ist. Beispielsweise wird Ärzten durch die Bundesärzteordnung die Aufgabe zugewiesen, der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung zu dienen und sie unterliegen einem strengen Berufsrecht (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 25ff.).

Andererseits werden auch finanzielle Motive auf dem Markt für Gesundheitsleistungen⁸ durchgesetzt. Private Anbieter der Branche erstreben per Definition eine Gewinnmaximierung, auch wenn sie in staatlichem Auftrag handeln und damit einem gemeinnützigen Ziel dienen. Diese Bestrebungen werden häufig mit qualitativen Mängeln in Zusammenhang gebracht (siehe Pflegeskandale), ein weiterer Grund, weswegen keine Sicherheit bezüglich qualitativ angemessener Versorgungsleistungen besteht. Aktuell versuchen staatliche Entscheidungsträger, mit unterschiedlichsten Mitteln (angefangen bei einzelnen Projekten der Bundesministerien bis hin zu

⁷ Seit 2007 gibt es in Deutschland internetbasierte Arztbewertungsportale wie z.B. jameda.de. Ihr Ziel ist es, mittels der Wiedergabe eigener Erfahrungen anderen Patienten eine Hilfestellung bei der Arztauswahl zu geben. Damit dienen Arztbewertungsportale als anonymes Informationsangebot. Sie Hinweise auf die Qualität der Behandlung geben, aufgrund der starken subjektiven Einschätzung kann es aber auch zu ungerechtfertigten Diffamierungen des Arztes kommen (vgl. Kofahl/Horak 2010, S. 116, Strech 2012, S. 675ff.; Stiftung Warentest 2011, S. 84).

⁸ Unter Gesundheitsleistungen sind grob alle Leistungen zu verstehen, die dazu dienen, eine Krankheit zu heilen oder abzumindern, also alle dazugehörigen Dienstleistungen sowie Medizinprodukte, die auf dem freien Markt angeboten und nachgefragt werden (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 155).

groß angelegten Reformansätzen) qualitative Probleme zu lösen und die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen⁹.

Der Staat agiert im Bereich des Gesundheitssystems zwischen einer selbst intendierenden Steuerung Richtung gesamtgesellschaftlicher als auch wohlfahrtstaatlicher Ziele und starken institutionellen Interessen. Gerade das komplexe und expertengesteuerte System der Gesundheitswirtschaft erschwert die staatliche Steuerung, da notwendiges Fachwissen oder tiefgehende Informationen nicht im notwendigen Umfang vorhanden sind. Folglich werden einzelne Reformen organisatorischer Art durchgeführt, die jedoch den komplexen Steuerungsanforderungen des Systems nicht gerecht werden (vgl. Lamping 2002, S. 43). So versucht der Gesetzgeber beispielsweise, Steuerungsproblemen des Gesundheitssystems zu begegnen, indem klassische Marktmechanismen des Wettbewerbs wie leistungsorientierte Finanzierungs- und Anreizmechanismen eingeführt werden (vgl. Offermanns 2008, S. 291). Dabei verspricht man sich aus der steigenden Marktoffenheit des Gesundheitssektors vor allem ein Plus an Effizienz. Allerdings werden durch steigende Ökonomisierung negative Folgen finanziell schwächer gestellten Bürgern bezüglich ihrer sozialen Sicherung befürchtet (vgl. Weilert 2015b, S. 119). Der Staat als übergeordnete Instanz des deutschen Gesundheitssystems verlangt dabei von beauftragten Unternehmen bestimmte Nachweise über die erbrachte Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen gemäß Sozialgesetzgebung (vgl. Offermanns 2011, S. 19). Dem verwaltungspolitischen Leitbild des Gewährleistungsstaates folgend stellt der Staat die Gesundheitsversorgung sicher, Versorgungsleistungen an sich können aber von Dritten erbracht werden. Dort ist fachliches als auch marktspezifisches Wissen gebündelt und soll im Sinne des Staates für gesamtgesellschaftliche Ziele genutzt werden. Bei Betrachtung der Beziehung zwischen Leistungsanbietern und dem Staat als Auftraggeber im Sinne der Prinzipal-Agent-Theorie werden bestehende Probleme vor allem bezüglich Informationsasymmetrien zwischen den Vertragspartnern aufgedeckt (siehe Kapitel 6).

Wie oben bereits angedeutet, verstärken wettbewerbsorientierte Reformen nicht nur Vertrauensprobleme, sondern auch Qualitätsverluste, die ihren Ursprung im Beauftragungsverhältnis zwischen staatlichen Entscheidungsträgern und privaten Leistungserbringern ergeben. In diesem Zusammenhang gewinnen Maßnahmen der Qualitätsförderung für hoch entwickelte Gesundheitssysteme an Relevanz, um medizinische Leistungsangebote systematisch zu verbessern und bestehende Ressourcen umfassend nutzen zu können. Das größte Problem, das sich hierbei zeigt, ist die Einschätzung des erreichten Qualitätsniveaus, so dass die Forderung nach

⁹ Tiefgehende Informationen zu diesen Themen siehe Kapitel 3 und 5.

einer objektiven Qualitätsmessung einerseits als selbstverständlich erachtet wird, andererseits aber kaum zu erfüllen ist (vgl. Schneider/Broge/Szecsényi 2003, S. 547). Bei Nachweisen der qualitativen Ergebnisse, die Leistungsanbieter erbringen, fehlt vor allem die Vergleichbarkeit dieser untereinander. Auf dem Markt existieren nicht nur unterschiedlich fundierte Ansätze von Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern auch verschiedenste Modelle und Messungen, die den qualitativen Status einzelner Anbieter oder aber Leistungen darstellen. Zur Abbildung als auch Messung von Qualität im Gesundheitswesen werden Qualitätsindikatoren genutzt. Durch ihre Erhebung verspricht man sich, den aktuellen Stand der Versorgungsqualität feststellen zu können, und gleichzeitig Verbesserungspotenziale aufzudecken (vgl. Hensen 2016, S. 142; Szecsényi/Stock 2007, S. 13). Ihre Nutzung wird weitläufig als effektives Werkzeug angesehen, um Qualität der Gesundheitsversorgung messen und managen zu können, allerdings ist die Aussagekraft von Qualitätsindikatoren auch stark umstritten (vgl. ACHS 2015, S. 5; Hensen 2016, S. 140 siehe Kapitel 7.3.). Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich klar, dass sich unter den aktuell herrschenden Umständen kaum ein pauschales Urteil über die Qualität der medizinischen Versorgung fällen lässt (vgl. Böcken/Marstaedt 2014, S. 133). Deshalb ist es notwendig, allgemeingültige Standards für die Qualitätsmessung zu etablieren, was das übergeordnete Ziel dieser Arbeit darstellt.

Das Thema Gesundheit hat sich aktuell zu einem Themengebiet entwickelt, welches zukünftig großen Einfluss auf Gesellschaft, Wirtschaft und Politik haben wird (vgl. von Bandemer et al. 2014, S. 269). Deshalb ist es umso wichtiger, den Bereich der Gesundheitsversorgung so auszugestalten, dass gebotene Leistungen aktuellen Standards als auch qualitativen Ansprüchen entsprechen.

1.2 Ziele der Arbeit

Die oben aufgeführte Darstellung aktueller Entwicklungen im Bereich der GKV deutet darauf hin, dass bereits heute eine deutliche Diskrepanz dazwischen besteht, wie das System idealerweise funktionieren soll und dem tatsächlichen Versorgungszustand. Gewünscht wird ein Gesundheitssystem, das eine im angemessenen Umfang zuverlässige und für jeden Bürger zugängliche Versorgung bietet. Von besonderer Bedeutung ist dabei die gebotene Qualität auf dem Markt. Alle Behandlungen, Produkte und Dienstleistungen sollen Qualitätsstandards auf einem angemessenen Niveau erfüllen, dabei stets dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechen und in einem adäquaten Zeitraum erhaltbar sein. Außerdem soll der Bereich der Prävention genutzt werden, um drohenden Erkrankungen oder Chronifizierungen mit entsprechenden Maßnahmen begegnen zu können. Die beschriebenen Anforderungen müssen dabei unter

ökonomischem Ressourceneinsatz erreicht werden. Zusammengefasst kann das Ziel des deutschen Gesundheitssystems als ganzheitliche, nachhaltige und effiziente Versorgung jedes Bürgers beschrieben werden. Der Status Quo weist jedoch eine Versorgungslücke zum oben beschriebenen Soll-Zustand auf. Defizite zeigen sich dabei im Leistungsangebot und dessen Umfang¹⁰, vor allem aber sind diese in der Qualität der gebotenen Leistungen zu finden. Die Qualitätsbeurteilung auf dem Markt gestaltet sich unter anderem durch die in Kapitel 1.1. genannten Problemlagen schwierig. Eine objektive Einschätzung in Form eines Vergleiches mit weiteren Anbietern des Marktes ist aktuell ohne tiefere medizinische Kenntnisse kaum möglich. Auch wenn bereits Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitssektor gesetzlich verankert wurden, fehlt dem System eine übergeordnete Methodik. Bisherige Ansätze des Qualitätsmanagements haben jedoch nicht die gewünschte Vergleichbarkeit gebracht. Im Gegenteil, ihre Wirkung kann kaum als hilfreich eingestuft werden, da unterschiedlichste Vorgehensweisen einem tatsächlichen Vergleich entgegenstehen. Dies erschwert nicht nur die Einschätzung der Patienten, sondern auch der staatlichen Entscheidungsträger. An diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Ziel ist es, ein neues Steuerungsmodell zu erarbeiten, welches einheitliche Qualitätsstandards für alle Leistungserbringer des Sektors formuliert und damit die Qualität der Angebote im Rahmen der GKV reell miteinander vergleichbar macht. Damit werden zugleich auch Informationsasymmetrien zwischen privaten Leistungsanbietern und staatlichen Entscheidungsträgern abgebaut, was die Möglichkeiten individueller Vorteilnahme seitens privater Anbieter erheblich einschränkt.

Die zielführende Ausgestaltung des neuen Steuerungssystems ist dabei von besonderer Relevanz. Um objektive Messergebnisse zu erhalten, ist die Formulierung konkreter Kriterien inklusive Zielwerte notwendig. Hierfür ist der Einsatz von Qualitätsindikatoren besonders geeignet, da sie als Mess- bzw. Bezugsgröße dienen, die nicht allein den gegenwärtigen Zustand darstellen, sondern auch Veränderungen in der angebotenen Qualität anzeigen können. Sie sind auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung einsetzbar und lassen sich zudem individuell für die jeweilige Messaufgabe zu Sets zusammenstellen. Da verschiedenste Definitionsansätze von Qualität existieren, ist es notwendig, diese vorab zu analysieren und darauf aufbauend einen Definitionsansatz als Basis des Steuerungsmodells zu formulieren.

¹⁰ Hierzu zählen die fehlende Zeit der Ärzte, sich ganzheitlich den Anliegen ihrer Patienten zu widmen und die notwendigen Zuzahlungen bzw. die private Kostenübernahme für umfangreiche Versorgungsmaßnahmen über den Leistungskatalog der GKV hinaus. Zudem wird der gewünschte hohe Stellenwert von Prävention nur ungenügend umgesetzt.

Um das neue Steuerungsmodell in seiner Komplexität erarbeiten zu können ist es zudem erforderlich, den Gesundheitssektor inklusive aller relevanten Akteure unter Zuhilfenahme der Prinzipal-Agent-Theorie darzustellen, da das Steuerungssystem in diese komplexen Beziehungsgefüge eingebettet werden muss. Schließlich werden Aufgaben der Gesundheitsversorgung im Rahmen des Gewährleistungsstaates dann an private Leistungsersteller abgegeben, wenn sie diese effizienter erbringen als der Staat selbst. So zeigt sich, dass vor der Erarbeitung eines ganzheitlichen Managementsystems für das deutsche Gesundheitssystem verschiedene theoretische Grundlagen erläutert werden müssen, um ein angemessenes Steuerungsmodell erhalten zu können.

1.3 Gang der Untersuchung

Um einen umfassenden Blick auf das Themengebiet der Gesundheitsversorgung zu erhalten, wird in Kapitel 2 zuerst der Begriff der Gesundheit erläutert. Gesundheit scheint komplexer als ein Ideal, wie die WHO sie beschreibt, denn auch wer gemäß Definition krank sein sollte, kann sich gesund fühlen und vice versa. Ebenso ist Gesundheit als private Angelegenheit, also als individuelles Gut zu betrachten, nimmt aber ebenso große Bedeutung für das Gemeinwohl ein, da auch gesellschaftliche und ökologische Faktoren die Gesundheit beeinflussen (vgl. Kirschner 2006, S. 31; Rehmann-Sutter 2009, S. 1300). Hierbei werden verschiedene relevante Perspektiven eingenommen und letztlich eine Arbeitsdefinition von Gesundheit formuliert, die als Basis für den weiteren Verlauf der Arbeit dient. Darauf folgt in Kapitel 3 eine kurze Darstellung, wie die Bundesregierung das Gesundheitsthema politisch umsetzt und welche Ministerien mit Aufgaben des Bereiches überhaupt betraut werden. Ebenso wird die Frage geklärt, ob es ein Recht auf Gesundheit im deutschen Gesundheitssystem gibt. Das System der In Kapitel 4 werden die verwaltungspolitischen Leitbilder Deutschlands erläutert und in Zusammenhang mit Reformen der GKV gebracht. Zudem wird analysiert, ob Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe zu verstehen ist und welchen Aufgabentypen sie entspricht. Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland mit seinen zwei Zweigen (GKV und private Krankenversicherung) wird im 4. Kapitel vorgestellt. Nach einer kurzen Darstellung des Aufbaus der gesamten Gesundheitswirtschaft, inklusive aller Akteure in Kapitel 6, geht die Arbeit auf das Beziehungsgefüge zwischen Staat und privaten Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ein, welches im Rahmen der Prinzipal-Agent-Theorie analysiert und dargestellt wird (Kapitel 7). Darauf folgt im achten Kapitel die Erarbeitung des Qualitätsbegriffs. Diese startet mit einem allgemeinen Einblick in Definitionsansätze und Systeme des Qualitätsmanagements, um dann

branchenspezifische Systeme zu identifizieren. Insbesondere werden Ursprung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren betrachtet, da diese als grundlegendes Instrument der Qualitätsmessung und der objektiven Beurteilung von Qualität dienen. Damit wird der Grundstein für das neue Steuerungssystem geschaffen (Kapitel 9), welches neben dem Einsatz eines universellen Indikatorensystems auch allgemeine Optionen der Vertragsgestaltung zwischen Prinzipal und Agent analysiert und weiterführende Ideen aufnimmt. Die Arbeit schließt mit potentiellen Handlungsempfehlungen und einem Fazit.

2 Der Begriff der Gesundheit

2.1 Definitionen von Gesundheit

Gesundheit ist ein Begriff, der vielfältig im alltäglichen Sprachgebrauch zu finden ist, aufgrund verschiedenster Auslegungen jedoch häufig zur Diskussion steht. Dabei werden zahlreiche, inhaltlich zum Teil stark voneinander abweichende Versuche unternommen, Gesundheit zu definieren, Konzepte zu etablieren sowie Skalen zur Messung von Gesundheit zu erstellen. Eine allgemeingültige, wissenschaftlich dominierende Begriffsbestimmung hat sich aufgrund der großen Anzahl verschiedener Ansätze bis heute nicht durchgesetzt, und ist auch in Zukunft nicht zu erwarten (vgl. Faltermaier 2005, S. 33; Franke 2012, S. 15; Greiner 1998, S. 39; Waller 2006, S. 9). Um die unterschiedlich geprägten Ausrichtungen und Konzeptualisierungen von Gesundheit kategorisieren zu können, sind verschiedene Ansätze entwickelt worden. Im folgenden Kapitel werden die unterschiedlichen relevanten Ausrichtungen, Definitionsansätze und Konzeptionen von Gesundheit kategorisiert und zueinander ins Verhältnis gestellt, um eine Basis für das ganzheitliche Managementsystem für die Gesundheitsversorgung zu schaffen. Hierbei zeigt sich, wie komplex sich der Gesundheitsbegriff darstellt.

Gesundheit ist als interdisziplinärer Forschungsgegenstand zu verstehen und wird in fast allen wissenschaftlichen Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Wohlbefindensforschung¹¹, Soziologie, Philosophie, Jura, Geschichtswissenschaften, Gesundheitswissenschaften, (New) Public Health¹² und in der Sozial- und Präventivmedizin definiert und konzeptualisiert¹³. Die Vielzahl an Konzeptualisierungen und Skalen lässt sich direkt von der Beschäftigung dieser teilweise

¹¹ In der Wohlbefindensforschung steht die positive psychische Gesundheit im Zentrum der Betrachtung (vgl. Greiner 1998, S. 43).

¹² Public Health beschäftigt sich primär mit Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung. Dabei ist Public Health selbst eine Multidisziplin, die methodische und theoretische Ansätze unter anderem aus den Bereichen Medizin, Ökonomie, Politikwissenschaft, Soziologie, Psychologie, Sportwissenschaft und Ernährungswissenschaft integriert. Die Erweiterung zu New Public Health wählt als Ausgangspunkt der Forschung die WHO-Definition von Gesundheit (vgl. Flick 2002, S. 3ff.; Rosenbrock 2002, S. 21, Siegrist 2002, S. 63).

¹³ Ebenso finden sich Definitionsansätze in Politik oder im Versicherungswesen (vgl. Franke 2012, S. 36).

sehr unterschiedlichen Disziplinen mit Gesundheit ableiten (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 208; Greiner 1998, S. 40 ff., Franke 2012, S. 26, Niehoff 2008, S. 30). Zusätzlich können Gesundheitskonzeptionen einer Integration mehrerer Disziplinen entspringen (vgl. Waller 2006, S. 9). Beispielsweise listen Udris et al. (1992, S. 11) fachübergreifend Kriterien auf, die Gesundheit umfassend beschreiben sollen, und konzipieren sie erst einmal grundlegend als Abwesenheit von Schmerzen, Behinderung und Beschwerden. In einem weiteren Schritt beziehen die Autoren die psychologische Sicht auf Gesundheit ein, indem sie diese auch als Fähigkeit beschreiben, Belastungen und Anforderungen abzufangen, und damit dem individuellen Handeln eine sinnhafte Bedeutung zuteilen. Faltermaier (2005, S. 149 f.) unternimmt den Versuch einer Bestimmung und Systematisierung von Gesundheitskonzepten durch die Identifikation zentraler Kategorien: Gesundheit lässt sich demnach auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene betrachten. Inhaltlich kann sie positiv als auch negativ bestimmt werden, indem entweder vom Vorhandensein oder vom Fehlen bestimmter sozialer, psychischer oder physischer Zustände ausgegangen wird.

Gesundheitsaspekte können dabei nicht isoliert betrachtet werden, sondern spiegeln sich in verschiedensten Lebenszusammenhängen wider. Die Verbundenheit von körperlichen, emotionalen sowie kognitiven Prozessen ist als wesentliches Zeichen von Gesundheit zu verstehen und betont ihren ganzheitlichen Charakter (vgl. Ducki/Greiner 1992, S. 184 f.). Weiterhin wird Gesundheit durch unterschiedliche Umweltfaktoren entwickelt und beeinflusst, so dass Gesundheit nicht als Zustand, sondern als dynamischer Prozess zu verstehen ist. Gesundheit muss immer wieder aktiv, beispielsweise im Sinne einer immunologischen Abwehr oder Anpassung an Umweltbedingungen, hergestellt werden. Dadurch wird die Möglichkeit eröffnet, auch zukünftige Prozesse von Gesundheit in die Beobachtung aufzunehmen¹⁴ (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 210ff.; Greiner 1998, S. 44f.; Udris et al. 1992, S. 13).

Trotz der vagen Vorstellung, die jeder individuell von Gesundheit hat, nimmt das kollektive Bewusstsein aufgrund bestehender Wertevorstellungen und kultureller wie sozialer Leitbilder die Position ein, Gesundheit sei ein „unendlich wertvolles¹⁵“ Gut. Grund hierfür könnte die Annahme sein, Gesundheit sei zwingende Voraussetzung zur Erreichung individueller Ziele. Trotzdem weichen viele Menschen von dieser (eigenen) Anforderung ab und riskieren leichtfertig die eigene Gesundheit z.B. durch ungesundes Essen, Bewegungsmangel oder Unterlassung notwendiger Behandlungen aufgrund finanzieller Belastungen. Vielleicht geschieht dies,

¹⁴ Hierzu kann auch die Einteilung in den aktuellen (gegenwärtiges Befinden) und habituellen, dem längerfristig beobachteten Gesundheitszustand, hilfreich sein (vgl. Becker 1997, S. 519).

¹⁵ Jurack et al. 2012, S. 17.

weil das Gut Gesundheit nicht wahrgenommen wird, so lange es individuell verfügbar zu sein scheint (vgl. Braun 1994, S. 247; Eisenmann 2009, S. 192; Jurack et al. 2012, S. 17; Niehoff 2008, S. 30; Wendt 2013, S. 39; Zentrale Ethikkommission 2013, S. 1752). Klar zu erkennen ist aber, dass der Begriff Gesundheit Normen impliziert, die z.B. als Idealzustand formuliert werden (vgl. Faltermaier 2005, S. 35).

Zusammenfassend kann Gesundheit als Ergebnis einer komplexen Interaktion zwischen der körperlichen Verfassung und der Umwelt verstanden werden, wobei alle exogenen Faktoren wie Gesellschaft, soziale Netzwerke, aber auch individuelle Krankheits- oder Verletzungserfahrungen abgebildet werden sollten (vgl. Brundtand/Mayer 2000, S. 8).

Bei der bisher aufgezeigten Heterogenität des Themas Gesundheit, welches im Rahmen dieser Arbeit nur fragmentarisch dargestellt werden kann, wird klar, dass eine eindeutige und allgemeingültige Definition kaum zu finden ist (vgl. Franke 2012, S. 36). Das wiederum erschwert jedoch das Erreichen eines diskussionsfähigen Konsenses. Unabhängig von der Definitionsfrage zeigt sich die Bedeutung von Gesundheit als Wirtschaftsfaktor: Fehlende Gesundheit verursacht volkswirtschaftliche sowie betriebswirtschaftliche Kosten¹⁶. Umgekehrt ist also eine gesunde Gesellschaft Grundbaustein wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit eines Landes (Bauer/Jenny 2015, S. 208; WHO 1986, S. 2). Nicht nur aus diesem Grunde ist die Gesundheitsverantwortung nicht alleine beim Individuum anzusiedeln. Ebenso werden Staat, Gesundheits-, Wirtschafts- sowie Gesellschaftspolitik integriert und auch die Privatwirtschaft als Verantwortungsträger hinzugezogen, was Gesundheit zu einem politisch intendierten Konstrukt erweitert (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 208; Moebus/Bödeker 2000, S. 216).

2.1.1 Negative vs. positive Gesundheitsdefinitionen

Noch immer vorherrschend und monodisziplinären Ursprungs ist das westlich-industriell gekennzeichnete, biomedizinische Verständnis von Gesundheit in Form einer Negativdefinition. Gesundheit ist demnach als Abwesenheit von Krankheit zu verstehen (vgl. Ducki/Greiner 1992, S. 184; Franke 2012, S. 39; Moebus/Bödeker 2000, S. 209). Krankheit¹⁷ wiederum impliziert

¹⁶ Im Jahr 2008 sind in Deutschland Kosten in Höhe von 254.280 Mrd. Euro allein durch direkte Krankheitskosten entstanden. Hierzu zählt der unmittelbare monetäre Ressourcenverbrauch durch medizinische Heilbehandlungen, Präventions-, Reha- oder Pflegemaßnahmen und Verwaltungskosten bei Leistungs- oder finanziellen Trägern. Hinzu kommen indirekte Krankheitskosten, die den Ressourcenverlust beschreiben, der nur mittelbar mit der Erkrankung zusammenhängt. Dies sind vor allem volkswirtschaftliche Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem Tod. Ihre Angabe erfolgt in verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren und betrug 2008 4,251 Mio. Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2008, S. 3ff.).

¹⁷ Die ursprüngliche Wortbedeutung von krank ist schwach und kraftlos werden, gesund ist vom Wortstamm mit den Worten mächtig und stark zu assoziieren (vgl. Faltermaier 2005, S. 31).

in diesem Zusammenhang Störungen im Organismus, die objektiv messbar als Normabweichung auftreten. Krankheiten werden nach neuestem Stand der Wissenschaft systematisiert. Das bekannteste Klassifizierungsmanual ist die *International Classification of Disease (ICD)*¹⁸ (vgl. Faltermaier 2005, S.32f.). Durch die klare Fokussierung auf den Terminus Krankheit ist die Aussagekraft einer Negativdefinition jedoch eingeschränkt, da soziale und gesellschaftliche Faktoren nicht integriert werden, obwohl sie durchaus starken Einfluss auf die individuelle Gesundheit ausüben (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 209; Franke 2012, S. 15f.; Greiner 1998, S. 40). Diese isolierte Betrachtung weicht damit immer mehr einer Berücksichtigung von Rahmenbedingungen sowie dem individuellen Erleben und Verhalten (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 208). Die Betrachtung positiver Gesundheit und seiner Definition gestaltet sich im Vergleich zur auf Krankheit basierenden Negativdefinition schwierig, denn Gesundheit bleibt so lange unauffällig und selbstverständlich, bis sie mit Krankheit direkt verglichen wird. Positive Gesundheit wird mit Lebensqualität und -quantität in Zusammenhang gebracht und fußt auf den Dimensionen der Funktions- und Leistungsfähigkeit („*capacity*“) sowie dem Wohlbefinden („*wellness*“). Beide Konstrukte leiten die Definitionen von Gesundheit in eine positiv besetzte Richtung (vgl. Bauer /Jenny 2015, S. 208; Greiner 1998, S. 40; Pelikan 2007, S. 75). Vorherrschend bei den positiven Gesundheitskonzeptionen ist die Definition der WHO, welche aufgrund ihrer Entwicklung und Bedeutung folgend näher betrachtet wird (vgl. Greiner 1998, S. 43).

2.1.2 Der Definitionsansatz der World Health Organization (WHO)

Größte wissenschaftliche und politische Bedeutung steht der interdisziplinären Definition der World Health Organization (WHO, deutsch: Weltgesundheitsorganisation) zu (vgl. Greiner 1998, S. 41; Udris et al. 1992, S: 9; Waller 2006, S. 9). Ihr Ausgangspunkt liegt in der Systemkopplung von Körper, Psyche und sozialem Status. Das dreidimensionale Konzept, welches sich nicht nur auf somatische, sondern auch auf psychische sowie soziale Gesundheit bezieht, ist bis heute bedeutender Bezugspunkt moderner Gesundheitsdefinitionen (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 208; Pelikan 2007 S. 77).

Die WHO ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die mit Abschluss der *Constitution of the World Health Organization* im Jahre 1948 gegründet wurde. Ihr Zweck ist es, allen Völkern zur Erreichung eines bestmöglichen Gesundheitszustands zu verhelfen, da Gesundheit als Grundrecht jedes einzelnen Menschen zu verstehen ist und als Basis für den Weltfrieden

¹⁸ Die ICD ist ein international anerkanntes Standardwerkzeug der WHO zur Klassifizierung von Krankheiten (vgl. WHO 2017a). Die neueste Version (ICD-10) wurde 2017 veröffentlicht und ist auf der internationalen Homepage der WHO abrufbar. Die deutsche Adaption und Modifizierung wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegeben (vgl. DIMDI 2017).

dient. Sie besteht aus der Weltgesundheitsversammlung, dem Exekutivrat sowie sechs Regionalbüros in Afrika, Amerika, Europa, im Östlichen Mittelmeer, in Südostasien und im Westlichen Pazifik. Die jährliche Weltgesundheitsversammlung entscheidet beispielsweise über politische Maßnahmen, genehmigt den Haushalt und analysiert Aktivitäten sowie Berichte des Exekutivrates, welcher wiederum über sofort erforderliche Gesundheitsmaßnahmen entscheidet. Durch ihre koordinative Funktion sollen Regierungen bestmöglich unterstützt werden, selbst Verantwortung für die Gesundheit ihrer Bürger zu übernehmen. Allerdings erteilt die WHO keine rechtlich bindenden Resolutionen. Als wichtigste Innovation gilt die Verabschiedung der „Globalen Strategie zur Gewährleistung der Gesundheit aller Menschen“ in Kooperation mit UNICEF aus dem Jahr 1978, welche durch die Formulierung der Millenniums-Entwicklungsziele verlängert wurde. Die Mitgliedschaft steht prinzipiell jedem Staat offen, zurzeit sind 194 Mitgliedstaaten verzeichnet, die auf die jeweiligen Regionalbüros aufgeteilt werden. Die WHO gilt als weltweit einzige Institution für öffentliche Gesundheit. Eine schwere Krise durchlebte sie in jüngster Zeit, da ihr zum Vorwurf gemacht wurde, Gefahren der Schweinegrippe-Pandemie auf Druck der Pharmaindustrie überbewertet zu haben. Zwar konnte der WHO-Überprüfungsausschuss die WHO von diesen Vorwürfen entlasten, allerdings wurden mangelnde Transparenz sowie unzureichende Kommunikationsstrategien kritisiert (vgl. Beigbeder 2012, S. 195 ff.; Weilert 2015a, S. 67; WHO 2006, S. 1ff.; WHO 2017b).

Die WHO verfasste bereits 1946¹⁹ ihre Gesundheitsdefinition und beschreibt Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigem und sozialem Wohlergehens“. Ausdrücklich wird das Fehlen körperlicher Krankheit als unzureichend beschrieben (WHO 2014, S.1). Positive Gesundheit kann dadurch unabhängig vom Faktor Krankheit interpretiert werden, wodurch die Relevanz einer subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands unterstrichen wird (vgl. Knäuper/Schwarzer 1999, S. 717; Pelikan 2007, S. 74). Weitergehend formuliert sie das Recht eines jeden Menschen, den Zustand des vollkommenen Wohlbefindens anzustreben, und sieht die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen hierfür im Wirkungsbereich der Politik bzw. des Staates. Gesundheit benötigt somit einerseits ein gewisses Maß an Lebenskompetenz und stellt andererseits gleichzeitig ein Grundrecht dar, für welches die jeweilige Regierung die Verantwortung übernehmen soll²⁰ (vgl. Franke 2012, S. 57; Lenartz/ Soellner/ Rudinger 2014, S. 32; WHO 2014, S.1; WHO 2013a, S. 2).

¹⁹ Die Verfassung hat mit Stand des 8.5.2014 weiterhin ihre Gültigkeit und wurde um zusätzliche Aussagen erweitert (vgl. Franke 2012, S. 190; WHO 2014, S.1)

²⁰ In der Ottawa-Charta wird die Forderung der WHO deutlich formuliert, nach der Gesundheit auf allen Ebenen sowie allen Politiksektoren sichtbar umgesetzt werden muss (vgl. WHO 1986, S. 3).

Der positive Ansatz der WHO wird trotz seiner Dominanz vielfältig diskutiert und kritisiert, vor allem aufgrund seines normativ-utopischen Charakters, der sich in dem Ausdruck des „vollkommenen Wohlbefindens“ manifestiert. Einerseits scheint der Begriff idealistisch und zu weit gefasst, da physische, psychische sowie soziale Aspekte in einem Begriff zusammengefasst werden, obwohl diese mehrere Dimensionen darstellen. Weiterhin wird bemängelt, dass der Begriff „Wohlbefinden“ ein rein subjektives Verständnis von Gesundheit suggeriert. Die Wahl „Zustand“ impliziert zudem einen statischen Charakter von Gesundheit, welcher dem Modell der Salutogenese²¹ widerspricht²² (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 208; Faltermaier 2005, S. 34; Grünberg 2014, S. 173; Waller 2006, S.10). Außerdem weist die Definition eine starke subjektive Perspektive auf, was die Möglichkeiten einer Erhebung statistischer Daten zu ihrer Zielerreichung stark einschränkt (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 337). Egger (2010, S. 38) sieht in der Gesundheitskonzeption der WHO keine Basis einer wissenschaftlich korrekten Definition von Gesundheit, sondern versteht die Formulierung als alleinige Forderung an Regierungen, ein gesundes Lebensumfeld für seine Bürger anzustreben. Einer ähnlichen Auffassung sind Udris et al. (1992, S. 10), die die Verfassung der WHO als sozialpolitisches Programm verstehen und nicht als wissenschaftlich fundierten Definitionsansatz.

Im Jahr 1986 unterstreicht die WHO mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung²³ ihre Gesundheitsdefinition. Das oberste Ziel der Charta wurde als „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus“ formuliert (WHO 1986, S. 1). Gesundheit wird weiterhin als positives Konzept mit Betonung sozialer und individueller Ressourcen identifiziert, allerdings wird der Status von Gesundheit relativiert. Sie wird zwar als wesentlicher Baustein eines jeden Lebens bezeichnet, jedoch durch die Formulierung, kein „vorrangiges Lebensziel“ zu sein, relativiert. Weiterhin ist sie als wesentlicher Bestandteil der sozialen, ökonomischen und persönlichen Entwicklung als Träger von Lebensqualität zu verstehen. Deswegen sollte die autonome Kontrolle des eigenen Gesundheitszustands durch gesundheitsbezogene Bildung und Information unterstützt werden (vgl. WHO 1986, S. 1ff.). Menschen sollen durch verschiedene Maßnahmen befähigt werden, individuelle Gesundheitsrisiken zu erkennen und abzuwehren bzw. zu mindern (vgl. Rosenbrock 1998, S. 4). Eine deutliche Kompatibilität mit dem salutogenetischen Modell Antonovskys (Kapitel 2.2.3) ist trotz entgegenstehender Kritik erkennbar, auch

²¹ Siehe Kapitel 2.2.2.

²² Dabei geht die WHO explizit von einem salutogenetischen Modell der Gesundheit aus (vgl. Schneider 2007, S. 1).

²³ Die Ottawa-Charta stellt nicht die Definition von Gesundheit in den Mittelpunkt, sondern bezieht sich auf Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 2.4.)

wenn dieser Zusammenhang nicht direkt erwähnt wird (vgl. Faltermaier/Wihofszky 2011, S. 262, Rosenbrock 1998, S. 4).

Die Ottawa Charta gilt als Initiator unterschiedlicher produktiver Entwicklungen, die bis heute auf internationaler Ebene zu finden sind, da sich ihre Formulierung von der traditionell auf Risikobotschaften basierende Gesundheitserziehung abwendet²⁴. Ihr wird ein strategischer Paradigmenwechsel zugerechnet, obwohl es sich bei der Charta um ein rein politisches Dokument handelt (vgl. Faltermaier/Wihofszky 2011, S. 258). Genau an diesem Punkt werden wieder konzeptionelle Defizite erkennbar. Einerseits müssen Forderungen der Ottawa Charta gegen unterschiedliche Interessengruppen, Routineabläufe und gewachsene Aufgabenstrukturen durchgesetzt werden. Andererseits wendet sich die Ottawa Charta, als Produkt der international agierenden WHO, an die Gesamtheit relevanter Akteure, und erreicht dadurch niemanden direkt. Zudem ist ihrer Formulierung eine Welt ohne Interessenskonflikte und widersprüchliche (medizinpolitische) Positionen zugrunde gelegt, dessen Strukturen grundsätzlich demokratisch sind und Chancengleichheit implizieren. Die Realität ist jedoch von diesem Idealbild weit entfernt (vgl. Faltermaier/Wihofszky 2011, S. 261; Rosenbrock 1998, S. 8ff.).

In dem neuesten, vom europäischen Regionalbüro initiierten und von allen untergeordneten 53 Mitgliedstaaten angenommenen Rahmenkonzept für Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ bleibt die WHO weiterhin ihrer Linie treu. Es fokussiert auf eine weitere erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden inklusive Chancengleichheit und zeigt die makroökonomischen Wirkungsvorteile eines flächendeckenden und qualitativen Gesundheitssystems auf (vgl. WHO 2013a, S. 1).

2.2 Konzepte und Modelle von Gesundheit und Krankheit

Bisherige Definitionsansätze und Modellkonzeptionen zum Gesundheitszustand zeigen sich vielfältig, allerdings lassen sie sich in Abgrenzung zum Begriff der Krankheit noch einmal klarer erfassen. Nietzsche (2012, S. 21, Originalzitat aus 1878) stellte dies bereits mit seiner Aussage „Die Krankheit ist ein plumper Versuch, zur Gesundheit zu kommen“ anschaulich fest. Krankheit wird wiederholend als körperlicher und bzw. oder psychischer Zustand beschrieben, der von der Norm abweicht. Dabei bezieht sich die Normabweichung auf messbare oder schilderbare körperliche Symptome sowie auf Veränderungen bezüglich der individuellen Leistungs- und Kompensationsfähigkeit. Ebenso kann die Selbst- oder Fremdwahrnehmung gestört sein, so dass sich Krankheit als eine Art Oberbegriff für individuelle Ausprägungen von nicht

²⁴ Als bisher bedeutsamster Erfolg der Ottawa-Charta gilt die weltweite Kampagne zur AIDS-Prävention (vgl. Rosenbrock 1998, S. 16).

gesunden Zuständen darstellt (vgl. Niehoff 2008, S. 31). Das Krankheitskonzept wird als Ursprung der heutigen Gesundheitskonzeptionen erachtet (vgl. Dreher/Dreher 1999, S. 627). Gesellschaftliche als auch wissenschaftliche Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit sind dabei stark miteinander verbunden (vgl. Faltermaier 2005, S. 36). Den in diesem Kapitel vorgestellten Modellen liegen unterschiedliche Beziehungsgefüge von Gesundheit und Krankheit zu Grunde, welche auf höchster Ebene nur als miteinander verbundene Konstrukte identifiziert werden können und denen übergeordnete Ziele sowie Handlungsimplicationen zugrunde liegen (vgl. Dreher/Dreher 1999, S. 627). Krankheit ist dabei besser fassbar und weniger abstrakt als der Gesundheitsbegriff, da sie aufgrund spezifischer Symptome nach internationalen Standards klassifiziert²⁵ werden kann (vgl. Bengel, Belz-Merk 1997, S. 33; Niehoff 2008, S. 32). Die Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit sind jedoch bei weitem nicht klar zu ziehen und werden auch niemals strikt voneinander zu trennen sein, da kulturelle, soziale und psychologische Faktoren Grenzen verwischen (vgl. Engel 1979, S. 75). Eine klare Abgrenzung beider Konzepte ist dadurch in ihrer Theorie fragwürdig und praktisch gesehen kaum möglich (vgl. Egger 2010, S. 38). Gesundheitsmodelle zielen in Abgrenzung dabei auf Charakterisierung, Analyse, Erklärung bzw. Prädiktion des gesundheitlichen Befindens ab (vgl. Dlugosch 1994, S. 101). Dabei sollte Gesundheit als Prozess und nicht statisch gegebene Größe verstanden werden (vgl. Faltermaier 2005, S. 35, siehe auch Kapitel 2.1.).

2.2.1 Biomedizinisches Modell vs. biopsychosoziales Modell

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich Medizin kontinuierlich zur Naturwissenschaft, die sie heute ist. Formuliert man Gesundheit aus der entsprechenden naturwissenschaftlich-biologischen Perspektive, so kann man sie als „Fehlen von Normabweichungen“ betrachten²⁶ (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 336, Faltermaier 2005, S. 43). Diese Ansicht liegt seit jeher als Paradigma des (bio-)medizinischen Krankheitsmodells zugrunde, welches die Basis aller Gesundheits- als auch Krankheitskonzepte bildet (vgl. Faltermaier 2005, S. 44). Krankheit und Gesundheit werden in diesem Modell als vollständig objektivierbare Zustände betrachtet. Als ursächlich für Krankheiten gelten nur genetische Dysfunktionen oder exogene Wirkungsfaktoren, so dass dem Individuum keine Verantwortung für seinen Gesundheitszustand

²⁵ Dabei werden trotzdem gleiche Krankheiten individuell unterschiedlich erlebt oder können in Auftreten und Pathogenese in Abhängigkeit von biologischen und psychosozialen Merkmalen erheblich variieren. Zusätzlich können unterschiedliche Krankheiten gleichen Ursprungs sein und unterschiedliche Krankheiten gleiche Ursachen haben (vgl. Niehoff 2008, S. 32).

²⁶ Krankheit ist im Gegensatz als messbare Abweichung von der Norm durch somatische Variablen zu verstehen (vgl. Engel 1979, S. 66).

zugeschrieben werden kann. Als Gegenpol zum Begriff der Krankheit dient die Negativdefinition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2011, S. 18f.) Obwohl das biomedizinische Modell aufgrund seiner engen Sichtweise kritisiert wird (vgl. u.a. Engel 1979, S. 66; Faltermaier 2005, S. 44), dominiert es weiterhin Wissenschaft als auch das weiterhin kurativ ausgestaltete Gesundheitssystem (vgl. Engel 1981, S. 101; Faltermaier 2005, S. 43). Eine erweiterte Perspektive erlaubt das biopsychosoziale Modell²⁷, welches neben der physischen Dimension auch psychische und soziale Gesichtspunkte des menschlichen Gesundheitszustands betrachtet. Krankheiten entstehen laut Modell durch ein Zusammenwirken von biologischen, sozialen und auch psychischen Faktoren, so dass Gesundheit und Krankheit sich keineswegs ausschließen, sondern Endpunkte auf einem Kontinuum bilden. Zusätzlich wird dem Individuum die Verantwortung als auch die Fähigkeit übertragen, aktiv auf den eigenen Gesundheitszustand einzuwirken. Der Gesundheitsbegriff kann entsprechend als Fähigkeit beschrieben werden, pathogene Faktoren zu selbst zu bewältigen und zu kontrollieren (vgl. Egger 2010, S. 40; Faltermaier 2005, S. 49; Knoll/Scholz/Rieckmann 2011, S. 19f.). Beide Modelle entspringen jedoch durch ihren Fokus auf Krankheit in einem medizinisch formulierten Sinne der pathogenen Denkweise (vgl. Faltermaier 2005, S. 49).

2.2.2 Pathogenetische Konzepte

Der pathogenen Sichtweise auf Gesundheit, welche noch immer die dominierende Wissenschaftsperspektive moderner Industriegesellschaften ist, liegt ein Krankheitsbild zugrunde, welches als Gegenstück zu Gesundheit fungiert. Grundsätzlich geht das Konzept von einer feindlichen Umwelt aus und setzt den Fokus auf Belastungssituationen und Risikofaktoren (vgl. Hartung 2011, S. 237; Faltermaier 2005, S. 49; Zeyer 1997, S. 382). Dem Konzept liegen vier grundsätzliche Implikationen zugrunde. Zuerst wird ein Mensch dahingehend klassifiziert, ob er gesund oder krank ist. Erst bei Auftreten von Krankheit wird er Gegenstand ärztlicher Anstrengungen und einer medizinisch definierten Krankheitsklassifizierung wie dem ICD zugeordnet. Angelehnt an die biomedizinische Perspektive hat jede Krankheit ihre individuelle Ursache, die entweder exogen durch biologische Erreger oder endogen aufgrund spezifischer Genkonstellationen entsteht. Dabei existiert zu jeder diagnostizierten Krankheit eine Behandlungsform, die im Idealfall zur Gesundung des Patienten führt. Daraus abgeleitet wird die Hauptaufgabe der Medizin die Identifikation als auch Bekämpfung von Krankheiten (vgl. Faltermaier 2005, S. 49f.; Hartung 2011, S. 237).

²⁷ Die positive Gesundheitsdefinition der WHO wird als Teil des biopsychosozialen Modells verstanden (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2011, S. 21).

2.2.3 Salutogenetisches Konzept nach Antonovsky

Aus der Kritik am pathogenen Konzept entstand eine neue Perspektive auf Gesundheit, welche dem Gedanken entspringt, dass auch ein chronisch erkrankter Mensch sich gesund fühlen kann. Entsprechend kann auch ein medizinisch klassifizierter Kranker in der Lage sein, ein erfülltes und zufriedenes Leben zu führen, weil er sich den alltäglichen Herausforderungen gewachsen fühlt. Mit seinem Modell der Salutogenese²⁸ läutete Antonovsky²⁹ im Jahr 1979 einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung ein und leistete damit ein großes Stück Pionierarbeit³⁰ (vgl. Becker 1982, S. 8; Dlugosch 1994, S. 101; Greiner 1998, S. 42; Hartung 2011, S. 235). Sein integriertes Gesundheitskonzept geht von der Fragestellung aus, wie ein Mensch trotz der Konfrontation mit unterschiedlichen Krankheiten und weiteren negativen Einflüssen gesund bleiben kann bzw. wie vorhandene Stressoren und Risiken bewältigt werden, ohne dass sie sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (vgl. Aichinger 2011, S. 31; Bauer/Jenny 2015, S. 215; Waller 2006, S. 19f.). Die von ihm vorausgesetzte Umwelt entspricht dabei dem feindlichen Bild pathogener Konzepte, so dass Antonovsky sein Modell nicht als grundsätzlichen Gegenentwurf zur Pathogenese versteht, sondern als ihr Komplement (vgl. Hartung 2011, S. 241; Zeyer 1997, S. 382). Neu am Modell der Salutogenese ist die Veränderung des Blickwinkels. Antonovsky beschränkt seine Forschung nicht auf Faktoren, die eine negative Wirkung auf den Gesundheitszustand haben, sondern stellt die Stärkung derjenigen Ressourcen in den Mittelpunkt, die den Menschen trotz einer Vielzahl negativer Stressoren gesund halten. (vgl. Bengel et al. 2001, S. 26; Greiner 1998, S. 42, Hartung 2011, S. 241).

Das Salutogenese-Modell folgt der Grundannahme der Heterostase. Krankheit (und auch Tod) wird nicht als Normabweichung formuliert, sondern als Teil des menschlichen Lebens akzeptiert. Sie stellt sich als individuelle Verarbeitungsstrategie für die Herausforderungen des alltäglichen Lebens dar. Weiterhin ist Gesundheit auch kein passiver Gleichgewichtszustand³¹, sondern ist als labile, flexible Variable zu verstehen. Demnach ist ein Mensch gesund, der sich den daraus resultierenden Anforderungen aktiv anpassen kann, und diese ohne gesundheitliche

²⁸ Der Begriff leitet sich von Salus (lat. für Heil, Glück) und Genese (griech. für Entstehung) ab (vgl. Bengel et al. 2001, S. 24). Salutogenese kann damit als Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit verstanden werden (vgl. Hartung 2011, S. 235).

²⁹ Aaron Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn, USA geboren und wanderte Anfang der 1960er Jahre mit seiner Frau nach Jerusalem aus. Dort erhielt er eine Stelle am Institut für Angewandte Sozialforschung am medizinischen Zentrum der *Hadassah-Universität*. Der Mitbegründer der medizinischen Fakultät der *Ben-Gurion-University of the Negev* in Beer-Sheva starb dort 1994 im Alter von 74 Jahren, nachdem ihn einige Gastprofessuren zurück in die USA verschlugen (vgl. Lorenz 2005, S. 19).

³⁰ Die Salutogenese wird als Basismodell für das in der Ottawa Charta formulierte Konzept der Gesundheitsförderung verstanden (vgl. Hartung 2011, S. 235).

³¹ Modelle, die Gesundheit als stabilen Gleichgewichtszustand formulieren, gehören zu den homöostatischen Ansätzen (vgl. Franke 2012, S. 45).

Nachteile bewältigt. Gesundheit steht damit am Ende als Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit eigenen Bedürfnissen und extern gestellten Anforderungen (vgl. Bengel et al. 2001, S. 25; Franke 2012, S. 47 ff.; Lorenz 2005, S.31).

Der salutogenetische Ansatz integriert Gesundheit und Krankheit als Pole des HEDE³²-Kontinuums. Im Gegensatz zu dichotomen Konzepten, die Gesundheit und Krankheit als sich gegenseitig ausschließende Zustände ansehen, können auf dem HEDE-Kontinuum Gesundheitszustände zwischen den beiden Endpunkten frei variieren. Die Ansiedelung auf einem bestimmten Punkt der Skala ist abhängig von der Interaktion zwischen Stressoren³³ und den persönlichen Widerstandsressourcen³⁴, die sich aus der jeweiligen Lebenserfahrung ergeben (vgl. Dlugosch 1994, S. 103; Franke 2012, S. 99 ff.; Waller 2006, S. 20). Als generalisierte Widerstandsquellen sind folgende Fähigkeiten zu verstehen: Einerseits existiert die Kompetenz, handlungsrelevante Diskriminatoren zu erkennen und daraus Konsequenzen für das eigene Handeln zu schließen. Dazu besteht die Möglichkeit, individuelle und selbst gesteckte Ziele zu formulieren, und angestrebte Ergebnisse dahingehend zu beeinflussen. Zusätzlich sollte der Einzelne seine Balance zwischen Unter- und Überforderung kennen und wahren, um gestellte Anforderungen mit eigenen Kapazitäten zu bewältigen (vgl. Fiedler 1999, S. 326). Als zentrale Ressource sieht Antonovsky das hieraus resultierende Kohärenzgefühl (*sense of coherence*, SOC)³⁵ an, eine salutogenetische Variable, die zwischen Gesundheitsressourcen und Stressoren vermittelt. Sie beschreibt das Gefühl des Vertrauens darin, Anforderungen des täglichen Lebens meistern zu können. Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen und beeinflusst so die Wahrnehmung und Beurteilung von (potenziellen) Stressoren:

- Verständnis für die kognitive Sinnhaftigkeit äußerer und innerer Stimuli („*comprehensibility*“)
- Möglichkeit zum Einsatz der individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen („*manageability*“)
- Persönlichen Bedeutsamkeit, also dem Sinn des eigenen Lebens und die daraus resultierende Motivation, Herausforderungen zu bewältigen („*meaningfulness*“)

³² Health-ease and dis-ease (deutsch etwa: „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“).

³³ Stressoren sind Anforderungen, für die der Organismus nicht direkt adaptive Reaktionen finden kann (vgl. Franke 2012, S. 173).

³⁴ Widerstandsressourcen ermöglichen einen konstruktiven Umgang mit Stressoren und können diese in positive Auswirkungen kehren. Mit ihnen können Spannungszustände bewältigt werden; somit sind sie auch als Widerstandskräfte zu verstehen (vgl. Franke 2012, S. 173, Lorenz 2005, S. 34 f.).

³⁵ Der *sense of coherence* wird von Autoren unterschiedlich übersetzt und neben Kohärenzgefühl auch als Kohärenzerleben, -sinn oder -empfinden beschrieben. Von seiner Bedeutung kommt die Bezeichnung als Kohärenzgefühl dem originalen Begriff am nächsten (vgl. Lorenz 2005, S. 36).

(vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 215; Fiedler 1999, S. 326; Franke 2012, S. 174 ff.; Greiner 1998, S. 42; Waller 2006, S. 20ff).

Seit Antonovskys Publizierung hat sich die Forschung zu salutogenetischen Konzepten kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. dazu Bengel et. al. 2001 oder Faltermaier 2005). Als verwandte Konzepte sind beispielsweise Rotters Konzept der Kontrollüberzeugung (1954, 1966) und Banduras Konzept zur Selbstverwirklichung (1977, 1986) zu verstehen (vgl. auch weitere Konzepte bei Lorenz 2005, S. 81 ff.). Auch Beckers Gesundheitsmodell (1982) weist ähnliche Grundannahmen und Globalformulierungen auf. Trotz starker Relevanz stehen allerdings weiterhin krankheitsbezogen Modelle im Forschungsfokus, was unterschiedlichen Gründen entspringt (vgl. Faltermaier/Wihofsky 2011, S. 262). Einerseits könnten fehlende Forschungsvorhaben an der weit umgreifenden Modellkomplexität der Salutogenese liegen, denn im salutogenetischem Modell beziehen sich alle beteiligten Faktoren aufeinander und weisen zusätzlich diverse Wechselwirkungen und Rückkopplungen auf (vgl. Faltermaier 2005, S. 69). Diese Komplexität selbst steht auch in der Kritik, da sie eine Reihe von Annahmen impliziert, die empirisch schwer prüfbar sind. Viele Komponenten des Modells wurden dabei nicht (ausreichend) operationalisiert, weisen aber Ähnlichkeiten mit bereits im Forschungsbereich der Psychologie existierenden Konstrukte auf³⁶ (vgl. Dlugosch 1994, S. 103). Auch wenn sich das Modell der Salutogenese durch eine innovative Konzeption auszeichnet, fehlt durch die ausschließliche Betrachtung der körperlichen Gesundheit eine theoretische Aufarbeitung der Anteile psychischer Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit. Außerdem beschreiben fast durchweg negativ formulierte Indikatoren einen positiven Gesundheitszustand, wie beispielsweise das „Fehlen von Schmerzen“. Weiterhin werden auch die fehlende empirische Überprüfung und die ungenügende Ausarbeitung der Verbindung zwischen SOC und dem HEDE-Kontinuum kritisiert (vgl. Waller 2006, S. 23).

2.2.4 Subjektive vs. objektive Konzepte

Eine weitere mögliche Konzeption von Gesundheit findet sich in der Unterscheidung zwischen der Innen- (subjektiv) und Außenperspektive (objektiv) des Gesundheitsstatus eines Menschen. Dabei wird objektive Gesundheit anhand mess- und beobachtbarer Faktoren festgemacht, welche die gesamte Bandbreite medizinischer Diagnosen beschreiben (vgl. Knäuper/Schwarzer 1999, S. 717). Die individuelle, subjektive Dimension von Gesundheit hingegen wurde erst in den letzten Jahrzehnten immer mehr Gegenstand der Forschung und legt den Schwerpunkt auf

³⁶ Gerade dem SOC wird eine zu starke Synthese mit dem psychologischen Konstrukt des Gefühls unterstellt (vgl. Lorenz 2005, S. 94).

die individuelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands (vgl. Bengel/Belz-Merk 1997, S. 23; Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 336). Gesundheit kann als subjektiv erlebtes Wohlbefinden operationalisiert werden, und beschreibt die selbst wahrgenommene körperliche und psychische Verfassung inklusive ihrer individuellen Bewertung. Dabei sind starke Divergenzen beispielsweise zu ärztlichen Befunden möglich (vgl. Franke 2012, S. 240; Knäuper/Schwarzer 1999, S. 717, Siegrist 2015, S. 55).

Es existieren drei potentielle Operationalisierungsmodelle zur Darstellung subjektiver Gesundheit. Das Modell, welches bisher hauptsächlich genutzt wird, ist das operationale Modell. Generell wird in dieser Modellkonzeption davon ausgegangen, dass die subjektive Gesundheit ein komplexes, abstraktes sowie auch mehrdimensionales Konstrukt ist, so dass die Existenz einer einheitlichen Gesundheitsdefinition verneint wird. Subjektive Gesundheit wird dafür hilfsweise über eine limitierte Anzahl von Dimensionen charakterisiert. Daraus resultieren Instrumente mit festen Itemvorgaben und geschlossenen Antwortvorgaben. Als zweites ist auch ein individualisiertes Modell möglich. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass die Lebensqualität in ihren Dimensionen interpersonell stark differiert und dadurch nur intraindividuell zu beschreiben ist. Hieraus wurden Messverfahren entwickelt, die individuelle Vorgaben und Gewichtung von Gesundheit möglich machen. Zuletzt ist die Konzeption subjektiver Gesundheit über nutzentheoretische Modelle möglich. Dieser Ansatz setzt auf die Beurteilung verschiedener Gesundheitszustände inklusive einer persönlichen Abwägung zwischen Lebensqualität und -quantität. Eine Erfassung ist je nach Konzeption als Selbst- oder Fremdeinschätzung³⁷ möglich (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 338f.).

In der subjektiven Konzeption steht immer die persönliche Auffassung von und Sichtweise auf Gesundheit im Fokus, also eine individuelle Entscheidung über (den Grad von) Gesundheit. Schließlich ist für das Individuum das Empfinden der eigenen Gesundheit von größter Bedeutung, da sie sich maßgeblich auf das persönliche Wohlbefinden und die Lebensplanung auswirkt. Das wiederum erschwert die interindividuelle Vergleichbarkeit, da objektive Vergleichsparameter ausgeschaltet werden³⁸ (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 335; Greiner 1998, S. 51f.). Die Bedeutung subjektiver Konzepte lässt sich aber aus ihrer Vielschichtigkeit ableiten, denn sie dienen einer Definition der aktuellen Situation. Dadurch haben sie eine handlungsleitende bzw. -steuernde Funktion, und werden als Basis zur Vorhersage von zukünftigen

³⁷ Bei einer Fremdbeurteilung werden Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit selbst von außen beurteilt. Bekanntes Beispiel hierfür ist der Quality of Life Index, der von Spitzer et al. 1981 als Fragebogen konzipiert wurde (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 338).

³⁸ Ein objektiver Befund kann bei Alltagskonzepten (auch: Laienkonzepte) in positive sowie negative Richtung vom subjektiven Befinden abweichen (vgl. Franke 2012, S. 25, Waller 2006, S. 13f.).

Ereignissen zur Formulierung von Handlungsempfehlungen benötigt (vgl. Dann 1983 S. 82 ff.). Außerdem gilt sie als besserer Prädiktor für Morbidität und Mortalität als objektive Gesundheitsparameter (vgl. Erhart/Wille/Ravens-Sieberer 2009, S. 347; Knäuper/Schwarzer 1999, S. 722). Letztendlich zeigen sich subjektive Gesundheitskonzeptionen als komplex und multidimensional, die viele Themenbereiche miteinander verknüpfen und so ein umfassendes, biopsychosoziales Modell ergeben (vgl. Bengel/Belz-Merk 1997, S. 33, vgl. auch Kapitel 2.2.1.). Das subjektive Gesundheitsempfinden ist neben medizinischen Befunden also nicht zu vernachlässigen (vgl. Grünberg 2014, S. 174). Eine umfassende Darstellung von Gesundheit liegt in der Kombination von objektiven, messbaren Parametern sowie der subjektiven Erscheinung (vgl. Faltermaier 2005, S. 35). Jeder sollte für sich beurteilen, ob oder inwiefern ein Gefühl von Krankheit besteht oder man sich vollständig gesund fühlt. Entsprechend kann individuell entschieden werden, welche Therapieverfahren im objektiven oder subjektiven Krankheitsfall angenommen oder abgelehnt werden (vgl. Rehmann-Sutter 2009, S. 1300).

2.2.5 Eindimensionale vs. mehrdimensionale Ansätze

Eindimensionale Konzepte verwenden eine dichotome Bezeichnung von krank oder gesund. Hierunter fällt zum Beispiel das populäre biomedizinische Gesundheitsverständnis (vgl. Greiner 1998, S. 43). Gesundheit und Krankheit sind aber mehrdimensionale Konstrukte, die körperliche, psychische und soziale Prozesse betreffen und miteinander verbinden. Sie stehen weiterhin im beidseitigen Kontrast zueinander, schließen sich aber nicht gegenseitig aus (vgl. Faltermaier 2005, S. 36). In allen Fällen spricht die Mehrdimensionalität von Krankheit bzw. Gesundheit von einer stärkeren Integration und Kombination unterschiedlicher Forschungsdisziplinen (vgl. Faltermaier 2005, S. 36). Zu den mehrdimensionalen Ansätzen zählt auch der salutogenetische Ansatz von Antonovsky durch die Konzeption des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Als Vorreiter mehrdimensionaler Konzepte fungiert die im Kontext von Sozialwissenschaften und Medizin entwickelte Quality-of-life-Forschung³⁹, welche schwerpunktmäßig subjektive Faktoren der Gesundheitseinschätzung bearbeitet („*self-rated-health*“)⁴⁰ (vgl. Greiner 1998, S. 43, Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003, S. 11). Generell wird das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer mehr auf das Individuum bezogen, da Befürworter dieser Auslegung davon ausgehen, dass Lebensqualität eine Größe ist, die von Person zu

³⁹ Im Mittelpunkt der Betrachtungen steht hier die gesundheitsbezogene Lebensqualität („*health-rated Quality of Life*“) (vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003, S. 9).

⁴⁰ Zu subjektiven und objektiven Modellen siehe Kapitel 2.2.3.

Person in ihren Dimensionen unterschiedlich ausgestaltet ist und dadurch keine Vergleichbarkeit gegeben sein kann (vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003, S. 9 ff.).

2.3 Einflussfaktoren auf Gesundheit

Wie aus den bisherigen Definitionen und Konzeptualisierungen von Gesundheit abzuleiten ist, gibt es unterschiedliche Einflussfaktoren, die auf die individuelle menschliche Gesundheit einwirken können. Das liegt nicht nur an der Dynamik des Begriffs, sondern auch an der des menschlichen Umfelds. Da sich Gesundheit nicht allein auf die körperliche Konstitution und das individuelle Gesundheitsverhalten⁴¹ zurückführen lässt, können nahezu alle Einflussfaktoren zum Endprodukt Gesundheit beitragen. Dazu zählen vor allem diejenigen Faktoren, die das emotionale und soziale Wohlbefinden betreffen (vgl. Gerlinger/Stegmüller 2009, S. 151; Schneider 2007, S. 1). Gesundheit wird als Teil der Umwelt⁴² direkt vom Menschen geschaffen und dadurch teilweise kontrollierbar. Damit ist sie nicht nur von der Gesundheitswirtschaft und der Wirkung von Produkten und Dienstleistungen alleine abhängig. Arbeitsplatz, Ernährung, Alkoholkonsum und Rauchverhalten sind hier insbesondere zu nennen (vgl. Henke 2010, S. 13; WHO 1986, S. 5). Andererseits umgeben den Menschen aber auch Faktoren, auf die er individuell keine Einflussmöglichkeiten hat wie beispielweise die geographische Lage oder die politische Situation des Heimatlandes⁴³. Das bedeutet wiederum, dass politische⁴⁴, ökonomische, ökologische, technische, natürliche, soziale und kulturelle Faktoren entweder durch ein Verhalten oder Vorhandensein ihren Einfluss auf Gesundheit ausüben (vgl. Udris et al. 1992, S. 10; WHO 1986, S. 2). In Deutschland steht zum Beispiel die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Forschungsinteresse. Hierbei werden erhöhte Mortalitäts- und Morbiditätsraten mit einem geringen sozialen Status wiederholend in Zusammenhang gebracht (vgl. Hradil 2009, S. 39). Diesen exogenen und endogenen gesundheitlichen Herausforderungen stehen individuelle Gesundheitsressourcen gegenüber, die sich in psychische und physische Ressourcen aufteilen. Dabei sind physische Gesundheitsressourcen z.B. die körperliche Konstitution sowie Disposition, während Faktoren wie Zuversicht und Selbstwertgefühl als psychische Gesundheitsressourcen zusammengefasst werden. Die resultierende Individualität führt

⁴¹ Gesundheitsverhalten umfasst alle Verhaltensweisen des Individuums, die einen Einfluss auf seine Gesundheit haben können wie körperliche Aktivität oder Ernährung (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 213).

⁴² Hier kann die natürliche Umwelt als auch die anthropologisch gestaltete betrachtet werden (vgl. Bolte/Kohlhuber 2009, S. 99).

⁴³ Zum Beispiel lässt sich Armut als wesentliche Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand identifizieren (vgl. Brundtland 2000, S. 80).

⁴⁴ Hier sind mehrere unterschiedliche Politikfelder zu betrachten, insbesondere sind Entscheidungen in den Bereichen Wirtschafts-, Bildungs-, Verkehrs-, Wohnungs-, Arbeits-, Landwirtschafts- und Umweltpolitik als gesundheitsrelevant einzustufen (vgl. Moebus/Bödeker 2000, S. 216).

dazu, dass dieselben Einflussfaktoren zu unterschiedlichen Auswirkungen auf die Gesundheit führen können (vgl. Waller 2006, S. 37ff.). Eine Gegenüberstellung beeinflussbarer bzw. gegebener Faktoren ist in Tabelle 1 zusammengefasst und mit möglichen Wirkungsrichtungen als positiver (+) oder negativer (-) Einfluss kenntlich gemacht.⁴⁵

Tabelle 1: Überblick über Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit

Individuell gestaltbare Einflussfaktoren	Von außen gegebene Einflussfaktoren
Soziale Netzwerke (+)	Physische Umwelt, Wohnen, Umgebung (+) (-)
Arbeit, Arbeitsbedingungen ⁴⁶ (+) (-)	Wetter, Klima (+) (-)
Lebensstil (+) (-)	Frieden (+)
Bildung (+)	Bildung (+)
Ernährung (+)	soziale Gerechtigkeit (+)
Alkoholkonsum (-)	ökologisch effizientes Umweltmanagement (+)
Rauchen (-)	Armut (-)
	Politische Entscheidungen (+) (-)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneider 2007, S. 2; WHO 1987, S. 1; Brundtland 2000, S. 20 und 80

2.4 Die Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung für die Definition von Gesundheit

Gesundheit ist ein Zustand, der wiederholend aktiv hergestellt werden muss. Neben der Möglichkeit kurativer Behandlungen bereits bestehender Krankheiten sind deswegen auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von zentraler Bedeutung, zum Beispiel in Form von Aktionen und Maßnahmen gegen Ernährungsfehlverhalten, fehlende Bewegung oder als Suchtprävention (vgl. Schneider 2007, S. 1). Dabei umfasst der Begriff Gesundheitsförderung alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen einer Gesellschaft, insbesondere durch die Förderung individueller Gesundheitsressourcen (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 217). Sie ist ein gesellschaftspolitisches Konzept, das der Erhaltung bzw. (Wieder-)Herstellung von Gesundheit dient,

⁴⁵ Einige aufgezählte Faktoren der Tabelle sind nicht eindeutig kategorisierbar, da nicht immer klar zu bestimmen ist, ob eine Beeinflussung durch das Individuum immer vollständig gegeben ist. Diese Punkte wurden der dominierenden Kategorie zugeschrieben.

⁴⁶ Auf dem Arbeitsplatz wirken potentiell gesundheitsgefährdende physikalische, biologische oder chemische Faktoren ein, wie zum Beispiel Lärm, Erschütterungen, Schadstoffe oder extreme Temperaturen. Dabei spielen auch körperliche Belastungssituationen eine wichtige Rolle. Einseitige Bewegungsabläufe, das Heben schwerer Lasten oder bestimmte Zwangshaltungen können über kurze oder lange Zeit zu einem vorzeitigen Verschleiß des Bewegungsapparates führen. Außerdem sind negative Folgen für Herz, Kreislauf und Atemwege möglich. Immer häufiger werden im Zusammenhang mit gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz auch psychische Belastungssituationen thematisiert, die ebenso zu erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten führen (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 33f.).

und gleichzeitig jedem trotz gesundheitlichen Einschränkungen ein Leben in der Gesellschaft ermöglichen soll (vgl. Niehoff 2008, S. 58). Auch im Bereich der Gesundheitsförderung zeigt die WHO seit Veröffentlichung der Ottawa-Charta Dominanz, da der Begriff der Gesundheitsförderung eng mit ihr verbunden ist (vgl. Faltermaier 2005, S. 297). Mit ihrer Definition von Gesundheitsförderung hat sie innovative Denkanstöße geliefert und die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in Alltagssettings gefördert (vgl. Pelikan 2007, S. 74). Damit gilt die Ottawa Charta als Basisdokument für Gesundheitsförderungsmodelle, obwohl sie auf abstrakter Ebene bleibt und auch hier keine konkreten Adressaten ansteuert (vgl. Moebus/Bödeker 2000, S. 216). Rosenbrock (1998, S. 5) sieht die Ottawa Charta als „umfassendstes, wissenschaftlich gut untermauertes Präventionskonzept“, welches in der Präventionspolitik Deutschlands am meisten zitiert wurde. Allerdings weisen Faltermaier und Wihofszky (2011, S. 261) auf erhebliche konzeptionelle Defizite in der WHO-Definition von Gesundheitsförderung hin, da der Begriff an sich diffus verwendet wurde und alte Konzepte unter dem Deckmantel der Prävention als Innovation dargestellt wurden. Da die Charta als politisches Dokument unter Konsens mehrerer Staaten verfasst wurde, existiert kein wissenschaftlicher oder theoretischer Background, die die Qualität zu erfassender Maßnahmen in ihrer Wirkung hinterfragt. Ebenso fehlt weitestgehend ihr Realitätsbezug, da ihre Formulierung keine Widersprüche oder Interessenskonflikte einbezieht (vgl. Rosenbrock 1998, S. 9). Gesundheitsförderung ist damit also mehr als die reine medizinische und soziale Versorgung der Bürger, sondern etabliert einen Prozess, der den Einzelnen dazu befähigen soll, seine Gesundheit bestmöglich zu erhalten (vgl. WHO 1986, S. 1ff.). Somit bedeutet Gesundheitsförderung als Präventivstrategie auch mehr Selbstbestimmung über Gesundheit und soll den Einzelnen auch dazu befähigen, die individuelle Gesundheit zu stärken (vgl. Rosenbrock 2001, S. 758).

Gesundheitsförderliche Maßnahmen sind hierbei nicht allein im Gesundheitssektor zu verankern, sondern auch in anderen Feldern wie z.B. dem Sozialbereich. Vor allem die Umsetzung in der Politik ist entscheidend, um ein gerechtes System für Gesundheitsförderung zu etablieren. Dabei sollte ein koordinatives Zusammenwirken aller beteiligten staatlichen und nicht-staatlichen Akteure (Regierung, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor sowie lokale Institutionen etc.) Voraussetzung sein (vgl. Niehoff 2008, S. 58; WHO 1986, S. 1 f.). Möglichkeiten, eine gesundheitsförderliche Politik zu etablieren, sind Gesetzesinitiativen und steuerliche Maßnahmen (vgl. WHO 1986, S. 3)

Prävention⁴⁷ wird als relevanter Teilbereich der Gesundheitsförderung beschrieben⁴⁸ (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2011, S 232). Allerdings liegt ihr Fokus anders als bei der Gesundheitsförderung nicht auf Krankheitsverhinderung im engeren Sinne, sondern auf dem globalen Ziel, Gesundheit in ihrer positiven Bedeutung zu erlangen. Grundsätzlich gilt, dass die Entstehung einer Krankheit und die daraus resultierenden negativen Folgen mit Hilfe präventiver Maßnahmen verhindert werden sollen. Erfolgreiche Prävention benötigt dafür leistungsfähige Konzepte, die sich aus Effizienzgründen an größere Personengruppen wenden sollten (Prinzip der Breitenwirksamkeit). Zu den klassischen Präventivstrategien gehören beispielsweise die Identifikation von Risikopersonen und Aufklärungsangebote bezüglich Gesundheitsgefahren wie Rauchen, Drogenkonsum oder sexuell übertragbare Krankheiten (vgl. Becker 1997, S. 522 ff.; Faltermaier 2005, S. 294ff.; Niehoff 2008, S. 51).

Vorherrschend wird Prävention in die Bereiche Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gemäß der Definition Caplans⁴⁹ (1964) unterteilt. Zum Bereich der Primärprävention gehören alle Maßnahmen, die zur Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten führen sollen wie zum Beispiel Impfungen. Hinzu sollte die Bevölkerung bezüglich bestehender Gesundheitsgefahren aufgeklärt und sensibilisiert werden. Dabei sollte der Begriff der primären Prävention sinnvollerweise auch die Eindämmung psychischer Leiden beinhalten. Sekundärprävention beschreibt eine Senkung der Prävalenzraten via Früherkennung (Screening), sowie alle Maßnahmen, die bei bereits eingetretenen Krankheitssymptomen erfasst werden. Ziel ist es, ein weiteres Fortschreiten der Krankheit zu verhüten bzw. ihren Verlauf abzuschwächen oder Folgeerkrankungen sowie Chronifizierungen zu vermeiden. Der Bereich der Tertiärprävention spezialisiert sich auf die Verhinderung von Spätfolgen oder Rückfällen und fußt hauptsächlich auf rehabilitative Intervention. Eine klare Abgrenzung zwischen den drei dargestellten Bereichen ist dabei nicht immer möglich, unter anderem bleibt strittig, ob die Rückfallprophylaxe Teil der sekundären oder tertiären Prävention ist (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 217; Becker 1997, S. 517; Faltermaier 2005, S. 294f.; Knoll/Scholz/Rieckmann 2011, S. 232f.; Niehoff 2008, S. 51; Rosenbrock 2001, S. 757). Neben der Caplan'schen Einteilung existieren weitere Definitionsansätze und Kategorisierungen. Zum Beispiel kann eine medizinische Prävention identifiziert werden, die einem personenbezogenen und krankheitsspezifisch orientierten Bild folgt. Darun-

⁴⁷ Prävention entspringt der Wortbedeutung „prae-venire“, was bedeutet, einer Sache (in diesem Zusammenhang der Krankheit) zuvorzukommen (vgl. Faltermaier 2005, S. 294).

⁴⁸ Die Annahme, dass Gesundheitsförderung als Oberbegriff für Prävention dient, wird dabei nicht durchgängig geteilt. Andere Ansichten sind z.B. in der Ottawa Charta deklariert (vgl. Becker 1997, S. 518).

⁴⁹ Caplan prägte in den 60er Jahren nicht nur nachhaltig die Definition von Prävention, sondern war starker Impulsgeber der Mental Health Bewegung (vgl. Becker 1982, S. 39).

ter fällt der Einsatz medizinischer Konzepte und Interventionstechniken, um die Wahrscheinlichkeit einer Krankheit zu verringern oder gänzlich auszuschließen (vgl. Niehoff 2008, S. 54). Weiterhin ist auch eine Einteilung nach Zielen der Prävention möglich. Gilt es, eine Maßnahme zu ergreifen, der ein ursächlich erfasstes Krankheitsrisiko zugrunde liegt, handelt es sich um spezifische Prävention. Im Gegensatz dazu beschreibt unspezifische Prävention diejenigen Maßnahmen, die allgemein dazu beitragen können, das Krankheitsrisiko zu verringern, ohne die tatsächliche Ursache zu kennen (vgl. Faltermaier 2005, S. 295).

Weitaus verbreiteter ist jedoch die Unterscheidung in Verhaltens- und Verhältnisprävention. Der Verhaltensprävention wird dabei der Abbau riskantem Gesundheitsverhaltens zugeschrieben⁵⁰, während die Verhältnisprävention die Veränderung der individuellen Lebensverhältnisse thematisiert, um Krankheiten weiter abzuschwächen. Darunter fallen die Erschaffung, das Erhalten und die Wiederherstellung von Gesundheit in unterschiedlichsten Umgebungen, allen voran der Arbeitsplatz. Hier wird die gesellschaftliche und staatliche Verantwortung für den Präventionsbereich noch einmal verdeutlicht (vgl. Faltermaier 2005, S. 295, Niehoff 2008, S. 57).

Mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes bestärkt die Bundesregierung ihr Engagement im Bereich der Krankheitsabwendung als Teil von Gesundheit. Ziel des neuen Gesetzes ist es, dem Bürger diejenige Unterstützung zu bieten, die er benötigt, um Eigenverantwortlichkeit im Gesundheitsverhalten umsetzen zu können (vgl. BMG 2015A, S. 11). Insgesamt fällt dem Staat der Bereich der präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen sogar eine noch höhere Bedeutung zu als im medizinisch-kurativen Bereich des Gesundheitssystems, da sie aufgrund des demographischen Wandels langfristig eine entscheidende Rolle für die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einnehmen wird (vgl. Kirschner 2006, S. 34; Mosebach/Walter 2006, S. 15). Ziel der Bundesregierung ist es deshalb, Prävention und Gesundheitsförderung an Orten anzubieten, an denen die deutschen Bürger die meiste Zeit verbringen, also etwa in Kindertagesstätten, Schulen und auch am Arbeitsplatz (vgl. BMG 2015A, S. 12). Damit orientiert sich die Bundesregierung am Setting-Ansatz der Ottawa Charta (siehe Kapitel 2.1.2). Entsprechend werden nicht nur Krankenkassen, sondern unterschiedlichste Akteure im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zur Umsetzung notwendig, so dass auch die Bundesregierung hier im Rahmen von Projekten und Initiativen wie beispielsweise IN FORM⁵¹ einen Teil der Verantwortung übernimmt (vgl. BMG 2015a, S. 12).

⁵⁰ Hier entsteht dadurch aber keine Pflicht zur Gesundheit, sondern vielmehr wird dem Einzelnen die Entscheidung auferlegt, ob sie spezifische Gesundheitsgefahren vermeiden oder auch nicht (vgl. Niehoff 2008, S. 55).

⁵¹ Mit dem Nationalen Aktionsplan "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" fördert das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft eine gesunde Lebensweise, in dem es

2.5 Zwischenfazit: Geltende Definition und Modellansatz dieser Arbeit

Auf Basis der diskutierten Definitionsansätze und -modelle von Gesundheit ist festzuhalten, dass diese mehr als die alleinige Abwesenheit von Krankheit ist (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 223). Ebenso bringt jeder Definitionsansatz das Problem mit sich, dass die ihm zugrundeliegenden Werte trotz fehlender Objektivität als „gesund sein“ festgelegt werden (vgl. Franke 2012, S. 53). Der Vergleich der unterschiedlichen Definitionen stellt Gesundheit damit als komplexes, mehrdimensionales, ganzheitliches, dynamisches und prozessuales Konzept dar (vgl. Udris et al. 1992, S. 11). Dies ist der Ansatz, der in dieser Arbeit genutzt werden soll. Die Komplexität des Themas Gesundheit soll nicht durch eine starre, eindimensionale Definition beschränkt werden und auch den für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung notwendigen Bereich der Prävention einbeziehen. Da sich jedoch nicht alle hier dargestellten (und letztlich nicht abschließenden) Definitionen, Konzepte und Annahmen miteinander verbinden lassen, und sich einige Ansätze auf Teilausschnitte von Gesundheit reduzieren, wird trotz inhaltlicher Kritik den Grundsätzen der WHO-Betrachtung gefolgt. Dieser Ansatz verbindet die meisten relevanten Gesundheitsdimensionen. Als interdisziplinärer Ansatz werden physische Aspekte um psychische Merkmale erweitert, welche in Deutschland mittlerweile einen großen Anteil an Krankschreibungen ausmachen⁵². Zudem wird der durch den demographischen Wandel immer mehr im Fokus liegende Bereich der Prävention durch die Ottawa Charta in das allgemeine Gesundheitsverständnis integriert. Letztendlich entspringt diesem Verständnis auch die größte politische Bedeutung für Deutschland, da die Bundesrepublik als Mitgliedstaat die WHO-Definition und die daraus resultierenden Forderungen an staatliche Entscheidungsträger anerkannt. Da sich die Arbeit auf das deutsche Gesundheitssystem bezieht und staatliche Gewährleistungsaufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung untersucht, sollte dieser Arbeit eine Definition inhärent sein, die der Auffassung von Gesundheit der Bundesregierung entspricht. Dass diese Definition dabei eher implizit als explizit von der Bundesregierung umgesetzt wird, zeigt Kapitel 3.

bundesweit themenspezifische Projekte bündelt und Informationen rund um eine gesunde Ernährung für alle Lebensbereiche bereithält. Ziel des Projekts ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland bis zum Jahr 2020 nachhaltig zu verbessern (vgl. BMEL 2014).

⁵² 15% der Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2015 gehen auf psychische Verhaltensstörungen zurück. Dabei sind Arbeitnehmer, die kurz vor dem Renteneintrittsalter stehen, am häufigsten und längsten krankgeschrieben (vgl. Klinier/Rennert/Richter 2015, S. XI).

3 Gesundheit in Deutschland

3.1 Position der Bundesregierung zu Gesundheitsthemen

3.1.1 Definition, Auslegung und Konzeption von Gesundheit

Gesundheit ist nicht nur im gesellschaftlichen Wertesystem Deutschlands als „höchstes Gut“ angesiedelt, auch wenn das individuelle Gesundheitsverhalten in der Realität weit von dieser Wertschätzung entfernt ist (vgl. Franke 2012, S. 51). Als übergeordnetes Ziel (also auch über Wahlperioden hinweg) beschreibt die Bundesregierung Gesundheit als „eines der höchsten Güter aller Menschen“ und betont damit den hohen Stellenwert von Gesundheit in ihrer Politik (Bundesregierung 2013 S. 2). Sie sieht Gesundheit als wichtigen Aspekt eines erfüllten und zufriedenen Lebens. Mit einer positiven Definition wird Gesundheit explizit als zentrales Menschenrecht benannt und bietet gleichzeitig Grundlage für soziale, wirtschaftliche und politische Stabilität (vgl. Bundesregierung 2013, S.2). Ein wichtiges Ziel hinter der deutschen Gesundheitspolitik ist die effiziente Bereitstellung von Gesundheitsprodukten und Dienstleistungen von „guter Qualität“⁵³ bei gleichzeitiger Einführung wettbewerblicher Elemente (vgl. Sauerland 2001, S. 211). Dieses Ziel entspringt einer Krise der Gesundheitsversorgung vor über 25 Jahren. Mitte der 1990er Jahre begann durch das Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ ein grundlegender Perspektivenwechsel auf das Thema Gesundheit und der zukünftigen Bedeutung der Gesundheitsversorgung. Das Paradigma des Kostenfaktors aufgrund einer negativen Beeinflussung der Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands wich dem Bild eines Trägers wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Durch die explizite Betonung des volkswirtschaftlichen Nutzens wurde die bisherige sozialpolitische Betrachtungsweise um wirtschafts- und beschäftigungspolitische Argumente erweitert (vgl. von Bandemer et al. 2014, S. 270).

In der von Deutschland anerkannten Ottawa Charta wird explizit formuliert, dass sich Gesundheit nicht nur allein durch den Gesundheitssektor fördern und bewahren lässt, sondern politischer Unterstützung bedarf. Dadurch wird der politischen Regierung ein Großteil der Verantwortung überschrieben (vgl. Conrad/Kickbusch 1988, S. 146). Die Bundesregierung beruft sich in Aktionsbündnissen und Projekten wiederholt auf die Ottawa Charta und deren Gesundheitsdefinition (vgl. beispielhaft BMG 2012, S. 21; BMG 2015B, S. 21; Wienemann 2011, S. 5). Rosenbrock (1998, S. 9) kritisiert jedoch, dass die Bundesregierung zwar formal die Ottawa

⁵³ Was unter „guter Qualität“ im Einzelnen zu verstehen ist, wird in Kapitel 7 detailliert behandelt.

Charta und damit das Bild von Gesundheit und ihrer Förderung der WHO unterstützt, allerdings die praktische Umsetzung in der Politik fehlt.

3.1.2 Nationale Gesundheitsstrategie

Im Mittelpunkt einer jeden modernen Gesundheitspolitik sollte die effiziente Patientenversorgung stehen, die sich in Gesundheitszielen wiederfindet (vgl. Kirschner 2006, S. 22ff.). Gesundheitsziele (*health targets*) richten sich auf die Verbesserung der individuellen Gesundheit und daraus schließend der gesamten Bevölkerung. Ihre Formulierung dient als politisches Steuerungsinstrument, welches ein breites Zielspektrum abdecken kann. Um sie für die Praxis umsetzen zu können, sollten sie folgende Eigenschaften besitzen:

1. Präzision gesundheitspolitischer Leitlinien
2. Unmissverständliche, konkrete und ergebnisorientierte Formulierung
3. Objektive Messbarkeit durch Festlegung quantitativer Erfolgskriterien
4. Aufzählung benötigter Ressourcen zur Zielerreichung
5. Ex-Post-Kontrolle der Zielerreichung

(vgl. Offermanns 2011, S. 68ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 62 f.).

Die Formulierung einer klaren Zielbestimmung führt zu einer verbesserten Steuerbarkeit des Gesundheitswesens. Zudem soll die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen durch eine Zielpriorisierung gesteigert werden. Die Formulierung nationaler Gesundheitsziele ist bereits in zahlreichen Staaten⁵⁴ elementarer Bestandteil der Gesundheitspolitik (vgl. Wismar 2003, S. 105f.). Um sie auch in Deutschland als Steuerungselement zu etablieren, wurde das Modellprojekt „Forum gesundheitsziele.de“ nach Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz ins Leben gerufen. Dieses Forum wurde durch das BMG initiiert und durch die Zusammenarbeit verschiedener Akteure⁵⁵ realisiert. Mit der Projektdurchführung wurde die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) betraut (vgl. RKI 2015, S. 398; Eisenmann 2009, S. 194; Penter/Augurzky 2014, S. 186; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 65). Die GVG (2002, S. 9) definiert Gesundheitsziele als Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Als oberstes Ziel gilt die Identifikation grundlegender, exemplarischer nationaler Gesundheitsziele, von denen wissenschaftliche Erkenntnisse zur Empfehlungsab-

⁵⁴ Gesundheitsziele wurden unter anderem in Schweden, Polen, Dänemark, Australien und Irland formuliert (vgl. GVG 2016).

⁵⁵ Unter anderem sind Bund, Länder, Gemeinden, wissenschaftliche Institutionen, Leistungserbringer, Patientenvertreter sowie verschiedene Kostenträger involviert und damit mehr als 70 unterschiedliche Organisationen (vgl. BMG/ RKI 2015, S. 5; Penter/Augurzky 2014, S. 186).

gabe abgeleitet werden können. Zusätzlich soll allgemein die engere Zusammenarbeit professioneller sektoraler Akteure zur Verbesserung der Gesundheitssituation in Deutschland führen. Um diese zu identifizieren, wurden themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet, die neben den Gesundheitszielen an sich auch Teilziele und dazugehörige Maßnahmen formulierten. Dabei strebt das Projekt gesundheitsziele.de keine Priorisierung der Ziele an, sondern zielt auf eine exemplarische Auswahl von Gesundheitszielen ab. Nach einer Analyse von zehn internationalen Gesundheitszielprogrammen wurden 2003 erstmalig fünf nationale Gesundheitsziele veröffentlicht, die seitdem wie folgt aktualisiert und erweitert wurden (vgl. BMG/RKI 2015, S. 5; Eisenmann 2009, S. 194; GVG 2002, S. 17ff.).

Tabelle 2: Nationale Gesundheitsziele

Gesundheitsziel	Letzte Aktualisierung
Diabetes mellitus Typ 2 <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Erkrankungsrisiko senken</i> ➤ <i>Erkrankte früh erkennen und behandeln</i> 	2003
Brustkrebs <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Verringerung der Mortalitätsrate</i> ➤ <i>Erhöhung Lebensqualität</i> 	2003
Tabakkonsum reduzieren	2015
Gesund aufwachsen <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung</i> 	2010
Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität	2011
Depressive Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Verhinderung</i> ➤ <i>Früherkennung</i> ➤ <i>Nachhaltige Behandlung</i> 	2006
Gesund älter werden	2012
Alkoholkonsum reduzieren	2015

Quelle: Eigene Darstellung nach gesundheitsziele.de

Seit Ende der Modellprojektphase in 2007 wird „Forum gesundheitsziele.de“ als etabliertes Kooperationsprojekt weitergeführt (vgl. Eisenmann 2009, S. 194; Penter/Augurzky 2014, S.

186). Um ihren steuernden Charakter für das Gesundheitswesen zu erhalten, müssen die Gesundheitsziele für alle relevanten Akteure als bindend⁵⁶ angesehen werden (vgl. BMG/RKI 2015, S. 5; Eisenmann 2009, S. 194, Penter/Augurzky 2014, S. 186). Die größte Herausforderung bei der Verfolgung von Gesundheitszielen ist die starke Fragmentierung der beteiligten Akteure. Einerseits existieren mehrere unterschiedliche politische Ebenen durch die föderale Struktur Deutschlands⁵⁷, andererseits sind Träger des Gesundheitssystems wie die GKV rechtlich eigenständig. Auch die Finanzierung von Produkten und Dienstleistungen wird auf viele Akteure verteilt, so dass eine koordinierte Gesamtstrategie in der Praxis schwer umsetzbar ist (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 63). Jedoch ist eine Partizipation aller beteiligten Akteure bei der Erarbeitung einer Konzeption von Gesundheitszielen unumgänglich, da sie sonst als fremdbestimmte Vorgaben auf wenig Engagement stoßen würden (vgl. Wismar 2003, S. 106). Die Bundesregierung orientiert sich weiterhin nicht an expliziten Gesundheitszielen, so dass sich ihre Wirkung auf die Rolle eines „ergänzenden Steuerungselements“ begrenzt⁵⁸. Das Projekt „gesundheitsziele.de“ bietet dazu auch zu wenig Raum, da es sich um ein expertengeführtes Projekt handelt, durch welches meist Verfahren identifiziert werden, die keinen Bezug zur Implementierung im Gesundheitssystem aufweisen⁵⁹. Dazu findet die Formulierung von Gesundheitszielen hauptsächlich auf Landes- oder Kommunalebene⁶⁰ statt, die zumeist nicht im Kontext einer Gesamtstrategie eingebunden sind (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 63ff.; BMG 2016). Ähnlich kritisch hat sich bereits 2001 der *Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen*⁶¹ (SVR) geäußert. Er sieht das deutsche Gesundheitswesen unter der mangelnden Orientierung an expliziten Gesundheitszielen leiden. Der SVR fordert eine klare, konkrete Formulierung von Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten, die entspre-

⁵⁶ Dabei ist die Frage der Verbindlichkeit umstritten, wie die Evaluierung des realen Mehrwerts des Projekts zeigt. Während sich ungefähr die Hälfte der Teilnehmer eine stärkere Verbindlichkeit wünscht, lehnen vor allem Kostenträger diese ab (vgl. Maschewsky-Schneider 2007, S. 28).

⁵⁷ Die grundlegende Möglichkeit gemeinsamer nationaler Ziele bei föderalistisch organisiertem Staat wurde jedoch festgestellt (vgl. BMG/RKI 2015, S. 5).

⁵⁸ Im Jahr 2002 (S. 165ff.) hat sich die GVG explizit für einen hohen Konkretisierungsgrad der deutschen Gesundheitsziele ausgesprochen, damit die gesetzten Ziele auch operationalisierbar gemacht werden können. Die Operationalisierbarkeit wurde dabei als unmittelbare Voraussetzung für die Entwicklung von Umsetzungsstrategien als auch Maßnahmen zur Zielerreichung deklariert.

⁵⁹ Aufgrund fehlender Konkretisierungen und Implementationsmöglichkeiten werden Gesundheitsziele in der Praxis häufig abgelehnt (vgl. GVG 2002, S. 170).

⁶⁰ Die Vielfalt von Gesundheitszielprogrammen auf regionaler als auch kommunaler Ebenen ist bereits seit Beginn der 90er Jahre als internationaler Trend zu beobachten, dem viele deutsche Bundesländer gefolgt sind. Entsprechend existieren mittlerweile unterschiedliche fragmentierte Zieldefinitionen und Maßnahmen (vgl. Wismar 2003, S. 105).

⁶¹ Im Zuge der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes mit Wirkung zum 01.01.2004 wurde der Sachverständigenrat umbenannt. Das Nachfolgegremium ist seit dem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vgl. BMJV 2003, S. 2226f.).

chend realisiert werden können (vgl. SVR 2001, S. 17f.). Auch der in den Nationalen Gesundheitszielen Deutschlands verankerte Ansatz zur Verbesserung von Präventionsangeboten wurde bisher noch nicht umgesetzt. Zwischen 2004 und 2008 wurde von wechselnden Regierungen versucht, ein Präventionsgesetz einzuführen, jedoch ohne Erfolg⁶². Die Ausgaben für Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsschutz lagen 2011 mit 4% der nationalen Gesundheitsausgaben seit über 20 Jahren auf dem gleichen Niveau, so dass trotz anderweitiger Aussagen angenommen werden muss, dass die Nationalen Gesundheitsziele in Deutschland weder angenommen noch umgesetzt werden⁶³ (vgl. Kuhn 2011, S. 21f.). Vier Jahre später geht das RKI von einer zunehmenden Akzeptanz und Verwendung der Nationalen Gesundheitsziele als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument aus. Allerdings fehlt es dem Konzept weiter an Verbindlichkeit, so dass ein einheitlicher bundesweiter Einsatz nicht gegeben ist. Das RKI verspricht sich allerdings von der Nennung der Nationalen Gesundheitsziele im *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* (PrävG), welches 2015 in Kraft getreten ist, weitere positive Auswirkungen auf deren Anwendung. Die Gesundheitsziele werden dort als Referenzgröße genannt, die als Basis für die Leistungen der primären Prävention und der Gesundheitsförderung dienen sollen (vgl. RKI 2015, S. 404f.). Allerdings ist die Bundesregierung im Themengebiet ministeriell breit im aufgestellt und damit in unterschiedlichen Zusammenhängen im Bereich Gesundheit aktiv.

3.1.3 Oberste Bundesbehörden mit aktivem Gestaltungsanteil im Gesundheitsbereich

Die Verteilung der Kompetenzen sowie relevante politische Strukturen sind aufgrund des Föderalsystems auch im Gesundheitsbereich differenziert und zergliedert. Wesentliche Gestaltungsaufgaben der GKV liegen primär beim Bund. Der Staat stellt beispielsweise für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eigene nachgelagerte Behörden sowie quasi-öffentliche Organisationen bereit (vgl. Mosebach/Walter 2006, S. 15; Weinbrenner/Wörz/Busse 2007, S. 47; Wendt 2013, S. 250). In den Bundesländern übernimmt das jeweilige Sozial- oder Gesundheitsministerium als oberste Landesbehörde für das Gesundheitswesen die Durchführung von Bundesgesetzen. Auf ministerialer Ebene werden Gesundheitsthemen breit gefächert verteilt und in verschiedenen Projekten umgesetzt. Bisher existiert noch

⁶² Am 18.06.2015 wurde nach einem weiteren Entwurf aus dem Jahr 2014 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz -PrävG) verabschiedet. Da das Gesetz im ganzen Umfang erst seit dem 01.01.2016 wirken kann, lässt sich dessen Wirksamkeit noch nicht beurteilen.

⁶³ Sybille Angele, im Jahre 2006 die Geschäftsführerin des GVG, zog jedoch bereits 2006 insgesamt eine positive Bilanz bezüglich der Zielerreichung, sah aber Schwächen in den Bereichen Umsetzung und Evaluation (vgl. Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. 2006, S. 3f.)

keine bundeseinheitliche Strategie, was unter anderem auf fehlende Abstimmungsprozesse zwischen den Ministerien zurückzuführen ist. Ebenso wirken auch Konflikte zwischen Bund und Ländern einer Gesamtstrategie entgegen, da beide Einfluss auf die rechtliche Gestaltung des Gesundheitswesens nehmen wollen. Laut Grundgesetz (GG) haben Länder in wichtigen Gesundheitsbereichen Gesetzgebungsrecht⁶⁴, so lange der Bund von seinem vorgeschalteten Recht keinen Gebrauch macht. In der Praxis nimmt der Bund jedoch in den meisten Fällen sein Gesetzgebungsrecht wahr. Die größten Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bestehen daher über ihren Einfluss im Bundesrat sowie die Umsetzung von Bundesgesetzen mit länderspezifischen Ausgestaltungsoptionen. (vgl. Grünberg 2014, S. 178f.; Weinbrenner/Wörz/Busse 2007, S. 55ff.). Des Weiteren liegt die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Länderhoheit (vgl. Wendt 2013, S. 250). In dieser Arbeit steht das Verhältnis staatlicher Entscheidungsträger auf Bundesebene im Fokus, da ein ganzheitlicher und übergeordneter Managementansatz angestrebt wird, der nicht auf Ebene der Länder angesiedelt wird. Im folgenden Abschnitt werden deshalb relevante Bundesministerien auf ihre Schnittmengen mit dem Themengebiet Gesundheit untersucht.

3.1.3.1 Bundesministerium für Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist das zentrale Ministerium für den Bereich der Gesundheitsversorgung Deutschlands. Im Jahr 1961 wurde das „Bundesministerium für Gesundheitswesen“ als oberste Behörde des deutschen Gesundheitssystems festgelegt und erhielt nach der Ein- und Wiederausgliederung der Bereiche Familie, Jugend und Frauen die Zuständigkeit für die Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausversorgung (vgl. BMG 2015a, S. 2; Grünberg 2014, S. 176f.; Wendt 2013, S. 98). Die Aufgaben des BMG bestehen in der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften, übergeordnet steht die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität und Funktionsfähigkeit der GKV im Mittelpunkt der ministeriellen Arbeit. Damit liegt die grundsätzliche Verantwortung über die GKV beim BMG. Ziel ist es einerseits, das Gesundheitssystem an die Bedürfnisse der Patienten immer wieder anzupassen, andererseits sollen gleichzeitig auch Wirtschaftlichkeit und Beitragsstabilität gesichert werden. Ebenso fallen der allgemeine Gesundheitsschutz und Krankheitsbekämpfung sowie die Sicherheit von Arznei-

⁶⁴ Artikel 72 GG regelt die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes. In Artikel 74 GG werden die dazugehörigen Gebiete geregelt. In den Bereich der Gesundheitsversorgung fallen Nr. 19a (Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) und Nr. 26 (Erzeugung künstlichen Lebens und Regelungen zu Transplantationen).

mitteln in den Aufgabenbereich des BMG. Dabei werden nicht nur nationale Strategien erarbeitet, sondern auch auf europäischer und globaler Ebene die Gesundheitspolitik mit strukturiert⁶⁵ (vgl. BMG 2015a, S. 2ff.; Nagel 2013, S. 30f.; Wendt 2013, S. 250). Ebenso beruft das BMG den *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* ein, welcher alle zwei Jahre Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen erstellt (vgl. Grünberg 2014, S. 177).

Das BMG ist Initiator unterschiedlichster Gesundheitskampagnen und informiert nicht nur zu Themen der Pflege und Gesundheitsversorgung, sondern übernimmt mit Prävention auch einen wichtigen Bereich der Krankheitsverhütung. Das BMG sieht sich in der zentralen Aufgabe, einen gesunden Lebensstil seiner Bürger zu fördern, und identifiziert Prävention als Gesunderhaltung bzw. Krankheitsvermeidung. Um lebensstilbedingte Erkrankungen gar nicht erst auftreten zu lassen, sollen präventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung umgesetzt und etabliert werden (vgl. BMG 2015a, S. 11). Stark im Fokus stehen momentan Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit der Kampagne „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ werden neben Umsetzungsmöglichkeiten und allgemeinen Vorteilen auch steuerliche Begünstigungen für kleine und mittelständische Unternehmen erläutert⁶⁶. Ebenso stammt der mittlerweile beschlossene Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung und Gesundheitsförderung (PrävG) vom BMG. Mit dem PrävG soll Prävention ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, damit der Fokus von der reinen Krankheitsverhütung auf die langfristige Gesunderhaltung der Bevölkerung ausgedehnt wird (vgl. BMG 2015c). Vorab wurde bereits im Jahr 2012 eine Präventionsstrategie vom BMG entwickelt, in welcher gemeinsam mit allen relevanten Akteuren Präventionsziele erarbeitet und koordiniert werden. In Form einer „Ständigen Präventionskonferenz“ sollen diese gemeinsam abgestimmt werden. Hauptthemen sind die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung⁶⁷, Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen, und ein Höchstmaß an Effizienz bei Präventionsangeboten für Erwachsene (vgl. Spahn 2012, S. 4ff.). Aufgaben der Gesundheit und Gesunderhaltung werden nicht nur direkt vom Ministerium übernommen. Die dem BMG nachgeordnete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

⁶⁵ Siehe hierzu Kapitel 3.3.

⁶⁶ Gemäß §3 Nr. 34 EStG können Arbeitgeber seit dem 01.01.2009 mit bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter im Kalenderjahr Maßnahmen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands lohnsteuerfrei unterstützt werden. Hierfür müssen die gewählten Angebote den Bedingungen der §§20 und 20a I i. V. m. §20 I Satz 3 SGB V genügen. Das bedeutet, dass beispielsweise spezielle Ernährungsprogramme oder Seminare zur Suchtprävention in diesem Rahmen möglich sind, die steuerfreie Förderung einer individuellen Mitgliedschaft im Fitnessstudio ist nicht möglich (vgl. BMG 2011, S. 17).

⁶⁷ Momentan entsprechen die Angebote zur Krebsfrüherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs in Deutschland nicht den Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen (vgl. Spahn 2012, S. 6).

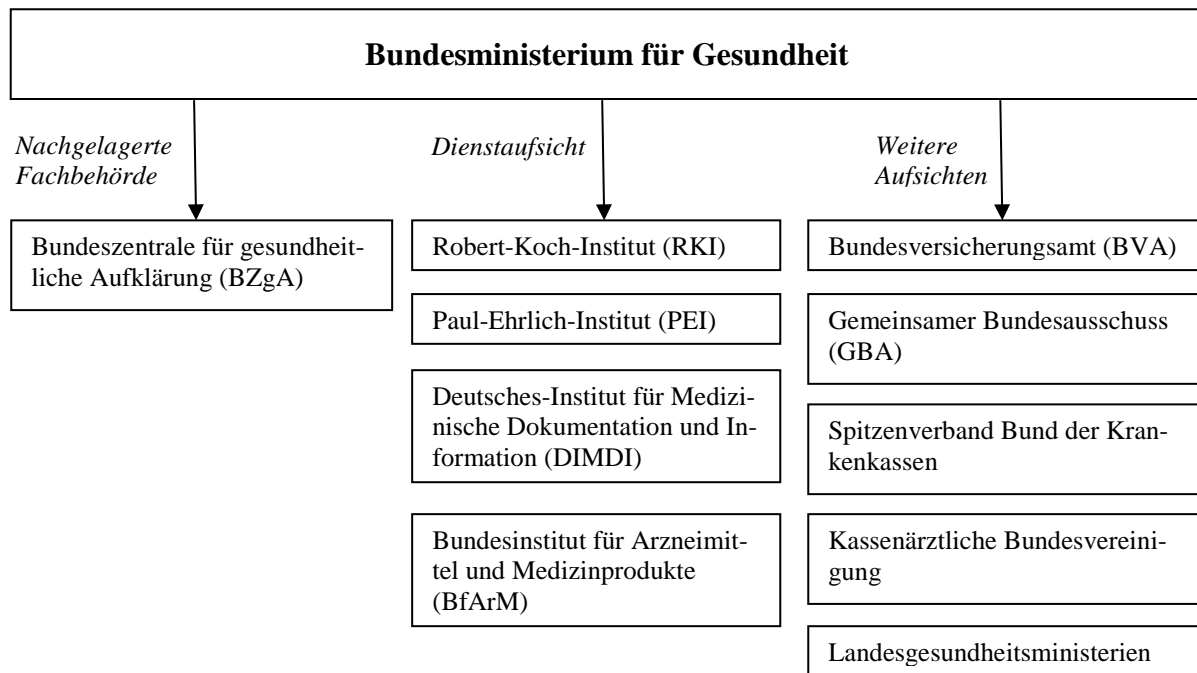
(BZgA) beispielsweise ist für die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung durch Aufklärung zuständig. Durch Informationen zu Gesundheitsrisiken soll die Eigenverantwortung für Gesundheit gestärkt und zu einer gesunden Lebensführung motiviert werden. Hierzu werden bundesweit Kampagnen, Projekte und Programme ins Leben gerufen⁶⁸ (vgl. BMG 2015a, S. 9; Weinbrenner/Wörz/Busse 2007, S. 54). Zusätzlich übernimmt das BMG weitere Dienstaufsichten, z.B. über das Robert-Koch-Institut (RKI), dessen Ziel die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten durch Bereitstellung aktueller Fachinformationen ist. Zusätzlich wird dort die gesundheitliche Lage Deutschlands überwacht sowie zu Krankheiten geforscht und beraten, die die öffentliche Gesundheit bedeutend berühren. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ist für die Arzneimittelsicherheit zuständig, indem es biomedizinische Arzneimittel prüft und zulässt. Auch die Genehmigung und Überwachung klinischer Studien inklusive Beurteilung medikamentöser Nebenwirkungen ist im PEI angesiedelt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entscheidet wiederum über die Zulassung von Arzneimitteln sowie der Registrierung homöopathischer Mittel. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gibt amtliche Klassifikationen aus und hält Datenbanken sowie weitere gesetzlich vorgeschriebene Informationssysteme und Fachliteratur bereit. Weiterhin führt das BMG Aufsicht über das Bundesversicherungsamt⁶⁹ (BVA), den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen⁷⁰, der kassen- und kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie über die Landesgesundheitsministerien (vgl. BMG 2015a, S. 8; Grünberg 2014, S. 177; Penter/Augurzky 2014, S. 184). Der GBA ist zum 01.01.2004 aus den unterschiedlichen Bundesausschüssen der (Zahn-)Ärzte, Krankenkassen und dem Krankenhaus-Ausschuss hervorgegangen, so dass der GBA aus den Spitzenverbänden dieser Selbstverwaltungsgremien besteht und zusätzlich um Patientenvertreter erweitert wird (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 191; Reimann/Trefzer 2009, S. 45, vgl. ausführlich Kapitel 7.4.).

⁶⁸ Zum Welt-AIDS-Tag am 01.12.2016 wurde die Kampagne *#positivzusammenleben* gegen die Diskriminierung HIV-Positiver ins Leben gerufen. Kurz zuvor wurde startete eine Initiative zum Thema Organ- und Gewebespenden. Projekte des BZgA beziehen sich unter anderem wie das *Children Health Interventional Trial* (CHILT) auf die Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (vgl. BZgA 2016).

⁶⁹ Das BVA ist zwar dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zugeordnet, fällt aber unter die Dienstaufsicht des BMG. Es übernimmt die Rechtsaufsicht über die Träger der GKV, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung. Dazu fallen der Gesundheitsfonds und der Risikostrukturausgleich in dessen Aufgabenbereich (vgl. BMG 2015, S. 8; Penter/Augurzky 2014, S. 184).

⁷⁰ Der Spitzenverband ist das zentrale Gremium der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, dessen Hauptaufgabe die Unterstützung von Krankenkassen auf nationaler Ebene darstellt (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 197).

Abbildung 1: Das BMG und seine Institutionen



Quelle: Eigene Darstellung

3.1.3.2 Bundesministerium für Landwirtschaft und Ernährung

Das Bundesministerium für Landwirtschaft und Ernährung (BMEL) übernimmt mit dem gesundheitlichen Verbraucherschutz eine wichtige Aufgabe im Bereich der Gesundheit. Hierzu gehören die Sicherheit von Lebensmitteln, Kosmetika, Spielzeug und die Nutzung chemischer Stoffe in Produkten. Ein weiteres relevantes Feld des BMEL ist die Sicherung einer gesunden Ernährung als auch die Verbesserung des Ernährungsverhaltens in unterschiedlichen Lebensbereichen und -abschnitten⁷¹ (vgl. Nagel 2013, S. 32).

Auch das BMEL bietet zahlreiche Informationsmöglichkeiten sowie Aktionen im gesundheitsrelevanten Themenbereich. Hervorzuheben ist der Nationale Aktionsplan „IN FORM“, mit dem deutschlandweit ein gesundheitsaktiver Lebensstil mit bewusster Ernährung und ausreichender Bewegung erreicht werden soll. Durch die Bündelung von Projekten aus allen Lebensbereichen sowie umfangreiche Informationsmöglichkeiten soll bis 2020 das Gesundheitsverhalten in Deutschland nachhaltig verbessert werden. Beispielsweise werden auch an dieser Stelle Informationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gebündelt und als Themenschwerpunkte Verpflegung und Bewegung am Arbeitsplatz gewählt. Dabei hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) einen bundesweit geltenden Qualitätsstandard für die betriebliche Verpfle-

⁷¹ Zum Beispiel wird über Ernährung im Alter oder während der Schwangerschaft informiert (vgl. BMEL 2015a).

gung veröffentlicht. Zu den gesundheitsrelevanten Einrichtungen des BMEL gehört unter anderem das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit sowie das Max-Rubner-Institut, welches gesundheitliche Auswirkungen von Ernährung erforscht (vgl. BMEL 2014; BMEL 2015b).

3.1.3.3 Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist durch die Übernahme von relevanten Fragestellungen zu Arbeitsplatzsicherheit und Gesundheit im Job ein weiteres Ministerium im Bereich Gesundheit aktiv. Neben Themen der psychischen Gesundheit steht der Arbeitsschutz im Fokus der ministeriellen Arbeit. Dabei beschränken sich Informationen nicht primär auf die Unfallverhütung, auch arbeitsmedizinische Vorsorgemaßnahmen sowie allgemeine Gesundheitsthemen am Arbeitsplatz sind beim BMAS angesiedelt (vgl. BMAS 2015). Dazu wurde im Jahr 2002 das Projekt INQA (*Initiative neue Qualität der Arbeit*) initiiert, welches sich in Kooperation von Bund, Ländern, Verbänden und Institutionen der Wirtschaft, Gewerkschaften, Sozialversicherungsträgern und weiteren Akteuren für eine moderne Arbeitskultur und Personalpolitik engagiert. Ziel ist es, über die Förderung der Mitarbeitergesundheit potentielle Wettbewerbsvorteile für die Unternehmen zu schaffen (vgl. BMAS 2015). Dem BMAS ist die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (BAuA) nachgeordnet, welche sich der Erforschung und Analyse von Fragen der Arbeitssicherheit und -gesundheit widmet. Auch die Schulung von Betrieben und Sozialpartnern bezüglich arbeitsrelevanter Gesundheitsthemen wird dort übernommen (vgl. Weinbrenner/Wörz/Busse 2007, S. 55).

3.1.3.4 Weitere Bundesministerien mit Gesundheitsaufgaben

Neben den bereits genannten Bundesministerien sind auch Teile der Gesundheitsforschung beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) angesiedelt. Ziel der Forschung ist es, Diagnoseverfahren und Therapien zu verbessern bzw. zu entwickeln und neue Ansätze der Prävention zu finden. Eine Neuausrichtung der Forschung fand dabei 2010 durch das „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ statt, welches sich auf Volkskrankheiten fokussiert (vgl. BMBF 2015). Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Entstehung und Verlauf von Krankheiten durch Ernährung, Bewegung und individuelle Verhaltensweisen beeinflusst werden können. Im Bereich der Prävention entwickelt das BMBF einen Aktionsplan, der Präventions- und Ernährungsforschung zusammenführt, um epigenetische Forschung⁷² anzutreiben sowie den Nutzen von Präventionsmaßnahmen erfassen zu können (vgl. BMBF 2010, S. 25ff.).

⁷² Unter Epigenetik ist die dauerhafte Veränderung von Genaktivitäten zu verstehen, die über mehrere Generationen von Zellen oder Organismen aufrechterhalten wird, ohne die DNS selbst zu verändern (vgl. Graw 2015, S. 5).

Eine weitere entscheidende Rolle übernimmt das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsführer über die bundesunmittelbaren Träger der Sozialversicherungen. Des Weiteren ist das Bundesversicherungsamt auch für den Finanzausgleich in der sozialen Pflegeversicherung, den Risikostrukturausgleich sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständig (vgl. Grünberg 2014, S. 177f.).

Das Bundesministerium des Inneren (BMI) übernimmt primär Aufgaben der Migration und Integration und ist für Themen der inneren Sicherheit verantwortlich. Es ist aber auch dafür zuständig, Rahmenbedingungen zu schaffen, die zu einer angemessenen Entwicklung des Breitenports führen. Dies ist als Teil der Gesundheitsversorgung (im Speziellen als Präventionsangebot) anzusiedeln. Das BMI betont allerdings seine Bedeutung für das gesellschaftliche Zusammenleben anstatt den Gesundheitsaspekt in den Fokus zu stellen (vgl. BMI 2017).

Zuletzt ist auch das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) in Gesundheitsthemen involviert. Die Umsetzung gesundheitsrelevanter Themen findet allerdings nur sekundär und auf makroökonomischer Ebene statt (vgl. BMWi 2017). Das BMWi forscht im Sektor der Gesundheitswirtschaft und stellt im Rahmen der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung den volkswirtschaftlichen Nutzen der Branche für Deutschland in Form von Wertschöpfung und Exportanteilen dar. Die so gewonnenen Daten dienen auch zur Beantwortung gesundheits- und wirtschaftspolitischer Fragestellungen (vgl. BMWi 2015, S. 4).

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Arbeit der Bundesministerien im Bereich der Gesundheitsversorgung:

Abbildung 2: Relevante Bundesministerien

<p>Bundesministerium des Innern (BMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Länderaufgabe: Förderung des Breitensports, Bund hier mit ergänzenden Aufgaben • Förderung via direkter Zuwendungen und Steuererleichterungen 	<p>Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rahmenprogramm Gesundheitsforschung • Ziel: Entwicklung neuer bzw. besserer Diagnoseverfahren und Therapien • Nationale Präventionsstrategie: BMBF-Aktionsplan zur Präventions- und Ernährungsforschung, interdisziplinäre Verknüpfung der relevanten Forschungsansätze 	<p>Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publikation: Psychische Gesundheit im Betrieb • INQA: Initiative neue Qualität der Arbeit • Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<p>Gesundheit deutscher Bürger</p>		
<p>Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevante Referate: Ernährungsinformation und Prävention, Grundlagen der Ernährung, Konsumentenverhalten • IN FORM: Nationaler Aktionsplan, Bündelung bundesweiter Projekte • Ziel: Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland bis 2020 nachhaltig verbessern 	<p>Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 	<p>Bundesministerium für Gesundheit (BMG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik und des Gesundheitsschutzes, Prävention • Sicherstellung und Weiterentwicklung der GKV und Pflegeversicherung • <i>Präventionsgesetz</i>: Schwerpunkt Förderung Prävention im Betrieb • <i>Nationale Gesundheitsziele</i> • Behörde: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Rechtliche Verankerung von Gesundheit

Im institutionellen Regulierungszentrum des deutschen Gesundheitssystems steht der Staat, dem qua Verfassung⁷³ die Gesundheitsversorgung zugeordnet wird. Der Staat setzt zur Regulierung und Zielerreichung unterschiedliche Steuerungsinstrumente ein, z.B. durch die Erteilung von Ge- und Verboten sowie entsprechenden Sanktionen. Staatliche Exekutivorgane sind für die Einhaltung der Normen des Gesundheitssystems verantwortlich, jedoch können konkretisierend exekutive Funktionen an dem Staat nachgelagerte Institutionen abgegeben werden (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 19). Gerade in der westlichen Welt wird eine adäquate medizinische Versorgung annähernd als staatlich garantiertes Grundrecht verstanden (vgl. Offermanns 2011, S. 5). Wie diese Forderung im deutschen Rechtssystem umgesetzt ist, wird im Folgenden erläutert.

3.2.1 Ableitung eines „Rechts auf Gesundheit“ aus dem Grundgesetz

Das deutsche Gesundheitssystem wird mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Wertvorstellungen konfrontiert. Einerseits soll jeder Bürger den bestmöglichen Gesundheitsschutz erhalten, andererseits dürfen persönliche Freiheitsrechte aber zu keiner Zeit eingeschränkt werden. Der Rahmen des deutschen Gesundheitssystems wird also durch die Freiheitsrechte und das Recht auf Gesundheit gespannt (vgl. Wendt 2013, S. 36). Das Grundgesetz als Verfassung der Bundesrepublik Deutschland formuliert trotz der bisher aufgezeigten hohen Relevanz für die Bundesregierung kein Recht auf Gesundheit. Allerdings kann eine Verpflichtung des Staates zum Schutz des Bürgers aus mehreren Artikeln abgeleitet werden.

Zentraler Ausgangspunkt ist Artikel 2 II GG, der das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit⁷⁴ festsetzt. Die weite Auslegung des dort formulierten Rechts hin zu einem Recht auf Gesundheit wurde durch mehrere Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts bestätigt, so dass generell die Verpflichtung des Staates abgeleitet werden kann, die Gesundheit der Bürger zu fördern, verbessern und zu schützen⁷⁵. Der Begriff wurde dabei sachlich und strukturell ausgedehnt. Die sachliche Erweiterung integriert die Berücksichtigung psychosomatischer Belastungen in das Verständnis von körperlicher Unversehrtheit. Die strukturelle Ausdehnung bezieht sich auf die Pflicht des Staates, die in Artikel 2 II Satz 1 genannten Rechte im Rahmen

⁷³ In Artikel 2 II GG findet sich die Zuweisung, dass jedem Bürger das Recht auf Unversehrtheit zugestanden wird (siehe Kapitel 3.2.1.).

⁷⁴ Nach Auslegung kann zum Abwehrrecht gegen staatliche Eingriffe auf die körperliche Unversehrtheit auch die Versagung einer Therapie des GKV-Kataloges zugerechnet werden (vgl. Dederer 2004, S. 196).

⁷⁵ Dabei lässt sich auf Basis der Artikel 2 II Satz 1 in Verbindung mit Artikel 3 I und 1 I GG eine Gewährleistungsverantwortung bezüglich einer medizinischen Grundversorgung ableiten (vgl. Landau 2009, S. 595).

einer staatlichen Risikovorsorge⁷⁶ zu schützen (vgl. Dederer 2004, S. 198; Landau 2009, S. 592ff.; Pestalozza 2007, S. 1115). Von der aus Art. 2 II Satz 1 abzuleitenden Schutzpflicht des Staates kann grundsätzlich kein vorab bestimmter Sach- oder finanzieller Anspruch abgeleitet werden (vgl. Dederer 2004, S. 196). Gleichzeitig wird durch Artikel 1 I und 2 I GG die Verantwortung für die individuelle Gesundheit als Teil der Selbstbestimmung an den Einzelnen zurückgespielt, so dass die staatliche Verantwortung letztlich subsidiär greift (vgl. Landau 2009, S. 597f.).

Weiterhin tragen Art. 20 I GG in Verbindung mit Art. 28 I GG verbindliche Rechte und Pflichten in sich, die dem Angebot und der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zugeordnet werden können. Dies ergibt sich, ähnlich wie bei Art. 2 I GG, nicht direkt aus dem allgemein formulierten Gesetzestext, sondern aus der konkretisierenden Rechtsprechung. Als „demokratischer und sozialer Bundestaat“ können im Rahmen des Sozialstaatsprinzips die Schaffung der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems zugeordnet werden (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 19; Simon 2013, S. 102f.). Zum Beispiel kann sich aus dem Sozialstaatsprinzip in Verbindung mit Art. 2 II Satz 1 GG, Art. 3 I GG und Art. 1 I GG ein verfassungsunmittelbarer Anspruch auf das „gesundheitliche Existenzminimum“ im Sinne der Schaffung von Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben ergeben, allerdings auch hier nur subsidiär (vgl. Dederer 2004, S. 202). Ergänzt wird dies durch den im Jahre 1994 etablierten Artikel 20a GG, der den Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen und Tiere auch „in Verantwortung für die künftige Generation“ zum Staatsziel macht, was über den Erhalt und den Schutz der Umwelt auch die menschliche Gesundheit integriert (vgl. Pestalozza 2007, S. 1117). Das bedeutet letztendlich, dass das in Deutschland etablierte Gesundheitssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht direkt verfassungsrechtlich geboten ist, allerdings als Erfüllung einer vom Sozialstaatsprinzip abgeleiteten Staatsaufgabe anzusehen ist (vgl. Dederer 2004, S. 204).

Allerdings kann die Auslegung des Grundgesetzes als Träger eines Grundrechts auf Gesundheit durch drei Faktoren eingeschränkt werden. Als erstes zu nennen ist hier der Vorbehalt des Möglichen. Der Staat kann nur zu Leistungen verpflichtet werden, die er finanziell leisten kann. Entsprechend könnten Gesundheitsleistungen zu einem knappen Gut werden. Zweitens existieren grundrechtsbegrenzende Solidaritätsgebote. Niemand darf wegen autogesundheitsschädigender Tendenzen oder Verhaltensweisen in seiner Freiheit eingeschränkt werden. Zudem besitzt der Einzelne ein grundsätzliches Recht auf Nichtwissen, das heißt, es kann niemand dazu gezwungen werden, beispielsweise eine Blutdruckmessung oder einen HIV-Test durchführen

⁷⁶ Unter gegebenen Umständen kann die strukturelle Ausdehnung bis hin zu gesundheitsfördernden Maßnahmen interpretiert werden (vgl. Pestalozza 2007, S. 1116).

zu lassen. Andererseits bestehen Sanktionsmöglichkeiten durch die GKV, in dem beispielsweise Leistungen der Krankenversicherung verweigert werden. Zuletzt können Grundrechts-träger-Konkurrenzen beschränkend auftreten (vgl. Pestalozza 2007, S. 1117, Wagener et al. 2001, S. 8).

3.2.2 Weitere relevante Gesetzgebungen

Insbesondere im fünften Sozialgesetzgebungsbuch können Gebote identifiziert werden, die das Verhalten der beteiligten Akteure im Gesundheitssystem Deutschlands lenken sollen (vgl. Grünberg 2014, S. 175; Mosebach/Walter 2006, S. 17). § 1 SGB V formuliert beispielsweise die Pflicht⁷⁷ eines jeden Bürgers, für die eigene Gesundheit zu sorgen: *„Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“*. Jedoch ist das Ausmaß an Verantwortungsübernahme durch diesen Gesetzestext nicht erläutert und wird abhängig von der jeweiligen politischen Ausrichtung auch unterschiedlich ausgelegt (vgl. Franke 2012, S. 56 f.). In § 92 I Satz 1 SGB V sind weiterhin unbestimmte Rechtsbegriffe zu finden, wie der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse diagnostischer oder therapeutischer Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit. Dies wird durch die Zentrale Ethikkommission kritisiert. Die Forderung nach einer prozeduralen als auch materiellen Erläuterung bzw. Auffüllung der Begriffe wurde bereits 2007 in einer Stellungnahme hervorgehoben (vgl. Zentrale Ethikkommission 2007, S. 18).

Themen der Gesundheitsförderung und Prävention sind sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene des Landes, des Kreises oder der Gemeinde organisiert. Gesetzliche Regelungen hierzu finden sich in vielen Stellen der Sozialgesetzgebung, hier beispielhaft zu nennen SGB III, V, VII und X (vgl. Weinbrenner/Wörz/Busse 2007, S. 49).

Neben nationalen Gesetzen existieren auch auf internationaler Ebene verschiedene ausformulierte Erklärungen und Übereinkünfte, allerdings nur im „soft law“-Bereich. Das bedeutet, dass entsprechende Dokumente internationaler Organisationen im Gegensatz zu Normen der deutschen Gesetzgebung keine rechtliche Verbindlichkeit beinhalten. Um völkerrechtlichen Verträgen wenigstens formal innerstaatliche Geltung zu verschaffen, wurde Artikel 59 II GG⁷⁸ als

⁷⁷ Gesundheit kann z.B. auch als Geschenk, Leistung oder aber als Pflicht definiert werden (vgl. Franke 2012, S. 54).

⁷⁸ Artikel 59 II GG besagt, dass Verträge, die politische Beziehungen des Bundes beinhalten oder sich auf Objekte der Bundesgesetzgebung beziehen, über ein Bundesgesetz legitimiert werden müssen.

Bundesgesetz erlassen (vgl. Weilert 2015a, S. 72). Die erste vertragsrechtliche Garantie, in der Gesundheit als Menschenrecht gilt, enthält Artikel 12 des VN-Sozialpakts, in dem die Vertragsstaaten das Recht eines jeden Menschen auf das „für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anerkennen.

3.3 Globale Gesundheitsstrategie Deutschlands und die Rolle der EU

Auf internationaler Ebene will die Bundesregierung langfristig ein klares deutsches Profil im Bereich der globalen Gesundheitsstrategie durch Schwerpunktsetzung erreichen. Hierzu sollen die nationalen Gesundheitsziele die Grundlage deutscher Gesundheitspolitik auf europäischer und auf internationaler Ebene bilden. Eigene Stärken werden nicht in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Deutschlands gesehen, sondern vor allem in der Erfahrung und Etablierung eines leistungsstarken Gesundheitssystems und der fachlichen Expertise in den Bereichen Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik⁷⁹ (vgl. BMG/RKI 2015, S. 5; Bundesregierung 2013, S. 3ff.). Als Land mit einem der ältesten Gesundheitssysteme, das universellen Zugang zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen sichert, will Deutschland als Vorbild für andere Länder bezüglich Solidarität und soziale Sicherheit dienen (vgl. Bundesregierung 2013, S. 12; Kickbusch 2012, S. 2). Mit diesem Hintergrund sieht sich die aktuelle Bundesregierung Deutschland in einer Verantwortung für Europa und die gesamte Welt. Deutschland kann und soll einen erheblichen Anteil dazu beitragen, ein Recht auf Gesundheit in jedem Land sicherzustellen (vgl. BMG 2015, S. 23f.). Innerhalb der globalen Gesundheitspolitik stellt sich Deutschland ohne Einschränkungen hinter die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) und den WSK-Pakt⁸⁰ (1966) der Vereinten Nationen und folgt ebenso formal der WHO-Perspektive von Gesundheit. Dabei kommen WHO und VN Schlüsselrollen aufgrund ihrer internationalen politischen Legitimation im Gesundheitsbereich zu, die von der Bundesregierung gestärkt werden, um effektives internationales Agieren sicherzustellen (vgl. BMG 2015a, S. 24; Bundesregierung 2013, S. 13 ff.). Im Jahr 2013 hat die Bundesregierung das Konzept „Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen“ verabschiedet und setzt für die internationale Gesundheitspolitik folgende Schwerpunkte:

1. Wirksamer Schutz grenzüberschreitender Gesundheit
2. Stärkung von Gesundheitssystemen weltweit, Ermöglichung ihrer (Weiter-)Entwicklung

⁷⁹ Beispielfhaft seien hier die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) und das Robert-Koch-Institut (RKI) genannt.

⁸⁰ Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte

3. Intersektoraler Kooperationsausbau und Vernetzung mit anderen Politikfeldern wie Umwelt und Landwirtschaft
4. Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft
5. Stärkung einer globalen Gesundheitsarchitektur
(vgl. BMG 2015a, S. 24)

Auch wenn der deutsche Beitrag in der internationalen Gesundheitspolitik nicht stark sichtbar ist, nimmt Deutschland durch seine Initiativen und Engagements in regionalen sowie internationalen Organisationen eine entscheidende Rolle ein (vgl. Kickbusch 2012, S. 2).

Relevant für die internationale Gesundheitsstrategie sind nicht nur globale Akteure, sondern ebenso die EU. In diesem Zusammenhang wurde Gesundheitspolitik als expliziter Bestandteil der EU-Verträge erstmalig in den Beschlüssen der Gipfelkonferenzen in Maastricht (1992) und Amsterdam (1999) aufgeführt. Dabei wurde mit dem Maastrichter Vertrag das subsidiäre Gefüge zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten geregelt. Der EU wird die Aufgabe zugewiesen, die Gesundheits- und Sozialpolitik der Mitgliedsländer zu unterstützen bzw. zu ergänzen. Eine Harmonisierung der Gesundheitssysteme wird nicht angestrebt, zumal unterschiedlichste Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung über Beiträge oder Steuern dem entgegenstehen. Jedoch stehen die unterschiedlichen Gesundheitssysteme der wirtschaftlichen Integration in der EU nicht entgegen, so dass von einer Harmonisierung abgesehen werden kann. Die Aufgabe der EU bleibt bei einer Ergänzung und Koordination der Gesundheitspolitik aller Mitgliedsländer. Dies wird im neuen Vertrag über die Arbeitsweise der EU (AUEV) durch Artikel II-278 weiterhin geregelt und konkretisiert, indem mit Artikel 168 eindeutig festgelegt wird, dass Organisation und finanzielle Umsetzung bei den Mitgliedsländern verweilen (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 279f.).

Das Gesundheitswesen ist weiterhin nicht nur als Wirtschafts- und Standortfaktor anzusehen, sondern ebenso Indikator für die Wohlfahrt eines Landes, da eine funktionierende Gesundheitsversorgung auch sozialen Frieden sichert. Die im Mai 2010 im Rat für Auswärtige Angelegenheiten verabschiedeten Schlussfolgerungen zur Rolle der EU in der globalen Gesundheitspolitik spannen den politischen Rahmen für das Handeln in diesem Bereich. Dabei stehen deutsche Beiträge zur globalen Gesundheitspolitik immer in Einklang mit EU-Strategien. Die gemeinsame Werte- und Interessensvertretung der EU⁸¹ setzt sich zum Ziel, ein Höchstmaß physischer und psychischer Gesundheit ihrer Bürger zu erreichen und ist damit auch für die internationale

⁸¹ Grundwert einer jeden Gesundheitspolitik, zu denen sich alle EU-Mitgliedsländer bekannt haben, ist der universelle Zugang zur Gesundheitsversorgung auf hohem Qualitätsniveau (vgl. BMG 2015a, S. 23).

Gesundheitspolitik zentral. Zugleich wird auch auf EU-Ebene eine gemeinsame Fachkompetenz bezüglich globaler Gesundheitsfragen angestrebt. Ziel ist es, ein hohes Gesundheitsschutzniveau EU-weit zu etablieren und zu sichern, was vor allem durch Infektionskrankheiten bedroht werden könnte. Hierbei verbleibt die jeweilige Verantwortung für Organisation und Durchführung medizinischer Versorgung bei den jeweiligen EU-Staaten (vgl. BMG 2015a, S. 23; Bundesregierung 2013, S. 13; Kickbusch 2012, S. 47f.). Auch innerhalb der Europäischen Union wird Gesundheit stark politisch thematisiert. Gesundheit wird als zentrales Anliegen formuliert und muss entsprechend durch effektive politische Maßnahmen und Strategien auf allen Ebenen, also regional bis international, gefördert werden (vgl. EG-Kommission 2007, S. 2). Ausgangspunkt der Strategien sind stets Werte⁸², die sich an den übergeordneten Themenblöcken flächendeckende Versorgung, Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung, Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität orientieren (vgl. EG-Kommission 2007, S. 4). Bis jetzt wurde das Themenressort der globalen Gesundheit in der deutschen Regierung nicht strategisch eingebettet, relevante Aufgaben fallen vor allem in Ressorts des BMG und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Aber auch BMG, BMBF, BMWi sowie in Teilen das BMAS übernehmen Themen der globalen Gesundheit (vgl. Kickbusch 2012, S. 3). Um die Entwicklung der Gesundheitsversorgung und deren verschiedenartig gelagerten Reformen einordnen zu können, werden im folgenden Kapitel die verwaltungspolitischen Leitbilder erläutert. Weiterhin wird über die Daseinsvorsorge bestimmt, ob es sich bei der Gesundheitsversorgung um eine öffentliche Aufgabe handelt.

4 Verwaltungspolitische Leitbilder und Daseinsvorsorge

4.1 Vom demokratischem Rechtstaat zum Gewährleistungsstaat

Verwaltungspolitische Leitbilder⁸³ beinhalten prägnant formulierte Annahmen und Informationen bezüglich Selbstverständnis, strategischer Ziele (inklusive Vision und Mission) sowie Sinn und Philosophie der eigenen Institution. Sie richten sich zukunftsweisend auf einen Soll-Zustand, da eine Widerspiegelung des gegenwärtigen Zustands zu keiner Weiterentwicklung führen würde. In Bezug auf den wissenschaftlichen Diskurs sollen sie vor allem eine (grobe) Richtungsorientierung geben (vgl. Beer 2011, S. 52; Jann 2002, S. 280; Schoch 2008, S. 147). Die Entwicklung der bisherigen verwaltungspolitischen Leitbilder Deutschlands zeigt dabei

⁸² An dieser Stelle wird im Weißbuch explizit das Prinzip „Gesundheit ist das höchste Gut“ durchgesetzt (vgl. EG-Kommission 2007, S. 5).

⁸³ Betrachtet man verwaltungspolitische Leitbilder im Zusammenhang mit Reformen, so kann man Reformleitbilder als Annahmen, Argumente und Szenarien umschreiben, die die aktuelle Politik entweder ablehnt oder inhaltlich legitimiert (vgl. Jann 2002, S. 285).

veränderte Sichtweisen auf gleiche oder ähnlich situierte Sachverhalte, und kann als geschichtlicher Lernprozess nachverfolgt und verstanden werden. An ihrem Beispiel spiegelt sich der stete Wandel politischer Sichtweisen wider, flankiert wird das bisher Erlebte durch entsprechende wissenschaftliche Abhandlungen und theoretische Hintergründe (vgl. Beer 2011, S. 53; Jann 2002, S. 301). Dabei sollte stets beachtet werden, dass alte Leitbilder niemals vollständig verschwinden, sondern ursprünglich für die Entstehung neuer Entwicklungslinien verantwortlich sind (vgl. Jann 2002, S. 302).

Seit Gründung der Bundesrepublik Deutschland können vier verwaltungspolitische Leitbilder identifiziert werden, die im folgenden Abschnitt charakterisiert werden sollen:

Demokratischer Rechtsstaat

Der demokratische Rechtsstaat galt im Nachkriegsdeutschland bis in die 1960er Jahre als führendes Leitbild. Grundsätzliches Ziel stellte die Etablierung eines demokratischen Rechtsstaats dar, der via Pluralismustheorie⁸⁴ und Parlamentarismus⁸⁵ grundsätzlich im bestehenden System verankert werden sollte (vgl. Beer 2011, S. 53; Bogumil/Jann 2009, S. 45; Jann 2002, S. 287). Dabei wurde eine demokratische und rechtsstaatliche Verwaltung mit klassischen hierarchischen Strukturen gemäß dem Weber'schen Bürokratiemodell als wesentliche Voraussetzung des funktionierenden Parlamentarismus angesehen; Hierarchie und Recht dienen dabei als adäquate Steuerungsmechanismen. Es kam aber wider Erwarten nicht zu einem Bruch mit der Verwaltungstradition des nationalsozialistischen Regimes: Damit das im Vordergrund stehende Ziel des Wiederaufbaus schnell vorangebracht werden konnte, wurde an bestehende Strukturen des Regimes angeknüpft (vgl. Beer 2011, S. 53f.; Bogumil/Jann 2009, S. 45; Jann 2002, S. 287; Jann/Wegrich 2004, S. 195).

Aktiver Staat

Das Leitbild des aktiven Staats⁸⁶ entstand aus den zunehmenden Steuerungsproblemen aufgrund der stetigen Entwicklung hin zum modernen und expandierenden Wohlfahrtsstaat. Die

⁸⁴ Pluralismus überträgt das Konzept eines funktionierenden Marktes auf die Politik, indem politische Willensbildung als Prozess wechselseitigen Drucks verschiedener relevanter Interessensgruppen verstanden wird. Der Staat ist in dieser Konstellation Empfänger gesendeter Impulse und übernimmt den Interessensausgleich (vgl. Jann 2013, S. 112f.).

⁸⁵ Im ursprünglichen Sinne wird unter Parlamentarismus ein Regierungssystem verstanden, in dem die Regierung vom demokratisch gewählten Parlament abhängig ist. Folglich muss im System des Parlamentarismus eine Regierung zurücktreten, wenn das Parlament sein Vertrauen entzieht (vgl. Schüttemeyer 2003, S. 209).

⁸⁶ Das Leitbild des aktiven Staates kann aufgrund der Übernahme bestehender Strukturen des demokratischen Rechtsstaats als erstes, tatsächlich neues verwaltungspolitisches Leitbild angesehen werden (vgl. Jann 2002, S. 288).

Erweiterung staatlicher Daseinsvorsorge benötigte dabei eine vorausschauende Planung. Die reine obrigkeitlich orientierte Verwaltung zeigte hierbei starke Defizite auf, da sie auf einer inkrementalistisch-anpassenden Politik basierte (vgl. Beer 2011, S. 55; Bogumil/Jann 2009, S. 45; Jann 2002, S. 287). Mitte der 1960er Jahre veränderte sich die gesellschaftliche Sicht insbesondere auf die Aufgaben des Staates. In der Bevölkerung wuchsen Erwartungen dahingehend, dass der Staat in der Lage ist, gesellschaftspolitische Entwicklungen vorauszusehen und durch steuernde Markteingriffe nachhaltig lenken zu können⁸⁷. Ausgangspunkt dieser Entwicklung ist die Theorie des Marktversagens⁸⁸, wonach durch staatliche Eingriffe verschiedene Formen des Marktversagens korrigiert oder verhindert werden sollen. Eine modernisierte Verwaltung mit verbesserten Informations- und Problemverarbeitungskapazitäten wurde hierfür als treibende Kraft angesehen und ihre Trennung von der Politik aufgegeben (vgl. Beer 2011, S. 55; Bogumil/Jann 2009, S. 45; Jann/Wegrich 2004, S. 197).

Durch massive Implementationsprobleme geriet das Leitbild des aktiven Staates in den 1970er Jahren stark in die Kritik. Eine große Skepsis gegenüber den Problemlösungs- und Steuerungskapazitäten des Staates keimte auf, so dass eine Überforderung des Staates mit Inhalten dieses Leitbilds immer klarer zu erkennen war (vgl. Beer 2011, S. 55f.). Außerdem wurde die ständige Steigerung der Staatsquote und die daraus resultierende zunehmende staatliche Abhängigkeit privater Organisationen und Bürger kritisiert (vgl. Jann/Wegrich 2004, S. 198).

Schlanker Staat

Der schlanke Staat (Ende 1970er bis 1990er) fand seinen Ursprung in der neo-liberalen Staatskritik, welches Staats⁸⁹- und Bürokratieversagen⁹⁰ statt Marktversagen für negative Entwicklungen und die Verhinderung des sozio-ökonomischen Fortschritts verantwortlich machte. Der

⁸⁷ Ausschlaggebend für die Entwicklung zum aktiven Staat ist dabei nicht allein der steigende Steuerungsbedarf des Wohlfahrtsstaates gewesen. Ebenso richtungsweisend war der vorherrschende Optimismus, der Staat könne gesamtgesellschaftliche und wirtschaftliche Ziele durch gezielte Eingriffe positiv lenken (vgl. Jann/Wegrich 2004, S. 197).

⁸⁸ Bei Marktversagen springt der Staat regulierend ein, wenn die Privatwirtschaft ein Gut oder eine Dienstleistung nicht (in gewünschter Art, nachgefragter Menge oder allgemeiner Qualitätsstandards) anbietet, z.B. indem er Regelungen aufstellt oder ändert, bestehende Regelungen vermehrt zur Lenkung durchsetzt oder auch selbst als Anbieter agiert. Die Intervention des öffentlichen Sektors bedarf immer einer Begründung, die zumeist dem Marktversagen entspringt, zum Beispiel, dass der Marktmechanismus aufgrund bestimmter Gegebenheiten (z.B. Informationsasymmetrien) nicht vollständig wirken kann oder zu gesellschaftspolitisch unerwünschten Ergebnissen führt (vgl. Nowotny 1999, S. 33; Penter/Augurzky 2014, S. 8; ausführlich Kapitel 4.2.2.).

⁸⁹ Staatsversagen beschreibt die Aktivitäten des öffentlichen Sektors, die zu gesamtwirtschaftlichen Ineffizienzen führen und letztlich einen Wohlfahrtsverlust generieren (vgl. Nowotny 1999, S. 33).

⁹⁰ Im Bereich der staatlichen Verwaltung stehen Herausforderungen durch Individualisierung, Mobilität und Flexibilität starren Strukturen gegenüber, die diesen gestiegenen Anforderungen jedoch nicht mehr gerecht werden können, so dass hier Veränderung gefordert wird. Dieser Grundsatz entspringt der neoliberalen Staatskritik und wird in den späten 70er und frühen 80er Jahren international durch „Reagonomics“ und „Thatcherism“ verkörpert (vgl. Jann/Wegrich 2004, S. 198, Thom/Ritz 2008, S. 6ff.).

Begriff des schlanken Staates entspringt dem Konzept des *lean managements*⁹¹ und zeigt damit eine starke betriebswirtschaftliche Orientierung auf. Am Leitbild des aktiven Staates wurde vor allem die Ausweitung staatlicher Aktivitäten kritisiert, die als starke Abhängigkeit des Bürgers vom Staat bis hin zur Entmündigung verstanden wurde. Ebenso wurden eine zunehmende Verrechtlichung und die daraus entstandene Vergrößerung des bürokratischen Verwaltungsapparates negativ beurteilt. Dem neoliberalen Politikverständnis folgend wurde nun mehr individuelle Freiheit gefordert, die durch Rückführung des Staates auf seine ursprünglichsten Aufgaben erreicht werden sollte⁹² (vgl. Beer 2011, S. 56, Bogumil/Jann 2009, S. 49; Jann 2002, S. 290). Ziele des schlanken Staates sind zusammenfassend in der Verwaltungsvereinfachung, Entbürokratisierung und Entstaatlichung zu finden, deren Umsetzung in Deregulierungs- und Privatisierungsmaßnahmen bestand (u.a. bei der Post und in der Telekommunikation). Die allgemeine Aufmerksamkeit richtete sich vor allem auf Themen wie Effizienz, Qualität und Kundenorientierung⁹³. Es wurden managerialistische Problemlösungsstrategien angewandt, die dem privaten Wirtschaftssektor entsprangen⁹⁴. Dies stellt den Gegenentwurf zum Leitbild des aktiven Staates dar, in dem Problemlösungen in klassischen Ansätzen wie Aufgabenkritik⁹⁵ und Deregulierung⁹⁶ gesucht wurden, Steuerungsmechanismen und Strukturprinzipien aber prinzipiell unberührt blieben. Entsprechend finden sich die theoretischen Grundlagen des schlanken Staates in Managerialismus und Public Choice (vgl. Beer 2011, S. 56; Jann 2002, S. 290; Jann/Wegrich 2004, S. 198).

⁹¹ Das Konzept des Lean Managements stammt ursprünglich aus der industriellen Produktion und kann als „schlanke Produktion“ ins Deutsche übersetzt werden (vgl. Womack/Jones/ Roos 2007, S. 11f.). Unter funktionalen Gesichtspunkten lässt es sich als ganzheitliches Unternehmensführungskonzept mit den Schwerpunkten Kundenzufriedenheit und Marktnähe beschreiben. Kernmerkmal des Lean Managements ist dabei ein integratives Aufgabenverständnis im Rahmen der Leistungserstellung (vgl. Groth/Kammel 1994, S. 25).

⁹² Ebenso ist aber auch die finanzielle Belastung des Staates durch die Wiedervereinigung ein relevanter Punkt für den Abbau öffentlicher Aufgaben (vgl. Bogumil/Jann 2009, S. 49).

⁹³ Hiermit folgt man der Vorstellung, dass der Staat als Dienstleister zu verstehen ist, was die Übernahme privatwirtschaftlicher Konzepte und Instrumente in die öffentliche Verwaltung betont. Entsprechend wird dem New Public Management-Paradigma folgend auch der Kundenbegriff genutzt, anstatt weiterhin von Bürgern zu sprechen (vgl. Schedler/Proeller 2011, S. 66ff.).

⁹⁴ Hier ist der Zusammenhang zum New Public Management, also der Übertragung von Managementkonzepten auf den öffentlichen Sektor klar zu erkennen. In Deutschland spiegelte sich die Entwicklung vor allem in der Ausgestaltung des Neuen Steuerungsmodells wider (vgl. Beer 2011, S. 56; Jann/Wegrich 2004, S. 199).

⁹⁵ Hinter der Aufgabenkritik stehen begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten öffentlicher Aufgaben durch den Staat. Wenn diese nicht mehr ausreichen, müssen Ausgaben für öffentliche Aufgaben reduziert werden. Im Rahmen der Aufgabenkritik wird dann geprüft, welche Aufgaben ohne unkalkulierbare Konsequenzen abgegeben werden können und welche aufgrund ihrer starken Relevanz beim Staat verbleiben sollten (*Zweckkritik*). Hinzu kommt die *Vollzugskritik*, welche betrachtet, wie Aufgaben, deren Verbleib beim Staat notwendig ist, wirtschaftlicher und wirkungsvoller erfüllt werden können (vgl. Röber 2011, S. 110).

⁹⁶ Deregulierung sucht Lösungsstrategien durch eine steigende Wettbewerbsorientierung, in dem Wirtschaftszweige des originären Wirkungsbereiches des Staates dem Wettbewerb zugeführt werden (vgl. Duijm 2002, S. 9).

Das Leitbild des schlanken Staates wurde erstmalig im Januar 1995 vom damaligen Bundeskanzler Helmut Kohl in einer Regierungserklärung erwähnt und folgte damit dem internationalen neoliberalen Trend, der seit Mitte der 1970er Jahre zu erkennen war (vgl. Beer 2011, S. 56; Bogumil/Jann 2009, S. 49; Proeller/Schedler 2011, S. 38).

Gewährleistungsstaat

Die Weiterentwicklung zum aktuellen verwaltungspolitischen Leitbild des Gewährleistungsstaates beginnt ungefähr Mitte der 1990er Jahre. Diese erfolgte zunächst als Versuch, dem betriebswirtschaftlich geprägten Leitbild des schlanken Staates ein weniger neoliberales und managerialistisches Konzept entgegenzustellen. Seine theoretischen Hintergründe sind vielmehr in Sozialwissenschaft und Institutionentheorie zu finden, die Konzeption kann je nach Analyseschwerpunkt⁹⁷ aber auch weiterhin neo-liberale oder sozialstaatliche Züge annehmen⁹⁸. Einflussreichstes Konzept ist der Englische *enabling state*⁹⁹. Das Konzept des *enabling state* konzentriert sich nicht nur auf Staats- und Bürokratieversagen, sondern schließt gesellschaftliche Voraussetzungen und Grenzen staatlicher Steuerung mit ein (vgl. Beer 2011, S. 57; Bogumil/Jann 2009, S. 50; Jann 2002, S. 290; Mastronardi/Schedler 2004, S. 9; Proeller/Schedler 2011, S. 38ff.).

Dabei enthält das neu entwickelte Leitbild eine grundlegende programmatische Neubestimmung und damit einen Rollenwechsel für den Staat. Neben ihm sollen Akteure der Bürger- und Zivilgesellschaft Verantwortung bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben, insbesondere der Daseinsvorsorge, übernehmen¹⁰⁰. Dies beinhaltet eine graduelle Veränderung der Staatlichkeit, da das Verhältnis von Markt, Staat und Zivilgesellschaft neu geordnet wird und der traditionelle

⁹⁷ Steht die staatliche Gewährleistungsverantwortung im Fokus, so nimmt die Konzeption des Gewährleistungsstaates eine eher wohlfahrtsstaatliche Position ein. Bei alleiniger Betrachtung der Leistungserstellung ist ein eher neoliberaler Hintergrund zu vermuten, so dass seine ordnungspolitische Zuordnung nicht eindeutig ist (vgl. Reichard 2003, S. 3).

⁹⁸ Dabei werden Werte einer klassischen liberalen Demokratie nicht in Frage gestellt, sondern durch spezifische Neuordnungen konkretisiert (vgl. Jann 2002, S. 299).

⁹⁹ Im Zentrum des *enabling state* steht die Neudefinition staatlicher Funktionen und damit eine Transformation des Staates: Anstatt als Produzent und Finanzierer aller öffentlicher Produkte und Dienstleistungen zu agieren, soll er hierfür mindestens die Verantwortung übernehmen, die Produktion kann aber an geeignete For- und Nonprofitorganisationen abgeben. Die Eigenerstellung als bestmögliche Organisationsform ist damit aber nicht ausgeschlossen (vgl. Deakin/Walsh 1996, S. 33).

¹⁰⁰ Die Schaffung eines Rechtsrahmens hierfür obliegt weiter staatlicher Entscheidungskapazität (vgl. Hoffmann-Riem 2001, S. 25).

Staat zum Partner¹⁰¹, Moderator und Aktivator wird. Konzepte des aktivierenden oder Gewährleistungsstaates¹⁰² übernehmen mit dieser Sichtweise eine neuere Begrifflichkeit von staatlichen Aufgaben im Sinne einer Aufgabenkritik und implizieren damit gleichzeitig neue Handlungsweisen und Formen der Aufgabenwahrnehmung. Hierbei stehen institutionelle Grundlagen von Organisationen sowie deren Beziehungen und Verbindungslinien zwischen Bürger- und Zivilgesellschaft, Unternehmen der Marktwirtschaft sowie Politik im Vordergrund (vgl. Bogumil/Jann 2009, S. 50f.; Bundesregierung 1999, S. 2; Hoffmann-Riem 2001, S. 25; Jann 2002, S. 290; Mastronardi/Schedler 2004, S. 9; Proeller/Schedler 2011, S. 37f.; Schoch 2008, S. 148).

Führt man das Grundprinzip des Gewährleistungsstaates weiter aus, so erbringt der Staat also weiterhin diejenigen öffentlichen Aufgaben, die als Kernaufgaben des Staates zu verstehen sind. Dabei wird die Aufgabenbreite durch politische Instanzen auf demokratischer Basis entschieden, die Leistungstiefe¹⁰³ wird jedoch entsprechend auf originäre Staatsaufgaben reduziert. Weitere Aufgaben, die öffentliche Bereiche betreffen, werden dann nicht mehr direkt vom Staat erbracht. Ihre Erstellung wird privaten Anbietern im Rechtsrahmen hoheitlich gesetzter regulativer Vorgaben inklusive Qualitätsanforderungen überlassen. Es soll erreicht werden, dass sich die privatwirtschaftliche Produktion nicht allein an Gewinnmaximierungsbestrebungen orientiert, sondern die Maximierung des Gemeinwohls im Mittelpunkt sieht¹⁰⁴. Dadurch werden privates Kapital, Innovationen sowie Know-How für das Allgemeinwohl akquiriert und Selbstregulierungspotenziale der Gesellschaft aktiviert. Der Staat übernimmt weiterhin die grundlegenden Steuerungs- und Sicherstellungsaufgaben für diese Verantwortungsbereiche, so dass die Gewährleistung für Gemeinwohlziele voll umfänglich beim Staat verbleibt.

¹⁰¹ In der Regierungserklärung „Moderner Staat - moderne Verwaltung“ werden Staat und Bürger explizit als Partner im aktivierenden Staat definiert (vgl. Bundesregierung 1999, S. 2).

¹⁰² Häufig wird die Formulierung des Gewährleistungsstaates als eine Art Oberbegriff benutzt, da er im Gegenteil zum Leitbild des aktivierenden Staates keinen programmpolitischen Hintergrund aufweist (vgl. Schedler/Proeller 2011, S. 39). Da die nuancierte Unterscheidung für die vorliegende Arbeit keinen Mehrwert aufweist, werden beide Begriffe gleichgesetzt.

¹⁰³ Mit Leistungstiefe wird das Volumen von Aufgaben und Dienstleistungen, welches dem Staat obliegt, beschrieben. Meist wird die Leistungstiefe im Rahmen von Verwaltungsreformen diskutiert (vgl. Naschold et al. 1996, S. 17).

¹⁰⁴ Wesentliche Instrumente stellen das Regelungs- und Vergaberecht dar (vgl. Krajewski 2011, S. 563).

Zusammenfassend stellt der Staat nach dem Konzept des Gewährleistungsstaats die Erfüllung politisch intendierter öffentlicher Aufgaben sicher, kann ihre Produktion aber in die Privatwirtschaft¹⁰⁵ verlagern. Ausschlaggebendes Kriterium ist hierfür die Effizienz¹⁰⁶ seiner Erfüllung, so dass eine neue Qualität der Verantwortungsteilung¹⁰⁷ gelebt wird (vgl. Beer 2011, S. 58; Bundesregierung 1999, S. 2; Czerwick 2007, S. 36; Krajewski 2011, S. 552ff.; Mastroianni/Schedler 2004, S. 8; Reichard 2003, S. 1; Schoch 2008, S. 148ff.). Damit zieht sich der Staat zwar als Produzent zurück, ist jedoch dabei kein „Staat auf Rückzug“¹⁰⁸, sondern konzentriert sich auf diejenigen Funktionen, die für ein gesellschaftliches Miteinander unverzichtbar sind. Zu diesem Kernbereich gehören der Schutz von Freiheit und Sicherheit (vgl. Bundesregierung 1999, S. 2; Proeller/Schedler 2004, S. 38; Schuppert 2005, S. 19).

Dieses verwaltungspolitische Leitbild setzt damit ein neues Paradigma für die Gesellschaft. Der Staat soll nicht mehr allein für die Lösung gesamtgesellschaftlicher Krisensituationen zuständig gemacht werden, sondern schließt die Gesellschaft selbst als (potentiellen) Problemlöser durch neue gesellschaftliche Arrangements mit ein (vgl. Beer 2011, S. 57; Hoffmann-Riem 2001, S. 23; Jann 2002, S. 299).

Aus dem Konzept des Gewährleistungsstaates ergeben sich damit unterschiedlich abgestufte Verantwortungstypen: *Gewährleistungsverantwortung*, *Finanzierungsverantwortung* und *Vollzugsverantwortung*. Durch die Trennung von Gewährleistung und Vollzug wird die staatliche Handlungsfähigkeit erhalten und gleichzeitig die Möglichkeit der Produktionsabgabe geschaffen. So können Aufgabenwahrnehmung, Finanzierung und Leistung an zivile Akteure abgegeben werden (vgl. Beer 2011, S. 57; Jann 2002, S. 299; Reichard 2003, S. 2). Bei der Gewährleistungsverantwortung (auch: Einstands- oder Auffangverantwortung) stellt der Staat selber sicher, dass öffentliche Leistungen auf politisch intendiertem Niveau angeboten werden. Diese Verantwortungsstufe beinhaltet dabei aber keine Verantwortung über ihre Produktion¹⁰⁹, so

¹⁰⁵ Hier sind mehrere unterschiedliche, auch neuartige Konstellationen denkbar: Öffentliche Aufgaben können durch Akteure des Marktes, des Dritten Sektors (also Nonprofit-Organisationen), durch Bürger selbst als auch über Mischformen und Kooperationen mit staatlicher Beteiligung erstellt werden (vgl. Reichard 2003, S. 1; Schoch 2008, S. 155).

¹⁰⁶ Jedoch wird dieser Aspekt nicht den reinen Gesetzen des Marktes unterworfen, die Erstellung öffentlicher Leistungen findet im Rahmen staatlicher Vorkehrungen statt (vgl. Schoch 2008, S. 148).

¹⁰⁷ Dabei unterscheidet sich die Konzeption des Gewährleistungsstaates vom schlanken Staat vor allem durch die neue, positive Formulierung: Statt der negativen Zieldefinition einer alleinigen Entlastung des Staates übernimmt der aktivierende Staat die positiven Aspekte einer gemeinsamen Erbringung öffentlicher Aufgaben mit der Zivilgesellschaft, und zwar die Verbesserung öffentlicher Aufgaben durch effiziente Aufgabenteilung (vgl. Beer 2011, S. 58).

¹⁰⁸ Würde sich die Konzeption des Gewährleistungsstaates allein auf die private Erbringung öffentlicher Leistungen reduzieren, so würde nur eine sektorspezifische Privatisierungsform beschrieben werden (vgl. Krajewski 2011, S. 554).

¹⁰⁹ Entsprechend dieser Definition kann diejenige staatliche Produktion, die sich aus der Nichterfüllung auf dem Markt ergibt, auch der Auffangverantwortung zugeordnet werden (vgl. Krajewski 2011, S. 563; Schuppert 2005, S. 25f.)

dass ihre Leistungsintensität von allen Verantwortungstypen am niedrigsten einzustufen ist. Der Staat nimmt hier eine Reservefunktion im Falle der Nicht- oder Schlechterfüllung ein. Er entscheidet dabei autonom, wann genau seine Auffangverantwortung ausgeübt wird (vgl. Reichard 2003, S. 2, Schuppert 2005, S. 25f.; Schoch 2008, S. 155). Dagegen ist die Vollzugsverantwortung (auch: Erfüllungs- oder Erbringungsverantwortung) die leistungsintensivste Verantwortungsstufe. Sie liegt dem Modell entsprechend bei der jeweiligen Institution, die mit ihrer Erstellung betraut ist. Die Erbringungsverantwortung gilt gegenüber dem Abnehmer, der im Modell des Gewährleistungsstaates in der Regel der Bund, ein Bundesland oder eine Kommune ist (vgl. Reichard 2003, S. 2; Schuppert 2005, S. 25f.; Schoch 2008, S. 155). Die Finanzierungsverantwortung beinhaltet die finanzielle Garantie bzw. Gewährleistung der zu erfüllenden Leistung, ohne dass diese selbst produziert werden muss. Auch hier springt der Staat im Fall fehlender privater Finanzierungskraft ein (vgl. Krajewski 2011, S. 563; Reichard 2003, S. 2). Aus diesen Verantwortungsstufen leiten sich wiederum verschiedene Aufgabentypen ab. Staatliche Kernaufgaben sind dabei alle Bereiche der Gemeinwohlsicherung, die so relevant sind, dass die Gefahr einer Nichterfüllung zu keinem Zeitpunkt existieren darf. In diesem Fall liegen alle drei Verantwortungsstufen beim Staat und können zu keiner Zeit an private Leistungsträger abgegeben werden¹¹⁰. Gegenstück dieser Aufgabentypen stellt die private Kernaufgabe dar, welche keinerlei staatliche Verantwortungsübernahme beinhaltet. Der Typ der Gewährleistungsaufgabe steht zwischen den beiden Kernbereichen privater bzw. staatlicher Natur. Die Gewährleistungsverantwortung bleibt in diesen Fällen zu 100% beim Staat, fallbezogen liegen Vollzugs- und/oder Finanzierungsverantwortung bei privaten oder staatlichen Akteuren (vgl. Reichard 2003, S. 2f.).

¹¹⁰ Beispiele für staatliche Kernaufgaben sind die Gesetzgebung, Rechtsprechung sowie die Gewährleistung der inneren und äußeren Sicherheit (vgl. Bogumil/Jann 2009, S. 73).

Tabelle 3: Aufgabentypen im Leitbild des Gewährleistungsstaates

	Gewährleistungsverantwortung	Vollzugsverantwortung	Finanzierungsverantwortung	Auffangverantwortung
Staatliche Kernaufgaben	Staat	Staat	Staat	Staat
Staatliche Gewährleistungsaufgaben	Staat	Staat oder privater Sektor	Staat oder privater Sektor	Staat
Private Kernaufgaben	Privater Sektor	Privater Sektor	Privater Sektor	Staat im Falle subsidiärer Verantwortung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reichard 2004, S. 2 und Schuppert 2000, S. 407f.

Die folgende Aufzählung fasst noch einmal relevante Aufgaben des Staates im Leitbild des Gewährleistungsstaates kurz zusammen:

- Die Gewährleistung einer auf die Funktionsfähigkeit des Gemeinwesens gerichtete (gesetzliche) Rahmenordnung
- Ein Teil dieser Rahmenordnung übernimmt eine Schutzfunktion, nämlich die angemessene staatliche Überwachung, Gewährleistung und Regulierung für öffentliche Aufgaben
- Die Erfüllungsverantwortung kann Effizienzkriterien folgend auf private Akteure oder im Rahmen einer Kooperation übertragen werden
- Bei Marktversagen übernimmt der Staat die Erbringungsverantwortung
- Der Staat übernimmt alle Verantwortungsstufen bei hoheitlichen Aufgaben (vgl. Schwintowski 2005, S. 170).

Damit ist der Gewährleistungsstaat in erster Linie ein Konzept, das den Wandel von einer Erbringungsverantwortung hin zur Auffangverantwortung beschreibt (vgl. Krajewski 2011, S. 562). Das Prinzip des aktivierenden Staates befasst sich in neuer Form mit Staats- und Verwaltungsmodernisierung aus prozesspolitischem Blickwinkel, und verliert dabei nicht den Anspruch auf Effektivität, Effizienz und Legitimität, die zu einem umfassenden Konzept der Qualitäts- und Produktivitätssteigerung öffentlicher Produkte und Dienstleistungen führen. Dabei

bedient er sich weiterhin der Instrumente des New Public Managements¹¹¹ (vgl. Beer 2011, S. 57f.). Des Weiteren stellen die Stärkung politischer, sozialer und administrativer Zusammenarbeit und Interaktion neu formulierte Ziele dar (vgl. Bogumil/Jann 2009, S. 51). Das Ziel, das durch die Übernahme öffentlicher Aufgaben durch nichtstaatliche Akteure angestrebt wird, ist in erster Linie die Entlastung des Staates. Eine finanzielle Überlastung kann durch das Konzept des Gewährleistungsstaates ebenso vermieden werden wie ein weiterer Aufbau bürokratischer Strukturen. Das Konzept des Gewährleistungsstaates kann in diesem Zusammenhang auch als Modernisierungskonzept verstanden werden, um die eigene Handlungsfähigkeit trotz knapper Haushaltskassen zu bewahren (vgl. Beer 2001, S. 57; Czerwick 2007, S. 38; Schoch 2008, S. 150).

Der Begriff des aktivierenden Staates wurde in Regierungsprogrammen der Rot-Grünen Regierung ab 1998 unter Gerhard Schröder verwendet und etabliert, was dem Konzept auch politischen Programmcharakter verleiht (vgl. Proeller/Schedler 2011, S. 38). Mit ihrer Veröffentlichung „Moderner Staat - Moderne Verwaltung: Das Programm der Bundesregierung“ wendete sich die damalige Regierung vom Leitbild des „schlanken Staates“ der schwarz-gelben Koalition ab¹¹² und proklamiert mit dem neu entwickelten Leitbild eine zukunftsweisende Perspektive, mit der bisherige singuläre Ansätze der Binnenmodernisierung überwunden werden sollten¹¹³ (vgl. Bundesregierung 1999, S. 1). Klassische Umsetzungsbeispiele des gewährleistungsstaatlichen Konzepts sind das Postwesen und die Telekommunikation. Gemäß Artikel 87f II GG sind jegliche Dienstleistungen beider Branchen grundsätzlich durch private Anbieter zu produzieren. Jedoch wird durch Artikel 87 f I GG bestimmt, dass der Bund eine „flächendeckend angemessene und ausreichende Dienstleistung“ sicherzustellen hat (vgl. hierzu auch Krajewski 2011, S. 553; Schoch 2008, S. 153).

Eine kurze Zusammenfassung der dominierenden verwaltungspolitischen Leitbilder gibt folgende Tabelle:

¹¹¹ International kann man verschiedene Instrumente des New Public Managements identifizieren. An erster Stelle steht dabei die Etablierung bzw. Verbesserung von Managementsystemen gefolgt von Instrumenten, die Marktmechanismen implementieren (vgl. Schröter/Wollmann 2005, S. 71).

¹¹² „Das in der Vergangenheit verfolgte Konzept des „Schlanken Staates“ war zu sehr auf die Reduzierung öffentlicher Aufgaben beschränkt und hat so lediglich eine negative Zielbestimmung postuliert.“ (Bundesregierung 1999, S. 1).

¹¹³ Allerdings kann die Entwicklung zum aktivierenden Staat nicht isoliert vom vorherigen Leitbild betrachtet werden, z.B. beschreibt Reichard (2003, S. 3) das neu eingeführte Leitbild als Weiterentwicklung des „schlanken Staates“.

Tabelle 4: Übersicht der verwaltungspolitischen Leitbilder der BRD

	Demokratischer Rechtsstaat	Aktiver Staat	Schlanker Staat	Aktivierender Staat/Gewährleistungsstaat
Zeitpunkt	Ab 1950er Jahre	Mitte 1960er Jahre	Ende 1970er Jahre	Mitte 1990er Jahre
Schlagworte	Demokratie, Rechtsstaat	Planung, innere Reformen	Entbürokratisierung, Management	Zivil-, Bürgergesellschaft
Ziele	Demokratie, Rechtsstaat	Effektivität, Erhöhung Problemverarbeitungs-kompetenz	Entbürokratisierung, Dienstleistung	Inklusion, Beteiligung, Gemeinwohlverantwortung
Probleme	Demokratiever-sagen, Obrigkeitsstaat	Marktversagen, reaktive Politik	Staats- und Bürokratiever-sagen, Überregelung	Fragmentierung, Gemeinschaftsversagen
Lösungen	Verwaltungsrecht	Globalsteuerung, Regie-rungs- und Ver-waltungsreform	Rechtsverein-fachung, Auf-gabekritik, Outsourcing, Privatisierung	Verantwortungstei-lung, Regulierungs-staat
Theoriehin-tergründe	Parlamentarismus, Pluralismus	Korporatismus	Public Choice, New Public Management	Neo-Institutionalis-mus, Kommunitaris-mus

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jann (2002, S. 286)

4.2 Das verwaltungspolitische Leitbild des Gewährleistungsstaates und seine Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft

Bezieht man die bisherigen Erkenntnisse zum Leitbild des Gewährleistungsstaates auf die im Fokus dieser Arbeit stehende Gesundheitswirtschaft, so beinhaltet die Frage nach originären Staatsaufgaben weitreichende Implikationen für die politische Ausgestaltung des Gesundheitssektors (vgl. Weilert 2015b, S. 109). Grundsätzlich ist der Staat in seiner Rolle als Gewährleistungsstaat verantwortlich für Existenz und Funktion der Gesundheitsversorgung seiner Bürger (vgl. Landau 2009, S. 595). Dies wird ausführlich in den folgenden Kapiteln dargestellt, in denen die Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut und Teil der Daseinsvorsorge diskutiert wird. Das Gesundheitswesen kann als Vorläufermodell des Gewährleistungsstaates verstanden werden, da dort Strukturen etabliert wurden, die keine alleinige Leistungserstellung des Staates vorsehen. Die Produktion von Gesundheitsleistungen wird ebenso vom Dritten Sektor und der Privatwirtschaft übernommen (vgl. Weilert 2015b, S. 119). Um zu klären, ob und in welchem Ausmaß die Erstellung von Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft als öffentliche Aufgaben zu verstehen sind, wird in den folgenden Kapiteln die Daseinsvorsorge dargestellt und die Abgrenzung von öffentlichen zu privaten Aufgaben vorgenommen.

4.2.1 Daseinsvorsorge als essenzielle Aufgabe des Staates

Gemäß dem verwaltungspolitischen Leitbild des Gewährleistungsstaates sollen Aufgaben der Daseinsvorsorge nicht allein vom Staat, sondern auch von privaten Anbietern übernommen werden. Der Begriff der Daseinsvorsorge wird im Praxiskontext häufig genutzt und hält sich trotz des tiefgreifenden Paradigmenwechsels seit nunmehr über 70 Jahren im Fachjargon des deutschen Verwaltungsrechts. Dabei handelt es sich jedoch um einen nur unscharf bestimmten Begriff des öffentlichen Rechts¹¹⁴, der darüber hinaus verfassungsrechtlich inhaltsneutral ist, so dass sich keine unmittelbaren Rechtsfolgen aus ihm ableiten lassen (vgl. Henneke 2009, S. 18 f.; Leisner 2011, S. 55 ff.). Begrifflich geht die Daseinsvorsorge auf Forsthoff (1938) zurück. Nach Forsthoff stellt Daseinsvorsorge die Summe aller Leistungen dar, die die Verwaltung zur Befriedigung der Bürgerbedürfnisse anbietet, um jedem eine entsprechend seiner individuellen Ansprüche angepasste Lebensführung zu ermöglichen. Daraus schließt Forsthoff, dass die Daseinsvorsorge als Lehre der Verantwortung des Staates gegenüber dem vorsorgebedürftigen Menschen der industriellen Welt anzusehen ist¹¹⁵. Inhaltlich begrenzt wird die Daseinsvorsorge durch die Existenz eines zweiseitigen Leistungsverhältnisses und die Abhängigkeit des Bürgers von diesem. Damit fordert Forsthoff die staatliche Vorsorgefunktion als Staatspflicht ein und bestimmt diese im gleichen Zuge inhaltlich, so dass sich für den Staat eine erhebliche Erweiterung seiner sozialen Verantwortung ergibt (vgl. Henneke 2009, S. 18; Huber 1972, S. 139; Schöneich 2007, S. 717; Schwintowski 2003, S. 290; Weilert 2015b, S. 114). Zusammengefasst sah Forsthoff also die Daseinsvorsorge als eine Art „Vorsorge für Lebensnotwendigkeiten“ (1938, S. 12) und prägte damit den Begriff nachhaltig¹¹⁶, so dass dieser weiterhin auf große Akzeptanz stößt und eine starke Breitenwirkung aufweist¹¹⁷ (vgl. Leisner 2011, S. 62; Schöneich 2007, S. 717). Trotzdem bildet seine Definition den Ursprung weiterführender Definitionsansätze der Daseinsvorsorge, die allerdings mit sich ähnelnden Zielstrukturen entwickelt wurden. Schmahl (2011, S. 96) beschreibt die Daseinsvorsorge als Gesamtheit der Leistungen, die

¹¹⁴ Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Fachlogiken, rechtlichen und institutionellen Grundlagen sowie unterstellten Wirkungsmechanismen der damit betrauten Disziplinen. Der Begriff der Daseinsvorsorge weist daher nur beschränkte analytische Qualitäten auf. Eine einheitliche Verständigung über die Daseinsvorsorge wird dadurch weiter erschwert (vgl. Waiz 2009, S. 41 f.).

¹¹⁵ Mit dieser Ansicht entspricht Forsthoff den Grundsätzen der Deutschen Gemeindeordnung (vgl. Schöneich 2007, S. 717).

¹¹⁶ Jedoch hat Forsthoff die Daseinsvorsorge in ihrer Ausgestaltung nicht neu erfunden, ähnliche staatliche Unterstützungsfunktionen wurden bereits im Industriezeitalter z.B. durch den Bau von Straßen und die Wasser-, Gas und Elektrizitätsversorgung etabliert. Ebenso existierten individuelle Versorgungsmöglichkeiten durch administrative Institutionen wie beispielsweise Hilfswerke (vgl. Huber 1972, S. 140f.).

¹¹⁷ Schwintowski (2003, S. 291) bezweifelt jedoch, dass es „(...) einen so kurz greifenden, volkstümelnden Begriff der Daseinsvorsorge“ in einer Marktwirtschaft geben kann.

im Interesse der Allgemeinheit erbracht werden, und auf deren Bereithaltung sowie Inanspruchnahme die Bürger angewiesen sind. Dadurch wird sie zur öffentlichen Aufgabe und obliegt dem Staat. Ähnlich sieht es Waiz (2009, S. 41). Für ihn steht die gleichmäßige Versorgung mit bestimmten, (über)lebensnotwendigen Gütern und Dienstleistungen durch den Staat im Mittelpunkt der Betrachtung. Eine prägnante Zusammenfassung findet sich wiederum bei Einig (2009, S. 39). Dieser fasst in der Daseinsvorsorge alle Dienstleistungen zusammen, an deren Angebot ein besonderes öffentliches Interesse besteht. Ebenso beschreibt Mühlenkamp (2007, S. 707) die Daseinsvorsorge als die Summe aller Dienstleistungen und Güter, die für ein menschliches Dasein obligatorisch sind. Dabei weist er jedoch darauf hin, dass die Entscheidung, welche Güter und Dienstleistungen dieser Prämisse entsprechen, einerseits subjektiv gefärbt, andererseits auch Teil politischer Entscheidungen sind. Huber (1972, S. 150) definiert in Anlehnung an Hegel sogar mehrere Arten der Daseinsvorsorge. Die Verwaltung bewältigt demzufolge ihre Vorsorgepflicht auf dreierlei Weise. Die sichernde Daseinsvorsorge beinhaltet Bereiche der öffentlichen Sicherheit und ist elementare Voraussetzung für die Existenz einer Gesellschaft. Ein Rückzug aus diesen Bereichen würde einer Pflichtverletzung elementarer Daseinsvorsorgeleistungen bedeuten. Die Zahlung von Sozialleistungen und Subventionen, also staatliche Unterstützungen in Form (monetärer) Leistungen ist ihm zufolge als leistende Daseinsvorsorge zu verstehen. Die lenkende Daseinsvorsorge reguliert letztlich miteinander kollidierende gesellschaftliche Interessen (vgl. Huber 1972, S. 150f.). Übereinstimmend deckt die Daseinsvorsorge also alle notwendigen Handlungsfelder ab, in denen der Staat für die Versorgung seiner Bürger einspringt, da diese Leistungen nicht auf dem freien Markt angeboten werden (vgl. Henneke 2009, S. 18).

Heutzutage wird Daseinsvorsorge meist anhand konkreter Beispiele skizziert und hauptsächlich auf kommunaler Ebene erbracht (vgl. Kersten 2009, S. 23; Schöneich 2007, S. 717). Zu den Leistungen der Daseinsvorsorge zählen unter anderem die Grundversorgung mit Wasser, Strom und Gas, Abwasserbeseitigung, Bereitstellung öffentlicher Verkehrsmittel, Abfallentsorgung, Betrieb von Kindergärten, Bildungs- und Kultureinrichtungen, Sportstätten sowie die Erbringung von Gesundheitsdiensten, insbesondere die Bereitstellung von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen (vgl. Henneke 2009, S. 18; Schwintowski 2003, S. 290; Waiz 2009, S. 41). Durch wiederkehrende Wirtschafts- und Finanzkrisen, aber vor allem durch beobachtete negative Folgen des staatlichen Rückzugs aus vielen Sektoren ist die Debatte rund um den Begriff der Daseinsvorsorge neu entfacht worden. Schließlich blieben beispielsweise nach Privatisierungen in der kommunalen Energie- und Wasserversorgung die erhofften Effizienzsteigerun-

gen sowie Kosten- und Preissenkungen durch die Anbieter aus. Zudem wird deutlich, dass Bürger Infrastrukturleistungen aus öffentlicher Hand beziehen wollen, da öffentlichen Unternehmen eine stärkere Gemeinwohlorientierung zugeschrieben wird. Dies führt letztendlich dazu, dass der Staat ausgegliederte Bereiche schrittweise zurücknimmt (zum Beispiel dann, wenn Konzessionsverträge ablaufen), um sich über die Garantie der Daseinsversorgung zu legitimieren¹¹⁸ (vgl. Cullmann et al. 2016, S. 439; Kersten 2009, S. 24; Leisner 2011, S. 56ff.). Der Begriff der Daseinsvorsorge wird in diesem Zusammenhang jedoch teilweise missdeutet. Er beinhaltet nicht allein die einseitige Forderung nach „mehr Staat“ und die Rücknahme von Privatisierungen öffentlicher Aufgaben. Dies wäre allein aus ökonomischer Sicht nicht vertretbar, wenn sie ebenso effizient oder effizienter von privaten Anbietern erbracht werden kann (vgl. Henneke 2009, S. 22; Leisner 2011, S. 76, vgl. hierzu ausführlich Kapitel 4.2.2). Der Staat übernimmt dann eine aktive Rolle bei der Daseinsvorsorge, wenn Marktunvollkommenheit oder Marktversagen vorliegen, was zu einer unzureichenden Bereitstellung der betroffenen Güter und Dienstleistungen über die Marktmechanismen führt (vgl. Mühlkamp 2007, S. 707). Über die alleinige Gewährleistungsverantwortung konnte sich der Staat auf Bundes- und Landesebene¹¹⁹ also weitgehend aus der Daseinsvorsorge zurückziehen (vgl. Henneke 2009, S. 23ff.). In der ursprünglichen Verfassung des deutschen Grundgesetzes wird die Gewährleistungsverantwortung für die Bereiche öffentliche Infrastruktur und Daseinsvorsorge auf Ebene der Bundesländer angesiedelt. An dieser Stelle werden explizit Politikfelder genannt wie öffentliche Fürsorge, Sicherung der Ernährung, Wohnungswesen oder Maßnahmen gegen gefährliche Krankheiten (vgl. Huchler 2007, S. 179). In Artikel 73 GG werden außerdem die Bereiche Postwesen und Telekommunikation als auch der Luftverkehr verfassungsgemäß dem Bund zugeordnet, welche aber in den 1990er Jahren zu großen Teilen privatisiert wurden¹²⁰. Die heutige Verwendung des Daseinsvorsorgebegriffs sollte daher mit dem Wandel der verwaltungspolitischen Leitbilder gehen und nicht mehr allein im staatsfixiertem Verständnis gemäß Forsthoff verstanden werden (vgl. Neu 2009, S. 13).

¹¹⁸ Jansen und Priddat (2007, S. 15) sprechen hier von Fällen der „wiederentdeckten Daseinsvorsorge“, die sich zum Beispiel in Form von Netzrückkäufen ausdrücken.

¹¹⁹ Der staatliche Rückzug ist rechtlich genauso auf Ebene der Kommune möglich: Die Daseinsvorsorge ist nicht verfassungsrechtlich geregelt, so dass auch kommunal lediglich die Bereitstellung existentieller Leistungen gesetzlich abgesichert ist. Hier folgen staatliche Institutionen dem allgemeinen Sozialrecht, welches die Erfüllung von Daseinsvorsorgeaufgaben durch freigemeinnützige und private Anbieter einschließt (vgl. Leisner 2011, S. 224 ff.).

¹²⁰ Nach EU-Recht erhalten die Mitgliedsstaaten große Ausgestaltungsmöglichkeiten bezüglich der Daseinsvorsorge. Dabei können staatlichen als auch privaten Unternehmen die alleinigen Rechte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben zugeteilt werden, so dass Unternehmen sogar eine marktbeherrschende Stellung rechtlich ermöglicht wird (vgl. Alber 2001, S. 108).

4.2.2 Öffentliche Aufgaben und Güter in Abgrenzung zu privaten Gütern

Zur weiteren Spezifizierung der Aufgaben im Bereich der Daseinsvorsorge soll an dieser Stelle erläutert werden, was öffentliche Güter sind, um dann den Bereich der Gesundheitsversorgung analysieren und entsprechend der staatlichen Gewährleistungsverantwortung einordnen zu können.

Erstmalig wurden öffentliche Güter durch Samuelson in seiner Veröffentlichung „*The Pure Theory of Public Expenditure*“ (1954) erwähnt, anhand spezifischer Kriterien eingeordnet und explizit von Merkmalen privater Güter abgegrenzt. Das von ihm gewählte Vorgehen bestimmt bis heute die Begriffsbestimmung von öffentlichen Gütern, auch wenn sich keine einheitliche Auslegung durchgesetzt hat (vgl. Fritsch 2014, S. 77). Öffentliche Güter werden demzufolge zumeist als Gegenentwurf zu privaten Gütern bestimmt und können dadurch in einem ersten Schritt als Güter zur gemeinsamen Nutzung bezeichnet werden (vgl. Blankart 2011, S. 58; Brümmerhoff/Büttner 2015, S. 72; McNutt 1999, S. 927; Varian 2011, S. 790). Reine öffentliche Güter (auch: Kollektiv- oder Gemeinschaftsgüter) werden der finanzwissenschaftlichen Perspektive folgend anhand der Charakteristika Nicht-Ausschließbarkeit (*non-excludability in supply*) und Nicht-Rivalität im Konsum (*non-rivalry in consumption*) identifiziert (vgl. Brümmerhoff/Büttner 2015, S. 72; Jansen/Priddat 2007, S. 17; McNutt 1999, S. 927f., Nowotny 1999, S. 36f.). Die Nicht-Ausschließbarkeit beschreibt dabei den Umstand, dass keine technische, organisatorische bzw. ökonomisch umsetzbare Möglichkeit besteht, einzelne Personen oder Personengruppen vom Konsum auszuschließen. Dies gilt unabhängig davon, ob, und in welcher Höhe individuell zur Finanzierung des reinen öffentlichen Gutes beigetragen wird¹²¹ (vgl. Blankart 2011, S. 59; Nowotny 1999, S. 36f.). Jansen und Priddat (2007, S. 20) sehen die Nicht-Ausschließbarkeit nicht nur als gegebenes Merkmal, sondern bezeichnen den Konsum öffentlicher Güter als Recht jedes Bürgers, welches keinesfalls beschnitten werden darf. Dadurch gewinnt die Nicht-Ausschließbarkeit bezüglich der Nutzung öffentlicher Güter den Status eines politisch-intendierten Zieles, das die Regierung (z.B. via Steuergelder) fördert (vgl. McNutt 1999, S. 931). Die Nicht-Rivalität beschreibt hingegen, dass der individuelle Konsum keine Beeinträchtigung des Nutzenniveaus weiterer Nachfrager mit sich bringt, und somit keine oder nur unerhebliche Grenzkosten verursacht. Entsprechend entfallen Qualitätseinbußen auch bei mehrfacher Inanspruchnahme (vgl. Blankart 2011, S. 59; Fritsch 2014, S. 77f; Nowotny 1999, S. 37). Als klassische Beispiele reiner öffentlicher Güter gelten die Landesverteidigung und die innere Sicherheit (vgl. Brümmerhoff/Büttner 2015, S. 72; Nowotny 1999, S. 38).

¹²¹ Dies bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass sich der einzelne dem Konsum nicht entziehen kann (vgl. Nowotny 1999, S.36).

Neben reinen öffentlichen Gütern existieren unvollkommene öffentliche Güter, bei denen zwar das Prinzip der Nicht-Ausschließbarkeit gilt, aber die tatsächliche Möglichkeit zur Nutzung nicht für jeden einzelnen gleichermaßen gegeben ist. Gründe hierfür können eine bestimmte geographische Lage sein oder das Fehlen notwendiger Komplementärgüter. Praktisch gilt dies für die meisten Güter des öffentlichen Sektors, so dass unerwünschte Verteilungsergebnisse aufgrund dieser Unvollkommenheit entstehen (vgl. Nowotny 1999, S. 38f.).

Private Güter stellen den Gegenpol zu öffentlichen Gütern dar und zeichnen sich entsprechend durch Rivalität im Konsum und Ausschließbarkeit aus. Neben dem Ausschluss von Nutzern (meist über den Marktpreis) verringert sich das individuelle Nutzenniveau durch jeden weiteren Konsumenten (vgl. Blankart 2011, S. 58f.; Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 308f.; McNutt 1999, S. 927).

Aus dem Blickwinkel der Property-Rights-Theorie (siehe Kapitel 6.1.) können öffentliche gegenüber privaten Gütern auch über die Verfügungsrechte abgegrenzt werden. Rein private Verfügungsrechte befähigen den Besitzer dazu, andere Personen von ihrem Konsum auszuschließen, was per Definition bei öffentlichen Gütern nicht der Fall sein kann. Damit können öffentliche Güter alternativ als diejenigen Güter definiert werden, die dem Staat eindeutig zuzuordnen sind oder als „nicht-privat“ im Sinne unklarer Eigentums- und Nutzungsrechte deklariert werden. Rein rechtlich betrachtet beschreiben öffentliche Güter dadurch hybride Eigentumsrechte mit differentiellen und weitreichenden Nutzungsrechten, die weit über die von privaten Gütern oder dem Fall klarer Eigentumsverhältnisse hinausgehen (vgl. Jansen/Priddat 2007, S. 19f.). Werden alle relevanten Aspekte auf den Begriff des öffentlichen Gutes angewandt, so sind neben der rein ökonomischen Perspektive ebenso rechtliche als auch ethische Komponenten zu berücksichtigen (vgl. Jansen/Priddat 2007, S. 21).

Der Staat übernimmt nur dann Aufgaben und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge, wenn keine ausreichende Abdeckung bürgerlicher Bedürfnisse über Marktmechanismen möglich ist. Unter diesem Aspekt kann die Bezeichnung öffentliches Gut als Hinweis darauf verstanden werden, dass die darunter zusammengefassten Güter und Dienstleistungen staatlich bzw. kollektiv erbracht werden müssen, da der Markt bei ihrer Bereitstellung versagt. Unabhängig davon gilt weiterhin, dass öffentliche Güter im Allgemeinen zwar vom Staat angeboten, aber nicht selbst produziert werden müssen¹²² (vgl. Fritsch 2014, S. 77; Jansen/Priddat 2007, S. 19). Die Theorie des Marktversagens bezieht sich vergleichend auf Märkte mit einer rein privaten Angebotsstruktur. Über die Kräfte des Wettbewerbs wird ein Marktpreis erzeugt, der tendenziell

¹²² Jedoch bleibt in den Bereichen, wo eine spezifische und umfassende Kontrolle nötig ist oder politische Überlegungen die Oberhand haben, eine öffentliche Produktion unabdingbar (vgl. Nowotny 1999, S. 41).

den Grenzkosten¹²³ entspricht und eine pareto-effiziente Allokation¹²⁴ herbeiführt, so dass sich Marktkräfte ohne Staatseingriffe selbst regulieren¹²⁵. Dieser Mechanismus greift aufgrund des Merkmals der Nicht-Ausschließbarkeit jedoch nicht bei öffentlichen Gütern. Da keine Möglichkeit existiert, unerwünschte Nachfrager vom Konsum auszuschließen, würde von privaten Anbietern allein eine zu geringe Menge von dem benötigten Gut auf dem Markt bereitgestellt (vgl. Blankart 2011, S. 58; Fritsch 2014, S. 103; Varian 2011, S. 790). Marktversagen macht also die flächendeckende Bereitstellung öffentlicher Güter durch Private kaum bzw. unmöglich (oder ist aus anderen Gründen nicht erwünscht), so dass eine staatliche Bereitstellung öffentlicher Güter im Rahmen seiner Gewährleistung notwendig ist (vgl. Blankart 2011, S. 58; Mühlkamp 2007, S. 708; Nowotny 1999, S. 40).

Das Modell des Gewährleistungsstaates wirkt sich damit unmittelbar auf das Angebot öffentlicher Güter aus (vgl. Jansen/Priddat 2007, S. 35). Doch auch dieser Bereitstellungsweg kann negative Folgen haben und zu Marktversagen führen. Einerseits erschwert die fehlende Marktkoordination die Bestimmung der optimal bereitzustellenden Menge des öffentlichen Gutes. Zusätzlich fehlt aufgrund des Merkmals der Nicht-Ausschließbarkeit die Möglichkeit einer Preisbildung, was nur im Falle von Grenzkosten gleich Null unproblematisch bleibt. Im Normalfall entstehen jedoch bei der Bereitstellung öffentlicher Güter immer Produktionskosten¹²⁶ (vgl. Fritsch 2014, S. 103f.; Varian 2011, S. 60). Besonders kritisch ist das entstehende Trittbrettfahrerproblem zu beurteilen, was aus dem fehlendem Ausschlussprinzip resultiert. Rein ökonomischen Grundannahmen folgend strebt jedes rationale Individuum eine Nutzung des öffentlichen Gutes an, ohne aber diese auch nur teilweise zu finanzieren. Dies ist bei öffentlichen Gütern aufgrund der Nicht-Ausschließbarkeit möglich. Für den Einzelnen ist es also unter dem Aspekt der Eigennutzenmaximierung sinnvoll, eigene Präferenzen nicht zu offenbaren, um dann ohne eigene finanzielle Beteiligung als Trittbrettfahrer (*freerider*) auf dem Markt zu agieren. Die Offenbarung der wahren Zahlungsbereitschaft stellt keine individuell nutzenmaximierende Alternative dar, weil die Inanspruchnahme auch ohne eigene Zahlung möglich ist. Aus diesem Verhalten ergeben sich für das Individuum selbst erst einmal keine spürbaren Nachteile,

¹²³ Der Begriff der Grenzkosten beschreibt die Veränderung der zusätzlich entstehenden Kosten, die bei einer Variation der Outputmenge entsteht (infinitesimale Betrachtung) (vgl. Engelkamp/Sell 2013, S. 92).

¹²⁴ Pareto-effizient ist eine Allokation, wenn auf einem vollkommenen Markt Tauscheffizienz gleich der Produktionseffizienz ist. Dabei entspricht die pareto-effiziente Allokation dem Pareto-Optimum, welches auf den Ökonomen Vilfredo Pareto (1848-1913) zurückgeht. Das Konzept beschreibt den Zustand, in dem durch eine Änderung der Allokation kein Individuum mehr bessergestellt werden kann, ohne dass gleichzeitig ein anderes benachteiligt wird (vgl. Engelkamp/Sell 2013, S. 435, Nowotny 1999, S: 65).

¹²⁵ Entsprechend dieses Ansatzes kann man unter dem Begriff der privaten Güter diejenigen erfassen, die ohne staatliche Eingriffe zum gesellschaftlich erwünschten Ergebnis führen (vgl. Fritsch 2014, S. 77).

¹²⁶ Erschwerend kommt hinzu, dass der Marktpreis für die Nutzung öffentlicher Güter aus wohlfahrtsökonomischer Sicht Null betragen sollte (vgl. Varian 2011, S. 60).

da das Nutzenniveau derjenigen, die ihre Zahlungsbereitschaft kommunizieren, nicht höher ist als für denjenigen, der die Leistung ohne finanziellen Beitrag nutzt. Verstärkt wird dieser Anreiz dadurch, dass der eigene finanzielle Beitrag im Vergleich zum Kollektiv als sehr gering eingeschätzt wird. Logische Konsequenz für den Einzelnen ist damit das Agieren als Trittbrettfahrer. Jedoch befinden sich alle nach dieser Logik rational handelnden Individuen in der gleichen Position, so dass die große Anzahl individueller Freifahrer-Entscheidungen¹²⁷ zu Marktunvollkommenheiten führt. Entweder kann die entsprechende Leistung gar nicht oder nur auf sehr niedrigem Niveau bereitgestellt werden, so dass keine effiziente Allokation über den Markt gewährleistet ist. Letztendlich führt dies zu Marktversagen und das Marktangebot bricht im Extremfall ohne finanzielle Beteiligung vollkommen zusammen¹²⁸ (vgl. Brümmerhoff/Büttner 2015, S. 72; Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 309f.; Varian 2011, S. 61).

4.3 Gesundheit als Teil der Daseinsvorsorge

Die Daseinsvorsorge beschreibt eine bestimmte Art von Staatsaufgaben (vgl. Henneke 2009, S. 18). Im Vergleich zu anderen Märkten weist die Gesundheitswirtschaft Spezifika auf, die aus unterschiedlichen Gründen der staatlichen Regulierung bedürfen (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 183). Gesundheit liegt dabei nicht nur im individuellen Interesse, sondern ist auch für den Staat essenzieller Bestandteil seiner Funktion und Wohlfahrt, da jeder einzelne Bürger Aufgaben übernimmt, die zur Gesamtzufriedenheit der Gesellschaft führen. Daraus folgt ein staatliches Interesse, Gesundheit im Krankheitsfall schnellstmöglich wiederherzustellen, und den nicht gesunden Menschen in seine gesellschaftliche Verantwortung zurückzuführen. Aus Sicht eines sozial orientierten Staates entspricht dies den Normen und Maßstäben einer angemessenen Gesundheitspolitik¹²⁹ (vgl. Eisenmann 2009, S. 192). Somit erhalten Gesundheitsgüter nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch gesamtgesellschaftlich eine hohe Relevanz (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 55). Schon aus dieser Argumentation folgt, dass ein großer Teil der Gesundheitsgüter als Staatsaufgabe verstanden werden kann (vgl. Kickbusch 2005, S. 12).

Um Gesundheitsversorgung tatsächlich als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge zu definieren, ist zunächst zu prüfen, ob es sich bei Produkten und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft um öffentliche Güter handelt. Dabei werden sie häufig ohne weitere Analyse als grundlegende

¹²⁷ Im Extremfall äußert niemand seine Zahlungsbereitschaft (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 309).

¹²⁸ Nur bei einer großen Anzahl von Betroffenen kann das öffentliche Gut über Steuern zwangsfinanziert werden (vgl. Nowotny 1999, S. 41).

¹²⁹ Eine umfassende und sichere Gesundheitsversorgung, wird zumeist als zentraler Bestandteil des europäischen sozialen Modells verstanden (vgl. Kickbusch 2005, S. 12).

Komponenten der Daseinsvorsorge¹³⁰ angesehen, wodurch sie automatisch in den Bereich der staatlichen (Gewährleistungs-)Verantwortung fallen würden¹³¹ (vgl. von Bandemer et al. 2014, S. 283). Simon (2013, S. 103) sieht allein durch die Verankerung einer Sozialpflichtigkeit in der deutschen Verfassung die Verpflichtung des Staates zur Daseinsvorsorge im Gesundheitsbereich. Ebenso ist die kollektive, also politische Entscheidung über Art und Umfang der Versorgung mit öffentlichen Gütern von großer Relevanz. Damit wird die Kategorisierung öffentlicher Güter nicht nur von bestimmten Merkmalen, sondern auch politisch geprägt. Demzufolge ist Gesundheit ein öffentliches Gut, wenn sie als gesellschaftlich notwendig und erwünscht angesehen wird (vgl. Metze 1980, S. 183). Geht man allerdings stringent anhand der ausschlaggebenden ökonomischen Charakteristika öffentlicher Gütern vor (fehlende Rivalität im Konsum und Nicht-Ausschließbarkeit), können Gesundheitsleistungen nicht ganz so eindeutig eingeteilt werden. Über öffentliche Güter soll (und kann aufgrund des Kriteriums der Nicht-Ausschließbarkeit) prinzipiell kostenlos verfügt werden, was schon bei einer recht oberflächlichen Betrachtung von Gesundheitsgütern und den dazugehörigen Dienstleistungen so nicht gegeben ist (vgl. Metze 1980, S. 183). Allerdings können Gesundheitsleistungen in bestimmten Fällen Charakteristika öffentlicher Güter aufweisen. Impfungen und die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten schützen neben den direkten Anwendern auch diejenigen, die sich nicht impfen lassen oder sich einer Behandlung unterziehen, so dass hier Nicht-Ausschließbarkeit besteht (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 54).

Weiterhin spricht für eine Bewertung von Produkten und Dienstleistungen des Gesundheitssystems als öffentliche Güter ihr meritorischer Charakter, wodurch sie sich den Marktmechanismen entziehen (vgl. Georg 2007, S. 181). Das Gesundheitswesen kann aufgrund seiner zahlreichen Marktfehler als klassisches Beispiel für die Theorie des Marktversagens aufgeführt werden, da sich die Krankheitsversorgung nicht durch Marktmechanismen steuern lässt. Angebot und Nachfrage von Gütern der Gesundheitswirtschaft sowie das individuelle Gesundheitsverhalten sind zusätzlich von starken Verzerrungen betroffen, die den Ursprung einer ineffizienten Bereitstellung und Inanspruchnahme bilden (vgl. Jurack et al. 2012, S. 19). Würde man die Verteilung allein den Marktkräften überlassen, so wäre sie nicht ausreichend und würde einer gesellschaftspolitisch vertretbaren Gesundheitssicherung nicht dienen können. Ohne politische Eingriffe führt dieses Marktversagen zu überhöhten Ausgaben (vgl. Deppe 2002, S. 154;

¹³⁰ Die Absicherung von Krankheitsrisiken für alle Bürger wird als wesentlicher Teil moderner Gesellschaften angesehen (vgl. Knieps/Reiners 2015, S. 22).

¹³¹ Weisbrod-Frey und Steffen (2006, S. 70f.) bezeichnen das Gesundheitswesen sogar als „wesentlichen Baustein der Daseinsvorsorge“.

Knieps/Reiners 2015, S. 23; Offermanns 2011, S. 56). Ginge man von einem rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystem aus, würde zudem die Abstimmung gemeinsamer gesellschaftspolitischer Ziele entfallen, so dass eine dem Bedarf bzw. politisch intendierten Zielen entsprechende Gesundheitsversorgung gar nicht gegeben wäre (vgl. Ivansits 2007, S. 85). Zusätzlich würde ein rein marktorientiertes Gesundheitssystem zu individuellen oder gruppenbezogenen Ausschlüssen führen, was der staatlichen Versorgungsverantwortung widersprechen würde, so dass die Gesundheitssicherung letztendlich als staatliche Aufgabe identifiziert werden kann (vgl. Ivansits 2007, S. 86, Knieps/Reiners 2015, S. 23).

Ebenso kommt Kickbusch (2005, S. 13ff.) zu dem Schluss, dass Gesundheit selbst als öffentliches Gut betrachtet werden kann, auch wenn weiterhin öffentlich und gesellschaftlich darüber diskutiert wird, welcher Teil von Gesundheit tatsächlich öffentlich ist und welcher doch in den Bereich der individuellen, privaten Entscheidung fällt. Wie auch die bisherigen Ausführungen der Arbeit ergeben haben, bringt diese Verpflichtung keine rein staatliche Aufgabenübernahme mit sich. Im Rahmen des Konzepts vom Gewährleistungsstaat ist eine Abgabe an Dritte möglich, so lange eine ausreichende soziale Sicherung gesichert ist. Damit ist weder die Daseinsvorsorge im Allgemeinen als auch Gesundheitsfürsorge im Speziellen allein dem Staat vorbehalten. Dies entspricht wiederum dem Charakter eines öffentlichen Gutes und der Einteilung von Gesundheitsgütern dieser Arbeit (vgl. Fritsch 2014, S. 104; Weilert 2015, S. 115b).

Abschließend zeigt die Diskussion in vielen Punkten auf, dass es sich bei der Gesundheitsversorgung um ein öffentliches Gut handelt. Trotz der nur bedingt geltenden Nicht-Ausschließbarkeit sind Produkte und Dienstleistungen dieses Sektors als öffentliche Güter zu verstehen. Mit Rückgriff auf die Aufgabenteilung im Rahmen des Gewährleistungsstaates stellt die Versorgung mit Gesundheitsgütern dabei keine staatliche Kernaufgabe dar, die eine alleinige Verantwortung und Produktion des Staates bedeuten würden. Im Bereich der Gesundheitsversorgung können Vollzugs- und Finanzierungsverantwortung aus Gründen der Qualität, Effizienz, Effektivität und weiteren Vorteilen einer Aufgabenteilung abgegeben werden. Allerdings ist die Übernahme einer Gewährleistung durch den Staat zu jeder Zeit notwendig, um eine stabile Gesundheitsversorgung aller deutschen Bürger in angemessenem Umfang zu sichern.

5 Das deutsche Gesundheitssystem

5.1 Aufgaben und Aufbau des Gesundheitssystems in Deutschland

Gesundheitssysteme versprechen Sicherheit im existentiellen Notfall (vgl. Wendt 2008, S. 11). Ihre Hauptaufgabe ist die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (vgl. Wendt 2013, S. 204). Bezieht man diese allgemeinen Aussagen auf die Bundesrepublik, so besteht die wesentliche Aufgabe des deutschen Gesundheitssystems in der Förderung bzw. Erhaltung von Gesundheit und der Vorbeugung sowie Behandlung von Krankheiten. An der Erreichung dieses großen, gesellschaftlich organisierten Ziels sind verschiedenste Professionen als auch staatliche bzw. halbstaatliche Stellen beteiligt (vgl. Faltermaier/Wihofszky 2011, S. 236; Janßen et al. 2009, S. 151; Knieps/Reiners 2015, S. 35).

Im Gesundheitswesen geht es, wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch, um Produktion und Konsum, also den Gütertausch (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 43). Die Leistungen der Gesundheitsversorgung werden dabei von unterschiedlichsten Produzenten und Dienstleistern erbracht („Trägervielfalt“). Neben öffentlichen Trägern wie Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherungen übernehmen freigemeinnützige Träger (kirchliche Institutionen, Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Stiftungen) wichtige Teile der Gesundheitsversorgung¹³². Ein großer Anteil in der Krankenversorgung oder im Pflegebereich wird allerdings von privaten Trägern, also Unternehmen, Organisationen oder Einzelpersonen¹³³ übernommen, die ihre Dienste nicht als eine Art öffentlicher Auftrag verstehen, sondern diese aus erwerbswirtschaftlichen Gründen erbringen (vgl. Simon 2013, S. 137 f., siehe auch Kapitel 5.1.1.). Die Gesundheitswirtschaft wird dadurch auch ein tragender Faktor der deutschen Wirtschaft mit einem erheblichen Beitrag zu Wertschöpfung, Innovation und vor allem Beschäftigung. Das Wachstum der Branche entsteht insbesondere durch die steigende Anzahl älterer oder hilfebedürftiger Menschen sowie durch den Wertewandel, der Gesundheit weiter in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Interessen rückt. Dadurch und durch seine forschungsintensive Gestaltung entsteht eine starke Nachfrage nach Arbeitskräften im gesamten Gesundheitssektor, die sich auch in Zukunft weiter positiv auf die Gesamtbeschäftigung in Deutschland auswirken wird¹³⁴ (vgl. Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009, S. 13; Oberender/Zerth 2006, S. 922; von Bandemer et al. 2014, S. 270ff.). Trotz negativer Auswirkungen von Kostendämpfungsmaßnahmen bei der GKV erreicht der Gesundheitsmarkt selbst in wirtschaftlichen Krisenzeiten positive Wachstumsraten, was zur Stabilisierung des Gesamtwachstums Deutschlands beiträgt. Summiert man

¹³² Beispielsweise werden 30% der Krankenhäuser in Deutschland von Landkreisen und Gemeinden sowie auch von Bund und Ländern betrieben. 37% liegen in Hand freigemeinnütziger Träger. Der Rest (33%) sind private Krankenhäuser (vgl. Grünberg 2014, S. 190).

¹³³ Hauptsächlich handelt es sich dabei um niedergelassene Ärzte, Praxen weiterer Gesundheitsberufe, Pflegeheime und -dienste (vgl. Simon 2013, 138).

¹³⁴ Außerdem entsteht durch den Produktionsfaktor Arbeit Wertschöpfung, die zur Finanzierung des Gesundheitssystems beiträgt (vgl. Wein 2015, S. 43).

beispielsweise alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, weiterer Sozialversicherungsträger, öffentlicher Haushalte, Arbeitgeber und der privaten Haushalte, wurden im Jahr 2011 294 Mrd. Euro umgesetzt¹³⁵. Damit entstehen hohe Kosten an Aufwendungen durch das System einer umfassenden Gesundheitsversorgung¹³⁶ (vgl. BMWi 2015, S. 4ff., Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 65). Zusätzlich wird der Markt einer stetigen Veränderung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts unterworfen (vgl. BMWi 2015, S. 6). Aktuell macht die GKV über 50% der gesamten Gesundheitswirtschaft aus, allerdings agieren alle gesetzlichen Krankenkassen im Spannungsfeld politischer Kostendämpfungsmaßnahmen, so dass in diesem Beschäftigungsbereich kaum positive Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft zu erwarten sind. Steigerungsraten sind vor allem auf dem freien Gesundheitsmarkt als auch dem Markt für freiwillige Zuwahlleistungen zu beobachten (vgl. Oberender/Zerth 2009, S. 392f.). Unterschiedliche gesellschaftliche Trends beeinflussen das Gesundheitssystem und damit dessen Leistungen stark. Als besonders einflussreich gilt der oben bereits kurz angedeutete soziodemographische Wandel. Das steigende Lebensalter bringt eine längere und intensivere Inanspruchnahme der Leistungen gesetzlicher Krankenkassen mit sich¹³⁷. Hinzu kommt die epidemiologische¹³⁸ Transition, die eine Veränderung vorherrschender Krankheiten und Todesursachen beschreibt. Sie weist einen Wandel auf, der sich von früher vorherrschenden akut-medizinischen Eingriffen wegbewegt hin zu notwendigen langwierigen Behandlungsmaßnahmen (z.B. Infektionskrankheiten, Behandlung psychischer Erkrankungen). Hinzu kommt die steigende Anzahl chronischer Krankheiten, die aus lebensstilbedingten Risikofaktoren resultieren (z.B. Übergewicht, ungesunde Ernährungsweise). Außerdem steigt die Multimorbidität¹³⁹ weiterhin deutlich an. Diese Entwicklungen belasten die finanzielle Stabilität gesetzlicher Versicherungen, die durch Kopplung an den Faktor Arbeit ebenso von der wirtschaftlichen Konjunktur beeinflusst wird. Zusätzlich bringt auch der kontinuierliche technische Fortschritt ein Plus an Gesundheitsausgaben (vgl. Georg 2007, S. 182f.; Samwer 2009, S. 10ff.; Penter/Augurzky 2014, S. 27; Zentrale Ethikkommission 2007, S. 1)

¹³⁵ In 2013 entspricht das 11,0% des BIP (vgl. OECD 2015, S. 2). Das BMWi identifizierte für 2014 297 Mrd. Euro Bruttowertschöpfung des gesamten Wirtschaftszweiges, was seine wirtschaftspolitische Bedeutung weiter unterstreicht (vgl. BMWi 2015, S. 7; Simon 2013, S. 141).

¹³⁶ Dabei sind staatliche Gesundheitsausgaben auch gleichzeitig Umsatz (vgl. Simon 2013, S. 141).

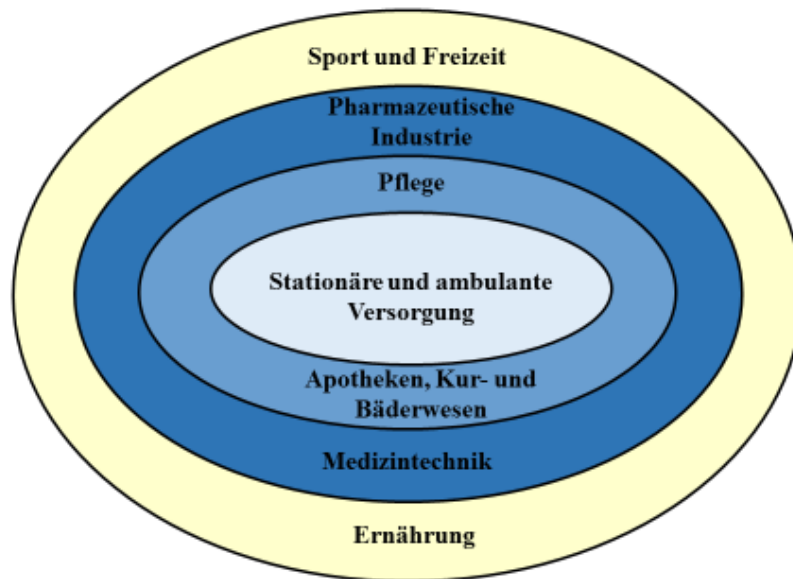
¹³⁷ Dies wird am Beispiel des öffentlichen Sektors deutlich: Mit einem durchschnittlichem Alter von 44,6 Jahren im öffentlichen Dienst zeigt sich an dieser Stelle der demographische Wandel Deutschlands deutlich (vgl. Altis/Koufen 2011, S. 1114).

¹³⁸ Epidemiologie beschreibt die positive als auch negative Verteilung von Gesundheitszuständen einer Gesellschaft und fokussiert dabei auch ihre Determinanten, die meist in Form von Risikofaktoren auftreten (vgl. Razum/Broska/Breckenkamp 2011, S. 145).

¹³⁹ Multimorbidität charakterisiert das parallele Vorhandensein mehrerer chronischer Krankheiten einer Person (vgl. Jurack et al. 2012, S. 25).

Um die Grundstruktur des Gesundheitssystems nachvollziehbar erläutern zu können, existieren mehrere Ansätze. Zum Beispiel kann sie anhand der Versorgungsstruktur oder Marktteilnehmer erläutert werden (vgl. Grünberg 2014, S. 175f.; Weisbrod-Frey/Steffen 2006, S. 71). Zumeist wird jedoch das so genannte „Zwiebelmodell“ genutzt, welches den Markt in innere und äußere Bereiche einteilt. Den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bilden die traditionellen Dienstleister des Gesundheitssystems der ambulanten und stationären Versorgung (Ärzte, Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen) mit ergänzenden Tätigkeiten von Apotheken und dem Kur- und Bäderwesen. Zum Vorleistungs- und Zuliefererbereich gehören Pharmazie, Medizin- und Biotechnik sowie Gesundheitshandwerk und -produktehandel. Im Randbereich der Gesundheitswirtschaft sind hauptsächlich Akteure zu finden, die mit Angeboten zu Fitness, gesunden Ernährungsweisen, Wellness und Gesundheitstourismus wirtschaftliche Ziele verfolgen. Rechtlich ist dieser Randbereich jedoch nicht dem Gesundheitswesen zuzurechnen (vgl. Georg 2007, S. 183; Grünberg 2014, S. 175, Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 3). Zusammenfassend beinhaltet das Gesundheitssystem also Prävention als auch Kuration, Pflege und Rehabilitation. Damit fallen letztlich alle Akteure, die in diesen Bereichen an Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit mitwirken, in den Wirkungsbereich des Gesundheitssystems, auch wenn sie diesem nicht rechtlich zuzuordnen sind (vgl. Grünberg 2014, S. 174). Das deutsche Gesundheitssystem zeigt damit eine starke kurative Orientierung auf, obwohl die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention stets auch von staatlicher Seite betont werden (vgl. von Bandemer et al. 2014, S. 274; Georg 2007, S. 182).

Abbildung 3: Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 6.

Grundsätzlich steht der Staat dabei über dem gesamten Gesundheitssystem inklusive aller Akteure. Deutschland weist dabei ein Mischsystem¹⁴⁰ auf. Es beinhaltet sowohl staatliches Angebot und dessen Steuerung aufgrund von Plänen und Regeln, als auch marktorientierte Komponenten, die über Menge, Preis und Qualität geregelt werden. Regulierung und Steuerung des Gesundheitswesens übernimmt der Staat jedoch immer als letzte und entscheidende Instanz, um ein bezahlbares, qualitativ hochwertiges sowie gerechtes Gesundheitssystem in Deutschland zu garantieren. Außerdem würden bei Dominanz ökonomischer Elemente Gesundheitsleistungen ohne Gewinnerzielungsmöglichkeit auf dem Markt nicht angeboten werden. Des Weiteren sollen über ein funktionierendes Gesundheitssystem negative volkswirtschaftliche Auswirkungen aufgefangen werden, die sich aus Krankheit ergeben, so dass ein wirtschaftspolitisches Interesse an einer gesunden Bevölkerung besteht (vgl. Bauer/Jenny 2015, S. 218 f.; Offermanns 2011, S. 39; Penter/Augurzky 2014, S. 8ff.; Simon 2013, S. 122ff.).

¹⁴⁰ Einem staatlich gesteuerten System liegen andere Ziele zugrunde als einem marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitsapparat. Ein rein privates Gesundheitssystem beruht auf ökonomischen Grundsätzen und weist ein Minimum an staatlicher Regulierung auf, etwa bei Verteilungsungerechtigkeit. Ein vollkommen staatliches System basiert auf weitreichende und tiefgreifende Staatseingriffe. Ein Mischsystem weist Komponenten beider Extreme auf (vgl. Offermanns 2011, S. 21; Penter/Augurzky 2014, S. 8).

Rund 77% der Gesundheitsausgaben werden von der öffentlichen Hand finanziert. Deutschland¹⁴¹ folgt damit den USA, den Niederlanden und der Schweiz mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitssystem (vgl. Georg 2007, S. 182; Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002; OECD 2015, S. 2; Kirschner 2006, S. 32). Den Großteil der Kosten des Gesundheitssystems übernehmen also die unterschiedlichen Akteure der Sozialversicherungszweige und die Pflege-, gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung. Weiterhin wird das Gesundheitssystem durch private Haushalte über Zuzahlungen oder individuelle Gesundheitsausgaben finanziell gestützt. Darüber hinaus wird ein Anteil durch die privaten Krankenversicherungen finanziert (vgl. Simon 2013, S. 132 ff.).

5.1.1 Beziehungsgefüge des Öffentlichen Gesundheitswesens

Wie bereits dargestellt wurde, übernimmt der Staat die Regulierungs- und Steuerungsfunktion des Gesundheitssystems, das heißt, er erlässt Rechtsvorschriften in diesem Bereich und übernimmt die Kontrolle auf dessen Einhaltung. Durch die politische Regulierung des Gesundheitswesens handeln alle Akteure in einem von der Regierung festgelegten gesetzlichen Rahmen. Im deutschen Gesundheitssystem beschränken sich Bundesregierung bzw. die jeweiligen Landesregierungen dabei auf die Rechtsaufsicht, so dass ihrerseits keine operativen Eingriffe in die Versorgungsleistungen erfolgen. Ihnen obliegt jedoch, Entscheidungen der Selbstverwaltung auf ihre rechtliche Zulässigkeit zu überprüfen. Das *Selbstverwaltungsprinzip* ermöglicht die Auslagerung öffentlicher Aufgaben¹⁴² an die Krankenkassen und deren Vertragspartner. Diese sind wie die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen selbst entweder Körperschaften des öffentlichen Rechts, oder Unternehmen privater Rechtsformen, denen zur Aufgabenerfüllung hoheitliche Befugnisse verliehen werden. Damit sind die Akteure im Gesundheitswesen zwar mit der Erbringung staatlicher Versorgungsleistungen betraut, gehören aber nicht direkt zum Regierungsapparat. Öffentliche Aufgaben können so vom Staat entkoppelt und in organisatorischer und finanzieller Unabhängigkeit durchgeführt werden (vgl. Grünberg 2014, S. 179ff.; Knieps/Reiners 2015, S. 20ff.). Damit entscheidet in der GKV also nicht die Regierung in Form von Verwaltungsakten über die inhaltliche Ausgestaltung der Versorgungsleistungen. Stattdessen sind die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung damit betraut, Vergütungen für Leistungserbringer, Struktur und Qualität der Versorgungsleistungen der GKV fest-

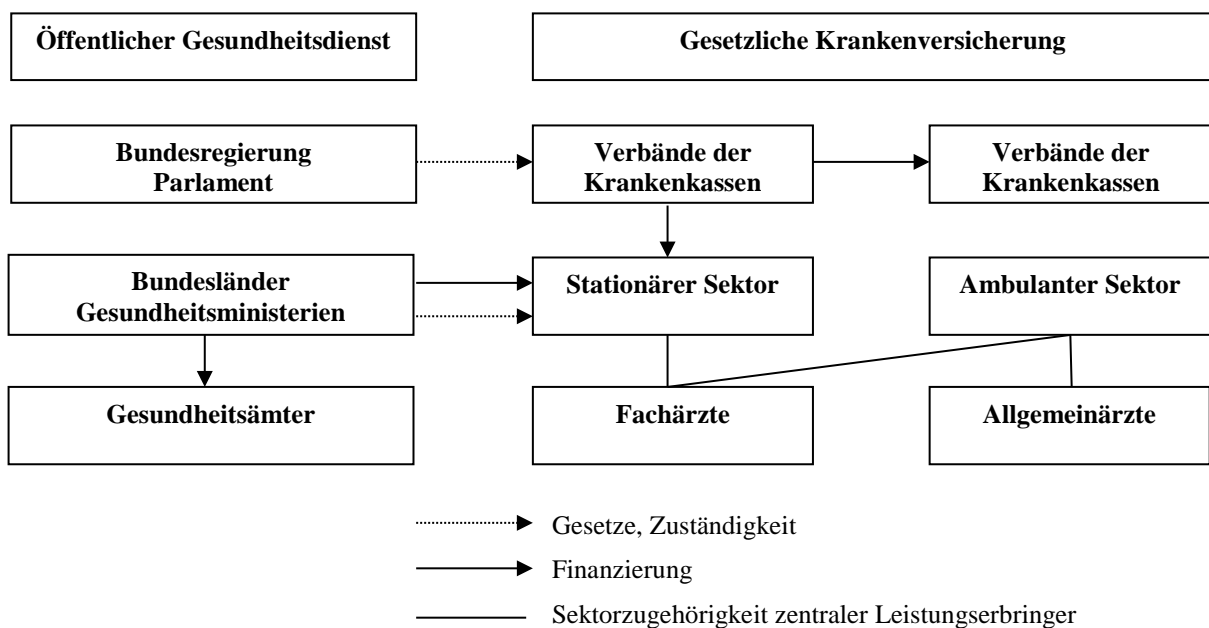
¹⁴¹ Die Gesundheitsausgaben liegen kaufkraftbereinigt über dem OECD-Durchschnitt (vgl. Greß/Maas/Wasem 2008, S. 6).

¹⁴² Ob es sich bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der GKV tatsächlich um die Erfüllung öffentlicher Aufgaben handelt, wird in Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

zulegen. Aus den korporatistischen Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern resultiert der hohe Regulierungsbedarf im deutschen Gesundheitssystem, der eine im internationalen Vergleich hohe Verrechtlichung mit sich bringt (vgl. Knieps/Reiners 2015, S. 20).

Inhaltliche Anforderungen an Leistungserbringer werden unter anderem im SGB V geregelt. In § 135a werden sie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet, die immer dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen müssen. Ebenso wird hier die Teilnahme an internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen geregelt¹⁴³. Ziel der beteiligten Akteure sollte es in diesem System immer sein, diejenigen Leistungen zu erbringen, die die Bürger tatsächlich benötigen, um eine Unterversorgung zu verhindern. Die Gesundheitswirtschaft unterliegt damit insgesamt mehr staatlichen Regeln und Kontrollen als viele weitere Wirtschaftszweige (vgl. BMWi 2015, S. 6; Offermanns 2011, S. 27). Das folgende Schaubild fasst die komplexen Beziehungsgefüge des deutschen Krankenversicherungssystems zusammen.

Abbildung 4: Beziehungsgefüge der GKV



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wendt 2013, S. 99

¹⁴³ Ausführliche Erläuterungen zum Thema Qualität siehe Kapitel 7.

5.1.2 Ergänzung durch die Privatwirtschaft im Bereich nicht erstattungsfähiger Leistungen

Durch Größe und Stabilität der Gesundheitswirtschaft können auf diesem Markt Gewinne generiert werden, was positive Anreize für gewinnmaximierende Unternehmen für einen Eintritt in den Gesundheitsmarkt mit sich bringt. Dabei erlangen private Anbieter im Bereich nicht-erstattungsfähiger Leistungen durch wachsende Konsumbereitschaft von Gesundheitsangeboten an wirtschaftspolitischer Bedeutung. Hierbei handelt es sich um profitorientierte Unternehmen wie private Versicherungen oder Pharmakonzerne. Das Bedürfnis nach Gesundheit und individueller Lebensqualität steigt an und entwickelt teilweise Trends, die Gesundheit als Statussymbol stilisieren (vgl. Henke 2010, S. 8ff.; Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 27; Grünberg 2014, S. 194). In diesem Randbereich entstehen zahlreiche neue Berufsbilder mit unterschiedlichsten Qualifikationssystemen, z.B. im Bereich der Ernährungsberatung, welche an dieser Stelle ergänzend erwähnt, jedoch nicht tiefergehend analysiert werden (vgl. Henke 2010, S. 11).

5.2 Das gesetzliche Krankenversicherungssystem in Deutschland

Das Krankenversicherungssystem Deutschlands wird von zwei Versicherungssäulen getragen. Die gesetzliche Krankenversicherung, die seit 2009 für den Großteil der Bevölkerung als Pflichtversicherung¹⁴⁴ fungiert, wird durch Leistungen der privaten Krankenversicherung (siehe Kapitel 5.3) ergänzt und unterstützt (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 125). Wie oben bereits erläutert gibt der Staat die Aufgabe der Gesundheitsversorgung an nachgelagerte Krankenkassen ab und etabliert so das deutsche korporative Versicherungssystem. Damit übernimmt vor allem die GKV eine zentrale Rolle für das deutsche Gesundheitssystem mit dem Ziel, eine angemessene Gesundheitsversorgung aller Bürger sicherzustellen. Seit den 1990ern umfasst sie auch die Pflegeversicherung (vgl. Grünberg 2014, S. 174; Samwer 2009, S. 2ff.). Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind in Deutschland die Krankenkassen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts agieren. Dadurch ist das deutsche Gesundheitswesen zwar ein staatsnaher Bereich, in Deutschland existiert aber kein unmittelbar staatliches Gesundheitswesen (vgl. Mosebach/Walter 2006, S. 14; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 145). Wichtiges Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Selbstverwaltung, die (mit Unterbrechung während des Nationalsozialismus) seit ihrer Begründung staatliche Aktivitäten auf die Rechtsauf-

¹⁴⁴ Dabei versichert die GKV ca. 90% der deutschen Bevölkerung (vgl. Glaeske 2015, S. 90).

sicht beschränkt. Die Aus- und Durchführung der Gesetze wird von jeder Krankenkasse individuell geregelt (vgl. Simon 2013, S. 117f.). Unter anderem werden Krankenkassen dadurch dem Wirtschaftlichkeitsgebot unterstellt, welches sich aus der Sozialgesetzgebung ableitet. Laut §§ 2 und 12 I SGB müssen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend und zweckmäßig sein, zusätzlich aber auch wirtschaftlich erbracht werden, ohne das notwendige Maß zu überschreiten. Auch die Aufgaben, die den Krankenkassen im Rahmen der Gesundheitsversorgung übertragen werden, sind im SGB geregelt. Gemäß § 11 SGB V müssen sie Leistungen gegenüber ihren Mitgliedern erbringen, die der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten dienen. Dabei wird explizit auch die Behandlung eingeschlossen, die notwendig ist, um Verschlimmerungen des Gesundheitszustandes einzudämmen. Des Weiteren sind explizit (Vorsorge-)Leistungen im Rahmen einer Schwangerschaft zu erbringen. Ebenso gehört Rehabilitation zum Aufgabenspektrum, insbesondere dann, wenn Pflegebedürftigkeit dadurch abgewendet oder zumindest gemindert werden kann. In § 44 wird außerdem die Zahlung des Krankengelds geregelt.

Finanziert wird die gesetzliche Krankenversicherung fast ausschließlich durch Versicherungsbeiträge, die von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gezahlt werden, und prozentual vom Arbeits-einkommen abzuleiten sind. Für Rentner werden die Beiträge zur Krankenversicherung vom Rentenversicherungsträger übernommen, für Arbeitslose übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die Beitragszahlung. Der Staat ist als Finanzierungsträger damit nur von geringer Bedeutung (vgl. Grünberg 2014, S. 175; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 131ff.). Durch diese Mitgliedschaft erwirbt der Versicherte einen Rechtsanspruch auf notwendige medizinische Versorgung. Unterschieden wird zwischen Regelleistungen, die jede Krankenkasse per Gesetz anbieten muss und Satzungsleistungen, die eine Krankenkasse als freiwillige Zusatzleistung anbietet (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 218). Grundsätzlich wird jeder mit Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses Mitglied der GKV. Über die Beitragszahlung werden auch Familienmitglieder abgesichert. Seit 1996 kann jeder Pflichtversicherte die Krankenkasse, bei der er versichert sein möchte, frei wählen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 125; Simon 2013, S. 113 f.).

Die lange Existenz des deutschen Krankenversicherungssystems zeichnet verschiedene politische als auch gesellschaftliche Trends nach, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

5.2.1 Entstehung und Entwicklungslinien der GKV

Bereits im Jahre 1883 entstand das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Beschluss über das Krankenversicherungsgesetz wurde die Versicherungspflicht zunächst

hauptsächlich für gewerbliche Arbeiter eingeführt und mit einer Einkommensobergrenze gedeckelt. Zu den Leistungen gehörten unter anderem die freie ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arzneimitteln sowie die Zahlung von Krankengeld bei Arbeitsausfall. Ziel des Versicherungssystems war nicht prioritär die Absicherung von Arbeitern, sondern die Unterdrückung revolutionärer Tendenzen, indem eine stärkere Bindung an den Staat gestaltet wurde. Da der Aufbau eines rein staatlich finanzierten Versicherungssystems aus Kostengründen nicht möglich war, wurden bereits damals existierende Hilfskassen zu einem Pflichtversicherungssystem ausgebaut (vgl. Simon 2013, S. 32f.; Wendt 2013, S. 90). Der anfänglich kleine Versichertenkreis wurde durch die kontinuierliche Aufnahme weiterer Berufsgruppen vergrößert, so dass sie zu Zeiten der Weimarer Republik¹⁴⁵ fast als Volksversicherung fungierte. In Zeiten des Nationalsozialismus wurde das System der Selbstverwaltung abgelöst und jüdische, sozialdemokratische und gewerkschaftlich engagierte Mitarbeiter durch NSDAP-Mitglieder ersetzt. Die Erweiterung des Versichertenkreises wurde allerdings auch in dieser Epoche weitergeführt wie beispielsweise 1941 durch die Versicherungspflicht von Rentnern (vgl. Simon 2013, S. 40f.; Wendt 2013, S. 91). Nach der Kapitulation der Wehrmacht wurden in der Bundesrepublik Deutschland 1951 die Selbstverwaltung wieder eingeführt und zahlreiche Erweiterungen des Versicherungssystems übernommen, z.B. wurde 1957 durch das Lohnfortzahlungsgesetz eine Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei Lohnfortzahlungen erreicht. Weiterhin orientiert sich die BRD¹⁴⁶ am Leitbild einer allgemeinen Staatsbürgerversicherung durch die Ausweitung der Versicherungspflicht unter anderem auf Landwirte und Angehörige (1972), Studenten (1975), Behinderte (1975) und Künstler (1981) (vgl. Simon 2013, S. 44 ff.; Wendt 2013, S. 91). Seit dem 01.01.2009 besteht nun eine generelle Versicherungspflicht für alle Arbeiter und Angestellte, deren Bruttoeinkommen¹⁴⁷ unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Bei höheren Verdiensten kann in Deutschland zwischen gesetzlicher und privater Krankenkasse gewählt werden. Der Verzicht auf eine Krankenversicherung ist damit nicht mehr möglich (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 126; Simon 2013, S. 117; Wendt 2013, S.91). Außerdem wurde der Leistungskatalog der GKV stetig erweitert oder aber aufgrund von Gesetzen zur Kostendämpfung seit 1977 wieder eingeschränkt (vgl. Simon 2013, S. 49 ff.).

¹⁴⁵ Artikel 161 der Weimarer Republik sieht die Ausgestaltung des Sozialversicherungssystems als Aufgabe des neuen demokratischen Staats an (vgl. Simon 2013, S. 37).

¹⁴⁶ In der DDR wurde ein zentralstaatliches Gesundheitssystem mit Betonung auf Prophylaxe, Prävention und Gesundheitserziehung etabliert. Die Leistungen der Sozialversicherung entwickelten sich ähnlich dem System der BRD. Nach der Wiedervereinigung wurde das Krankenversicherungssystem rechtlich und strukturell an die BRD angeglichen (vgl. Simon 2013, S. 56 ff.).

¹⁴⁷ 2017 liegt die Einkommensgrenze bei 57.600 Euro (vgl. PKV 2017).

Trotz einer über 130 Jahre langen Geschichte und drei tiefgreifenden Regimewechseln wurde die gesetzliche Krankenversicherung weder deinstitutionalisiert, noch ihre Grundprinzipien verändert (vgl. Wendt 2013, S. 91).

5.2.2 Prinzipien der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung ist an Grundprinzipien gebunden, um ihre Existenz sowie gesellschaftlich erwünschte Effekte abzusichern. Diese sind das Prinzip der Solidarität, Subsidiarität, Pluralität und die Selbstverwaltung. Grundsätzlich gilt für die gesetzliche Krankenversicherung zudem der Grundsatz der Beitragsstabilität gemäß §71 Absatz 1 SGB V. Dabei haben die Krankenkassen und Leistungserbringer in ihren Verträgen Vergütungen so zu gestalten, dass eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge ausgeschlossen werden kann, außer wenn ansonsten die notwendige medizinische Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann (vgl. Klusen 2009, S. 313; Oberender/Zerth 2006, S. 922). Zusätzlich soll über das Prinzip der Beitragsstabilität eine Steigerung der Lohnnebenkosten verhindert werden, die im Zweifel zur Gefährdung von Arbeitsplätzen führen könnte (vgl. Oberender/Zerth 2009, S. 398). Des Weiteren liegt der GKV ein Umlageverfahren zu Grunde. Im Rahmen des Generationenvertrags finanzieren gegenwärtige Beitragszahler die aktuellen Ausgaben der gleichzeitigen Rentengeneration und können dafür im Gegenzug auf die Zahlungen zukünftiger Generationen hoffen¹⁴⁸ (vgl. Oberender/Zerth 2009, S. 394). Die Struktur der GKV weist weiterhin folgende Merkmale auf und lässt sich dadurch von der privaten Krankenversicherung abgrenzen.

Solidarprinzip

Der Solidarcharakter innerhalb der Versichertengemeinschaft zeigt sich durch die Gewährung gegenseitiger Unterstützung, indem medizinisch notwendige Leistungen von allen Beitragszahlern gemeinsam erbracht werden. Hierfür zahlt jedes Mitglied Beiträge, die sich ausschließlich an der individuellen Leistungskraft orientieren¹⁴⁹. Dadurch entstehen ein sozialer Ausgleich zwischen Besserverdienenden und sozial schwächeren Mitgliedern, ein Risikoausgleich zwischen kranken und gesunden Versicherten, ein Generationenausgleich zwischen Jung und Alt sowie ein Ausgleich zwischen kinderreichen und kinderlosen Familien. Dabei kann sich kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung dem Solidarprinzip entziehen, so dass es sich

¹⁴⁸ Das Prinzip der intergenerationellen Solidarität wird durch den doppelten Alterungsprozess gefährdet, der sich aus dem steigenden Lebensalter und geringerer Fertilität ergibt (vgl. Fetzer/Moog/Raffelhüschchen 2002, S. 279; Wasem 2002, S. 292).

¹⁴⁹ In der privaten Krankenversicherung entgegen gilt das Äquivalenzprinzip (vgl. Simon 2013, S. 105).

um eine „Zwangsgemeinschaft“ handelt (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 130; Simon 2013, S. 104).

Subsidiaritätsprinzip

Das Subsidiaritätsprinzip ergänzt das Solidarprinzip, indem es finanzielle Belastungen, die der Einzelne oder eine kleinere Solidargemeinschaft tragen könnte, dort auch regulieren lässt und nur bei Ausfall die höhere Instanz einspringen lässt (vgl. Simon 2013, S. 107).

Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) fungiert als Mechanismus zum Ausgleich unterschiedlicher Versichertenstrukturen zwischen den Kassen der GKV. Mit ihm sollen zwei Ziele erreicht werden: Einerseits sollen über den RSA Risikoselektionsinteressen ausgeschaltet werden, andererseits dient er dem Sozialausgleich. Durch ihn werden negative Folgen des politisch intendierten Wettbewerbs verhindert, so dass der GKV weiterhin eine sozialkompensatorische Funktion zugeordnet werden kann (vgl. Niehoff 2008, S. 187 f.). Dadurch bietet der RSA den Krankenkassen einen Anreiz, sich über die Themen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu positionieren anstatt die eigene Marktposition über Risikoselektion zu sichern¹⁵⁰ (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 53).

Bedarfsdeckungsprinzip

Das Bedarfsdeckungsprinzip garantiert jedem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, dass im Krankheitsfall die gewählte Krankenkasse und involvierte Leistungserbringer „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben“ (§ 70 I SGB V). Daraus leitet sich ein Rechtsanspruch auf alle notwendigen therapeutischen und kurativen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit ab, unabhängig von der Höhe bereits geleisteter Beiträge (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 129; Simon 2013, S. 109).

Sachleistungsprinzip

Das Sachleistungsprinzip regelt, dass im Normalfall keine Gelder an das Mitglied direkt ausbezahlt werden, sondern die medizinische Versorgung in Form von Sachleistungen gewährt wird. Krankenkassen rechnen direkt mit Leistungserbringern ab, so dass keine finanzielle Beziehung zwischen Arzt und Patient besteht (vgl. Simon 2013, S. 111). Hierfür werden Verträge

¹⁵⁰ Ohne den RSA würden die Krankenkassen nur relativ gesunde Bürger versichern wollen, um sich über niedrige Beitragssätze im Wettbewerb durchzusetzen. Damit wird durch den steigenden Anteil von Wettbewerbselementen nicht weniger Regulierung nötig, sondern nur eine andere Form dieser umgesetzt (vgl. Knieps/Reiners 2015, S. 35).

zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern im Rahmen des SGB V geschlossen (vgl. Samwer 2009, S. 8).

5.2.3 Reformen der GKV

Im Laufe der historischen Entwicklung der GKV wurde sie gegebenen gesellschaftspolitischen Umständen¹⁵¹ immer wieder angepasst. Dies geschieht seit Mitte der 1970er Jahre durch unterschiedlichste Reformansätze. Die Entwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung wird dabei von konjunkturellen Zyklen beeinflusst. Neben dem medizinischen Fortschritt, der zu einer Erweiterung des GKV-Leistungskatalogs führt, folgen wiederholend Phasen der Kostendämpfung, um die starke finanzielle Belastung der Krankenkassen zu senken. Dazu gehören beispielsweise die Ausgliederung von Leistungen oder Zuzahlungen zu Behandlungskosten (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 43). Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Kostendiskussion stehen dabei einerseits die Ausgaben für das Gesundheitssystem, andererseits die Höhe der Beiträge (vgl. Henke 1993, S. 107). Ursprünglich wurden Reformen für notwendige Verbesserungen der Versorgungsstrukturen und für eine effektivere Zusammenarbeit auf dem Gesundheitssektor erarbeitet, führten jedoch teilweise zu undifferenzierten Leistungsrationierungen (vgl. Samwer 2009, S. 14). Einer Reform können unterschiedliche Ursprünge zugrunde liegen wie beispielsweise die Kontrolle der Lohnnebenkosten. Die politische Führung entscheidet durch die Art der Reform, welche Ziele angesteuert werden sollen (vgl. Henke 1993, S. 110). Der Standpunkt der jeweiligen Regierung bzw. Opposition bezüglich der Ausgestaltung von Gesundheitsreformen ist entscheidend für inhaltliche Anpassungen der GKV. Reformen sind dann Mittelpunkt politischen Kalküls. Aus wahltaktischen Gründen greift die Opposition Reformen an. Folge kann eine abgeschwächte Reformumsetzung durch die Regierung sein, um eigene Wahlchancen nicht zu verringern (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S.24). Reformen wirken sich zusätzlich auf das Vertrauen der Bürger aus. Dabei führen vor allem komplexe, schwer nachvollziehbare Strukturen zu Skepsis, Misstrauen und letztlich zum Vertrauensverlust (vgl. Grünberg 2014, S. 196). In der Zeit des aktiven Staates wurde die Gesundheitsversorgung im Rahmen der allgemeinen Ausweitung staatlicher Aktivitäten¹⁵² gestärkt. Beispielsweise wurde im Jahr 1969 die gesetzliche Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten im Krankheitsfall beschlossen. Dazu kam 1975 die Aufnahme Behinderter

¹⁵¹ Richtungsweisend bei den verschiedenen Reformen sind die in Kapitel 4 beschriebenen verwaltungspolitischen Leitbilder durch ihre unterschiedlichen Politikimplikationen. Im Folgenden werden deshalb die Reformansätze den entsprechenden Leitbildern zugeordnet.

¹⁵² Die Ausgaben des Sozialstaats verdoppelten sich in der Zeit zwischen 1970 und 1975 (vgl. Knieps/Reiners 2015, S. 78).

und Studierender in die Pflichtversicherung der GKV. Des Weiteren fallen das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27.7.1969 und das 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz in die Zeit des aktiven Staates (vgl. Knieps/Reiners 2015, S. 77f.). Jedoch führte die sich immer stärker abzeichnende Überforderung des Staates zu einer Intensivierung von Reformdiskussionen bezüglich der Gesundheitsversorgung in den 70er Jahren. Nach Phasen der Leistungsausweitung wurden damit erstmalig nach dem 2. Weltkrieg Kostendämpfungsgesetze in den Jahren 1977 (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz) und 1981 (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz sowie Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) verabschiedet (vgl. Samwer 2009, S. 14). Diese Reformen stehen im Einklang mit den Zielen des schlanken Staates, der betriebswirtschaftliche Kennzahlen in den Vordergrund stellt und in diesem Zusammenhang Ziele der Kostensenkung verfolgt. Dieser Trend setzte sich mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 fort (vgl. Sauerland 2001, S. 219; Samwer 2009, S. 15). Mit Beginn der 1990er Jahre wurden erstmalig strukturelle Reformen eingeführt (vgl. Samwer 2009, S. 14). 1993 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz verabschiedet. Die wichtigsten daraus resultierenden Veränderungen sind sektorale Budgetierungen und tiefgreifende Reformen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Simon 2013, S. 68). Beispielsweise wurden die Ausgaben für ambulante und stationäre Versorgung sowie Heil- und Hilfsmittel budgetiert und die Zuzahlungen zu Medikamenten erhöht (vgl. Grünberg 2014, S. 197; Sauerland 2001, S. 219). Gleichzeitig wurde die Einführung des Wettbewerbs¹⁵³ zwischen den Krankenkassen ab dem 01.01.1996 beschlossen und am 01.01.1994 der RSA zur Verhinderung einer starken Auseinanderentwicklung der Beiträge eingeführt. Mit Einführung des Wettbewerbs konnten Bürger zwischen allen Krankenkassen frei wählen. Außerdem wurde das Ziel der Qualitätssicherung im SGB V gesetzlich verankert¹⁵⁴, um das in § 4 Absatz 4 SGB V geregelte Gebot der Wirtschaftlichkeit mit Qualitätsstandards für Gesundheitsleistungen rechtlich gleichzustellen. Dabei erwiesen sich Anreize der Qualitätssicherung aufgrund fehlender Sanktionsmechanismen als relativ schwach und damit funktionslos (vgl. Grünberg 2014, S. 183ff.; Sauerland 2001, S. 219). 1997 folgten zwei Gesetze zur Neuordnung der GKV, die sich inhaltlich mit der Stabilisierung der Beitragssätze und weiteren Zuzahlungserhöhungen beschäftigten (vgl. Grünberg 2014, S. 198). Mit dem Regierungswechsel 1998, der auch den Wandel vom Leitbild des schlanken Staates hin zum Gewährleistungs-

¹⁵³ Hier zeigt sich weiterhin klar der Einfluss des aktuellen verwaltungspolitischen Leitbilds anhand der Umsetzung von Wettbewerbselementen (vgl. Kapitel 4.1).

¹⁵⁴ § 135a SGB V ist der Gesetzestext zur Verpflichtung zur Qualitätssicherung und fordert im ersten Absatz, dass Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden (Stand: 17.12.2014).

staat initiierte, wurden bereits im Dezember desselben Jahres das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz verabschiedet und viele vorher gestrichene Leistungen wieder in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Um trotzdem finanzielle Ziele erreichen zu können, wurden vorhandene Budgets neu aufgeteilt (vgl. Grünberg 2014, S. 198).

Auch die folgenden Reformansätze bilden das aktuelle Leitbild mit seinen Facetten ab, vor allem durch den Einbezug privater Akteure, die durch neue gesellschaftliche Arrangements als Problemlöser auftreten. Das Gesundheitsreformgesetz im Jahre 2000 führte zu einem tiefgreifenden Paradigmenwechsel im Krankenversicherungssystem. Hauptziele sind die garantierte Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung im Gesundheitssektor sowie das Aufbrechen fragmentierter Versorgungsstrukturen, indem Krankenkassen in ihren Verträgen mit Leistungserbringern mehr Freiheiten zugestanden wurden. Dadurch wurden die integrierte Versorgung und die Stellung des Hausarztes nachhaltig gestärkt. Außerdem wurden durch eine Vergütungsreform Wettbewerbselemente im Bereich der stationären Versorgung eingeführt. Auch Wettbewerbsanreize durch die Kassenwahlfreiheit wurden weiter gestärkt (vgl. Grünberg 2014, S. 199; Samwer 2009, S. 16f.). Das 2001 verabschiedete *Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung* sollte die identifizierten Schwächen des Risikostrukturausgleichs lösen, indem chronische Krankheiten in seine Berechnungen aufgenommen werden (vgl. Samwer 2009, S. 18). Weitere teilweise auch grundlegende Veränderungen des Krankenversicherungssystems wurden durch das GKV-Modernisierungsgesetz durchgesetzt, welches als Reform der Ausgabenseite gilt. Viele Leistungsstreichungen und Zuzahlungen wurden hierüber durchgesetzt und auch die Praxisgebühr zum 01.01.2004 eingeführt¹⁵⁵ (vgl. Grünberg 2014, S. 201). Weiter überarbeitet wurden auch die Möglichkeiten individueller Vertragsabschlüsse der Krankenkassen und Leistungsanbieter. Obwohl dies bereits mit der Reform im Jahr 2000 verabschiedet wurde, war eine praktische Relevanz nicht vorhanden (vgl. Samwer 2009, S. 17). Eine weitere große strukturelle Reform auf Einnahmen- und Ausgabenseite fand durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung statt. Mit Wirkung zum 01.04.2007 sind weite Teile des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes in Kraft getreten. Hierüber sollte die Versorgungsqualität durch Veröffentlichungspflichten gestärkt werden. Außerdem wurde die Einnahme von Versicherungsbeiträgen grundlegend reformiert. Während bis Ende 2008 die Krankenkassen ihre Beitragssätze im vorgegebenen Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen autark festlegten und ihnen die Beiträge der Mitglieder direkt zuflossen, wurde mit Wirkung zum 01.01.2009 erstmalig ein bundeseinheitlicher Beitragssatz in

¹⁵⁵ Die Praxisgebühr ist lange umstritten gewesen. Mit Wirkung zum 01.01.2013 wurde sie letztendlich ersatzlos gestrichen (vgl. Bundesregierung 2012)

Höhe von 15,5% im Rahmen des Risikostrukturausgleichs festgelegt. Die Beitragseinnahmen aller Krankenkassen sowie ein steuerfinanzierter Zuschuss¹⁵⁶ des Bundes gingen erst an den eingerichteten Gesundheitsfonds¹⁵⁷, von wo sie weiter an die Krankenkassen verteilt wurden. Dadurch sollten die Zahlungen des Risikostrukturausgleichs ersetzt werden. Wenn eine Krankenkasse mit dem zugewiesenen Beitrag keine Kostendeckung erreicht hat, konnte ein kassenindividueller Zusatzbeitrag erhoben werden, der allerdings mit einem Sonderkündigungsrecht für versicherte Mitglieder einherging. Im gleichen Zug wurden die Landes- und Bundesverbände durch den Spitzenverband *Bund der Krankenkassen* abgelöst. Dazu wurde mit Wirkung zum 01.01.2009 die allgemeine Versicherungspflicht eingeführt, ein neues ärztliches Honorarsystem etabliert und der Wechsel in die private Krankenversicherung erschwert (vgl. Grünberg 2014, S. 183ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 134; Samwer 2009, S. 18).

Am 01.01.2011 trat das GKV-Finanzierungsgesetz in Kraft, mit welchem die Krankenkassen durch veränderte Finanzierungswege entlastet werden sollen. Am grundsätzlichen Modell des Gesundheitsfonds wurde festgehalten und der Beitrag nach einer Senkung wieder um 0,6% auf 15,5% erhöht. Der Arbeitgeberanteil an Versicherungsbeiträgen wurde dabei auf 7,3% festgesetzt, so dass Zusatzbeiträge nur noch pauschal erhoben werden können. Mit diesem Schritt wurde das traditionell paritätische Finanzierungssystem abgelöst. Gleichzeitig wurde der Wechsel in die private Krankenversicherung, welcher durch die vorherige Reform erschwert wurde, wieder vereinfacht (vgl. Grünberg 2014, S. 205; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 136f.). Nach dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz*) vom 22.12.2011, das vor allem Änderungen des SGB V beinhaltet, folgte der Bundestag im Juni 2014 mit dem Beschluss des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-FQWG*). Im Mittelpunkt dieses Gesetzes stehen die Bereiche Wettbewerbsförderung und Qualitätssicherung. Dabei soll durch weitere Steigerung und gerechtere Ausgestaltung des Wettbewerbs jeder Akteur des Gesundheitswesens zu effizienterem Wirtschaften animiert werden, und so gleichzeitig eine Steigerung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen erreicht werden. Zusätzlich werden interne als auch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen gesetzlich verpflichtend. Dabei unterliegt das interne Qualitätsmanagement der unternehmerischen Eigenverantwortung, jedoch werden gesetzliche und akteursspezifische Vorgaben bzw.

¹⁵⁶ Hiermit werden die Beiträge mitversicherter Kinder abgegolten (vgl. Samwer 2009, S. 7).

¹⁵⁷ Der Gesundheitsfonds wird gemäß §271 I SGB V vom Bundesversicherungsamt verwaltet.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss¹⁵⁸ zu Grunde gelegt. Außerdem wird der Beitragssatz zur GKV auf 14,6% gesenkt, so dass die Krankenversicherung wieder paritätisch von Angestelltem und Arbeitnehmer finanziert wird und der Sonderbeitrag in Höhe von 0,9% auf Arbeitnehmerseite entfällt (vgl. BMJV 2011, S. 2983ff.; BMJV 2014, S. 1137f.; Marschner et al. 2015, S. 5). Durch die Reformen der letzten 19 Jahre wurden mehrere neue Lösungsansätze eingeführt, weiterentwickelt oder verworfen, in denen die staatliche Gewährleistung um gesellschaftlich erbrachte Leistungen ergänzt und kombiniert wurde. Weiterhin wurden Effizienzziele und Wettbewerbsanteile im Gesundheitssystem gestärkt, welche dem Leitbild des schlanken Staats entspringen, aber auch im Gewährleistungsstaat weiterhin gelten.

In der Vielzahl der Reformen inklusive Nachbesserungen, Rücknahmen und politischen Zielverfolgungen ist klar zu erkennen, dass neben dem Solidarprinzip auch wettbewerbliche Elemente im Krankenversicherungssystem etabliert werden sollen. Die GKV ist gegenwärtig jedoch weit von einer Marktsteuerung entfernt und agiert zwischen Wettbewerbselementen als auch korporatistischen Steuerungsanteilen. Der Spagat zwischen beiden Seiten scheint bis jetzt (noch) nicht zufriedenstellend gemanagt worden sein¹⁵⁹ (vgl. Gerlinger 2002, S. 142; Samwer 2009, S. 18).

Tabelle 5: Überblick über die wichtigsten Reformschritte der gesetzlichen Krankenversicherung

Jahr	Reform	Inhalte
1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz	Kostendämpfung
1981	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz	Kostendämpfung
1981	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	Kostendämpfung
1989	Gesundheitsreformgesetz	Kostendämpfung
1993	Gesundheitsstrukturgesetz	Budgetierungen, Zuzahlungen Krankenkassenwahlfreiheit Risikostrukturausgleich
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz	Stabilisierung der Beitragssätze
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz	Erhöhungen von Zuzahlungen
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	Neue Budgetverteilungen

¹⁵⁸ Weitere Informationen über den Gemeinsamen Bundesausschuss siehe Kapitel 7.4.

¹⁵⁹ Oder wie es Candidus (2009, S. 232) beschreibt: „Zusammengefasst werden durch die halbherzigen, wenig qualifizierten und immer wieder einseitig beeinflussten Gesundheitsreformen keine Probleme beseitigt oder Lösungen erreicht.“

		Wiederaufnahme vorheriger Leistungen
2000	Gesundheitsreformgesetz	Stärkung Wirtschaftlichkeit in der Leistungserstellung Stärkung integrierter Versorgungsstrukturen
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung	Aufnahme chronischer Krankheiten in Berechnung
2004	GKV-Modernisierungsgesetz	Leistungsstreichungen, Zuzahlungen Einführung Praxisgebühr
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	Einheitlicher Beitragssatz Einführung Gesundheitsfonds Allgemeine Versicherungspflicht
2011	GKV-Finanzierungsgesetz	Festsetzung Arbeitgeber-Anteil
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz	Strukturelle Veränderungen des GBA
2015	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung	Steigerung eines gerechteren Wettbewerbs zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens, Ausbau interne und externe Qualitätssicherung

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Die private Krankenversicherung: Aufgaben, Ziele und Unterschied zur GKV

Private Krankenversicherungen (PKV) sind die zweite Säule des deutschen Krankenversicherungssystems und als Kapitalgesellschaften oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisiert. Grundsätzlich übernehmen private Versicherungsgesellschaften die gleichen Aufgaben wie die GKV. Ihre Versicherungsleistungen basieren auf Marktmechanismen, allerdings werden internationale PKV z.B. durch Akkreditierungen rechtlich reguliert, so dass letztlich ein gemischtes System aus staatlichen und marktorientierten Anteilen entsteht. Ebenso wie die GKV bieten sie dabei ihren Kunden eine Vollversicherung¹⁶⁰ an, deren Umfang und Leistung mindestens identisch sind mit der gesetzlichen Absicherung. In den meisten Fällen kann die

¹⁶⁰ Allerdings kann das Versicherungsverhältnis auch auf Teil- oder Zusatzversicherungen beschränkt sein (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 28).

PKV einen umfangreicheren Leistungskatalog vorweisen. Dabei hat der Bürger jedoch nur unter bestimmten Bedingungen das Recht, sich privat zu versichern. Er muss entweder selbstständig tätig sein, beihilfeberechtigt sein oder ein Arbeitseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze erhalten. Eine Aufnahme in die Privatversicherung ist damit jedoch noch nicht garantiert, denn anders als bei den Krankenkassen besteht kein Kontrahierungszwang in der PKV. Neben dem Prinzip der Vertragsfreiheit ist die Mitgliedschaft bzw. die Aufnahme von Versicherten damit durchgängig freiwillig (vgl. Grünberg 2014, S. 194 f.; Niehoff 2008, S. 189 f.; Penter/Augurzky 2014, S. 28; Pfaff 2006, S. 59ff.). Es existieren zudem weitere Prinzipien, die die private Versicherung von der GKV unterscheiden. Der Versicherungsbeitrag der PKV errechnet sich nicht als prozentualer Anteil des Einkommens, sondern richtet sich nach Alter, Geschlecht, Beruf und dem individuell abgefragten Gesundheitszustand (vgl. Grünberg 2014, S. 194). Diese Beitragskalkulation ist durch §12 des Versicherungsaufsichtsrechts¹⁶¹ geregelt (vgl. Niehoff 2008, S. 190). Gemäß dem Kapitaldeckungsverfahren entrichtet der Versicherte in den ersten Versicherungsjahren höhere Prämien als für die Abdeckung seines Risikos benötigt wird, um eine Altersrückstellung zu bilden. Preissteigerungen sowie Ergebnisse des technischen Fortschritts werden durch Prämienanstiege während des Versicherungszeitraumes aufgefangen. Das bedeutet, dass die Beiträge der PKV risikobezogen sind und kein sozialer Ausgleich wie in der GKV existiert (vgl. Pfaff 2006, S. 60). Zudem werden Tätigkeiten der Leistungserbringer von der PKV höher vergütet als von der GKV und nicht budgetiert, so dass auch Mehrleistungen des Anbieters vollständig erstattet werden können (vgl. Penter/Augurzky 2014, S.164). Zusätzlich werden dem Versicherten Leistungsansprüche garantiert, die sich aus dem privatrechtlich geregelten Vertrag zwischen beiden Parteien ergeben. Der Antragsteller ist im Gegenzug bei Vertragsschluss dazu verpflichtet, alle relevanten Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes und -verhaltens aufzudecken, um eine risikoadäquate Berechnung des Beitrags zu ermöglichen. Eine Täuschung bzw. das Verschweigen von Informationen kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen (vgl. Niehoff 2008, S. 190 f.). Private Krankenversicherungen arbeiten im Unterschied zur GKV außerdem nach dem Prinzip der Kostenerstattung, so dass der Versicherte zuerst in Vorkasse gegenüber dem Leistungserbringer geht, um dann die Rechnung selbst bei der privaten Krankenversicherung einzureichen (vgl. Grünberg 2014, S. 194).

¹⁶¹ Hier werden unter anderem die Altersrückstellung, versicherungsmathematische Prämienkalkulation unter Berücksichtigung von Wahrscheinlichkeitstabellen und das Kündigungsrecht geregelt (vgl. §12 VAG).

5.4 Kritik am deutschen Gesundheitssystem und der GKV

Lange Zeit wurde das Gesundheitswesen nicht als Wachstumstreiber, sondern als großer Kostenfaktor verstanden, der aufgrund der paritätischen Finanzierung die deutsche Wirtschaftskraft im internationalen Vergleich schwächt. Die Entwicklung, die Gesundheitswirtschaft als relevanten Wirtschaftsfaktor zu betrachten und Ausgaben der Gesundheit als Investition in Humankapital anstatt verlorener Konsumausgaben zu bewerten, wurde durch das Gutachten „Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ im Jahr 1996 eingeleitet (vgl. Ebel 2009, S. 208; Henke 2009, S. 8; siehe hierzu auch Kapitel 3.1.). Jedoch blieb die Wirkung des Gutachtens trotz dieser positiven Einschätzung aus, denn große Teile des Gesundheitsmarktes (hauptsächlich aus dem Bereich der GKV) agieren weiterhin zwischen politisch-intendierten Kostendämpfungsmaßnahmen einerseits und der Rolle als tragende Wirtschaftskraft¹⁶² auf der anderen Seite (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 2). Gesundheitsleistungen unterliegen immer stärker betriebswirtschaftlichen Aspekten und damit ökonomischen Ressourcenrestriktionen, obwohl sie einem stark medizinisch und ordnungspolitischen Umfeld entspringen sind¹⁶³ (vgl. Ebel 2009, S. 208; Schneider/Karmann/Braeseke 2014, S. 125). Um entstandene Budgetdefizite auszugleichen, wurden beispielsweise auf kommunaler und regionaler Ebene viele Krankenhäuser privatisiert. Öffentliche Träger konnten den Betrieb eigener Krankenhäuser finanziell nicht mehr aufrechterhalten und sahen sich zum Verkauf gezwungen, wodurch die Anzahl allgemeiner privater Krankenhäuser in den letzten Jahren gestiegen ist¹⁶⁴. Letztendlich haben Privatisierungserlöse jedoch immer nur kurzfristige und vor allem einmalige Wirkung gezeigt, so dass Privatisierungen nicht als alleiniger Problemlöser funktionieren können (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 55; Mühlenkamp 2006, S. 390; Schulten 2007, S. 36). Trotz wachsender ökonomischer Zwänge sollten nicht allein Kostensenkungsziele im Mittelpunkt betriebswirtschaftlicher Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitswirtschaft stehen, der Einfluss medizinisch-ethischer Grundlagen sollte Bestand halten und letztlich entscheidend wirken (vgl. BMWi 2015, S. 6).

¹⁶² Ihr Produktivitätszuwachs war im Zeitraum 2002-2010 doppelt so hoch wie der der Gesamtwirtschaft (vgl. Schneider/Karmann/Braeseke 2014, S. 125).

¹⁶³ Dabei ist grundsätzlich wirtschaftliches Handeln mit vorhandenen Ressourcen in der Medizin stets geboten, und für Ärzte und Krankenhäuser sogar verpflichtend. Da Gesundheitsdienstleistungen aus begrenzten solidarischen Mitteln finanziert werden, ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit finanziellen Ressourcen notwendig. Auch ein primär gewinnorientiertes Verhalten sollte nicht an sich als unethisch angesehen werden, da erwirtschaftete Gewinne für Investitionen eingesetzt werden können ohne öffentliche Kassen zu belasten (vgl. Zentrale Ethikkommission 2013, S. 1753f.).

¹⁶⁴ 1991 lag der Anteil privater Krankenhäuser noch bei 14,8%. Im Jahr 2015 ist bereits jedes dritte Krankenhaus (35,8%) in privater Trägerschaft. Insgesamt wurden 2015 von insgesamt 1956 Krankenhäusern 700 privat, 577 öffentlich und 679 freigemeinnützig betrieben (vgl. Statistisches Bundesamt 2016b, S. 8).

Leistungserbringer bzw. Beschäftigte in Gesundheitsberufen agieren damit letztlich direkt zwischen dem Druck, entstehende Kosten durch Patienten niedrig zu halten, und deren Wohlergehen, was unter gegebenen Bedingungen meist auf mehr oder weniger zufriedenstellende Kompromisse hinausläuft (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 23). An diesem Beispiel wird der dem deutschen Gesundheitssystem inhärente Widerspruch deutlich: Gesundheitsziele konkurrieren mit ökonomischen Zielen (vgl. Grünberg 2014, S. 174). Neben dem Spannungsfeld Kostendämpfung vs. Wachstumstreiber stellt die fehlende Möglichkeit intersektoraler Kooperationen aufgrund gesetzlicher Reglementierungen eine weitere Hürde dar (vgl. Georg 2007, S. 181). Trotz aller definitorischen, politischen und ökonomischen Herausforderungen sollte Gesundheit nicht als Ware betrachtet werden. Ebenso wenig ist die gesundheitliche Versorgung als klassische Dienstleistung zu verstehen, sondern sollte aufgrund ihres Solidarcharakters einen besonderen Stellenwert einnehmen (vgl. Ebel 2009, S. 209). Trotzdem bleibt die Kosteneindämmung prioritär im Gesundheitswesen. Ethische Diskussionen über Grundstruktur und Ziele des Gesundheitssystems finden kaum statt (vgl. Offermanns 2011, S. 23).

Das deutsche korporative Gesundheitssystem auf Basis der gesteuerten Selbstverwaltung wird auch in seiner Ausgestaltungsform immer wieder kritisiert (vgl. Samwer 2009, S. 6). Mit seinen organisatorischen Besonderheiten sowie der Trägerpluralität und dem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ist es in Europa weitestgehend einzigartig (vgl. Bauckhage-Hoffer 2009, S. 237). In der Kritik stehen vor allem die hohen Kosten des Gesundheitssystems inklusive der Koppelung an das Arbeitseinkommen, da hier Nachteile für die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands im internationalen Vergleich vermutet werden (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002, S. 23). Auch das duale Versicherungssystem von GKV und PKV wird als spezifischer Problemlöser im Gesamtsystem angesehen. Außer in Deutschland existiert ein ähnliches Versicherungssystem nur in den USA. Der PKV wird unterstellt, dass Privatversicherte häufig zu viele, teilweise sogar schädliche Leistungen erhalten, da Behandler diese zu höheren Sätzen abrechnen können als gesetzlich Versicherte (Anreizproblematik). Leistungen für Mitglieder der GKV werden wiederum aus Budgetgründen von Leistungserbringern in ein neues Quartal verschoben, wenn sie nicht extra vergütet werden. Beide Strategien erlauben dabei keine grundsätzliche Qualitätssicherung (vgl. Weisbrod-Frey/Steffen 2006, S. 79).

Insgesamt steht das deutsche Krankenversicherungssystem stark in der Kritik, die durch partielle Reformansätze, Änderungen des SGB oder des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nicht verklingt. Ansätze, das System nachhaltig in seiner Struktur zu verändern, bestehen, werden jedoch durch gesundheitspolitische Machtkämpfe ausgebremst. Änderungen müssen damit also an anderer, nicht stark politisierter Stelle ansetzen.

6 Neue Institutionenökonomik

Wie in Kapitel 4 erläutert wurde, können Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung als öffentliche Güter der Daseinsvorsorge kategorisiert werden. Im Zuge des Gewährleistungsstaates können auch Dritte, nichtstaatliche Institutionen mit der Erfüllung öffentlicher Aufgaben beauftragt werden, wenn sie diese kosteneffizienter erstellen können. Potenzielle Leistungserbringer des Gesundheitssektors sind freigemeinnützige Institutionen und private Wirtschaftsunternehmen. Die Einbeziehung privater Akteure mit Gewinnerzielungsabsichten birgt jedoch auch Probleme, die im folgenden Kapitel aus der Prinzipal-Agent-Theorie abgeleitet werden.

Die Neue Institutionenökonomie (NI) gilt als wichtiger Teilbereich der ökonomischen Grundlagenforschung, der sich explizit mit der Analyse von Institutionen auseinandersetzt. Ihr Ursprung findet sich im Aufsatz „The Nature of the Firm“ (1937) von Ronald Coase. Unter Institutionen werden Handlungssysteme, die auf Normen und Regeln basieren und das Verhalten von Individuen in eine gewünschte Richtung steuern, zusammengefasst. Damit beinhalten sie neben formellen Regelungen des öffentlichen Rechts auch Konventionen und informelle Regelungssysteme. Institutionen schaffen damit Ordnung im sozialen Miteinander. Hauptsächlich entstehen Institutionen durch den Abschluss von Verträgen, in denen sich Individuen auf ein gemeinsames Regelwerk einigen. Durch den vorgeschalteten Aushandlungsprozess sollen ihre teilweise divergierenden Interessen zum Ausgleich gebracht werden (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 23ff.; Göbel 2002, S. 1ff.). Institutionen sind dafür folgende Funktionen inhärent:

- Ordnungsfunktion: Institutionen stellen Ordnung her, indem sie menschliches Verhalten in ihrer Komplexität reduzieren
- Entlastungsfunktion: Institutionen schränken durch ihr Regelsystem den individuellen Handlungsspielraum ein
- Motivationsfunktion: Institutionen lenken individuelles Verhalten in eine bestimmte Richtung
- Koordinationsfunktion: Institutionen bieten Verlässlichkeit für eine erfolgreiche Kooperation
- Kohäsionsfunktion: Institutionen schaffen ein Gefühl der Zusammengehörigkeit innerhalb eines gemeinsamen Regelsystems
- Wertmaßstabfunktion: Institutionen liefern einen Beurteilungsmaßstab für das eigene und fremde Verhalten

(vgl. Göbel 2002, S. 5ff.)

Im Betrachtungsschwerpunkt der NI stehen also Institutionen und ihre Auswirkungen auf das menschliche Verhalten (vgl. Picot et al. 2012, S. 56). Die NI versucht, für gegebene Situationen und Sachverhalte die jeweils effizientesten institutionellen Arrangements und Durchsetzungsmechanismen zu finden. Sie ist nicht als einheitliches Theoriegebäude zu verstehen, sondern vereint unterschiedliche Ansätze¹⁶⁵ zur Erklärung wirtschaftlichen Handelns begrenzt rationaler Akteure. Teile der NI sind die Property-Rights-Theorie¹⁶⁶, Transaktionskostentheorie¹⁶⁷ sowie die Prinzipal-Agent-Theorie¹⁶⁸. Allen institutionsökonomischen Ansätzen liegen die folgenden Annahmen zugrunde:

- Marktteilnehmer handeln nutzenmaximierend: Jedes Individuum versucht, seinen erwarteten individuellen Nutzen zu maximieren, indem es Wahrscheinlichkeiten und Folgen des eigenen Handelns antizipiert
- Externe Effekte: Menschen nehmen durch ihre Handlungen aufeinander Einfluss
- Menschen sind in ihrem ökonomischen Handeln aufeinander angewiesen: Daraus resultieren spezifische Interaktionen
- Begrenzte Rationalität im individuellen Verhalten: Marktteilnehmer handeln nicht stringent rational
- Umwelt- und Verhaltensunsicherheit: Fehlende Informationen und asymmetrisch verteilte Informationen erzeugen Unsicherheit über das Handeln der anderen Marktteilnehmer. Durch den Informationsvorsprung eines Marktteilnehmers entsteht ein Anreiz zu opportunistischem Verhalten, indem Informationen absichtlich nicht weitergegeben oder verfälscht werden.
- Informationen sind nicht kostenlos: Sie werden nur eingeholt, wenn die Kosten der Informationsbeschaffung ihren Nutzen nicht übersteigen.

¹⁶⁵ Die NI weist eine starke interdisziplinäre Integration auf, beispielsweise durch ihren starken Bezug zur Rechtswissenschaft und Soziologie (vgl. Göbel 2002, S. 360).

¹⁶⁶ Dabei werden in der Theorie der Verfügungsrechte Auswirkungen von Verfügungsrechten auf das Verhalten der Wirtschaftssubjekte analysiert und untersucht (vgl. Mühlenkamp 2006, S. 394).

¹⁶⁷ Die Transaktionskostentheorie beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob Dienstverträge oder Anweisungen die sinnvollere Alternative zu Kauf- und Lieferverträgen bezüglich der Koordination individueller Aktivitäten darstellen. Folgt man der Transaktionskostentheorie, sind kostenlose Vertragsabschlüsse nicht möglich, so dass neben den Produktionskosten ebenso Transaktionskosten entscheidungsrelevant werden (vgl. Mühlenkamp 2006, S. 398).

¹⁶⁸ Die Prinzipal-Agent-Theorie betrachtet die Beziehung von Auftraggeber und Leistungserbringer. Ausgangspunkt ist die Delegation einer Aufgabe an den Auftragnehmer (vgl. Budäus/Finger 1999, S. 30, siehe ausführlich Kapitel 6.1).

- Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten: Aufgrund fehlender Informationen bzw. Kapazitäten zur Informationsverarbeitung der Individuen kann es zu nicht optimalen (d.h. nutzenmaximierenden) Entscheidungen kommen.

Der Markt ist nach der NI von Unsicherheit geprägt, da zukünftige Handlungen der anderen Akteure nicht vorherzusehen sind. Kooperatives Verhalten ist dann zu erwarten, wenn hierdurch Unsicherheit verringert werden kann. Damit stellt die NI den Gegenentwurf zur Neoklassik dar, bei der die effiziente Allokation von Ressourcen im Rahmen einer vollkommenen Konkurrenzsituation im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Ausgangspunkt ist die Annahme vollkommener Markttransparenz, die zu kostenlosem Informationszugang aller Marktteilnehmer sowie Rationalität im Handeln führt, da alle Informationen vollständig von den Marktteilnehmern verarbeitet werden können. Außerdem geht die neoklassische Theorie davon aus, dass sich Nachfrage und Angebot über den Preismechanismus koordinieren, was dazu führt, dass ineffiziente Anbieter (d.h. Anbieter, deren Grenzkosten den Gleichgewichtspreis übersteigen) automatisch aus dem Markt ausscheiden. Damit stellt die Annahme der NI, dass Marktteilnehmer keinen unbeschränkten bzw. kostenlosen Zugang zu Informationen haben, den entscheidenden Unterschied beider Theorien dar. Zusätzlich werden die Verhaltensannahmen des homo oeconomicus um verhaltenspsychologische Betrachtungsweisen erweitert¹⁶⁹ (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 45ff.; Grünberg 2014, S. 109f.; Meinhövel 1999, S. 21; Mühlenkamp 2006, S. 392f; Picot et al. 2012, S. 56f.; Samwer 2009, S. 138). Bedingt durch die Unvollkommenheit der Märkte entstehen in einer arbeitsteiligen Wirtschaft nachteilige Situationen, die sich in Koordinations- und Motivationsproblem unterteilen lassen. Das Koordinationsproblem beschreibt einerseits den Zustand, in dem Angebot und Nachfrage nicht jederzeit aufeinander abgestimmt sind, so dass nachgefragte Leistungen nicht angeboten werden und vice versa (*Bereitstellungsproblem*). Hinzu kommen die Kosten, die bei der Suche nach einem passenden Vertragspartner entstehen (*Suchproblem*). Hinzu kommt das Motivationsproblem, was sich ebenfalls in zwei Kategorien darstellen lässt. Marktteilnehmer können sich demzufolge nicht sicher sein, dass sich Vertragspartner in einer von ihnen gewünschten Weise verhalten, da sie dessen Leistung nicht ohne weiteres bewerten können (*Messproblem*). Aufgrund des *Spezifitätsproblems* können Vertragspartner auch nicht beliebig oft ausgetauscht werden. Entstehende Probleme sollen gemäß der NI mit Hilfe von Institutionen reguliert werden. (vgl. Göbel 2002, S. 30ff.). Im weiteren Verlauf wird die für diese Arbeit besonders relevante Prinzipal-Agent-

¹⁶⁹ Ansonsten überschneiden sich Neoklassik und NI in mehreren Punkten. Neben dem geltenden Menschenbild des homo oeconomicus basieren beide Theoriestränge auf dem methodologischen Individualismus und trennen Restriktionen von Präferenzen (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 51).

Theorie dargestellt und Lösungsstrategien für die Beziehung zwischen Leistungsersteller und Auftraggeber erarbeitet.

6.1 Prinzipal-Agent-Theorie

Die Prinzipal-Agent-Theorie (PAT) als wesentlicher Teil der NI analysiert spezifische Leistungsbeziehungen bei Kooperationen unter den oben genannten Verhaltensannahmen. Eine eindeutige Definition der PAT hat sich in der Wirtschaftswissenschaft bisher nicht durchgesetzt (vgl. Meinhövel 1999, S. 8). Innerhalb der PAT werden zwei Ausrichtungen unterschieden. Der normative Ansatz (im englischsprachigen Raum *principal-agent-literature*) basiert auf gängigen Ansätzen der Mikroökonomie und befasst sich mit Problemen zwischen Auftraggeber und -nehmer. Hierbei werden individuelle Nutzenfunktionen unter gegebenen Nebenbedingungen maximiert. Die *principal-agent-literature* ist stark mathematisch geprägt. Ihrer Beschreibung des Prinzipal-Agent-Problems liegen feste Annahmen, unter anderem vollständige Voraussicht und perfekte Rationalität, zugrunde (vgl. Richter/Furubotn 2010, S. 203; Wenger/Terberger 1988, S. 506). Dem positiven Theoriestrang (*positive agency literature*) hingegen unterliegt eine deskriptive Orientierung. Dabei entspringt dieser Ansatz nicht explizit einer mikroökonomischen Fundierung, so dass die Grundannahmen allgemeiner formuliert werden können als im mathematischen Modell. Die *positive agency literature* liefert dadurch mehr Erklärungsansätze für das Auftreten komplexer Organisationsformen in der Realität, so dass sie eine vergleichsweise stärkere empirische Orientierung aufweist (vgl. Richter/Furubotn 2010, S. 176 ff.; Wenger/Terberger 1988, S. 506).

Da in dieser Arbeit komplexe Beziehungsgefüge des deutschen Gesundheitssystems deskriptiv analysiert werden, beziehen sich weitere Ausführungen auf den positiven Strang der PAT. Zudem sollen Problemlösungsstrategien und praxisrelevante Handlungsempfehlungen gegeben werden, die nicht durch festgelegte mathematische Annahmen limitiert werden sollen.

Klassischerweise engagiert der Auftraggeber (Prinzipal) einen Auftragnehmer seiner Wahl (Agent) mit einer Aufgabe, die dieser im Sinne des Prinzipals erfüllen soll¹⁷⁰. Dabei räumt ihm der Prinzipal in der Regel einen gewissen Entscheidungsspielraum für deren Erfüllung ein. Diese Delegationsbeziehung resultiert dabei aus Spezialisierungsvorteilen¹⁷¹, denn entweder fehlt dem Prinzipal spezifisches Know-How, er verfügt nicht über die notwendigen Ressourcen

¹⁷⁰ Dabei kann die PAT auf jegliche Vertragsbeziehungen angewendet werden, bei denen spezifische Verfügungsrechte an den Auftragnehmer abgegeben werden (vgl. Rehkugler 1989, S. 405).

¹⁷¹ Der Eingang einer Prinzipal-Agent-Beziehung auf Basis von Spezialisierungsvorteilen führt entsprechend auch zu Wettbewerbsvorteilen (vgl. Hart/Holmström 1986, S. 75).

oder die alleinige Durchführung der Aufgabe ist zu teuer oder zu kompliziert. Auftragsübernahmen und -vergaben müssen dabei nicht auf die Beziehung zwischen jeweils einem Auftraggeber und -nehmer reduziert sein. Häufig entstehen Beziehungsgeflechte, in denen Prinzipale gleichzeitig die Rolle des Agenten auf mehreren Ebenen einnehmen können, so dass ihre Rollen in der Praxis nicht immer klar abgrenzbar sind (vgl. Picot 1989, S. 370; Picot et al. 2012, S. 89ff.; Richter/Furubotn 2010, S. 173; Sappington 1991, S. 45ff.; Sauerland 2001; S. 212). Beispiele für die PAT treten dadurch in unterschiedlichsten Zusammenhängen auf und sind allgegenwärtig auch im wirtschaftlichen Leben zu finden (vgl. Hart/ Holmström 1986, S. 75; Ross 1973, S. 134).

Die zentrale Fragestellung der PAT befasst sich mit Anreizmechanismen, rechtlich-institutionellen Vorkehrungen sowie Informations- und Kontrollsystemen, die bei asymmetrischer Informationsverteilung¹⁷² und/oder Interessendivergenz von Agent und Prinzipal zur Nutzenmaximierung beider Parteien führen. Das Hauptziel der Analyse von Prinzipal-Agent-Beziehungen besteht darin, eine Second-Best-Lösung¹⁷³ für das bestehende Anreizproblem zu erhalten. In der Regel sind die Interessenslagen beider Parteien nicht (vollständig) deckungsgleich, im Extremfall divergieren sie. Dem Modellbild der NI folgend gilt die Annahme, dass beide Parteien eigennutzenmaximierend handeln, so dass beispielsweise das gewünschte Verhalten des Agenten vom tatsächlichen abweichen kann (vgl. Erlei/ Leschke/Sauerland 1999, S. 74; Hart/Holmström 1986, S. 76f.; Picot 1989, S. 370, Rehkugler 1989, S. 405). Die PAT nimmt dabei die Position des Prinzipals ein und sucht eine institutionelle Lösungsstrategie dafür, wie ein Agent ausgewählt, motiviert und diszipliniert werden kann, damit dieser die Interessen des Prinzipals bestmöglich verfolgt (vgl. Göbel 2002, S. 104).

Die Leistungsbeziehung zwischen den (potentiellen) Vertragsparteien ist also dann problembehaftet, wenn die Interessen von Prinzipal und Agent nicht übereinstimmen und das Verhalten des Agenten durch den Prinzipal nicht ohne weiteres kontrolliert oder beeinflusst werden kann, da unterschiedliche Informationsgefüge und/oder spezifische Kontrollkosten¹⁷⁴ existieren. Im

¹⁷² Dabei beziehen sich Informationsasymmetrien auf einen bestimmten Zeitpunkt, was bedeutet, dass sich während des Ablaufs eines Prinzipal-Agent-Problems Wissensstände durchaus verändern können (vgl. Kiener 1990, S. 22).

¹⁷³ Die First-Best-Lösung ist nur in der neoklassischen Theorie des Marktes mit kostenlosen Informationen möglich. Im Rahmen der PAT führen unvollständige und ungleich verteilte Informationen zu einer Abweichung, die als Second-Best-Lösung bezeichnet wird. Dabei bietet die Second-Best-Lösung von Anreizsystemen die wirtschaftliche Lösung im Fall einer Prinzipal-Agent-Problematik. Die Differenz von First- zur Second-Best-Lösung wird als Agency-Kosten bezeichnet, die sich aus dem Signalling des Agenten, den Kontrollkosten des Prinzipals sowie dem allgemeinen Wohlfahrtsverlust zusammensetzen (vgl. Hart/Holmström 1986, S. 77; Picot et al. 2012, S. 91).

¹⁷⁴ Zu den Kontrollkosten gehören alle Anstrengungen des Prinzipals, das bestehende Informationsdefizit abzubauen (vgl. Picot et al. 2012, S. 91).

Rahmen der PAT können drei Formen von Agenturproblemen auftreten. Ihnen liegen verschiedene Informationsasymmetrien¹⁷⁵ zugrunde, die der kostengünstigsten Abstimmung zwischen Prinzipal und Agent entgegenstehen. Wenn der Prinzipal ex ante die Eigenschaften potentieller Agenten nicht kennt bzw. nicht einschätzen kann und dadurch einen Vertragspartner mit schlechten oder unterdurchschnittlichen Leistungen wählt, spricht man von *adverser Selektion*. Fehlen dem Prinzipal Informationen bezüglich entscheidungsrelevanter Merkmale des Agenten vor Vertragsschluss, wird dies als *hidden characteristics* beschrieben. Das Agenturproblem des *moral hazard* bezieht sich auf Informationsasymmetrien, die ex post entstehen und vom Agenten nutzenmaximierend genutzt werden. Hier kann der Prinzipal das Verhalten des Agenten nach Vertragsabschluss nicht kontrollieren, sondern nur das Endprodukt beurteilen, ohne zu wissen, welchen Einfluss exogene Faktoren hierbei hatten. Im Bereich der Informationsasymmetrien kann zwischen *hidden action* und *hidden information*¹⁷⁶ unterschieden werden. *Hidden action* beschreibt eine Situation, in der der Prinzipal Handlungen (*effort*) und die Leistungserbringung des Agenten nicht beobachten kann. Das bedeutet, dass Informationsasymmetrien ex post entstehen bzw. relevant werden. Informationsasymmetrien können auch dann vorliegen, wenn der Prinzipal zwar die Handlungen des Agenten beobachten kann, dieser aber im Besitz vertragsrelevanter Informationen ist. Sollten diese Informationen dem Prinzipal nicht oder nicht kostenlos zur Verfügung stehen, liegt ein Fall von *hidden information* vor. Beim *hold-up* wiederum nutzt der Agent eine entstandene Abhängigkeit¹⁷⁷ des Prinzipals aus, die auch dann entstehen kann, wenn keine Informationsasymmetrien vorliegen. Dies ist der Fall, wenn dem Prinzipal keine Möglichkeit verbleibt, den Leistungserbringer zu wechseln. Das opportunistische Verhalten des Agenten kann zwar beobachtet, aber aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses nicht unterbunden werden und entsteht erst nach Vertragsschluss. *Hidden intentions* beschreiben dazu, dass der Prinzipal zwar die Handlungen des Agenten beobachten kann, jedoch trotzdem die Absichten seines Auftragnehmers nicht kennt bzw. erkennen kann. In allen beschriebenen Fällen entsteht dem Agent ein Informationsvorsprung, den er zur Maximierung seines individuellen Nutzens nutzen kann. Wenn die verfolgten Intentionen von Prinzipal und Agent voneinander abweichen, kann das Ausreizen des Verhaltensspielraumes durch den Agent zu Ineffizienzen führen und einen Schaden beim Prinzipal verursachen. Das Handeln des Agenten

¹⁷⁵ In der PAT werden bestehende Informationsasymmetrien zwischen Prinzipal und Agent als zentrales Problem angesehen (vgl. Göbel 2002, S. 62).

¹⁷⁶ Das verdeckte Handeln des Agenten als auch *hidden information* sind Unterformen des *moral hazard* (vgl. Richter/Furubotn 2010, S. 174).

¹⁷⁷ Die Abhängigkeit ergibt sich zumeist aus einer Faktorspezifität und ist somit Resultat des *Spezifitätsproblems* (vgl. Göbel 2002, S. 103).

wirkt sich also nicht nur auf die individuelle Nutzenmaximierung aus, es beeinflusst interdependent auch das Nutzenniveau seines Auftraggebers. Damit beschäftigt sich die PAT insbesondere mit dem Motivationsproblem, welches auf unvollkommenen Märkten auftritt (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 75; Göbel 2002, S. 61ff.; Grossmann/Hart 1983, S. 7; Hart/Holmström 1986, S. 76; Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 66; Kiener 1990, S. 23f.; Meinhövel 1999, S. 13; Mühlenkamp 2006, S. 397; Myerson 1982, S. 69; Picot 1989, S. 370; Picot et al. 2012, S. 89ff.; Richter/Furubotn 2010, S. 173 Samwer 2009, S. 142; Sauerland 2001, S. 202; Spremann 1990, S. 572; Wenger/Terberger 1988, S. 507).

Tabelle 6: Grundtypen von Agenturproblemen

	Adverse Selection	Hold-Up	Moral Hazard¹⁷⁸	
Informationsasymmetrie	Hidden characteristics	Hidden intentions	Hidden information	Hidden action
Informationsproblem des Prinzipals	Qualifikation des Agenten unbekannt	Absichten des Agenten unbekannt	Fach- oder Prozesswissen des Agenten unbekannt	Arbeitseinsatz des Agenten nicht beobachtbar oder beurteilbar
Zeitpunkt	Ex ante	Ex post	Ex post	Ex post
Verhaltensform	Exogen gegeben (Qualifikation)	Willensabhängig (Fairness)	Exogen gegeben (Wissen)	Willensabhängig (Anstrengung)
Verhaltenstransparenz	Ex post bekannt	Ex post bekannt	Ex post verborgen	Ex post verborgen
Randbedingungen	Informationsineffizienz	Sunk costs	Informationsineffizienz	Ressourcenplastizität
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwahlschemata • Signalling • Screening 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritätssysteme • Spieltheoretische Lösungsdesigns 	<ul style="list-style-type: none"> • Anreizsysteme • Selbstwahlschemata • Signalling • Screening 	<ul style="list-style-type: none"> • Anreizsysteme • Selbstbindung • Kontrollsysteme

Quelle: Saam 2002, S. 30

¹⁷⁸ Wolff (1995, S. 49 ff.) führt *hidden information* und *hidden action* als Varianten von *moral hazard* auf.

In der Konsequenz führen die oben genannten Informationsasymmetrien zu einem Wohlfahrtsverlust. Einerseits stehen unvollständige Informationen einer produktivitätsmaximierenden Arbeitsteilung entgegen¹⁷⁹ („Koordinationsproblem“), andererseits senkt ihre Ungleichverteilung die Wohlfahrt (vgl. Picot et al. 2012, S. 91). Außerdem verhindert die ungleiche Informationsverteilung eine direkte Bindung des Agenten an vertragsrelevante Handlungen, die für beide Vertragsparteien optimal wären. Entsprechend der Annahme nutzenmaximierender Individuen wird der Agent seinen Vorteil durchsetzen, auch wenn der Prinzipal dadurch geschädigt wird und Wohlfahrtsverluste entstehen (vgl. Wenger/Terberger 1988, S. 507). Implizit geht die PAT also davon aus, dass der Agent im Regelfall nicht im bestmöglichen Sinne für seinen Auftraggeber aktiv wird. Die Überwachung bzw. die Messung vertragsrelevanter Anstrengungen des Beauftragten scheint das einzige Problem der Beziehung zwischen Prinzipal und Agent darzustellen, dies ist allerdings nicht zu überwinden (vgl. Mühlenkamp 2006, S. 397; Richter/Furubotn 2010, S. 174). Daraus folgt, dass Pareto-Effizienz nicht die Lösung des Prinzipal-Agent-Problems darstellen kann, da sie definitionsgemäß von einer perfekten Informationsverteilung ausgeht. Optimal wäre, wenn der Prinzipal alle potenziellen Aktivitäten des Agenten kennen würde und entsprechend berücksichtigen könnte. Dies ist jedoch ohne umfassende Beobachtung des Beauftragten nicht möglich (vgl. Ross 1973, S. 138).

Um zu einem Vertragsabschluss zu gelangen, müssen letztlich bestehende Informationsasymmetrien verringert werden¹⁸⁰. Hierzu bietet die PAT drei Lösungsstrategien. Im Falle des *Signalling* besteht seitens des Agenten das Interesse, bestehende Informationsasymmetrien zu reduzieren. So kann sich der Agent durch eine vergleichsweise bessere Leistungsfähigkeit von schlechten Leistungsangeboten abheben, sofern er diese glaubhaft kommunizieren kann. *Screening* wiederum umfasst alle Aktivitäten des Prinzipals, genaue Informationen zu den für ihn relevanten Leistungsmerkmalen des Agenten zu erhalten. Ziel des Prinzipals ist hierbei, die Gefahr einer falschen Auswahl des Vertragspartners zu senken. Bei der *Self-Selection* werden dem Agenten mehrere Verträge vorgelegt, aus denen er den nutzenmaximierenden Kontrakt aussucht. Da sich hierüber bestimmte Eigenschaften des Agenten offenbaren, ist dieses Vorgehen bei bestehenden Informationsasymmetrien vor Vertragsschluss besonders zweckmäßig (vgl. Göbel 2002, S. 62ff.; Kiener 1990, S. 151; Picot et al. 2012, S. 97; Woratschek/Roth 2003, S. 152).

¹⁷⁹ Wobei nicht ausgeschlossen sein sollte, dass die entstandene Kooperation Nutzenverluste zu kompensieren vermag (vgl. Meinhövel 1999, S. 110).

¹⁸⁰ Sinnvoll ist es, alle relevanten (und aufwandsentsprechend verfügbaren) Informationen dem Vertrag zu Grunde zu legen (vgl. Hart/Holmström 1986, S. 105).

Um die Möglichkeiten eigennutzorientierter Vorteilsnahme durch den Agenten zu reduzieren, kann der Prinzipal den Verhaltensspielraum durch gezielte Kontrolle¹⁸¹ und Überwachung minimieren. Dadurch erhöht er gleichzeitig auch die eigenen Kosten, welche die Spezialisierungsvorteile der Delegation übersteigen können. Sieht der Prinzipal ex ante seine Zielerreichung durch das nutzenmaximierende Verhalten des Agenten in Gefahr, wird er ihn gar nicht erst engagieren, wodurch Spezialisierungsvorteile und Kooperationsgewinne vollständig wegfallen. Der Agent kann in diesem Fall bestehende Informationsasymmetrien abbauen, sich durch bestimmte Aktionen oder vertragliche Vereinbarungen glaubhaft¹⁸² an den Prinzipal binden¹⁸³ (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 75; Meinhövel 1999, S. 16f.; Picot 2012, S. 90f.; Richter/Furubotn 2010, S. 174; Sauerland 2001, S. 213; Wenger/Terberger 1988, S. 507).

Institutionelle Anreiz- und Sanktionsmechanismen können dabei die Beziehung zwischen den Vertragspartnern stabilisieren¹⁸⁴. Solche Lösungsstrategien beinhalten beispielsweise die Anpassung der Ziele von Agent und Prinzipal durch Vereinbarung von Garantien¹⁸⁵ oder einem Rückgaberecht (vgl. Picot et al. 2012, S. 95ff.; Sauerland 2001, S. 213). Die Güte der gewählten Lösungsstrategie hängt dabei davon ab, ob Informationsasymmetrien tatsächlich verringert und der individuelle Spielraum des Agenten eingeschränkt werden kann (vgl. Spremann 1988, S. 621).

Das Ziel von Anreizsystemen ist es, die gegebene Zielsetzung und die Präferenzen des Agenten so zu lenken, dass sie sich den Interessen des Prinzipal annähern (vgl. Kiener 1990, S. 29). Der Prinzipal sollte ein Anreizsystem so ausgestalten, dass der Agent als individueller Nutzenmaximierer seine Entscheidungen so fällt, dass sie auch für den Prinzipal vorteilig sind (vgl. Schmidt/Terberger 1982, S. 942). Möglich wird dies zum Beispiel durch die Ergebnisbeteiligung am später realisierten Output (vgl. Spremann 1988, S. 616f.). Eine Alternative könnte eine Form der nichtlinearen Ergebnisteilung sein. Hierzu gehören beispielsweise die reine Gewinn-

¹⁸¹ Eine allumfassende Kontrolle des Agenten ist meistens ökonomisch nicht sinnvoll. Meist stellen Kosten der Überwachung auch prohibitive Kosten dar (vgl. Mühlenkamp 2006, S. 397; Sauerland 2001, S. 213).

¹⁸² Allerdings kann es in diesem Fall zu Verzerrungen aufgrund der Selbstdarstellung kommen (vgl. Spremann 1988, S. 620).

¹⁸³ Insbesondere bei längerfristigen Geschäftsbeziehungen spielen Möglichkeiten der Selbstbindung eine herausragende Rolle (vgl. Woratschek/Roth 2003, S. 153).

¹⁸⁴ Bei bestehendem staatlichen Interesse an einer stabilen Beziehung von Prinzipal und Agent springt der Staat als Stabilisator ein, um das Verhalten des Agenten zu beeinflussen (vgl. Sauerland 2001, S. 213).

¹⁸⁵ Durch Garantiegabe verspricht der Agent seinem Auftraggeber, im Falle negativer oder schlechter Leistung den entstandenen Nutzenverlust des Prinzipals zu kompensieren. Voraussetzung hierfür ist, dass der Agent Garantien glaubhaft umsetzen kann, das heißt, dass er über die entsprechend notwendigen Mittel verfügt bzw. auf spezifische Ressourcen Dritter (z.B. Sicherheiten oder Bürgerschaften) zurückgreifen kann. Vorteilhaft ist die Vereinbarung einer Garantie bei großer Output-Varianz, möglich ist sie nur, wenn das Ergebnis nicht irreversibel ist (vgl. Spremann 1988, S. 620f.).

beteiligung des Agenten, bei der er nur an Gewinnen, nicht an Verlusten des Prinzipals partizipiert, oder die Verlustbegrenzung des Prinzipals, bei der der Agent Verlustfälle durch Ausbesserung, Nacharbeit oder weiteren Ressourceneinsatz übernimmt (vgl. Spremann 1988, S. 618). Sanktionsmechanismen sollen das Verhalten des Agenten so beeinflussen, dass er aufgrund der Androhung einer Strafe ein für den Prinzipal ausreichendes Niveau an Anstrengung und Sorgfalt erreichen und halten versucht. Eine entsprechend präzisierte Strafandrohung führt also über eine Steigerung des Inputs zu höherem Output, so dass eine vertragliche Kooperation für beide Seiten durch die Einbeziehung einer Vertragsstrafe vorteilig ist (vgl. Spremann 1988, S. 619). Die vom Agenten akzeptierten Einschränkungen seines Handlungsspielraumes und die freiwillige vertragliche Bindungen an den Prinzipal schränken opportunistisches Verhalten ein, können vertrauensbildend wirken und Delegationskosten senken (vgl. Woratschek/Roth 2003, S. 153).

Damit zeigt sich die Beziehung zwischen Agent und Prinzipal als allgegenwärtiges Problem mit zentraler Bedeutung für unterschiedlichste ökonomische Institutionen. Die PAT liefert einen großen Beitrag zur Analyse wirtschaftlicher Austauschbeziehungen, da sie sich auf verschiedenste Bereiche von der Politik bis hin zum Versicherungswesen anwenden lässt.

Jedoch ist die PAT nicht uneingeschränkt anwendbar. Beispielsweise treten potenzielle Informationsasymmetrien nicht zwingend einzeln auf, die Risiken des *moral hazard* und der *adverse selection* können sich überlagern. Dies erschwert die Erarbeitung einer eindeutigen Lösungsstrategie. Weiterhin können in einer Welt mit asymmetrischen Informationen und Umwelteinflüssen auch keine vollkommenen Verträge existieren, so dass auch hier Lösungsstrategien im Einzelfall nicht greifen. Insgesamt erfasst die PAT also wichtige Aspekte vertraglicher Beziehungen klar, jedoch können davon keine verlässlichen Handlungsempfehlungen oder Prognosen abgeleitet werden, so dass sie grundsätzliche Gestaltungsempfehlungen gibt. Ihr Praxiswert liegt damit hauptsächlich in der Formulierung von Grundregeln und tendenziellen Verhaltensaussagen (vgl. Erlei/Leschke/Sauerland 1999, S. 165ff.; Mühlenkamp 2006, S. 398).

6.2 Anwendung des Prinzipal-Agent-Problems auf die Akteure der Gesundheitswirtschaft

Aufgrund ihrer offenen Definition ist die Anwendung der PAT äußerst vielfältig (vgl. Meinhövel 1999, S. 28). Sie ist dadurch auch auf Beziehungsgefüge der Gesundheitswirtschaft anwendbar. Im Gesundheitsbereich agieren verschiedenste Akteure bzw. Akteursgruppen mit unterschiedlich gelagerten Interessen, so dass im Gesundheitssystem viele unterschiedliche Prinzipal-Agent-Konstellationen entstehen können. Dazu gehört beispielsweise das klassische und

häufig in diesem Zusammenhang genannte Verhältnis von Arzt (Agent) zu Patient (Prinzipal). Es existieren aber viele weitere relevante Beziehungen mit erheblichen Informationsasymmetrien, die ebenso das Verhältnis von Leistungserbringer zu Auftraggeber beeinflussen (vgl. Oberender/Zerth 2009, S. 922; Penter/Augurzky 2014, S. 183). Probleme zwischen den Parteien basieren häufig darauf, dass Patienten bzw. Kunden als Nachfrager (Prinzipal) beim jeweiligen Leistungserbringer lediglich auf unvollständige Informationen aufgrund der spezifischen Güterbeschaffenheit¹⁸⁶ von Gesundheitsleistungen zurückgreifen können. Neben der fehlenden Möglichkeit, die Qualität einer Leistung zu beurteilen, ist für ihn außerdem nicht transparent, ob die erhaltene Leistung tatsächlich gesundheitlichen Mehrwert bietet (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 158). An dieser Stelle wird die Bedeutung von Prinzipal-Agent-Gefügen auf dem gesamten Gesundheitssektor deutlich. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich dabei auf das übergeordnete Verhältnis staatlicher Entscheidungsträger und dem beauftragten Leistungserbringer¹⁸⁷. Ziel dieser Betrachtung ist es, auf höchster Ebene universelle Lösungsansätze zu bieten, die in der gesamten Branche zur Sicherstellung der Qualität angebotener Gesundheitsleistungen angewendet werden können. Dieser Blickwinkel beinhaltet eine ganzheitliche Analyse der Gesundheitsversorgung Deutschlands. Dabei stehen Aspekte der Leistungserbringung in direkter Interdependenz mit der Ausgestaltung des Gesundheitssystems (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 166). Wie in Kapitel 5 beschrieben setzt letztlich der Staat bzw. seine politische Führung den Handlungsrahmen für das Gesundheitssystem. Durch Entscheidungen über Reformen, Kostendämpfungsmaßnahmen und Leistungserweiterungen gestaltet die jeweilige Bundesregierung das Gesundheitssystem. Somit liegt es im direkten staatlichen Interesse, Leistungsbeziehungen zum Patienten effizient und qualitativ angemessen zu gestalten, um eine adäquate Gesundheitsversorgung seiner Bürger sicherzustellen. Nicht nur deswegen wird der Blickwinkel auf staatliche Entscheidungsträger ausgeweitet und nicht allein das direkte Verhältnis der Krankenkassen zu Leistungserbringern betrachtet. Eine allgemeingültige Lösung bestehender Effizienz- und Qualitätsprobleme muss auf oberster Entscheidungsebene angewendet und institutionalisiert werden, denn wie beschrieben handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung um ein öffentliches Gut, dessen Bereitstellung im Rahmen der Gewährleistungsverantwortung von staatlicher Seite verantwortet wird. In angemessenem Finanzrahmen soll

¹⁸⁶ Gesundheitsleistungen können aus Sicht des Nachfragers entweder als Erfahrungsgut (die Qualität der Leistung ist erst nach Beanspruchung beurteilbar) oder Vertrauensgut (die Qualität kann selbst nach der Inanspruchnahme nicht reell eingeschätzt werden) verstanden werden (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 158).

¹⁸⁷ Wie in Kapitel 5.1.1 beschrieben, besteht kein direktes Vertragsverhältnis zwischen beauftragten Leistungserbringern und Staat, da dieser die inhaltliche Ausgestaltung und operative Entscheidungen im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips an die Krankenkassen überträgt. Da jedoch die Rechtsaufsicht über Entscheidungen der Selbstverwaltung beim Staat verbleibt, wird das Verhältnis von Staat zu Leistungserbringern beschrieben.

eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung geboten werden, um letztlich positive gesamtwirtschaftliche Effekte zu erreichen. Dieser Argumentation folgend entsteht ein Prinzipal-Agent-Gefüge zwischen dem Staat und privatwirtschaftlichen Produzenten¹⁸⁸ von Gesundheitsleistungen, die im Auftrag des Staates öffentliche Güter der Gesundheitsversorgung auf dem Markt anbieten. Hier entsteht eine Leistungsbeziehung mit Kooperationsgefüge, in der der Staat neben Produktion der Bereitstellung von Dienstleistungen auch einen Entscheidungsspielraum an den Agenten weitergibt. Gemäß der Annahmen der NI obliegt dem Markt für Gesundheitsversorgung Unvollkommenheit, so dass relevante Informationen zumindest nicht kostenlos erhalten bzw. verarbeitet werden können. In diesem Fall werden Kooperationen mit Leistungserbringern dann eingegangen, wenn sich spezifische Spezialisierungsvorteile¹⁸⁹ aus der Aufgabenabgabe ergeben, wie z.B. die Nutzung des Know-Hows eines Auftragnehmers. Die Auftragsbeziehung bleibt dann ohne Probleme, wenn Interessenkongruenz besteht. Aus staatlicher Perspektive können als Ziele das Interesse am Allgemeinwohl seiner Bürger und gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt identifiziert werden (siehe Kapitel 4.3). Unter dem Druck fehlender umfassender Finanzierungsmöglichkeiten liegt eine ökonomische Zielumsetzung ebenfalls in seinem Interesse. Privatwirtschaftliche Unternehmen hingegen stellen Gewinnmaximierungsziele in den Vordergrund. Somit laufen Interessen von privaten Anbietern und Staat zwar partiell übereinstimmend (ökonomische Zielerreichung), aber schon durch unterschiedliche Zeithorizonte (Gesundheitsziele sind als langfristig anzusehen, während ökonomische Ziele meist kurzfristig sind) stehen sie auch in unterschiedlichen Interessensgefügen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 22f.). Seitens der Leistungserbringer werden hauptsächlich ökonomische Vorteile¹⁹⁰ von der Leistungsbeziehung erwartet¹⁹¹ (vgl. Jurack et al. 2012, S. 26).

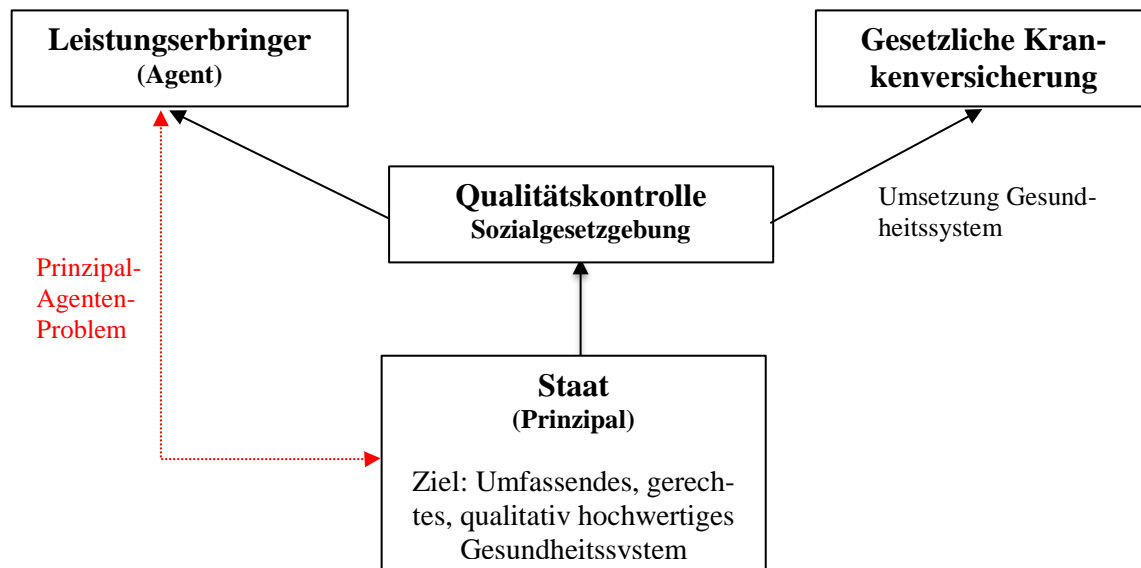
¹⁸⁸ Wie bereits in der Arbeit erwähnt, übernehmen auch Nonprofit-Organisationen (NPOs) Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Aufgrund ihrer spezifisch gelagerten Unternehmensziele, die von klassischen Gewinnbestrebungen privater Unternehmen abweichen und ihre jeweiligen Sachziele in den Mittelpunkt stellen, werden sie in dieser Arbeit nicht betrachtet (zu den Zielen von NPO vgl. Helmig/Boenigk 2012, S. 78).

¹⁸⁹ Bei privaten Anbietern öffentlicher Leistungen wird eine effizientere und dadurch kostengünstigere Produktion im Vergleich zur rein staatlichen Bereitstellung vermutet, da Gewinnanreize bestehen, die vielmehr zu einer effizienten Bereitstellung der gewünschten Güter und Dienstleistungen beitragen als bürokratische Strukturen öffentlicher Anbieter (vgl. Fritsch 2014, S. 104).

¹⁹⁰ Die Gewinnmaximierung zählt weiterhin als dominante Strategie ökonomischen Handelns privatwirtschaftlicher Unternehmen (vgl. Friedrich 2012, S. 38).

¹⁹¹ Allerdings werden Anbieter, die Gesundheitsleistungen im staatlichen Auftrag erbringen, gemäß §70 SGB explizit dazu verpflichtet, ihre Angebote in der fachlich gebotenen Qualität bereitzustellen (vgl. hierzu auch Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009, S. 15).

Abbildung 5: Prinzipal-Agent-Beziehung zwischen Staat und Leistungserbringer im Gesundheitssystem



Quelle: Eigene Darstellung

Wie im allgemeinen Teil beschrieben können in der Beziehung Staat zu Leistungsempfänger unterschiedliche Störungen der Auftragsbeziehung auftreten, wenn die Interessen der Vertragspartner in einem oder mehreren vertragsrelevanten Punkten voneinander abweichen. Da Prinzipal und Agent nutzenmaximierend handeln, werden relevante Informationsvorsprünge genutzt.

Relevant ist im Rahmen der betrachteten Leistungsbeziehung das Verhaltensspektrum der Leistungserbringer, da es aus staatlicher Perspektive notwendig ist, schädigendes Verhalten von (potentiellen) Agenten durch geeignete Lösungsstrategien einzudämmen. Staatliche Entscheidungsträger können dabei das tatsächliche Verhalten des beauftragten Anbieters nicht oder nur mit hohen Kosten vollständig kontrollieren oder beeinflussen. Ex ante Informationsasymmetrien können dazu führen, dass beispielsweise ein Leistungserbringer aufgrund spezifischer Zertifizierungen beauftragt wird, ohne dass die dort angegebenen Merkmale der Realität entsprechen (*adverse selection*). Ebenso können ex post auftretende Informationsasymmetrien das Verhältnis von Staat und Agent ebenfalls stark belasten¹⁹². Hier bestehen auf Seite der Leistungserbringer Möglichkeiten, den Umfang an erbrachten Leistungen zu übertreiben, um der individuellen Zielerreichung näher zu kommen (*moral hazard*) (vgl. Samwer 2009, S. 13ff.).

¹⁹² Der Fall des *hold-up* wird aufgrund fehlender Relevanz für das betrachtete Prinzipal-Agent-Problem an dieser Stelle nicht wieder aufgegriffen.

Dies kann zum Beispiel dazu führen, dass der Produzent mehr Kosten abrechnet, als ihm tatsächlich entstanden sind. Eine weitere Möglichkeit, den eigenen Vorteil zu vergrößern, liegt darin, Leistungen aus Gründen der Kostenersparnis in ihrer Qualität zu verringern. Es bestehen also unterschiedlichste Möglichkeiten, z.B. durch gezielte Verringerung der Qualität des angebotenen Produktes oder Dienstleistung, den eigenen Gewinn zu erhöhen (vgl. Samwer 2009, S. 4).

Beide Formen der Informationsasymmetrie sollen durch geeignete Lösungsstrategien verringert werden. Ebenso sollten vertragsrelevante Verhaltensweisen im Sinne von *hidden information*, *hidden characteristics* und *hidden action* durch Steuerungsanreize verhindert werden. Aus den Verhaltensspielräumen des Agenten ergeben sich ohne umsetzbare Lösungsstrategie erhebliche Nachteile für die Erstellung öffentlicher Gesundheitsleistungen und damit für die Gesundheitsversorgung insgesamt. Die entstandene Schädigung führt in diesem speziellen Gefüge von Prinzipal und Agent bei allen behandelten Fällen der Informationsasymmetrie zu gesamtgesellschaftlichen Nachteilen in der Gesundheitsversorgung. Aufgabe auf Seiten des Staates ist es, geeignete Ziele zur Ausrichtung des Gesundheitssystems bezüglich Effizienz und Effektivität vorzugeben, so dass ein normativer Raum für Produzenten geschaffen wird (vgl. Offermanns 2011, S 41).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass private Anbieter im Rahmen der GKV einen Beitrag zur Effizienzsteigerung im Rahmen der Bereitstellung leisten zu können (vgl. Glaeske 2015, S. 109). Für das Gesundheitssystem ist eine rein staatliche Produktion im Gesundheitsbereich nicht zweckmäßig, eine kollektive Finanzierung und Organisationsstruktur verbessert die Versorgung (vgl. Pfaff 2006, S. 58). Dass die individuelle Überprüfung eines jeden einzelnen Anbieters weder ökonomisch noch organisatorisch zu bewerkstelligen ist, kann bei dem Leistungsumfang der GKV vorausgesetzt werden. Somit stellt sich für das Beziehungsgefüge zwischen Staat und dem mit der öffentlichen Aufgabe betrauten Leistungserbringer die Frage, wie der Staat die Produktion oder Dienstleistung an den Endabnehmer tatsächlich kontrollieren und bezüglich ihrer Qualität effektiv beurteilen kann. Bevor neue Lösungsansätze erarbeitet und analysiert werden, gibt Kapitel 7 einen Überblick, was Qualität im Allgemeinen und spezifisch für den Gesundheitssektor bedeutet und wie sie praktisch umgesetzt werden kann.

7 Qualität und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

7.1 Der Qualitätsbegriff im Allgemeinen

7.1.1 Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementsysteme

Zur Bestimmung des Begriffs „Qualität“ existieren zahlreiche heterogene Ansätze¹⁹³, ohne dass sich jedoch eine allgemein anerkannte und tragfähige Definition durchgesetzt hat (vgl. Bruhn 2016, S. 29; Vogg/Fleßa 2011, S. 23). Abgeleitet vom lateinischen Wortstamm „qualis“ (deutsch: „wie beschaffen“) ist der Terminus grundsätzlich wertneutral (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 3; Stuppardt 2011, S. 134). Pfaff (2001, S. 31) beschreibt Qualität als Gesamtheit von Eigenschaften, die eine Sache prinzipiell dazu geeignet macht, festgesetzte bzw. vorausgesetzte Anforderungen zu erfüllen. Ähnlich sehen dies Marschner et al. (2015, S. 9) und definieren Qualität im Allgemeinen als Gesamtheit der charakteristischen Beschaffenheit oder Eigenschaften von Personen bzw. Sachen. Als grundsätzlich zielgerichtet beschreibt Pepels (2009, S. 173) Qualität, und sieht in ihr die Eignung einer Leistung zur Erreichung eines bestimmungsgemäßen Nutzens. Zollondz (2009, S. 158) hingegen sieht Qualität als kriterienbezogene Beschaffenheitsgestaltung, die einem Gegenstand oder Objektbereich inhärent ist. International wird zumeist die Definition nach DIN EN ISO 9000¹⁹⁴ zur Beschreibung von Qualität genutzt (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 3; Bruhn 2016, S. 29). Diese beschreibt Qualität als „(...)Grad, in dem ein Set immanenter Merkmale Forderungen erfüllt.“ (DIN EN ISO 9000:2015, S. 39). Ihre Formulierung ist konzept- und branchenneutral¹⁹⁵ und dient damit auch als Basisbegriff des Total Quality Management Konzepts (vgl. Zollondz 2009, S. 172). Die Qualitätsdefinition nach ISO zeigt sich durch die weit gefasste Formulierung zwar als schwer fassbar, stellt jedoch dadurch die Komplexität und Vielschichtigkeit des Begriffs dar (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 165). Die Darstellung von Qualität kann also in Form einer Generalde-

¹⁹³ Die Tragweite reicht von umgangssprachlichen Wortdeutungen bis zu abstrakten Definitionen für die Praxis (vgl. Bruhn 2016, S. 28).

¹⁹⁴ ISO steht für die internationale Normsetzung, die hier identisch ist mit europäischen (EN) und deutschen (DIN) Normen (vgl. Selbmann 2002, S. 248). Damit handelt es sich also um eine deutsche Ausgabe einer europäischen Normsetzung, die mit internationalen Standards identisch ist und von allen europäischen Mitgliedern unverändert übernommen wurde (vgl. DIN 2013, S. VIII). Normen werden dabei vorzugsweise auf internationaler Ebene erarbeitet und ersatzweise auf europäischer Ebene. Erst wenn beides misslingt, werden nationale Normen formuliert (vgl. Zollondz 2009, S. 260). Die ISO-9000 Familie ist 1987 entstanden und stellt einen Satz an Normen dar, die Grundsätze und Maßnahmen zur Einführung von Qualitätsmanagementsystemen beschreibt (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 58; Vogg/Fleßa 2011, S. 72).

¹⁹⁵ Damit sind neben der Begriffsbestimmung von Qualität auch alle in den DIN ISO Normen festgelegten Methoden, Verfahren und Zielsetzungen des Qualitätsmanagements unabhängig von den erbrachten Leistungen des Anbieters und somit auch für das Gesundheitswesen gültig (vgl. Selbmann 2002, S. 248). Die branchenspezifisch erarbeitete DIN-Norm für die Gesundheitswirtschaft wird in Kapitel 7.2. ausführlich dargestellt.

definition erfolgen. Des Weiteren ist ihre Darstellung auch in verschiedenen Dimensionen möglich wie zum Beispiel Zuverlässigkeit, Wirtschaftlichkeit oder ihre Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Pepels 2009, S. 172; Zollondz 2009, S. 161).

Eine weitere einflussreiche Partialunterscheidung von Qualität stammt von Garvin (1984). Sein Verständnis basiert auf fünf Teilqualitäten für die praktische Anwendung des Qualitätsbegriffs:

1. Absolute Qualität („*transcendent*“ - transzendente Sichtweise): Qualität wird als absolut beschrieben, zeigt sich universell erkennbar und dient als Zeichen unabdingbarer Ansprüche.
2. Objektive Qualität („*product-based*“ - produktbezogene Sichtweise): Qualität ist präzise und messbar, so dass der Fokus auf der Erfüllung spezifischer Produkthanforderungen fußt.
3. Subjektive Qualität („*user-based*“ - anwenderbezogene Sichtweise): Qualität aus Nutzerperspektive, so dass Qualität als Ausdruck der Erfüllung von Kundenanforderungen verstanden wird.
4. Funktionale Qualität („*manufacturing-based*“ - prozessbezogene Sichtweise): Qualität wird als Einhaltung bestimmter Spezifika und Normen in der Herstellung definiert.
5. Relative Qualität („*value-based*“ - Preis-Nutzen-bezogene Sichtweise): Erfüllung bestimmter Qualitätsleistungen unter Berücksichtigung entstandener Kosten bzw. dem veranschlagten Preis.

Die Aufteilung in fünf Sichtweisen illustriert damit in groben Zügen die unterschiedlichen Bezugsrahmen, in denen Qualität betrachtet werden kann (vgl. Pepels 2009, S. 173; Stuppardt 2011, S. 135; Zollondz 2009, S. 159ff.).

Qualität kann des Weiteren aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und formuliert werden. Aus Kundensicht zeigt sich Qualität als Erfüllung der an ein Produkt oder eine Dienstleistung gestellten Anforderungen. Im Idealfall dient sie so der vollständigen Erfüllung individueller Wünsche durch spezifische Produktionsmerkmale, inhärente Systeme oder Prozesse (vgl. Kaminske/Brauer 2011, S. 165; Pepels 2009, S. 172f.). Dabei ist das Urteil des Kunden über die Qualität einer Leistung subjektiv, eine objektive Bestimmbarkeit erhält Qualität durch die Festlegung spezifischer Anforderungen, beispielsweise durch Normensetzung oder Gesetzgebung (vgl. Pepels 2009, S. 174). Eine Unterscheidung in objektive und subjektive Qualität kann durch Einteilung in Zweckeignung und individuell wahrgenommene Güte¹⁹⁶ getroffen werden (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 23).

¹⁹⁶ Der Wortlaut Güte an sich ist bereits als wertende Aussage zu verstehen (vgl. Zollondz 2009, S. 158).

Es ist zudem möglich, Qualitätsdefinitionen an Anforderungen und Gegebenheiten eines bestimmten wissenschaftlichen Hintergrunds oder aber branchenspezifisch zu formulieren. Aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive kann Qualität als Beschaffenheit in Bezug auf Unterscheidungsmerkmale zu anderen Gütern verstanden werden, die aus subjektiven und objektiven Qualitätsmerkmalen besteht. Eine dienstleistungsorientierte Qualitätsdefinition¹⁹⁷ kann sich zum Beispiel auf gesetzliche Anforderungen, Richtlinien oder andere Regelungen beziehen, die die Qualität einer Dienstleistung sicherstellen sollen (vgl. Marschner et al. 2015, S. 10 und S. 21).

Um Qualität zielgerichtet messen und für Evaluationen der eigenen Produkte und Dienstleistungen umsetzen zu können, sollten Messergebnisse in das Qualitätsmanagement¹⁹⁸ eingebettet werden. Auch hierzu sind unterschiedliche Ansätze und Definitionen vorhanden. Qualitätsmanagement kann einerseits als Festsetzung einer unternehmerischen Qualitätspolitik verstanden werden, in der Verantwortlichkeiten, Ziele sowie die Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung der Qualität angebotener Leistungen geregelt werden (vgl. Pfaff 2001, S. 32). Ähnlich sehen Vogg und Fleßa (2011, S. 29) Qualitätsmanagement, das ihrer Definition folgend neben Qualitätspolitik auch Qualitätsziele, konzeptionelle Planung und die Strukturierung unternehmerischer Abläufe miteinander verbinden soll. Um eine kontinuierliche Optimierung interner Abläufe zu gewährleisten, wird die Umsetzung mit qualitätssichernden Maßnahmen überwacht und ggf. gelenkt. Ebenso kann im Rahmen von Qualitätsmanagement auch ein Anfangs- mit einem Endzustand in Relation gesetzt werden, um vergleichend den Stand oder die Veränderung von Qualität aufzunehmen und zu identifizieren (vgl. Marschner et al. 2015, S. 39). Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ)¹⁹⁹ definiert Qualitätsmanagement als Gesamtheit qualitätsbezogener Tätigkeiten und Zielsetzungen (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 662). Auch in den DIN-Normen ISO 9000 wird Qualitätsmanagement definiert. ISO 9000 beschreibt Qualitätsmanagement als aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich angebotener Qualität, sowie deren Sicherstellung und Ver-

¹⁹⁷ Bei Erfassung der Dienstleistungsqualität gilt grundsätzlich die Anwendung der Ansätze, die auch im Allgemeinen zur Qualitätserhebung gelten (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 51).

¹⁹⁸ Qualitätsmanagement wird definitorisch zumeist vom Begriff der Qualitätssicherung abgegrenzt, welche alle Tätigkeiten umfasst, die zur Einhaltung und Sicherstellung bestimmter Qualitätskriterien eines Produktes oder einer Dienstleistung in einem Unternehmen eingesetzt werden (vgl. Pfaff 2001, S. 31f.). Eine eindeutige Trennung der Begriffe Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung ist durch die Definitionsvielfalt beider Begriffe erschwert (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 662). In dieser Arbeit werden die Begriffe synonym verwendet, da sie im relevanten Bereich der Gesundheitsversorgung definitorisch zumeist nicht unterschieden werden. Eine Abgrenzung leistet in diesem Zusammenhang keinen Mehrwert (vgl. Selbmann 2002, S. 249).

¹⁹⁹ Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. hat zur Aufgabe, Know-How und Methoden des Qualitätsmanagements weiterzuführen und dessen Umsetzung in der Praxis zu fördern (Vgl. Pepels 2009, S. 49).

besserung (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 122, Selbmann 2002, S. 248). Qualitätsmanagement ist zusammengefasst also eine Managementmethode, die eine kontinuierliche Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anstrebt (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 64). Es umfasst damit aufeinander abgestimmte Tätigkeiten, die ein Unternehmen bezüglich des Themengebiete Qualität lenken und gleichfalls leiten (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 662). Damit geht das Grundprinzip von Qualitätsmanagement auf den PDCA-Zyklus²⁰⁰, der an späterer Stelle tiefergehend betrachtet wird, zurück (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 664). Qualitätsmanagement kann in interne und externe Maßnahmen unterschieden werden. Internes Qualitätsmanagement beschreibt hierbei die Gesamtheit von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, die auf die Verbesserung der angebotenen Qualität bezogen sind. Damit sollen Versorgungsabläufe aller unternehmerischen Bereiche verbessert werden und gleichzeitig eine Optimierung der Qualitätsergebnisse erreicht werden. Hierzu zählen unter anderem die Systeme DIN ISO, EFQM und KTQ. Externes Qualitätsmanagement übernimmt Branchenvergleiche via Benchmarking²⁰¹ oder Audit²⁰² durch die Beauftragung unabhängiger Gutachter (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 663).

Bevor Qualitätsmanagement tatsächlich in einem Unternehmen implementiert werden kann, müssen entsprechende Strukturen zur Umsetzung geschaffen werden (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 663). Dabei sind im Rahmen des Qualitätsmanagements viele unterschiedliche interne als auch externe Einflussfaktoren zu berücksichtigen, insbesondere sollten bei der praktischen Ausgestaltung die Themenbereiche Nachhaltigkeit, Wirtschaftlichkeit und gesetzliche Normen berücksichtigt werden. Die Verantwortung für eine konsequente Etablierung und Einhaltung der Vorgaben des Qualitätsmanagements liegt bei der Unternehmensleitung (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 199). Umfang und Inhalte des Qualitätsmanagements werden zumeist in einem Qualitätsmanagementhandbuch²⁰³ dokumentiert und im Rahmen eines Qualitätsmana-

²⁰⁰ Der „Plan-Do-Check-Act-Zyklus“ unterscheidet vier Schritte, die sich phasenweise wiederholen, um Qualitätsprozesse einer stetigen Verbesserung zu unterziehen. Damit dient das Modell als methodischer Rahmen des Qualitätsmanagements (vgl. Hensen 2016, S. 60f.).

²⁰¹ Benchmarking beschreibt den Prozess, in dem eigene Produkte und Dienstleistungen bezüglich ihrer qualitativen Eigenschaften gemessen und mit Marktführern der Branche verglichen werden. Ziel ist es, die wirkungsvollsten Methoden (*Best Practice*) der Wettbewerber zu adaptieren, um selbst an die Branchenspitze zu gelangen (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 10).

²⁰² Audits sind moderne Informationssysteme, welche die Wirksamkeit eigener qualitätsbezogener Tätigkeiten überprüfen sollen. Audits sollen potenzielle Schwachstellen des eigenen Qualitätsmanagements aufdecken und gleichzeitig Verbesserungen dieser anregen. Weiter unterscheidet man Audits in Produkt-, Verfahrens- und Systemaudit (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 5).

²⁰³ Das Qualitätsmanagementhandbuch stellt die schriftliche Fixierung des unternehmensindividuellen Qualitätsmanagementsystems dar. Es beinhaltet Absichten und Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung qualitativer Leistungen der Organisation (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 202).

gementsystems in die Praxis umgesetzt (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 200). Unter einem Qualitätsmanagementsystem ist dabei der gesamte Aufbau und Ablauf aller qualitätsbezogenen Aktivitäten zu verstehen, die inhaltlich aufeinander abgestimmt sind. Mit einem Qualitätsmanagementsystem soll eine einheitliche und zielgeführte Planung, Steuerung und Realisierung des Qualitätsmanagements sichergestellt werden (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 203). Hinzu soll ein Qualitätsmanagementsystem der Dokumentation dienen, um Qualitätsanforderungen an erstellte Leistungen sicherzustellen (vgl. Pepels 2009, S. 185). Zu Beginn der Implementierung steht die Planung des angestrebten Qualitätsniveaus, welches sich aus Kundenwünschen bzw. gesetzlichen Vorgaben ableitet. Hieraus werden Qualitätsanforderungen formuliert, von denen dann die Prozess- und Strukturplanung ausgeht (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 31). Den bisherigen Erkenntnissen folgend soll ein implementiertes Qualitätsmanagementsystem also eine Organisation bezüglich qualitätswirksamer Vorgänge und Prozesse lenken und richtungsweisend leiten (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 122). Dazu muss die gesamte Organisation auf allen Ebenen einbezogen werden, so dass Qualitätsmanagement in Form eines innerbetrieblichen Netzwerks inklusive Verantwortlichkeiten festgelegt werden kann. Ein Qualitätsmanagementsystem dient damit der inneren Strukturierung und der systematischen Umsetzung von qualitätsbezogenen Aktivitäten (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 203). Eindeutiges Ziel von Qualitätsmanagement ist die nachhaltige und implementierte Verbesserung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen eines Anbieters (vgl. Pfaff 2001, S. 32). Dabei kann zu keiner Zeit ein einheitliches, allgemeingültiges Qualitätsmanagementsystem über die Grenzen eines Unternehmens hinaus existieren, da unterschiedliche interne bzw. externe Gegebenheiten ein Qualitätsmanagementsystem bedingen. Unter anderen sind in diesem Zusammenhang Größe, verschiedenartige Produkte und Dienstleistungen sowie organisatorische Spezifika zu nennen. Vor allem aber setzen individuelle Unternehmensziele den Aufbau, Umfang und Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems fest (vgl. Kamiske/Brauer 2011, S. 203). Unternehmen sollten sich jedoch trotzdem an allgemein anerkannten Systemen und Leitfäden orientieren und in einem nächsten Schritt die Implementierung an sich individuell planen und durchführen (vgl. Zollondz 2009, S. 341). Eventuell liegt in der unternehmensindividuellen Umsetzung, ähnlich wie im Falle der diversifizierten Definition von Qualität, der Grund, dass auch für den Begriff des Qualitätsmanagements kein einheitliches Verständnis identifiziert werden kann (vgl. Zollondz 2009, S. 207).

Um Qualität organisatorisch zu implementieren, stehen Unternehmen verschiedene Qualitätsmodelle zur Verfügung, die auch, abhängig von individuellen Zielen des Qualitätsmanage-

ments, miteinander kombiniert werden können (vgl. Offermanns 2011, S. 248). Qualitätsmodelle reduzieren die Realität und damit auch die Komplexität des Qualitätsbegriffs an sich, und schaffen damit eine konzeptionelle Grundlage für das Qualitätsmanagement (vgl. Zollondz 2009, S. 178). Grundsätzlich sollte jedem Modell eine Prozessplanung vom Ergebnis her zugrunde gelegt werden und Qualitätssicherung anhand der Erfassung spezifischer Qualitätsindikatoren²⁰⁴ vorgenommen werden, da ohne diese Voraussetzungen eine Qualitätsverbesserung praktisch nicht umgesetzt werden kann. Trotzdem folgen nicht alle Konzeptionen diesen Voraussetzungen (vgl. Offermanns 2011, S. 239). Des Weiteren wurde bisher häufig die qualitätsrelevante Erhebung der Ergebnisqualität²⁰⁵ in Modellen vernachlässigt bzw. vollständig ignoriert (vgl. Offermanns 2011, S. 175). Voraussetzung für ein funktionales und lenkendes Qualitätsmodell ist es, dass Informationen und Messergebnisse anhand eines normativen Bezugsrahmens abgebildet werden können, damit Informationen über die Qualität der betrachteten Leistungen erhoben werden und für Qualitätsverbesserungsprozesse zur Verfügung stehen. Hiervon abgeleitet sollten Qualitätsindikatoren verfasst werden, da ein Qualitätsmodell ohne Indikatoren wenig aussagekräftig bleibt (vgl. Offermanns 2011, S. 192ff.). Bei der Auswahl berücksichtigt werden sollte außerdem, dass das gewählte Qualitätsmodell eine nachvollziehbare Außendarstellung aufweist, um interne Qualitätsvorgänge für die interessierte Öffentlichkeit transparent zu gestalten (vgl. Offermanns 2011, S. 174).

7.1.2 Qualitätsmanagementsysteme und -modelle in der Praxis

Auf dem Markt für Qualitätsmanagementsysteme existieren unterschiedlichste Modellansätze und grundsätzliche theoretische Richtungen, so dass sich diese Arbeit auf die relevantesten Ansätze und Systeme bezüglich ihrer Praxisumsetzung beschränkt.

Da das Qualitätsbewusstsein immer mehr in den Mittelpunkt unternehmerischer Betrachtungen rückt, wird eine umfassende Qualitätsphilosophie als grundsätzliches Verständnis notwendig. Diese findet sich im Ansatz des *Total Quality Management*²⁰⁶ (TQM) wieder, welcher in den 1980er Jahren erstmalig in der fachlichen Diskussion aufgekommen ist. TQM ist dabei als übergeordneter Ansatz und nicht als eigenständiges Qualitätsmanagementsystem²⁰⁷ zu verstehen,

²⁰⁴ Ausführliche Information zu Qualitätsindikatoren und deren Wirkungsweise siehe Kapitel 7.3.

²⁰⁵ Unter Ergebnisqualität wird der entstandene Nutzen einer qualitätssteigernden Maßnahme verstanden (vgl. Offermanns 2011, S. 194).

²⁰⁶ Dabei wurden zahlreiche Qualitätskonzepte, die sich auf das gesamte Unternehmen erstrecken, erarbeitet, bis letztlich das TQM-System entstanden ist (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 28).

²⁰⁷ Vogg und Fleßa (2011, S. 30) gehen jedoch entgegen davon aus, dass es sich um TQM handelt, wenn sich ein Qualitätsmanagementsystem auf alle unternehmerischen Bereiche bezieht. TQM kann damit auch als umfassendste und komplexeste Form des Qualitätsmanagements angesehen werden (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 663).

bei dem der Qualitätsgedanke als oberstes Unternehmensziel Einzug in die jeweilige Unternehmenskultur halten soll²⁰⁸. Allerdings müssen für die praxistaugliche Umsetzung von TQM explizite Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements zur Anwendung kommen. Alle drei Bestandteile, auf denen TQM basiert, sind dabei inhaltlich gleichgewichtig. *Total* beschreibt dem allumfassenden Charakter des Qualitätsdenkens und bezieht damit alle Interessensgruppen in das Qualitätsmanagement ein, die an der Produktion bzw. Dienstleistung beteiligt sind. Dadurch hat TQM nicht den Charakter eines kurzfristig anwendbaren Programms, sondern bietet eine ganzheitliche Sicht auf die Organisation und ihre Umwelt. *Quality* und *Management* werden als Führungsaufgaben verstanden, wobei *Quality* die konsequente Orientierung aller betrieblichen Aktivitäten an Qualitätsforderungen beschreibt. *Management* wiederum betont die Anerkennung von Qualität als übergeordnete Philosophie und Führungsstil. Dadurch bildet TQM einen Grundstein für die Entwicklung von Qualitätsmanagement in einer Organisation. Alle Mitarbeiter, unabhängig davon, in welchem Bereich sie beschäftigt sind, werden aktiv in die Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen integriert, um Qualität im Unternehmen ohne Einschränkungen zu etablieren (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 663; Kamiske/Brauer 2011, S. 310ff.; Marschner et al. 2015, S. 38ff.; Pepels 2009, S. 221; Vogg/Fleßa 2011, S. 66; Zollondz 2009, S. 211; Zülch 2014, S. 96).

Auch wenn TQM als höchst wirksame Führungsstrategie anerkannt wird, resultieren bei falscher Anwendung seiner Prinzipien Probleme. Häufig werden Inhalte nicht korrekt erfasst oder das System ohne Orientierung oder die Schaffung notwendiger Strukturen im Unternehmen angewandt. Außerdem wird TQM in diesen Fällen zumeist nicht als kontinuierliche und implementierte Größe anerkannt, sondern als temporäres Projekt angesehen, was dem Charakter des TQM widerspricht (vgl. Malorny 2002, S. 7; Pepels 2009, S. 222). TQM verfolgt seine Ziele über die feste Implementierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in Form einer Prozessoptimierung nach dem PDCA-Zyklus von Deming²⁰⁹ (vgl. Marschner et al. 2015, S. 38).

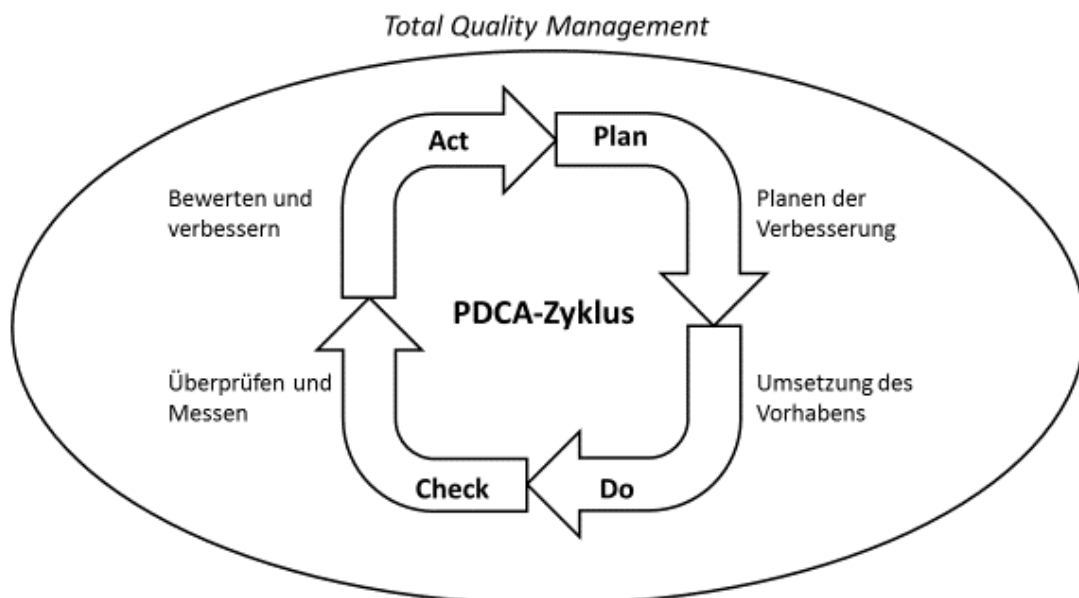
Der PDCA-Zyklus (auch: Deming-Zyklus) wurde in den 1950er Jahren erstmalig formuliert. Dem Modell folgend werden unternehmerische Aktivitäten als Prozesse aufgefasst, die grundsätzlich stetig verbessert werden können. Das Modell umfasst vier zirkuläre Schritte und beginnt mit der *Plan*-Phase, in der Ziele quantitativ und qualitativ definiert, Prozesse festgelegt

²⁰⁸ Dabei ist es notwendig, eine klare Wertehierarchie bezüglich Qualität zu etablieren (vgl. Malorny 2002, S. 11).

²⁰⁹ William Edwards Deming (1900-1993) studierte Physik und Mathematik und promovierte in Yale. Schon in Zeiten vorherrschenden Taylorismus forderte er innovative Produktionsweisen, die auf Bedürfnisse und Wünsche der Kunden ausgerichtet werden. Die Vermittlung der Denkweise seines Vier-Phasen-Zyklus stand dabei für ihn im Mittelpunkt. Heutzutage ist sein Ansatz im Qualitätsmanagement etabliert und Basis fast aller Qualitätskonzepte (vgl. Zollondz 2009, S. 82ff.).

sowie das grundsätzliche Vorgehen inklusive Verantwortlichkeiten geklärt werden. Die zu erreichenden Ziele sollen dabei realistisch gesetzt werden, messbar sein und in einem vorab ermittelten Zeitraum erreicht werden. *Do* ist die praktische Umsetzung der in der *Plan*-Phase gefassten Ziele und Prozesse, um neue Vorgehensweisen zu erproben und die Qualitätsmessung anzugehen. Der dritte Schritt (*Check*) beinhaltet einen Soll-Ist-Vergleich sowie die Kontrolle erhobener Kennzahlen der *Do*-Phase. Die erfassten Werte werden mit der vorab gesetzten Zielvorgabe verglichen. Im letzten Schritt des Qualitätszyklus (*Act*) geht es um die Reaktion auf die Ergebnisse der *Check*-Phase. Entweder wird die entwickelte Qualitätsprüfung standardisiert, da sie sich als gut geeignet erwiesen hat, oder es werden Korrekturen für den nächsten Durchlauf des Zyklus durchgeführt. Damit wirkt der PDCA-Zyklus als kontinuierlicher Verbesserungsprozess²¹⁰ und gilt als Standard für jegliche Verbesserungsaktivitäten, da er einen systematischen Ansatz zur Problemlösung bietet und auf Mikro- als auch Makroebene anwendbar ist. Der PDCA-Zyklus zielt damit darauf ab, Qualitätsverbesserungsinitiativen im Rahmen des TQM-Gedankens praktisch umzusetzen, so dass TQM als theoretischer und methodischer Unterbau des PDCA-Zyklus fungiert (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 664; Offermanns 2011, S. 184; Zollondz 2009, S. 253; Zülch 2014, S. 94).

Abbildung 6: PDCA-Zyklus eingebettet in TQM



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hensen 2016, S. 61

²¹⁰ Das Konzept der kontinuierlichen Verbesserung findet sich nicht nur im PDCA-Zyklus Demings wieder, sondern wird von vielen weiteren Managementsystemen, unter anderem EFQM, KTQ und ISO, aufgegriffen (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 28).

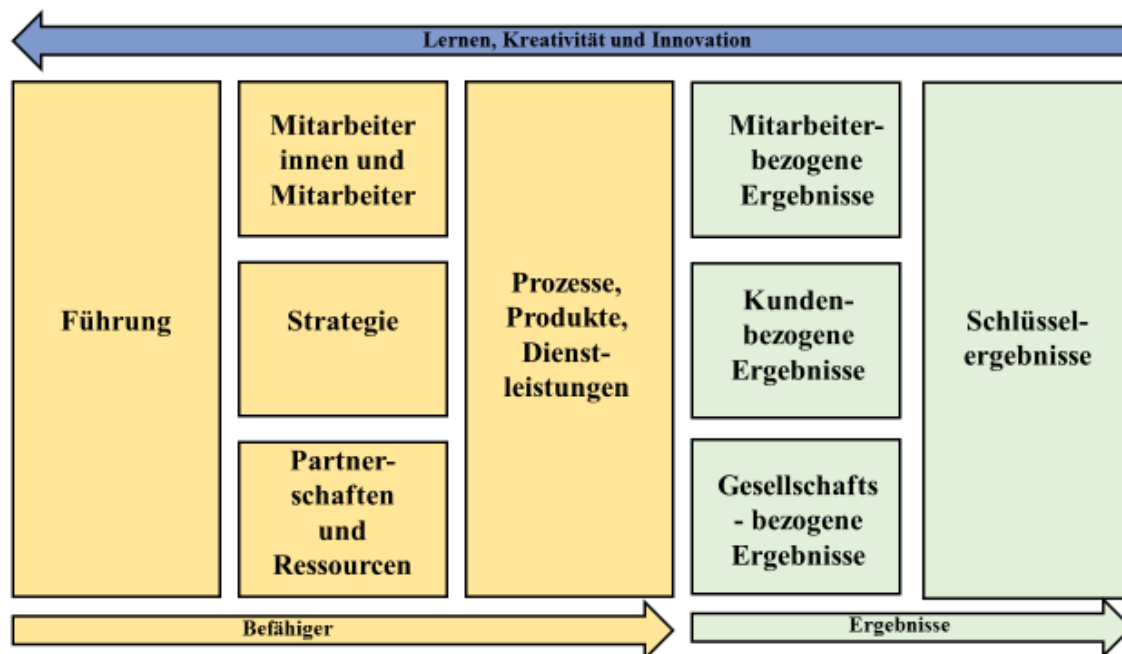
Ein stark vom TQM geprägter Ansatz ist die Initiative der *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Die EFQM wurde 1988 als gemeinnützige Organisation von 14 Unternehmen²¹¹ mit dem Ziel gegründet, innovativer Treiber für nachhaltiges Qualitätsmanagement in Europa zu werden. Dabei geht das EFQM-System über den eng definierten Wirkungsbereich eines Qualitätsmanagementsystems hinaus, und ist als Führungsmethode mit Qualität als zentralem Ziel zu verstehen. Grundsätzlich werden im EFQM-Modell Menschen, Prozesse und daraus entstehende Ergebnisse gleichzeitig betrachtet, um unter Mitarbeit aller Beteiligten einen nachhaltigen und kontinuierlichen Verbesserungsprozess²¹² zu etablieren. Das EFQM-Modell unterscheidet dabei in Befähiger (*enabler*), die Ergebnisse ermöglichen und für diese verantwortlich sind, und Ergebnisse²¹³ (*results*) an sich. Ziel des anwendenden Unternehmens ist es, überdurchschnittliche Qualitätsergebnisse für gegenwärtige und zukünftige Bedürfnisse von Kunden, Gesellschaft und den eigenen Mitarbeitern zu erhalten. Dabei bildet die Qualitätseinschätzung anhand Selbstbewertung (z.B. in Form eines Fragebogens) grundlegende Essenz des EFQM-Ansatzes (vgl. Marschner et al. 2015, S. 43; Vogg/Fleßa 2011, S. 66f.; Zülch, S. 97). Der EFQM-Ansatz gilt aufgrund seiner Umsetzung als besonders praxisrelevantes Modell. Durch die Orientierung an der TQM-Philosophie kann der Ansatz eines kontinuierlichen Verbesserungsprozess erfolgswirksam in ein Unternehmen implementiert werden (vgl. Offermanns 2011, S. 240). Außerdem ist das Modell branchenunabhängig anwendbar und damit sehr flexibel in seiner Ausgestaltung (vgl. Zollondz 2009, S. 297).

²¹¹ Mittlerweile sind über 800 Unternehmen unterschiedlichster Branchen Mitglied der EFQM (vgl. Frodl 2012, S. 186).

²¹² Hier zeigt sich, dass der PDCA-Zyklus als Basis für das Modell dient (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 67).

²¹³ Ergebniskriterien beziehen sich dabei immer auf den Zielerreichungsgrad, der durch den jeweiligen Befähiger erreicht wird (vgl. Zollondz 2009, S. 300).

Abbildung 7: Das EFQM-Modell



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an EFQM 2012, S. 4

Aufgrund seiner fast universellen Anwendungsmöglichkeiten ist das wohl international bekannteste Qualitätsmanagement-Modell die bereits erwähnte ISO Norm (vgl. Zülch 2014, S. 91). Auf Basis des ISO 9000 kann sich ein Unternehmen zertifizieren lassen²¹⁴ (vgl. Offermanns 2011, S. 207). Der Grundgedanke dieser Zertifizierung liegt darin, dass Normabweichungen oder Variationen in der Leistung möglichst gering gehalten werden sollen. Besonders positiv ist die ständige Prozesslenkung dieses Verfahrens zu beurteilen, da der Fokus stets auf einer bewussten Steuerung verschiedener Leistungsprozesse liegt, die sich wiederum auf klare Zielvorgaben beziehen und von diesen abgeleitet werden. Entscheidend wiegt jedoch der Nachteil einer fehlenden Erhebung der Ergebnisqualität, so dass die ISO-Zertifizierung als additives Werkzeug in ein Qualitätsmodell integriert werden kann, isoliert eingesetzt jedoch nicht zu einer Qualitätsverbesserung von Produkten und Dienstleistungen führt (vgl. Offermanns 2011, S. 211ff.). Der dem Modell inhärente Grundgedanke einer einheitlichen Zertifizierung wird dadurch stark geschwächt, dass die DIN Normen keine Qualitätsindikatoren vorgeben, sondern lediglich die Relevanz ihrer Auswahl betont wird (vgl. DIN 2013, S. 60). Dadurch liegen der

²¹⁴ Eine Zertifizierung ist das Überprüfen und Bestätigen der Konformität von Abläufen und/oder Produkten bzw. Dienstleistungen eines Unternehmens anhand vorgegebener Anforderungen und Normen. Über die Zertifizierung sollen also Funktion und Wirksamkeit eines individuellen Qualitätsmanagements nachgewiesen werden. Ein unabhängiger, sachverständiger Dritter bestätigt somit im Rahmen einer Zertifizierung, dass das betrachtete Unternehmen ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat, es den eigenen Vorschriften folgend dokumentiert und in diesem Umfang aufrecht erhält (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 138; Frodl 2012, S. 175; Kamiske/Brauer 2011, S. 357).

Zertifizierung individuelle Messergebnisse vor, die einen Vergleich zwischen verschiedenen Unternehmen, auch der gleichen Branche, erschweren.

Insgesamt zeigt sich die Anwendung spezifischer Qualitätsmanagementsysteme zwar als essentielle Funktion bezüglich unternehmerischer Qualitätsbestrebungen. Allerdings scheint der Einsatz eines einzigen Qualitätsmodells nicht ausreichend, um alle notwendig zu erfüllenden Kriterien eines umfangreichen Qualitätsmanagement abzudecken, so dass grundsätzlich eine Kombination der Ansätze empfohlen wird (vgl. Offermanns 2011, S. 240f.).

7.2 Der Qualitätsbegriff der Gesundheitswirtschaft

7.2.1 Qualität und Qualitätsmanagementsysteme der Gesundheitswirtschaft

Die Diversifikation des Qualitätsbegriffs hat auch im Bereich des Gesundheitswesens für eine hohe Zahl unterschiedlichster Ansätze und Definitionen von Qualität gesorgt. Diese entspringen der Nutzung unterschiedlicher Dimensionen, Prozesse, Strukturen und Ergebnisse. Die häufige Verwendung der Begriffe in unterschiedlichen Zusammenhängen erschwert dessen Festlegung, so dass sich bisher kein einheitlicher Qualitätsbegriff für die deutsche Gesundheitswirtschaft durchsetzen konnte (vgl. Penter/Augurzkzy 2014, S. 72; Reimann/Trefzer 2009, S. 43; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 381).

Ursächlich wird die Übertragung des Qualitätsbegriffs auf Spezifika der Gesundheitswirtschaft vor allem durch das Fehlen einer gesetzlichen Legaldefinition erschwert. Da die weiterhin aktuellen Vorgaben aus dem SGB V einen großen Interpretationsspielraum eröffnen, ist die Ableitung eines allgemeingültigen Qualitätsverständnis schwer umsetzbar (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 155). Insbesondere ist problematisch, dass die für den Gesundheitsbereich besonders relevante Dimension der Ergebnisqualität sehr weit gefasst und damit kaum operationalisierbar ist, obwohl ihrer Erhebung zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Wingenfeld/Kleina/Franz 2011, S. 12). Weit verbreitete und anerkannte Ansätze von Qualitätsdefinitionen im Gesundheitswesen stammen auch nicht aus dem deutschsprachigen Bereich. Die *US Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organisations*²¹⁵ beispielsweise definiert medizinische Qualität als Grad der Wahrscheinlichkeit, gewünschte Behandlungsergebnisse durch die Anwendung aktuellstem medizinischen Wissens des inländischen Gesundheitsversorgungssystem zu erreichen (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 660). Der ähnlich angesiedelte Definitionsansatz des US-

²¹⁵ Die *US Joint Commission on The Accreditation of Health Care Organisations* ist eine unabhängige NPO, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Unternehmen und Institutionen der Gesundheitsversorgung zu evaluieren und sie gleichzeitig dazu zu inspirieren, sich gegenüber der Konkurrenz durch höchste Qualität in der Leistungserbringung auszuzeichnen. Bisher wurden bereits ca. 21.000 Organisationen der Gesundheitsversorgung durch die Kommission zertifiziert (vgl. Joint Commission 2017).

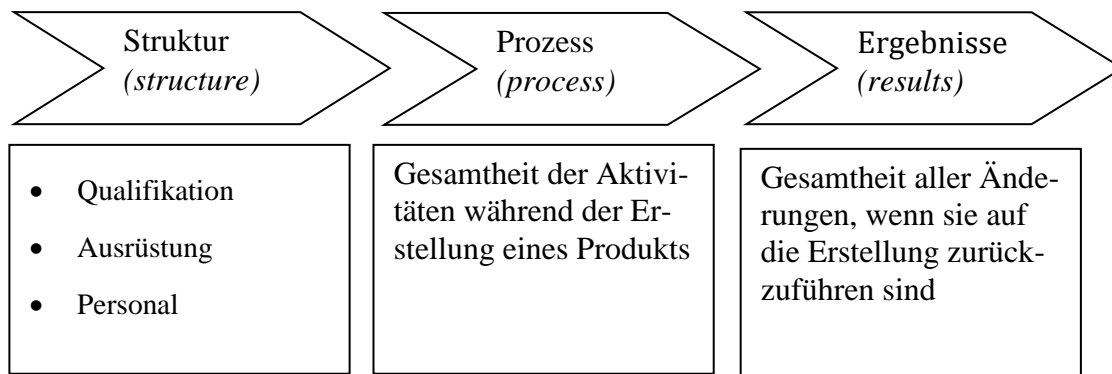
amerikanischen *Institute of Medicine* (IOM) spiegelt ebenfalls den relativen Charakter des Terminus Qualität wieder. Es beschreibt Qualität im Gesundheitswesen als Grad, zu dem die Gesundheitsversorgung von einzelnen Individuen als auch der Gesellschaft insgesamt gesteigert wird. Gleichzeitig beinhaltet der Qualitätsbegriff den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand der medizinischen Versorgung (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 155; Stuppardt 2011, S. 135). In Deutschland stammen weiter gefasste Untersuchungsansätze, die verschiedene Qualitätsaspekte der Gesundheitsversorgung fokussieren, unter anderem vom bereits erwähnten *Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen* (SVR) bzw. dessen Nachfolgegremium, dem *Sachverständigenrat Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (vgl. Weckert 2013, S. 28). Der Definitionsansatz des SVR stellt vor allem die Bedeutung von Qualität für erwünschte Gesundheitsergebnisse in den Fokus. Der Qualitätsbegriff wird systemisch erweitert, indem neben der Qualität von Gesundheitsleistungen, Leistungserbringern und ihren Einrichtungen an sich, auch die Qualität von Strukturen und Steuerungsprozessen des Gesundheitssystems betrachtet wird (vgl. SVR 2001, S. 57). Damit finden sich in der Definition des SVR die im Gesundheitswesen führenden Qualitätsdimensionen Donabedians der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wieder, welche die praktische Umsetzung von Qualitätsdefinitionen im Gesundheitsbereich zumeist dominieren²¹⁶. Um Qualität im Bereich des Gesundheitswesens treffend zu beschreiben zu können und gleichzeitig messbar zu machen, nutzt Donabedian eine dreiphasige Hilfskonstruktion. Die *Strukturqualität* beschreibt dabei die Qualität der Rahmenbedingungen, zu denen personelle Ressourcen mit ihren Fähigkeiten oder ihrer Ausbildung²¹⁷ und materielle Gegebenheiten wie die technische oder räumliche Ausstattung der Organisation zählen. Sie umfasst damit relativ konstante Faktoren, die zur Leistungserstellung notwendig sind. Der Begriff *Prozessqualität* bezieht sich auf die Summe aller Maßnahmen, die für die Leistungserbringung notwendig ist, sowie die dazugehörigen Charakteristika der Tätigkeiten. Dazu zählen Prozesse der Diagnostik, Therapie und Pflege, aber im negativen Sinne auch diejenigen Maßnahmen, die im Versorgungsablauf nicht ergriffen werden. Die *Ergebnisqualität* wiederum umfasst den Outcome aller dem Gesundheitswesen direkt zurechenbaren Veränderungen des Gesundheitszustands und beschreibt somit das Behandlungsergebnis im Vergleich mit dem Eingangszustand. Das von ihm gewählte Qualitätskonzept bezog er 1966 erstmalig auf medizinische Leistungen. Mit seinem Phasenmodell hat Donabedian ein praktisch

²¹⁶ Wissenschaftlich betrachtet dienen die drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian häufig als Ausgangspunkt des Qualitätsbegriffs in Qualitätsmodellen (vgl. Offermanns 2011, S. 188).

²¹⁷ Qualität ist gerade im Dienstleistungssektor stark abhängig von der Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter bzw. Selbstständigen. In der Regel gibt es im Gesundheitssektor kaum Möglichkeiten, die Leistung (z.B. eine ärztliche Behandlung) ex post einer Prüfung zu unterziehen, um den Ist- mit dem Sollzustand zu vergleichen (vgl. Frodl 2012, S. 165).

anwendbares Konzept zur Qualitätsmessung und -verbesserung erschaffen, welches jedoch trotz seiner umfassenden Anwendung einzelne Mängel aufweist. Der phasig strukturierte Modellaufbau bietet zwar für die praktische Anwendung eine übersichtliche Struktur, allerdings ist die vorgegebene Kausalität der Dimensionen nicht in allen Qualitätszusammenhängen gegeben. Zwischen den drei Dimensionen wird eine lineare Beziehung angenommen, welche jedoch nicht immer praxisrelevant ist. Außerdem wird die Frage nach Angemessenheit oder der Notwendigkeit einer durchgeführten Versorgungsmaßnahme nicht erfasst²¹⁸ (vgl. Burger/Nottinger 2011 S. 155f.; Eberl/Landgraf 2008, S. 657ff.; Selbmann 2002, S. 250; Vogg/Fleßa 2011, S. 25f.; Zollondz 2009, S. 161).

Abbildung 8: Qualitätsdimensionen nach Donabedian



Quelle: Eigene Darstellung, in Ablehnung an Zollondz 2009, S.161.

Über die Qualitätsdiskussion und die Möglichkeiten, diese objektiv messbar machen zu können, gewinnt auch das Qualitätsmanagement an sich an Bedeutung und Akzeptanz im Gesundheitswesen. Seit einer Novellierung des SGB V im Jahre 1999 wird es sogar gesetzlich gefordert²¹⁹ (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 657). Im Gesundheitswesen wird Qualitätsmanagement als ablauforientierte, umfassende, selbstverantwortliche Unternehmens- und Führungsstrategie verstanden, die trotz sich ständig veränderter Rahmenbedingungen das Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in den Mittelpunkt stellt (vgl. Stein/Thon 2001, S. 1). Das bedeutet, dass vor allem durch die Standardisierung relevanter Daten eine Verbesserung der medizini-

²¹⁸ Burger und Nottinger (2011, S. 162) sind der Meinung, dass beispielsweise medizinische Untersuchungen ohne jeglichen Mehrwert für den Gesundheitsstatus des Behandelten als Minderqualität erfasst werden sollten.

²¹⁹ Neben dem SGB V wird Qualitätsmanagement auch von einer Reihe berufs- und sozialrechtlicher Vorgaben und Gesetze beeinflusst (vgl. Selbmann 2002, S. 255).

schen Versorgung erreicht werden soll (vgl. Aebi/Röder 2011, S. 126). Hierfür werden Arbeitsabläufe erfasst, Struktur- und Prozessqualität dargestellt und die Ergebnisqualität²²⁰ ausgewertet. Qualitätsmanagement sollte dabei zu jeder Zeit einen gesundheitsfördernden Mehrwert aufweisen, vor versorgungsbedingten negativen Folgen schützen und eine gewisse gesundheitsökonomische Bedeutung haben (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 657). Es verpflichtet seinen Anwender ganzheitlich zu Transparenz bezüglich der individuellen Ablauf- und Aufbauorganisation. Im Mittelpunkt aller Managementbestrebungen steht die ständige Reflektion und Weiterentwicklung der Qualität eigener Leistungen, zusätzlich dient eine Kommunikation über das eigene Qualitätsmanagement einer Imageverbesserung (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 657; Frodl 2012, S. 32f.; Marschner et al. 2015, S. 39). Damit gestaltet sich Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen hauptsächlich handlungsorientiert (vgl. Selbmann 2002, S. 253).

Die Trennung der Begriffe Qualitätsmanagement und -sicherung stellt sich, wie bereits angedeutet, im Bereich der Gesundheitsversorgung fachlich schwierig dar, da sich Inhalte teilweise nur minimal unterscheiden. Demzufolge wird in dieser Arbeit keine Differenzierung beider Begriffe vorgenommen. Zusammenfassend werden beide Konzepte als Summe vorhandener Aktionen definiert, durch die Einrichtungen, Verfahren, Maßnahmen und Dienstleistungen zum Patientenwohl qualitativ verbessert, bzw. potenzielle Versorgungsschäden vermieden werden können (vgl. SVR 2001, S. 58). Angesichts des hohen Aufwands und anfallender Kosten sollten qualitätssichernde Maßnahmen vor allem auf Kostenangemessenheit und Nutzen hin kritisch überprüft werden, so dass eine Qualitätssicherung der Qualitätssicherung empfohlen wird (vgl. SVR 2001, S. 58ff.). Entsprechend stellt der SVR einen Kriterienkatalog für die Planung und Durchführung qualitätssichernder Verfahren, der folgende Anforderungen an die Qualitätssicherung enthält:

- Das Sicherungssystem benötigt zwingend Zielvereinbarungen
- Qualitätssicherung ist grundsätzlich zur Stiftung eines gesundheitlichen Nutzens umzusetzen, wodurch eine Patienten- und Ergebnisorientierung im Mittelpunkt steht
- Konzentration auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme
- Vereinbarte Ziele und qualitätssichernde Maßnahmen sollten stets in Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure entwickelt werden, da die Akzeptanz von qualitätssichernden Maßnahmen als essentielle Voraussetzung für ihre nachhaltige Gewährleistung gilt
- Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus durchlaufen

²²⁰ Auch das Qualitätsmanagement folgt damit dem Phasenmodell von Avedis Donabedian.

- Transparenz ist bei der Qualität von Gesundheitsleistungen als auch bei dem Nutzen von Qualitätssicherungsverfahren absolut notwendig

(vgl. SVR 2001, S. 58f.).

Ein Qualitätsmanagementsystem in einem Betrieb des Gesundheitswesens²²¹ basiert damit auf Organisationsstruktur, Verfahren, Prozessen und Mitteln, die unabdingbar für die Erfüllung medizinischer Qualitätsanforderungen sind. Dabei ist es notwendig, organisatorische Strukturen und bisherige Prozesse zu identifizieren und kritisch zu beurteilen, um potentiell weniger geeignete Vorgehensweisen zu erkennen und anpassen zu können (vgl. Frodl 2012, S. 164f.). Auch für den Bereich des Gesundheitswesens gibt es kein allgemeingültiges und universell anwendbares Qualitätsmanagementsystem. Trotz der branchenspezifischen Eingrenzung, bestehen u.a. immer noch viele organisatorische Unterschiede zwischen den Leistungserbringern des Marktes (vgl. Frodl 2012, S. 33). Die Umsetzung einer systematischen Qualitätssicherung wird daher übereinstimmend als eine der bedeutendsten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen angesehen²²², was das BMG dazu bewogen hat, unterschiedliche Modellprogramme²²³ zu ihrer Förderung zu entwickeln und zu unterstützen (vgl. Reimann/Trefzer 2009, S. 45).

7.2.2 Qualitätsmanagementsysteme und -modelle der Gesundheitswirtschaft in der Praxis

Im Gesundheitssystem werden allgemeine Modelle zum Qualitätsmanagement zumeist branchenspezifisch angepasst. Weiterhin existieren auch direkt für die Gesundheitswirtschaft erarbeitete Managementkonzeptionen (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 66). Aus beiden Kategorien werden die gängigsten Systeme im Folgenden dargestellt, um diese unter Rückgriff auf einschlägige Kriterien des Qualitätsmanagements zu bewerten und darauf folgend Gestaltungsempfehlungen geben zu können. Zudem werden entscheidende Qualitätskriterien herausgearbeitet, um diese als Basis für das neue Steuerungsmodell nutzen zu können.

²²¹ Unter dem Begriff werden Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Praxen, etc. zusammengefasst.

²²² Ein Qualitätsvergleich gestaltet sich hierbei im Bezug zu Messbarkeit und Objektivität schwierig, da Qualität Eigenschaften inhärent sind, die quantitativ schwer zu erfassen sind. Außerdem können Qualitätsindikatoren immer nur eine Teilansicht auf das Themengebiet bieten, so dass deren Aussagekraft selbst hinterfragt werden sollte. Der World Health Report der WHO startet den Versuch, auch outputrelevante Faktoren vergleichbar zu machen, scheitert jedoch an methodischen Schwächen, die eine Vergleichbarkeit erschweren. Besser geeignet zeigt sich die Anwendung der OECD-Qualitätsindikatoren (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 6; Carinci et al. 2015; Reimann/Trefzer 2009, S. 49; WHO 2013b).

²²³ Zu den geförderten Projekten gehören beispielsweise die vergleichende Qualitätssicherung in Krankenhäusern durch das Institut für Qualität und Patientensicherheit, das Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen „Jeder Fehler zählt“ als auch das Aktionsbündnis Patientensicherheit (vgl. BMG/GBA 2007, S. 1ff.).

In der Diskussion um die Anwendung allgemeiner Qualitätsmanagementinstrumente auf die Gesundheitswirtschaft spielt die ganzheitliche Durchdringung des Gesundheitsbetriebs durch TQM eine zentrale Rolle. Leicht angepasst wird dabei der Qualitätsbegriff, der branchenspezifisch auf die Eigenschaften medizinischer Produkte und Serviceleistungen bezogen wird. *Total* und *Management* bleiben jedoch in ihren ursprünglichen Bedeutungen als ganzheitliches Konzept bzw. kooperativer Führungsstil bestehen (vgl. Frodl 2012, S. 167). Ebenso ist die Adaption des PDCA-Zyklus auf Prozesse im Gesundheitswesen möglich. In der *Plan*-Phase verbleibt die Zielformulierung, *Do* beinhaltet in diesem Zusammenhang die Zielumsetzung in einzelne Prozesse der Behandlung, Therapie oder Pflege. *Check* und *Act* überprüfen den Grad, in dem diese Vorhaben erreicht wurden, so dass daraufhin Vorgänge und Prozesse an die eigenen Qualitätsmaßstäbe angepasst werden können (vgl. Offermanns 2011, S. 183). Ebenso bildet die Selbstbewertung nach dem EFQM-Ansatz einen bewährten Einstieg für eine schrittweise Einführung des TQM-Gedankens in einer Organisation und findet immer häufiger Einzug in Gesundheitsbetrieben²²⁴ (vgl. Offermanns 2011, S. 228). Dabei dient das Modell dem Gesundheitsbetrieb als Hilfestellung und gibt gleichzeitig den Status Quo auf dem Weg in ein systematisiertes Qualitätsmanagement wieder. So trägt das EFQM-Modell dazu bei, Schwachstellen einer Organisation aufzudecken und bietet im gleichen Zuge Lösungsstrategien zur Problemüberwindung an (vgl. Frodl 2012, S. 187).

Neben der Anwendung branchenübergreifender Qualitätstools existieren Qualitätsmanagementansätze und -sicherungssysteme, die eigens für das Gesundheitswesen entwickelt wurden. Dazu gehört der Ansatz der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), welche durch den Verband der Angestellten Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen e.V. und der Bundesärztekammer 1997 initiiert und im Dezember 2001 gegründet wurde. KTQ steht hierbei für das eingetragene Warenzeichen der gleichnamigen Gesellschaft und für das Bewertungsverfahren an sich. Zweck der Gesellschaft ist es, durch das KTQ-Zertifizierungsverfahren Qualitätsmanagementsysteme der Leistungserbringer im Sinne des SGB V zu fördern und zu verbessern. Ursprünglich wurden nach dem Kriterienkatalog des KTQ nur Krankenhäuser und Kliniken bewertet, die aufgrund einer geplanten Gesetzesänderung verpflichtet wurden, Quali-

²²⁴ Die Anwendung des EFQM-Modells in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe wird zum Beispiel durch von Pablocki (2013, S. 223-230) beschrieben.

tätsmanagementsysteme einzuführen. Mittlerweile wird das Verfahren im gesamten Gesundheitssystem²²⁵ als Zertifizierungsverfahren zur Darlegung und Begutachtung von Qualitätsmanagementsystemen angewendet²²⁶. Ziel ist es, bewährte Prinzipien anderer gängigen Managementsysteme individuell nutzbar zu machen, indem sie beim zu zertifizierenden Unternehmen in spezifische Bereiche integriert und dem Sachverhalt entsprechend angepasst werden. Damit sollen vor allem Prozess- und Ergebnisqualität verbessert werden²²⁷. Im Fokus allgemeiner Qualitätsverbesserungsbestrebungen steht vor allem der Patient bzw. Kunde, aber auch die Bedürfnisse der Mitarbeiter werden berücksichtigt (vgl. Dannenmeier 2011, S. 503; Frodl 2012, S. 183; Marschner et al. 2015, S. 45; Offermanns 2011, S. 93ff.; Pepels 2009, S. 106; Stein/Thon 2001, S. 1f.; Vogg/Fleßa 2011, S. 67).

Neben der Zertifizierung an sich kann KTQ auch allein zur kritischen Selbsteinschätzung des Betriebs genutzt werden (vgl. Pepels 2009, S. 106). Die Basiskategorien des KTQ-Verfahrens sind dabei den Kriterien des EFQM-Modells²²⁸ ähnlich, allerdings wird dieser Zusammenhang nicht explizit bestätigt (vgl. Zollondz 2009, S. 331). Die Selbst- als auch Fremdbewertungssystematik basiert auf dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess des Deming-Zyklus (vgl. Dannenmeier 2011, S. 505; Vogg/Fleßa 2011, S. 67; Zollondz 2009, S. 331). Die *Do*-Phase wird dabei als wichtigste zyklische Stufe beschrieben, da diese die praktische Umsetzung dokumentiert. Dadurch betont das Verfahren verstärkt seine Praxisnähe (vgl. KTQ 2015, S. 23). Wird das Zertifizierungsverfahren angewendet, erfolgt es in drei Schritten und startet mit der freiwilligen Selbstbewertung anhand eines standardisierten Kriterienkataloges²²⁹, in welchem detailliert Tätigkeitsfelder wie Patientenorientierung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Qualitätsmanagement abgefragt werden. Ziel dieser ersten Erhebung ist die Erstellung eines Soll-Ist-Vergleichs. Gleichzeitig bereitet die Selbstbewertung das Unternehmen auch auf die externe Begutachtung vor (vgl. Dannenmeier 2011, S. 506; Frodl 2012, S. 184; Pepels 2009, S. 106; Stein/Thon 2001, S. 2; Vogg/Fleßa 2011, S. 67; Zollondz 2009, S. 331). Der zweite Schritt besteht aus dem externen Zertifizierungsverfahren durch Fremdbewertung und Visitation, welches durch akkreditierte Zertifizierungsstellen durchgeführt wird (vgl. Frodl 2012, S.

²²⁵ Beispielsweise in niedergelassenen Praxen, Hospizen, medizinische Versorgungszentren und sogar alternativen Wohnformen (vgl. Steinbrucker 2011, S. 837).

²²⁶ Trotzdem ist das dem KTQ zugrunde liegende Zertifizierungsverfahren weiterhin vor allem in Krankenhäusern weit verbreitet (vgl. Frodl 2012, S. 183).

²²⁷ Allerdings gehen Schnellschmidt et al. (2007, S. 188) davon aus, dass das Verfahren von KTQ ebenso wie der EFQM-Ansatz hauptsächlich auf Struktur- und Prozessqualität abzielt.

²²⁸ Allerdings erhebt das KTQ-Verfahren im Gegensatz zu EFQM keinen Anspruch auf die Zertifizierung des gesamten Unternehmens, sondern kann auch auf einzelne Bereiche beschränkt angewendet werden (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 67).

²²⁹ Der Kriterienkatalog enthält keine Anforderungen an das Qualitätsmanagement wie die Vorgaben der DIN EN ISO, so dass dem Verfahren keine Modellnorm zugeschrieben werden kann (vgl. Pepels 2009, S. 106).

185; Pepels 2009, S. 106; Zollondz 2009, S. 332). Dabei stellt der sogenannte „Kollegiale Dialog“, den die externen Prüfer auf gemeinsamer fachlicher Ebene mit dem Personal des zu überprüfenden Betriebs führen, das Kernstück der Fremdbewertung dar (vgl. Dannenmeier 2011, S. 507). Um das Zertifikat mit einer Gültigkeit von drei Jahren zu erhalten, müssen 55% der Gesamtpunktzahl erreicht werden. Einzelne Kategorien des Kriterienkatalogs können dabei bereits vorab ausgeschlossen werden (vgl. Pepels 2009, S. 106; Vogg/Fleßa 2011, S. 70). In einem letzten Schritt wird das Zertifikat ausgestellt und ein Qualitätsbericht veröffentlicht, der Informationen bezüglich Prozessabläufen und internem Qualitätsmanagement bereitstellt. Dieser soll für Transparenz bei Patienten und Krankenkassen, relevanten Behörden und Haftpflichtversicherern sorgen (vgl. Dannenmeier 2011, S. 507; Stein/Thon 2001, S. 2; Zollondz 2009, S. 332).

Das Verfahren der KTQ wird in vielen Umsetzungspunkten stark kritisiert, beispielsweise wird die Zertifikatsvergabe mit ihrer dreijährigen Gültigkeit als zu lang bemängelt²³⁰. Beanstandet wird bei dem Verfahren auch, dass aufgrund der wenig individuell anpassungsfähigen Modelleigenschaften ein „Checklistendenken“ gefördert wird, welches sich negativ auf die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des anwendenden Unternehmens auswirken kann²³¹ (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 67). Bisher wurde die Wirkung des KTQ noch nicht umfassend evaluiert, so dass unklar bleibt, ob über dieses Verfahren tatsächlich Qualitätsverbesserungen erreicht wurden (vgl. Offermanns 2011, S. 221). Aufgrund der vorangestellten Kritikpunkte erfährt das Verfahren bis heute noch keine internationale Anerkennung, sondern wird hauptsächlich auf nationaler Ebene angewendet²³² (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 70). Positiv zu beurteilen ist vor allem der pragmatische Ansatz, den das Verfahren im Rahmen einer klaren Patientenorientierung wählt und in allgemeinverständliche Standards umsetzt (vgl. Steinbrucker 2011 S. 842). Außerdem setzt es motivationale Anreize bei den Mitarbeitern, da sie in relevante Abläufe einbezogen werden, so dass sie als aktiver Teil der kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen des Qualitätsmanagements eingebunden sind (vgl. Dannenmaier/Clasen/Burkart 2009, S. 270). Auch der Kostenaspekt spricht für das Verfahren, denn gerade im Vergleich zur ISO-Zertifizierung hält sich die finanzielle Belastung im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung in Grenzen (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 70). Trotz aller Kritik sieht nicht nur Zollondz (2009, S. 332) das Verfahren als TQM-System für den Gesundheitsbereich an. So kann KTQ als praxisorientierter

²³⁰ Die Zertifizierung nach DIN EN ISO gilt beispielsweise immer nur für ein Jahr.

²³¹ Allerdings sehen Dannenmaier, Clasen und Burkart (2009, S. 270) die Vorgabe klar aufgelisteter „To Dos“ als positive Eigenschaft des KTQ-Fragenkatalogs.

²³² Der KTQ-Katalog wird hauptsächlich in Deutschland eingesetzt, findet aber auch Anwendung in Österreich und der Schweiz (Steinbrucker 2011, S. 837).

Ansatz zur Umsetzung eines wirksamen Qualitätsmanagements verstanden werden, das sich zunehmend als Bewertungsinstrument auf dem Markt durchsetzt (vgl. Dannenmaier/Clasen/Burkart 2009, S. 267).

KTQ ist jedoch nicht die einzige Gesellschaft, die sich der Qualitätssicherung insbesondere von Krankenhäusern widmet. Das *BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit* (BQS, bis 2009: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH) übernahm im Jahr 2001 die Leitung und Koordination der inhaltlichen Entwicklung und praktischen Umsetzung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen deutscher Krankenhäuser gemäß §137 SGB V. Bei dem BQS handelt es sich um eine unabhängige NPO, deren Auftrag es ist, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Qualität in Medizin und Pflege zur Verfügung zu stellen. In den Fokus seiner Arbeit stellt das Institut die Steuerung des Gesundheitswesens über Qualitätsdaten, insbesondere durch die transparente Darstellung der Versorgungsqualität in Deutschland (vgl. Frodl 2012, S. 168; Veit 2011, S. 531). Durch eine Kombination aus wissenschaftlich fundierten Qualitätsindikatoren²³³ und einer praxisnahen Umsetzung in Projektform sollen angestrebte Arbeitsziele des BQS erreicht werden. Hierzu gehören unter anderem die Steigerung der Aussagekraft von Indikatoren der Versorgungsqualität, die Optimierung der Vergleichbarkeit von Qualitätsergebnissen und die Stärkung von Qualitätsvergleichen. Damit geht die Arbeit des BQS weit darüber hinaus, was im Allgemeinen als BQS-Verfahren bekannt ist (vgl. Veit 2011, S. 531). Bis zum Jahr 2008 war das BQS-Institut für die externe vergleichende Qualitätssicherung von Krankenhäusern auf Basis von Qualitätsindikatoren verantwortlich. Das von ihm angewendete Verfahren wurde dabei als BQS-Verfahren bekannt, welches eine Vorgehensweise im Rahmen der klassischen externen Qualitätssicherung darstellt und gesetzlich verpflichtend war. Das BQS erhob in diesem Zusammenhang spezifische Qualitätsindikatoren in allen nach §108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern. Ziel war es, Auswertungsergebnisse für alle genutzten Indikatoren miteinander vergleichen zu können, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu bieten, ein strukturiertes Feedback zur eigenen Qualitätsleistung zu erhalten. Die Erhebung wurde in einem jährlich erstellten Qualitätsbericht dokumentiert und lieferte anonymisierte Ergebnisse aller beteiligten Krankenhäuser. Dieses Vorgehen bot den Anwendern die Möglichkeit, über Vergleiche mit anderen Krankenhäusern eigene Defizite erkennen und beheben zu können. Allerdings ging mit der Erfassung zusätzlicher Daten auch ein Mehraufwand beim Leistungserbringer einher, der Ressourcen gebunden hat. Mit der Einführung dieser einrichtungsübergreifenden stationären

²³³ Als führendes Projekt in diesem ist die Erstellung und Pflege der Datenbank *QUINTH* anzusehen. Das BQS hat im Auftrag des GKV-Spitzenverbands *QUINTH* als Informationspool aufgebaut, der einen Überblick über im deutschsprachigen Raum entwickelte Qualitätsindikatoren des Gesundheitssektors bietet (vgl. Veit 2011, S. 532). Nähere Informationen zu *QUINTH* siehe Kapitel 8.2.2.2.

Qualitätssicherung erhielt Deutschland das weltweit umfangreichste Benchmarksystem im Krankenhausbereich mit über 300 Qualitätskennzahlen (vgl. BQS 2009, S. 183; Offermanns 2011, S. 234f.; Pfeiffer 2011, S.71; Weckert 2013, S. 169f.). Mit der Geschäftsaufnahme des IQTiG und der Verabschiedung des GKV-FQWG startete eine große Umstrukturierungswelle im BQS. Führend war hierbei vor allem der Eigentümerwechsel im September 2015, als die anaQuestura GmbH mit Sitz in Luzern und Berlin die Anteile des BQS übernahm. Bis dahin waren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände von PKV und GKV sowie die Bundesärztekammer Gesellschafter des BQS. Die Neustrukturierung des BQS wird seitdem weitergeführt²³⁴, die vorherigen Gesellschafter verbleiben aber weiterhin als wichtige Partner des Instituts (vgl. BQS 2015; Steinhäuser 2011, S. 33).

Von den bereits im allgemeinen Teil zu Qualitätsmanagementsystemen beschriebenen DIN EN ISO 9001 existiert eine abgewandelte bzw. angepasste Form speziell für die Anwendung im Gesundheitswesen. Grund hierfür ist die erschwerte bzw. teilweise unmögliche Übertragbarkeit der allgemeinen Normen auf die Anforderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung. Als spezifische Norm DIN EN ISO 9001:2008 („*Health Care Services*“) wurden Inhalte angepasst und erweitert, so dass sich Managementsysteme direkt auf Gesundheitsbetriebe anwenden lassen²³⁵ (vgl. DIN 2013, S. 9; Brüggemann/Bremer 2015, S. 7; Frodl 2012, S. 171; Zülch 2014, S. 91f.). Dabei sind die Grundzüge der standardisierten Qualitätsdefinition übernommen worden, so dass sich Qualität im Gesundheitswesen als Grad bestimmt, zu dem die Qualitätsanforderungen in Bezug auf die Qualitätsmerkmale erfüllt werden. Dadurch wird Qualität im Gesundheitswesen durch die Ermittlung und Beschreibung relevanter Qualitätsmerkmale spezifiziert, die sich als inhärentes Merkmal eines Dienstleistungsprozesses oder Systems auf eine spezifische qualitative Anforderung beziehen (DIN 2013, S. 11ff.). Die angepassten DIN Normen fordern weiterhin von einem Qualitätsmanagementsystem, dass es selbst einem stetigen Verbesserungsprozess²³⁶ unterliegt, und die Organisation bezüglich Qualität lenkt und leitet (vgl. DIN 2013, S. 11; Zülch 2014, S. 92). Der Kerngedanke der spezifischen DIN-Norm besteht darin, dem Patienten ein festgelegtes Qualitätsniveau zu garantieren, um Vertrauen zu

²³⁴ Beispielsweise ging das BQS im Jahr 2016 eine strategische Partnerschaft mit dem Picker Institut Deutschland gGmbH ein (vgl. BQS 2016).

²³⁵ Die Anwendung branchenspezifischer DIN-Normen kann auf zusätzlich anzuwendenden Forderungen beruhen. In diesem Fall werden die allgemeinen Normen als Basisgrundlage vorausgesetzt. Branchenbezogene Managementanforderungen stehen verbindlich im Zusammenhang mit der Anwendung von ISO 9001. Begründet wird dies mit der Schaffung von Qualitätsstandards, die allgemeingültige Anforderungen noch übertreffen sollen. Erweiternde Qualitätsnormen sind vor allem in der Automobilbranche üblich. Daneben existieren bereichsbezogene Qualitätsmanagementsysteme, die keinen oder nur indirekten Bezug auf die Standards der ISO nehmen wie zum Beispiel KTQ (vgl. Zollondz 2009, S. 326ff.).

²³⁶ Die DIN Normen setzen notwendige Korrekturmaßnahmen sogleich in den Kontext des PDCA-Zyklus (vgl. DIN 2013, S. 65).

generieren (vgl. Frodl 2012, S. 171). Das angeschlossene Zertifizierungsverfahren zielt hierzu darauf ab, dass Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung ein Qualitätsniveau erreichen, welches neben gesetzlichen Erfordernissen und Bedürfnissen der Kunden auch einen effizienten Ressourceneinsatz garantiert. Um dies zu erreichen, wird die Etablierung eines nachhaltigen Qualitätsmanagementsystems gefordert, dessen Effektivität stetig anhand messbarer Qualitätsziele überprüft und verbessert wird²³⁷. Die Überwachung findet im Rahmen eines internen Audits sowie durch die Erfassung der Kundenzufriedenheit statt. Dabei werden Qualitätskriterien durch die Organisation selbst bestimmt und beschrieben (vgl. DIN 2013, S. 21ff.). Damit beschreibt die Norm zwar, was im Rahmen eines Qualitätsmanagementsystems umgesetzt werden soll, allerdings wird in keinem Punkt festgelegt, wie diese Elemente praktisch umzusetzen und auszugestalten sind (vgl. Frodl 2012, S. 171). Die Internationalität der vorliegenden DIN Normen erweitert zwar theoretisch die Möglichkeit eines Branchenvergleichs, dieser wird jedoch durch die individuellen Ausgestaltungsoptionen²³⁸ erschwert (vgl. Offermanns 2011, S. 93). Damit fehlt es den DIN-Anforderungen an der Formulierung von Indikatoren zur objektiven Messung individueller Qualität der Leistungserbringer.

7.3 Die Rolle der Qualitätsindikatoren für die Darstellung von Qualität und das Qualitätsmanagement

Wie in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt wurde, spielt die Erfassung von Qualität im Allgemeinen als auch für die Gesundheitswirtschaft im Speziellen eine große Rolle. Ihre Darstellung ist dadurch erschwert, dass Qualität an sich nicht direkt messbar ist²³⁹, sondern üblicherweise durch den Erfüllungsgrad einzelner Qualitätsmerkmale messbar gemacht wird. Qualitätsindikatoren dienen dabei als Mess- bzw. Bezugsgröße der Beschreibung, Überwachung und Auswertung von Qualität. Sie sind als Zahl, Rate oder Durchschnittswert konzipiert und als

²³⁷ „Die ständige Verbesserung ist einer der Schlüsselgrundsätze der in der vorliegenden Norm beschriebenen Qualitätsmanagementsysteme.“ (DIN 2013, S. 64).

²³⁸ Hier wiegt vor allem die individuelle Auswahl, Anzahl und Zusammenstellung messbarer Qualitätsindikatoren schwer (vgl. DIN 2013, S.60f.; zur Kritik am System der DIN Normen siehe Kapitel 7.1.1.).

²³⁹ Qualität ist keine physikalische Größe (vgl. Brüggemann/Bremer 2015, S. 3).

Messgrößen für Struktur, Prozesse und Ergebnisse geeignet. Sie können ebenso als qualitätsbezogene Kennzahlen erhoben werden und müssen valide²⁴⁰, reliabel²⁴¹ und sensitiv²⁴² sein (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 660; Hensen 2016, S. 529). Als quantitative Messgröße dienen sie der Aggregation von Merkmalsausprägungen oder Ereignishäufigkeiten, als qualitative Größe signalisieren sie kritische Ereignisse oder relevante Eigenschaften (vgl. Hensen 2016, S. 152). Um Qualität also erfassen zu können, sollten Anforderungskriterien formuliert werden, um diese mit dem Endergebnis der Qualitätsmessung vergleichen zu können (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 26). Damit beruhen Qualitätseinschätzungen grundsätzlich auf einem Vergleich des Ist- mit dem Sollzustand (vgl. Zorn/Ollenschläger 1999, S. 123). Um also die Ausprägung eines Qualitätsindikators einordnen zu können, sollte zu Vergleichszwecken immer ein Referenzwert bzw. -bereich formuliert werden (vgl. Hensen 2016, S. 152). Dabei können Indikatoren Qualität nur indirekt durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse abbilden, und sind als Hilfsgröße zur Komplexreduktion zu verstehen (vgl. ÄZQ 2009, S. 2; Stuppardt 2011, S. 135f.). Qualitätsindikatoren werden also angewandt, um die Eignung und Wirksamkeit qualitätsrelevanter Prozesse einschätzen zu können und messbar zu machen. Ihre Anwendung ist universell. Neben dem internen Qualitätsmanagement sichern sie Benchmarkprozesse ab oder können auch der öffentlichen Berichterstattung dienen. Ihrer Formulierung sollte entsprechend große Relevanz eingeräumt werden (vgl. DIN 2013, S. 60; Kötter et al. 2011, S. 8). Die Nutzung von Indikatoren bringt viele Vorteile mit sich, sie können beispielsweise komplexe Zusammenhänge kurz und prägnant darstellen. Außerdem werden die erhobenen Daten objektiviert und können Kontrollzwecken dienen. Allerdings bergen genau diese Vorteile auch Ansätze zur Kritik. Die Darstellung von Qualität in Form eines Indikators wird teilweise als unzulässige Verkürzung der Realität verstanden. Außerdem birgt ihre Formulierung Gefahr, dass die Validität der Daten beispielsweise durch Interpretationsfehler leiden könnte (vgl. Hensen 2016, S. 144). Trotzdem diese Nachteile existieren, ist die Qualitätsmessung unter Zuhilfenahme von Indikatoren notwendig, um objektiv überprüfbare Nachweise über Effizienz und Effektivität von Qualität überhaupt

²⁴⁰ Validität beschreibt die Gültigkeit einer Messung, also die Präzision, mit der der Indikator Qualität ohne Verzerrungen wiedergeben kann (vgl. Mainz 2003, S. 524; Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 27; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 125).

²⁴¹ Reliabilität ist ein Maß für die Zuverlässigkeit der Messmethode und beschreibt die mögliche Reproduzierbarkeit der Qualität unabhängig von subjektiven Einflüssen. Eine wiederholte Messung im Rahmen einer gleichen Situation führt also zu gleichen Messergebnissen (vgl. Mainz 2003, S. 524; BQS 2007, S. 13; Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 27; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 125).

²⁴² Sensitivität beschreibt die Wahrscheinlichkeit, bestehende Qualitätsdefizite aufdecken zu können. Damit können Veränderungen der Qualität in der medizinischen Versorgung durch eine Reaktion des Indikators erfasst werden (vgl. Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 27; BQS 2007, S. 20).

darstellen zu können. Die zuverlässige Bestimmung eines Qualitätsniveaus im Bereich der Gesundheitsversorgung anhand geeigneter Qualitätsindikatoren wird häufig sogar als notwendige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen im Gesundheitswesen angeführt (vgl. Zorn/Ollenschläger 1999, S. 123). Im Gesundheitswesen werden deshalb Qualitätsergebnisse anhand geeigneter Indikatoren erhoben, die als spezifische und messbare Elemente der Gesundheitsversorgung zu verstehen sind. Ihre Aufgabe ist es, durch Qualitätsmessung die Versorgungsqualität zu fördern. Dabei stellen Qualitätsindikatoren dieses Sektors ein quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität von Leistungsergebnissen, Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen dar²⁴³. Qualitätsindikatoren sind als grundsätzliches Steuerungsinstrument im Rahmen des Qualitätsmanagements zu verstehen. Ihre Erhebung sollte nicht allein als Dokumentationsverfahren für Qualitätsergebnisse genutzt werden, sondern einer gezielten Lenkung qualitätssichernder Maßnahmen dienen und damit auch entsprechenden Handlungsbedarf Richtung Sollwert aufzeigen können (vgl. ÄZQ 2009, S. 2ff.; Kötter et al. 2011, S. 8; Stuppardt 2011, S. 135; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 124). Indikatoren lassen sich hierfür in allen Feldern und Ebenen der Gesundheitsversorgung einsetzen. Auf globaler Ebene können beispielsweise Aussagen zur Qualität des gesamten Gesundheitssystems getätigt werden. Ihre Anwendung auf der Mikroebene entgegen ist dazu geeignet, die Qualität einzelner Leistungsanbieter darzustellen (vgl. Zorn/Ollenschläger 1999, S. 124). Weiterhin lassen sich Qualitätsindikatoren als Werkzeug des internen und externen Qualitätsmanagements nutzen. Im externen Qualitätsmanagement dienen sie der Information z.B. von Kostenträgern oder der interessierten Öffentlichkeit. Über eine interne Nutzung kann der Steuerungsbedarf innerhalb einer Organisation erfasst werden und zu Handlungskonsequenzen im Rahmen eines zyklischen Managementsystems führen. Grundsätzlich können Qualitätsindikatoren isoliert in- oder extern angewendet werden, ihre beste Wirkung entfalten sie jedoch durch eine komplementäre Nutzung (vgl. Stock/Szecsényi 2007, S. 303 ff.). Der Einsatz von Qualitätsindikatoren bzw. ihrer Zusammenstellung ist letztlich davon abhängig, welcher Zweck auf welcher Ebene der Gesundheitsversorgung mit ihrem Einsatz verfolgt wird, denn daraus resultieren verschiedene Einsatzmöglichkeiten, die unterschiedlich zusammengestellte Indikatorensysteme benötigen (vgl. ÄZQ 2009, S. 5).

Bei der Nutzung und Zusammenstellung von Indikatoren sollte darauf geachtet werden, welcher Perspektive die Bestimmung von Qualität folgt. Schließlich werden Qualitätsindikatoren

²⁴³ Somit folgen Qualitätsindikatoren des Gesundheitssektors ebenfalls der dimensionalen Ausprägung Donabedi-ans.

von verschiedenen Interessensgruppen oder aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven entwickelt. Im Gesundheitswesen existieren fünf potentielle Interessenschwerpunkte:

- Der *medizinische* Strang beschränkt sich auf den klinischen Nutzen von Qualitätsbestrebungen und bezieht sich somit größtenteils auf das interne Qualitätsmanagement.
- Der *industriell produzierende* Zweig der Gesundheitswirtschaft stellt die Produktqualität in den Fokus der zu messenden Qualität.
- *Kostenträger* wie die gesetzlichen Krankenkassen fordern objektive Messergebnisse bezüglich Kostenmanagement und Qualitätswettbewerb.
- *Patienten* verfolgen mit der Entwicklung und Erhebung von Qualitätsindikatoren Ziele der Transparenz und Vergleichbarkeit von Qualitätsergebnissen.
- Im Mittelpunkt des Interesses der *politischen Führung* steht dem gegenüber die Qualitätssicherung der bisher etablierten Strukturen

(vgl. Stuppardt 2011, S. 138ff.).

Anhand dieser Perspektiven- und Interessensvielfalt wird deutlich, welche Schwierigkeiten die Formulierung von Qualitätsindikatoren in der Praxis bereiten können, da Qualitätsinhalte vom subjektiven Standpunkt des jeweiligen Betrachters abhängen (vgl. Stuppardt 2011, S. 139; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 123).

Auch wenn sie zumeist zur Messung von Qualitätsergebnissen hinzugezogen werden, wird die Nutzung von Qualitätsindikatoren nicht ausschließlich positiv gesehen; es existieren auch negative, kritische Standpunkte in Wissenschaft und Praxis. Freeman (2002, S. 127) geht nach einer Auswertung von 125 Artikeln aus den Jahren 1985 bis 2001 sogar davon aus, dass es zwei weitfassende Traditionen bezüglich der Anwendung von Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität gibt: Einerseits existiert eine praxisorientierte, beschreibende und optimistische Richtung bezüglich des Mehrwerts und der Anwendung von Indikatoren, die bereits dargestellt wurde. Demgegenüber hat sich jedoch auch eine kritische Einstellung entwickelt, deren Einwände im Folgenden betrachtet werden. Kritisiert werden fast alle relevanten Schritte ihrer Ausarbeitung und spezifische Merkmale von Qualitätsindikatoren. Insbesondere der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren liegt ein umfangreicher als auch anspruchsvoller wissenschaftlicher Prozess zugrunde, der neben einem hohen zeitlichen Aufwand auch Ressourcen während des Entwicklungsprozesses bindet und mit einem vermehrten Dokumentationsaufwand einhergeht (vgl. ÄZQ 2009, S. 14; Stuppardt 2011, S. 141ff., siehe auch Kapitel 8.2.2.2.).

Vor allem wird aber das Fehlen allgemeingültiger Standards bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren als zentraler Kritikpunkt aufgeführt, da für gleiche Messgrößen unterschiedlichste Qualitätsindikatoren entwickelt und verwendet werden, so dass neben einer unüberschaubaren Anzahl an Ansätzen auch meist unklar ist, ob Qualitätsindikatoren tatsächlich den methodisch erforderlichen Kriterien folgen (vgl. ÄZQ 2005, S. 5; Kötter et al. 2011, S. 9). Gerade im Rahmen von Konsensusverfahren werden unterschiedliche Bewertungskriterien zugrunde gelegt, deren Standardisierung besonders wünschenswert wäre. Dadurch existiert eine erhebliche Heterogenität bei der Auswahl potentieller Quellen für Qualitätsindikatoren. Außerdem ist ihre Entwicklung stets anfällig für eine Beeinflussung durch Interessensgruppen, die jeweils mit unterschiedlichen Anliegen und Ansprüchen in die Qualitätsbewertung einwirken wollen (vgl. Kötter et al. 2011, S. 8ff.). Weniger kritisch sind Stock und Szecsenyi (2007, S. 303). Sie sehen eine grundsätzliche Akzeptanz bezüglich der Anwendung von Qualitätsindikatoren, allerdings besteht ihrer Aussage nach ein großes Defizit auf Seiten ihrer Praktikabilität. Ihr Lösungsansatz basiert auf der reflektierten Erarbeitung transparenter, allgemein anerkannter als auch evidenzbasierter Qualitätsindikatoren (vgl. Zorn/Ollenschläger 1999, S. 128).

Trotz aller Kritik überwiegen die Vorteile einer objektiven Qualitätsmessung via Qualitätsindikatoren, denn bei Anwendung wissenschaftsbasierter Vorgehensweisen können sie als wertvolle Messinstrumente der stetigen Qualitätsverbesserung dienen, und gleichzeitig für Transparenz in der Leistungserstellung sorgen (vgl. ÄZQ 2005, S. 4; Kötter et al. 2011, S. 11). Insgesamt gesehen sind Qualitätsindikatoren also als Werkzeuge zu betrachten, mit denen man positive Veränderungen in der Branche vorantreiben kann, wenn man sorgfältig und fachlich korrekt mit ihnen umgeht (vgl. Baumann/Buschmann-Maiworm/Schmitz 2012, S. 136ff.; Szecsenyi/Stock 2007, S. 16). Somit sollten die oben genannten Kritikpunkte nicht überschätzt werden und den Einsatz von Qualitätsindikatoren inklusive aller positiven Aspekte per se beschränken (vgl. Stock/Szecsenyi 2007, S. 311f.).

7.4 Staatliche Institutionen der Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren viele unterschiedliche Verpflichtungen erlassen, die zu einer Steigerung der Qualität im Gesundheitssektor führen und diese nachhaltig sichern sollen. Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur Anwendung von internen und externen Qualitätsmanagementsystemen etablierte die Bundesregierung mehrere Institutionen mit spezifischen Aufgabenfeldern. Neben Qualität werden auch Ziele der Transparenz und Wirtschaftlichkeit angestrebt. Mit dem Institut für Transparenz und Wirtschaftlichkeit hat die jüngste Einrichtung ihre Arbeit zum 01.01.2016 aufgenommen. Dieses Kapitel gibt einen kurzen Überblick

über gesetzlich verankerte staatliche Stellen, die dem übergeordneten Ziel der Qualitätsverbesserung und -sicherung zugeordnet werden können.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss zum 01.01.2004 als gemeinsames Gremium der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen gegründet²⁴⁴ (vgl. GBA 2016, S. 1). Prinzipiell bildet der GBA die Strukturen der sektorenbezogenen Gemeinsamen Selbstverwaltungen auf Bundesebene ab. Dabei ist er als selbstständige Organisation zu verstehen, die sich vor allem sektorenübergreifenden Grundlagen des Gesundheitswesens annimmt (vgl. Hess 2011, S. 101). Seine Rechtsgrundlage findet sich in mehreren Titeln des SGB V wieder²⁴⁵, in § 91 SGB V werden beispielsweise Gründung und Zusammensetzung festgelegt. Der GBA stellt das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Krankenhäusern dar. Er besteht aus unparteiischen Mitgliedern sowie Vertretern der Leistungserbringer und Kostenträger (vgl. Frodl 2012, S. 168). §137 SGB V überträgt dem GBA die Organisation der Qualitätssicherung des Gesundheitssektors via entsprechender Vorgabensetzung von Rahmenbedingungen. Dazu werden, und wurden zum Teil bereits²⁴⁶, Instrumente des Qualitätsmanagements erarbeitet (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1442). § 92 SGB V beinhaltet neben bereits existierenden auch zukünftig zu entwickelnde Richtlinien des GBA, worunter auch die Qualitätssicherung an sich fällt (§ 92 Absatz 1 Nummer 13). Dabei folgt die Richtlinienkompetenz, die dem GBA durch das SGB V zugeschrieben wird, dem Ziel, möglichst einheitliche und klar strukturierte Anforderungen an die Qualitätssicherung zu formulieren. Durch die Arbeit des GBA sollen effiziente Instrumente der Qualitätssicherung etabliert werden, die bereichs- und sektorenübergreifend eingesetzt werden können (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1443f.). Das SGB überträgt dem GBA somit insbesondere diejenigen Aufgaben, die nicht bilateral auf Ebene der sektorenbezogenen Verträge vereinbart werden können (vgl. Hess 2011, S. 101f.). Bisher bestimmte der GBA insgesamt fünf Richtlinien einer externen, also einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: drei für Krankenhäuser, eine zur Dialyse sowie eine zu einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1445). Gemäß § 137b SGB V hat der GBA des Weiteren den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu ermit-

²⁴⁴ Vorgängerinstitution des GBA ist der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (vgl. Steinhäuser 2011, S. 30).

²⁴⁵ Hauptsächlich sind gesetzliche Regelungen im 6. Teil des SGB V zu finden (§§90-94 SGB V).

²⁴⁶ Beispielsweise werden Krankenhäuser dazu verpflichtet, einen strukturierten Qualitätsbericht offenzulegen (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1443).

teln, um die zukünftige Entwicklung bzw. Weiterentwicklung geeigneter Instrumente zu garantieren. Auch eine regelmäßige Berichterstattung über den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist vorgesehen. Das Qualitätsverständnis des GBA folgt dabei dem vorherrschenden Konzept Donabedians (vgl. Marschner et al. 2015, S. 27). Mit seinen Kompetenzen sieht sich der GBA selbst als Experte in den Bereichen Qualitätssicherung und -management. In seiner Zusammensetzung ist der GBA jedoch nicht als fachliches Gremium zu verstehen, welches sich inhaltlich mit evidenzbasierten²⁴⁷ Methodenbewertungen der Qualitätserhebung beschäftigt. Vielmehr ist es seine Aufgabe, grundsätzliche Interessensdivergenzen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger auszugleichen (vgl. Hess 2011, S. 96ff.). Zusammenfassend vereint der GBA also die Richtlinienbestimmung des GKV-Leistungskatalogs, und beschließt des Weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (vgl. Frodl 2012, S. 168). Damit übernimmt er eine relevante Stellung für die Qualitätssicherung, da neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden nur auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen angewendet werden dürfen, wenn der GBA einen diagnostischen bzw. therapeutischen Mehrwert anerkennt²⁴⁸ (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 153).

Mit dem am 01.07.2008 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden strukturelle Veränderungen des GBA beschlossen. Durch Veränderung des § 91 Absatz 2 SGB V wurden zum Beispiel die vorher sektoral getrennten Beschlussgremien durch ein Plenum ersetzt, das als alleiniges sektorenübergreifend besetztes Beschlussorgan agiert. Außerdem wurden die Stellen der Unparteiischen umgewandelt, so dass sie nicht mehr ehrenamtlich, sondern als Hauptamt ausgeführt werden. Des Weiteren erhielt der GBA den Auftrag, eine Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einzuführen, um eine Standardisierung und dadurch Vergleichbarkeit von Qualitätsergebnissen anzustreben (vgl. GBA 2016, S. 3). Dabei dürfen verpflichtende Ansprüche an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vermehrt auf Sektoren oder spezifische Leistungserbringer angepasst werden (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1445).

Durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung wurde dem GBA die Aufgabe übertragen, ein gestuftes System inklusive Maßnahmen zu entwickeln, welches im

²⁴⁷ Evidenzbasierung beinhaltet eine systematische Recherche, Auswahl und Bewertung empirischer Daten aus Wissenschaft und Praxis (vgl. Hensen 2016, S. 375).

²⁴⁸ Damit bestimmt der GBA, welche Leistungen im Rahmen der GKV abgesichert sind (vgl. Steinhäuser 2011, S. 31).

Fall einer Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben greifen soll (vgl. GBA 2016, S. 15f.). Zukünftig soll der GBA weiterhin Mindeststandards für Risiko- und Fehlermanagement festlegen (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1446).

Gleichzeitig mit der Errichtung des GBA wurde durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz die rechtliche Grundlage für die Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geschaffen. Das IQWiG stellt dabei eine Maßnahme zur Qualitätsverbesserung durch den GBA gemäß § 139a SGB V dar. Es wurde als fachlich unabhängiges, rechtsfähiges und wissenschaftliches Institut gegründet und mit den §§ 139 a-c des SGB V gesetzlich integriert²⁴⁹. Das IQWiG ist bürgerliche Stiftung des privaten Rechts und damit Subjekt des Privatrechts, welches durch § 139a SGB V hoheitlich tätig wird. Es besteht aus drei Organen. Der Stiftungsrat setzt sich aus zwölf Mitgliedern zusammen, wovon jeweils die Hälfte Vertreter der Leistungserbringer und Repräsentanten der Krankenkassen sind. Der Vorstand als Exekutivorgan ist mit fünf stimmberechtigten Mitgliedern besetzt, wovon eines durch das BMG bestimmt wird. Drittes Organ ist der GBA, der jedoch nur bei Satzungsänderungen oder bei der Aufhebung der Stiftung tatsächlich tätig wird. Finanziert wird das Institut ebenso wie der GBA durch Mittel der GKV. Hauptsächlich befasst sich das IQWiG mit Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für den Themenbereich Qualität unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit aller Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Projekte des Instituts sind nicht auf Ebene der Leistungserbringer angesiedelt und damit nicht als Qualitätssicherung im engeren Sinne zu verstehen. Vielmehr geht es um die Erkenntnis, welche diagnostischen oder therapeutischen Verfahren gemäß neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen die besten Ergebnisse erzielen. Ursprünglich stand die Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Mittelpunkt der Institutsarbeit. Heute untersucht es den Zweck bzw. Mehrwert medizinischer Leistungen und bewertet Diagnose- und Operationsverfahren, Arzneimittel und Behandlungsrichtlinien. Weiterhin ist das Institut für die Erstellung unabhängiger²⁵⁰ wissenschaftsbasierter Gutachten²⁵¹ zur Bewertung

²⁴⁹ In anderen Ländern bestanden damals bereits Institutionen mit ähnlichem Aufgabenfeld, die dem IQWiG als Vorbild dienten. Vorreiter war Australien im Jahre 1987, worauf Kanada und letztlich Großbritannien in 1999 folgten (vgl. Windeler 2011, S. 539).

²⁵⁰ Um die fachliche Unabhängigkeit des IQWiG zu wahren, sind Verbindungen zu Interessensverbänden oder ähnlichen Institutionen insbesondere aus dem pharmazeutischen Bereich gemäß § 139a VI SGB V von allen Mitgliedern offenzulegen (vgl. Schuler-Harms 2015c, S. 1486; Penter/Augurzky 2014, S. 41). Die Forderung nach unabhängigen Studien impliziert gleichzeitig, dass ein großer Teil gegenwärtiger Studien dieses Kriterium nicht erfüllt und z.B. durch die pharmazeutische Industrie finanziert wird, um eigene Interessen durchzusetzen (vgl. Lange/Windeler 2013, S. 10). Windeler (2011, S. 540) beschreibt die Arbeit des IQWiG als völlig wissenschaftlich unabhängig, ist in seiner Position als Leiter des Instituts jedoch in einer Interessensposition, dies zu bekunden. Sein Vertrag wurde Anfang 2015 bis zum Jahr 2021 verlängert (vgl. IQWiG 2015).

²⁵¹ Von Leistungserbringern der Branche werden Einschätzungen des IQWiG häufig als ungerechtfertigte Eingriffe in die Therapiefreiheit bezeichnet (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 41).

von Diagnoseverfahren, Arzneimitteln, Gesundheitstechnologien etc. zuständig. Dabei beschränkt sich das IQWiG auf seine Beratungsfunktion und tritt nicht selbst als Entscheidungsträger auf. Das IQWiG soll als neutrale Instanz wirken, um das übergeordnete Ziel der kontinuierlichen Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erreichen. Durch das GKV-WSG wurde der Auftrag im Jahr 2007 auf gesundheitsökonomische Bewertungen erweitert. Das IQWiG wird durch Beauftragung des GBA tätig, so dass ihm eine Vorbereitungsfunktion für den GBA zukommt. Außerdem können Aufträge direkt vom BMG erteilt werden. Nur in kleinerem Rahmen sind auch Aufgaben in Eigenregie möglich. Damit liegen die Themengebiete Qualität und Wirtschaftlichkeit quasi vollständig im Verantwortungsbereich des GBA. Organisatorische Selbstständigkeit, wirtschaftliche Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit des IQWiG sollen dabei eine an wissenschaftlichen Kriterien ausgerichtete medizinische und gesundheitsökonomische Bewertung des Angebots von Leistungserbringern sicherstellen (vgl. Dierks et al. 2008, S. 2ff.; Frodl 2012, S. 169; Gress/Maas/Wasem 2008, S. 47; Münkler 2015, S. 58f.; Penter/Augurzky 2014, S. 195; Sawicki 2005, S. 155; Schmacke 2011, S. 463; Schuler-Harms 2015c, S. 1485ff.; Windeler 2011, S. 540). Zu den Tätigkeitsfeldern des Instituts gehören auch Rechercharbeiten, Gutachten und Stellungnahmen zum aktuellen wissenschaftlichen Stand im Gesundheitsbereich²⁵². Zusätzlich sind auch generelle Informationen bezüglich Qualität und Effizienz zu veröffentlichen (vgl. § 139a SGB V; Windeler 2011, S. 541). Die Tätigkeit des IQWiG ist somit als informierend, recherchierend, bewertend und empfehlend zusammenfassbar (vgl. Dierks et al. 2008, S. 4ff.; Schuler-Harms 2015c, S. 1487).

Mit der Bekanntmachung des GKV-FQWG vom 21.07.2014 wurde die Errichtung einer weiteren privatrechtlichen Stiftung beschlossen. Zum 01.01.2016 übernahm das vom GBA getragene Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) seine Aufgaben, die ihm durch das GKV-FQWG zugeschrieben werden. Seine Existenz begründet sich

²⁵² Im Rahmen eines Expertengesprächs bei der weltweit größten medizinischen Fachmesse im Jahr 2007 kamen kritische Stimmen bezüglich der fachlichen Qualität der Arbeit des IQWiG auf. Insbesondere wurde bemängelt, dass vom Institut angewendete Verfahren und Methoden in Divergenz zu allgemeinen wissenschaftlichen Standards stünden. Ebenso wurde beanstandet, dass Studien nicht systematisch recherchiert, sondern willkürlich ausgesucht erscheinen (vgl. Scherbaum 2008, S. 122). Immer wieder keimt Kritik an der wissenschaftlichen Arbeit des IQWiG auf. Zuletzt wurde der Abschlussbericht des Instituts „Biomarker-basierte Tests zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie beim primären Mamma-Karzinom“ vom Bundesverband deutscher Pathologen bemängelt. Der Präsident des Verbands, Karl-Friedrich Bürrig spricht in dem Fall von einer unzulässigen Ignoranz der methodischen und konzeptionellen Fortschritte im Bereich der Biomarker-Forschung (vgl. Ärzteblatt 2016). Das IQWiG fühlt sich zumeist einer unsachlichen Kritik ausgesetzt, die eher an persönliche Feldzüge derjenigen wissenschaftlichen Gesellschaften erinnern, die in den Berichten des Instituts skeptisch betrachtet wurden. Jedoch wächst mittlerweile die Kooperationsbereitschaft gegenüber dem IQWiG (vgl. IQWiG 2014, S. 40ff.).

mit der Sicherstellung einer einheitlichen Entwicklung, Umsetzung und Darstellung der externen Qualitätssicherung für das gesamte Spektrum an Leistungsbereichen der GKV. Überdies ist die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen seinem Aufgabenbereich zugeordnet (vgl. Dost/Heinze/Mertens 2016, S. 17; Schuler-Harms 2015b, S. 1454ff.). Geregelt werden Gründung, Organisation und Aufgabenbereich in § 137a SGB V. Da sich die organisationsrechtlichen Strukturen des IQWiG in der Vergangenheit bewährt haben, wurden diese im IQTiG nachgebildet. Damit arbeitet auch das IQTiG im Auftrag vom GBA (vgl. Schuler-Harms 2015b, S. 1455ff.). Neben der Erarbeitung einer externen Qualitätssicherung wird das IQTiG auch mit der Darstellung der Versorgungsqualität des deutschen Gesundheitssystems beauftragt, wodurch ihm auch die Entwicklung adäquater Indikatoren und Instrumente obliegt (vgl. Schuler-Harms 2015b, S. 1457, siehe §137a SGBV). Außerdem soll es laut gesetzlicher Beauftragung einen Kriterienkatalog entwickeln, um die Aussagekraft der auf dem Markt der Gesundheitsversorgung vorherrschenden Zertifikate und Qualitätssiegel zu beurteilen. Dabei ist vor allem das Interesse der Patienten ausschlaggebend für die Arbeit des Instituts. Alle ihm zugeteilten Aufgaben hat das IQTiG gemäß internationaler wissenschaftlicher Standards zu erledigen (vgl. Schuler-Harms 2015b, S. 1458; §137a SGB V). Da das IQTiG nicht nur fachlich unabhängig (auch gegenüber GBA, BMG und Leistungserbringern) sein soll, sondern ebenso organisatorisch und wirtschaftlich, muss der Stiftungsvorstand potenzielle Interessenskonflikte seiner Beschäftigten bestmöglich vermeiden (vgl. Schuler-Harms 2015b, S. 1456). Da das IQTiG erst vor einem Jahr seine Tätigkeit aufgenommen hat, wird sich erst in Zukunft zuverlässig beurteilen lassen, welchen Mehrwert es für die Qualität und dessen Transparenz im deutschen Gesundheitssystem bietet.

7.5 Status Quo von Qualität und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

Die Forderung nach Qualität steht bei Gesundheitsleistungen im Fokus und nimmt einen wichtigen Stellenwert in der öffentlichen Diskussion über das Gesundheitssystem ein (vgl. Schneider/Karmann/Braeseke 2014, S. 129). Die Qualität der medizinischen Versorgung ist gerade in den letzten Jahren ins Zentrum der Gesundheitspolitik Deutschlands gerückt (vgl. Vogg/Fleßa 2011, S. 26). Ansprüche insbesondere auf eine konstante Ergebnisqualität²⁵³ gemäß wissen-

²⁵³ Eine hohe Ergebnisqualität beinhaltet die gesundheitliche Versorgung der Gesamtbevölkerung gemäß neuesten Erkenntnissen der Medizin, so dass der allgemeine Gesundheitszustand deutscher Bürger als gut bezeichnet werden kann (vgl. Pfaff 2006, S. 57).

schaftlichen Standards werden nicht nur von der Politik erhoben, sondern auch von Wissenschaft und Gesellschaft formuliert (vgl. Pfaff 2006, S. 57). Zwar fand die Diskussion über die Versorgungsqualität durch die Arbeiten Donabedians bereits in den 1970er Jahren Einzug in die europäische Debatte, jedoch intensivierte sich diese erst Mitte der 1990er Jahre. Im Vergleich zu anderen Branchen wurden im Gesundheitssektor übergeordnete Qualitätsbestrebungen erheblich später umgesetzt, da die Verantwortung für Qualität im Gesundheitswesen traditionell allein bei der Ärzteschaft angesiedelt wurde²⁵⁴ (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 153; Stuppardt 2011, S. 133; Weckert 2013, S. 28ff.). Jedoch liegt die übergeordnete Pflicht für qualitative Bewertungen im deutschen Gesundheitssystem beim Staat und ihm nachgelagerten Institutionen (Ballast/Malinke/Schindler 2011, S. 287). Der gesetzliche Rahmen bezüglich der Qualitätssicherung im Gesundheitssektor wird durch das SGB V gesteckt. Die Verantwortung über die Sicherung der Qualität wird an die Organe der Selbstverwaltung abgegeben, welche im gesetzlich vorgegebenen Rahmen mit entsprechenden Maßnahmen reagieren können (vgl. Sauerland 2001, S. 219). Beispielsweise wurden mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 gesetzliche Maßnahmen festgelegt, die ein Qualitätsmanagement in Krankenhäusern vorschreiben. 2004 wurde der ambulante Bereich gesetzlich integriert, so dass seitdem auch für Vertragsärzte und Psychotherapeuten die Pflicht eines internen Qualitätsmanagementsystems besteht (vgl. Reimann/Trefzer 2009, S. 43, weitere Gesetzesänderungen und Reformen siehe Kapitel 5.2.3). Insbesondere seit der Jahrtausendwende hat der Gesetzgeber für beinahe alle Bereiche der Gesundheitsversorgung verpflichtende Bestimmungen zu Qualitätssicherung²⁵⁵ und ihrer Transparenz erlassen (vgl. Pfeiffer 2011, S. 76). Die Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist speziell im § 135a I SGB V verankert. Demzufolge müssen gebotene Leistungen dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen und in fachlich gebotener Qualität erbracht werden²⁵⁶. Weiterhin setzt §135a SGB V die Leistungserbringer in die Pflicht, für die Qualität ihrer erbrachten Leistungen zu sorgen und diese auch stetig weiterzuentwickeln. Die Umsetzung der Qualitätsvorgaben wird dabei als Aufgabe im

²⁵⁴ Dabei ist eine gesetzliche Verankerung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in anderen Wirtschaftssektoren wie der Automobilbranche nicht notwendig, da sie als Wettbewerbsfaktor auch ohne jegliche Verpflichtung durchgeführt werden. Die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen der Qualitätssicherung ist den Besonderheiten der Gesundheitsbranche geschuldet (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 153ff.).

²⁵⁵ Tatsächlich waren Qualitätsbestrebungen niemals Themenschwerpunkt reformpolitischer Programme, da Qualitätsdefizite immer im Zusammenhang mit finanziellen Belastungsspitzen gesehen wurden (vgl. Weckert 2013, S. 67).

²⁵⁶ In Zukunft sollen die bisher unbestimmten Rechtsbegriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit eine institutionelle sowie methodische Hinterlegung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfahren (vgl. Schmacke 2011, S. 463). Denn ohne weitere Transparenz bezüglich gesetzlicher Versorgungsleistungen und deren Qualität sind vor allem aufgeklärte Entscheidungen der Versicherten nicht möglich (vgl. Greß/Wasem 2006, S. 514).

Bereich der Selbstverwaltung von Sozialversicherungsträgern angesehen (vgl. Eberl/Landgraf 2008, S. 658; Penter/Augurzky 2014, S. 73; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 383f.). Hinzu kommen die Regelung des § 135a II Nr. 2 SGB V (Fassung vom 16.07.2015), die alle Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Krankenhäuser, Versorgungszentren etc. verpflichtet, ein Qualitätsmanagement einzuführen und dieses fortführend weiterzuentwickeln (vgl. Schuler-Harms 2015a, S. 1449). Wie dieses Qualitätsmanagement im Einzelfall ausgestaltet werden soll, wird dabei jedoch nicht festgeschrieben (vgl. Penter/Augurzky 2014, S. 74). Die staatliche Qualitätssicherung übernimmt ihre essentielle Stellung für das deutsche Gesundheitssystem ein, in dem sie als gesetzlich implementiertes Themenfeld Leistungserbringer im Gesundheitssystem zu qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet²⁵⁷ (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 159; Ivansits 2007, S. 88).

Trotz aller bis dahin umgesetzten Bemühungen und Reformen hat der SVR im Jahr 2001 eine weitreichende Unter-²⁵⁸, Über-²⁵⁹ und Fehlversorgung²⁶⁰ aufgedeckt und verdeckte Qualitätsreserven identifiziert, die zu erheblichen Qualitätsmängeln führen. Diese könnten vollständig ausgeglichen werden, wenn die bestehenden Reserven entsprechend genutzt würden. Die vom SVR aufgedeckten Mängel ergeben sich unter anderem aus Kooperationsverlusten, fehlender intersektoraler Zusammenarbeit, der Dominanz kurativer Medizin und der Existenz sektorspezifischer Budgets, die sich aus der Gestaltung des Gesundheitssystems ergeben. Vor allem die fehlende sektorübergreifende Allokation knapper Ressourcen und die Koexistenz von Koordinationsinstrumenten (Markt und Staat) sind Gründe für fehlende Qualität und Effizienz (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 7ff.). Lamping (2002, S. 46) fasst das Gutachten des SVR wie folgt zusammen: „Es fehlt dem Gesundheitswesen nicht an Geld, es fehlt an Qualität, Effizienz und adäquaten Versorgungsstrukturen.“

Dabei wurde (und wird auch weiterhin) die Umsetzung von Kostendämpfungsmaßnahmen im Rahmen bisheriger GKV-Reformen²⁶¹ als potentieller Qualitätsschädiger angesehen und ent-

²⁵⁷ Dabei soll den beauftragten Leistungserbringern zu keinem Zeitpunkt die letzte Verantwortung für die Qualität angebotener Produkte und Dienstleistungen aus der Hand genommen werden (vgl. Pfeiffer 2011, S. 65).

²⁵⁸ Unterversorgung ist die teilweise oder auch komplette Verweigerung der Versorgung eines bestehenden Bedarfs, der aber rein wirtschaftlich zur Verfügung steht (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 30).

²⁵⁹ Eine Überversorgung existiert immer dann, wenn eine Versorgung über den Bedarf hinaus besteht, ohne (nennenswerten) Mehrwert zu stiften (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 30).

²⁶⁰ Unter-, Über- als auch Fehlversorgung führen zu einer schlechten Qualität der medizinischen Versorgung, da sie nicht nur ineffizient ist, sondern teilweise auch unethisch ist, da mit ihr eine Patientenschädigung einhergeht (vgl. Affolter 2011, S. 186).

²⁶¹ Beispielsweise sieht Lamping (2002, S. 45) Sparmaßnahmen nicht als positiven Anreiz für ökonomisches oder qualitätssteigerndes Verhalten seitens der Leistungsanbieter, welches jedoch die Ziele gesetzlicher Änderungen darstellen.

sprechend kritisch beobachtet. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Wettbewerbssituation im deutschen Gesundheitswesen besonders verschärft. Ausschlaggebend waren vor allem Budgetrestriktionen und fehlende finanzielle Mittel, um eine umfassende Gesundheitsversorgung nachhaltig zu gewährleisten. Durch die Einführung und steigende Betonung des Wettbewerbsprinzips sollen Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt zum sparsamen Wirtschaften mit knappen Ressourcen gebracht werden. Dabei stellt es die Anbieter vor große Herausforderungen, trotz Sparmaßnahmen und Budgetrestriktionen das Qualitätsniveau mindestens zu halten oder sogar bestenfalls zu erhöhen. Um sie ungeachtet bestehender Restriktionen an qualitative Ergebnisse zu binden, hat der Gesetzgeber die Regulierungsdichte erhöht und grundsätzliche Verpflichtungen der Leistungserbringer festgesetzt. Trotzdem wird die Verstärkung von Wettbewerbselementen immer wieder als Ausgangspunkt möglicher Fehlanreize angesehen, da sie über Wettbewerbsdruck bezüglich Effizienzkriterien zu qualitativen Einbußen führen kann²⁶². Des Weiteren stellen Wettbewerbselemente wirtschaftliche Ziele in den Mittelpunkt und verdrängen so wichtige Aspekte der Qualitätssicherung (vgl. Marschner et al. 2015, S. 3; Pfaff 2006, S. 57; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 382ff.; Thanner 2015, S. 165). Der gewünschten Wettbewerbslage im Bereich der medizinischen Leistungen werden neben potentiellen qualitativen Einbußen weitere Risiken zugeschrieben. Unter anderem kann die Umsatz- bzw. Gewinnorientierung privater Anbieter ein Interesse zur Mengenausweitung wecken. Problematisch wird dies, wenn Marktinteresse und medizinischer Bedarf nicht einander entsprechen. Folge kann eine Nichtnutzung von Ressourcen und Qualifikation sein. Außerdem ist das Marktverhalten bedarfs- und risikoselektiv, so dass ebenfalls ein Widerspruch zwischen individuellem Bedarf an Gesundheitsleistungen und der jeweiligen Kaufkraft entstehen kann, was einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur entgegensteht (vgl. Niehoff 2008, S. 164). Als Gefahr in diesem Zusammenhang sieht beispielsweise die Zentrale Ethikkommission die Ökonomisierung der Ärzteprofession. Mit medizinisch nicht notwendigen, aber gewinnbringenden Untersuchungen oder Operationen sollen Wettbewerbsvorteile und Gewinne erwirtschaftet werden. Verstärkt wird dieses Problem durch die Beteiligungen am wirtschaftlichen Erfolg der jeweiligen Beschäftigungseinrichtung, die Chefärzten trotz Formulierung des § 136a SGB V²⁶³ angeboten werden. Ärzte werden immer mehr in wirtschaftliche Faktoren ihrer Arbeit eingebunden,

²⁶² Dabei sieht Klusen (2009, S. 315) den Wettbewerb im Gesundheitswesen als positiv für den Patienten, da über ihn Dynamiken angestoßen werden, die zu effizienten Lösungsansätzen sowie einer bedarfsgerechten Versorgung führen. Hierbei sollte erwähnt werden, dass Klusen ehemaliger Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse ist.

²⁶³ § 136a SGB V teilt in seiner Fassung vom 03.04.2013 der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Förderung der Qualität der Krankenhausversorgung zu, indem Formulierungs- und Beratungshilfen für Verträge zwischen Krankenhaus und leitenden Ärzten bereitgestellt werden. Dabei sollen Gewinnbeteiligungen oder andere finanzielle

denen sie sich im Einzelfall durch den Druck des Arbeitgebers nicht immer entziehen können (vgl. Zentrale Ethikkommission 2013, S. 1752f.). Der gesamte Gesundheitssektor steht also unter starkem Druck, neben Effizienzkriterien vor allem auch Qualitätsmaßstäbe einzuhalten (vgl. Weisbrod-Frey/Steffen 2006, S. 72). Qualitätsprobleme sollen in erster Linie durch gesundheitspolitische Maßnahmen (vor allem im Bereich der Qualitätssicherung) gelöst werden (vgl. Pfeiffer 2011, S. 65).

8 Entwicklung eines Steuerungssystems zum Abbau von Informationsasymmetrien und zur Qualitätssteigerung im Gesundheitsbereich

8.1 Gründe für die Etablierung neuer Strukturen im Qualitätsmanagement der deutschen Gesundheitsversorgung und bisherige Ansätze

Die verschiedenen intendierten Reformen und Korrekturen der GKV haben in der deutschen Bevölkerung viel Unsicherheit hinterlassen. Verstärkt wird dieses Gefühl durch die kaum nachvollziehbaren Qualitätseigenschaften bzw. die fehlende Vergleichbarkeit der Qualität von Produkten und Dienstleistungen des Gesundheitssektors. Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) aus dem Jahr 2008 hat ergeben, dass 36,8% der Befragten die Frage nach dem Vertrauen in das deutsche Gesundheitswesen negativ²⁶⁴ beantworteten (vgl. GESIS 2009, S.89). Wie zu Beginn der Arbeit dargestellt, zeigen auch Ergebnisse aktueller Studien, dass die langfristige Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems nach Status Quo von der Bevölkerung angezweifelt und umfassender Reformbedarf vermutet wird, damit die Gesundheitsversorgung nachhaltig sichergestellt werden kann. In dieser Situation sollten Maßnahmen ergriffen werden, die das Vertrauen in das staatliche System der Gesundheitsversorgung wieder stärken. Ein Faktor hierfür ist die umfassende Sicherstellung der Qualität angebotener Versorgungsleistungen. Die Schaffung nachvollziehbarer Qualitätsmerkmale, anhand derer alle Anbieter gemessen werden können, ist dafür am besten geeignet.

Die bisherigen Ausführungen über die vielfältigen Qualitätsauffassungen und -messungen zeigen, dass vor allem aufgeklärte Entscheidungen über die Auswahl der Leistungserbringer aufgrund von Qualitätsmerkmalen in der Tat schwer möglich sind (vgl. Gress/Maas/Wasem 2008, S. 55). Diese Transparenz bleibt laut den zugeteilten Rollen der PAT nicht nur beim Bürger

Anreize bei Vertragsschluss ausgeschlossen werden. Ziel ist die Sicherung unabhängiger medizinischer Entscheidungen.

²⁶⁴ Die Befragung wurde mit Hilfe einer 7-Punkt-Skala durchgeführt, von der die Endpunkte als 1= "überhaupt kein Vertrauen" und 7= "großes Vertrauen" definiert wurden. Als negative Antworten wurden diejenigen zusammengefasst, die auf der Skala 1, 2 oder 3 angegeben haben (Angaben in der Einzelbetrachtung: 1= 6,6%; 2=9,3% und 3=20,9%).

aus. Auch dem Staat bzw. der Bundesregierung fehlen Möglichkeiten, beauftragte Leistungserbringer (Agent) so umfangreich zu beurteilen, dass eine hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen garantiert werden kann. Der Gesundheitssektor ist geprägt durch hohe Dynamik, starkem Wissensbedarf, erhöhte Komplexität und multiple Interessenslagen. Dies führt zu einer eingeschränkten Steuerungsfähigkeit des Sektors durch die Bundesregierung, die aus dieser Position heraus teilweise ohne genügende Informationslage in einem hoch sensiblen Bereich agiert bzw. agieren muss (vgl. Bandelow/Eckert/Rüsenberg 2009, S. 14).

Die effiziente und transparente Steuerung wird dabei erheblich durch unterschiedliche Informationslagen erschwert. Dabei birgt eine asymmetrische Informationsverteilung z.B. zwischen Prinzipal (Staat) und Agent (Leistungserbringer) die Gefahr, dass privatwirtschaftliche Unternehmen unbeobachtet Qualitätsminderungen vornehmen, um ihre Kosten zu senken bzw. erwirtschaftete Gewinne erhöhen (vgl. Mühlenkamp 2007, S. 710, siehe auch Kapitel 6.1 zu Prinzipal-Agent-Theorie). Eine vergleichende Erhebung von Qualitätsergebnissen existiert bisher noch nicht, da die Ausgestaltung von Qualitätsmanagementsystemen unternehmensindividuell ist. Die Verwendung unterschiedlicher Qualitätsmodelle sowie die individuelle Ausgestaltung von Indikatorensystemen erlaubt zwar eine Anpassung an betriebsspezifische Merkmale, jedoch können mit unterschiedlich erhobenen Qualitätsdaten und -indikatoren keine tatsächlichen Leistungsvergleiche erhoben werden²⁶⁵ (siehe dazu Kapitel 7.3.). Um aber allen gesetzlich Versicherten ein gleiches Qualitätsniveau bieten zu können, ist die Erarbeitung eines allgemeingültigen Steuerungssystems notwendig. Ein weiterer nicht zu unterschätzender Faktor sind fehlende Anreize für die Anbieter, auf einem qualitativ hohen Niveau zu produzieren. Das System der Regulierung der GKV mit einheitlichen Vergütungen im Rahmen von Kollektivverträgen halten kaum Anreize für den Leistungserbringer bereit, sich durch ein höheres Qualitätsmaß von der Konkurrenz abzuheben (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 158). Dem bisherigen System mit seiner Vielzahl an Einzelfalllösungen, sektorenbezogenen Gesetzesänderungen und fehlenden motivationalen Anreizen bezüglich der Qualitätserbringung fehlt es an zielführender Funktionalität. Die Konsequenz ist, dass kein allgemeingültiges Verständnis von Qualität, ihrer Erhebung und potenziellen Umsetzungsverfahren auf Mikro- und Makroebene existiert und auf diese Weise auch nicht erreicht werden kann. Damit steht das deutsche Gesundheitssystem vor der Herausforderung, adäquate Steuerungsstrategien zu entwickeln, die jedoch den Wachstumsmarkt nicht über das Maß hinaus regulieren (vgl. Oberender/Zerth 2009, S. 400). Bisherige

²⁶⁵ Verschärft wird das Problem durch den bestehenden Wettbewerb zwischen den Zertifizierungsstellen, die sich bewusst durch unterschiedliche Erhebungsverfahren voneinander abgrenzen (vgl. Penter/Augurzyk 2014, S. 77).

Initiativen und Maßnahmen der Bundesregierung, die sich vor allem aus den zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre entwickelten, waren weitestgehend nur auf einzelne Sektoren und nicht auf das gesamte Gesundheitssystem bezogen. Dies steht der angestrebten ergebnisorientierten und einheitlichen Qualitätssicherung entgegen (vgl. Reimann/Trefzer 2009, S. 46f.). Außerdem richteten sich bisherige Finanzierungssysteme vor allem auf eine Kosteneindämmung aus und nicht – wie auch von vielen Qualitätsmodellen gefordert – auf die Ergebnisse der Leistungserbringung (vgl. Offermanns 2011, S. 47). Um diese Defizite abzubauen und mögliche Lösungsstrategien zu präsentieren, wird in den folgenden Abschnitten ein neues Steuerungsmodell erarbeitet, welches die aufgeführten Schwächen bezüglich der Einschätzung gebotener Qualität durch private Anbieter auflöst. Bevor jedoch ein Indikatorensystem für die objektive Messbarkeit erarbeitet wird, wird ein allgemeingültiger Qualitätsbegriff als Basis festgelegt, der dem Indikatorensystem einen ganzheitlichen Rahmen setzt.

8.2 Das Steuerungssystem

8.2.1 Rahmenbedingungen und Kriterien des Steuerungssystems

Im Zuge des Gewährleistungsstaats wird eine wichtige Aufgabe der Daseinsvorsorge, nämlich die anteilige Produktion von Gesundheitsleistungen, an private Anbieter inklusive eines Entscheidungsspielraums abgegeben. Dadurch wird die Erstellung von öffentlichen Gütern durch privatwirtschaftliche Akteure ermöglicht. Die Gewährleistung einer dem medizinisch-technischen Stand entsprechenden Gesundheitsversorgung verbleibt zu 100% beim Staat, so dass ihn in Bezug auf die Leistungsanbieter verschiedene Kontrollaufgaben erwarten. Die Einbindung gewinnmaximierender Anbieter wird damit Teil einer Lösungsstrategie für gesamtgesellschaftliche Problemlagen.

Abgeleitet aus den Erkenntnissen, die sich aus der Anwendung der PAT auf dieses Beziehungsgefüge ergeben, stehen unvollständige Informationen auf Seite des Staates Vorteilen der Spezialisierung entgegen. Dieses Koordinationsproblem sollte vor allem durch den Abbau der bestehenden Informationsasymmetrien gelöst werden, indem staatlichen Institutionen entsprechende Werkzeuge und Know-How zur Verfügung gestellt werden. Hierfür muss in einem ersten Schritt festgelegt werden, welches Qualitätsniveau im Gesundheitssystem tatsächlich erreicht werden soll. Schließlich scheinen unterschiedliche Interessenslagen im Bezug zur Qualität der Gesundheitsversorgung zu bestehen, was die Erarbeitung gemeinsamer Ziele im Modell erschweren kann. Aus staatlicher Sicht ist die Gewährleistung einer angemessenen Gesundheitsversorgung Mittelpunkt seiner Aktivitäten bezüglich Qualitätssteigerung. Anders als

die öffentliche Diskussion vermuten lässt, ist er nicht wie der Bürger an einer maximalen Versorgungsqualität interessiert (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 162). Dazu haben Krankenkassen im deutschen Gesundheitssystem eine Schlüsselrolle inne, da sie die gesundheitliche Versorgung finanzieren und durch Steuerungsinstrumente wie Selektivverträge direkten Einfluss auf die Versorgungslage nehmen. Ihr Interesse besteht in einer qualitativ hochwertigen, aber effizienten und finanzierbaren Gesundheitsversorgung (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 161). Aus Sicht der Leistungserbringer ist die Ausgangslage deutlich anders. Aufgrund haftungsrechtlicher Bestimmungen oder spezifischer Gewährleistungspflichten besteht der Anreiz, eine Mindestqualität zu erbringen. Jedoch wird keine maximale Qualität im Sinne einer Kundendefinition erstrebt, da diese in Zielkonflikt mit eigenen Einkommensinteressen stehen (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 161). Außer den Patienten bzw. Kunden ist keine beteiligte Akteursgruppe an einer maximalen Qualität der Gesundheitsversorgung interessiert. Die grundsätzliche Orientierung an einem maximal möglichen Qualitätsniveau ist aufgrund bestehender Opportunitätskosten nicht effizient, so dass ordnungspolitisch die Etablierung eines Mindestmaßes an Qualität sinnvoll ist (vgl. Burger/Nottinger 2011, S. 163).

Des Weiteren sind dem Gesundheitssystem trotz des politisch intendierten Wettbewerbsdrucks zu wenig Leistungsanreize inhärent. Im Rahmen des Marktversagens bei öffentlichen Gütern werden staatliche Korrekturmaßnahmen notwendig, um die Anreizstrukturen für private Anbieter zu verändern. Inwiefern dies zu einer Verbesserung der Allokation beiträgt, hängt vor allem vom Wissen staatlicher Entscheidungsträger bezüglich der Funktionsweisen des Marktes ab (vgl. Fritsch 2014, S. 73). Hieraus lässt sich ableiten, dass eine intensive Fachkompetenz zu Marktmechanismen im Sektor für Gesundheitsdienstleistungen eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate Steuerung ist. In diesem Zusammenhang müssen Leistungserbringer des Gesundheitssystems für effizientes und effektives Verhalten, das bedeutet für die Mitarbeit an staatlich gesetzten Zielen, belohnt werden. Die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems, welches individuelle und gesamtgesellschaftliche Gesundheitsziele erreichen kann und gleichzeitig Wettbewerbs etabliert, ist komplex (vgl. Offermanns 2011, S. 59).

Ein Steuerungssystem sollte daher nicht eindimensional ausgestaltet werden, sondern verschiedene Anwendungsmöglichkeiten bieten, um den Qualitätsgedanken inklusive wirtschaftlicher Effizienz ganzheitlich umsetzbar zu machen. Es wird also ein Steuerungsinstrument benötigt, welches Qualitätsziele auch für die Leistungserbringer objektiv nachvollziehbar darstellt und Zielgrößen vorgibt. Damit ist es unabdingbar, Ziele in Form spezifischer Kennzahlen zu sichern. Insgesamt sollte das Steuerungssystem parallele Lösungsansätze auf unterschiedlichen

Ebenen bieten, um die verschieden gelagerten Problemstrukturen von Grund auf lösen zu können. Dabei soll als grundlegende Basis in einem ersten Schritt eine allgemeingültige Definition von Qualität erarbeitet werden, damit ein Qualitätsverständnis erreicht wird, welches die Zustimmung aller relevanten Akteure erhält. Darauf aufbauend wird ein Indikatorensystem erarbeitet, das staatlichen Entscheidungsträgern grundlegende Informationen bezüglich Qualitätseigenschaften privater Leistungserbringer bietet, ohne hohe Kontrollkosten zu erzeugen. Zusätzlich werden Strategien entwickelt, die sich hauptsächlich aus den Lösungsstrategien der PAT ableiten lassen.

8.2.2 Lösungsstrategien und Anwendungsmöglichkeiten des neuen Steuerungssystems

Wie in Kapitel 5 ausführlich beschrieben verfolgen privatwirtschaftliche Unternehmen des Gesundheitssektors individuelle Interessen, die nicht zwingend mit dem Ziel einer hochwertigen und umfassenden Versorgung der Bürger übereinstimmen. Die Ungleichverteilung von Informationen über die Qualität von Gütern und Dienstleistungen beeinflusst dabei den Vertragsabschluss zwischen Staat (Prinzipal) und Leistungserbringer (Agent). Prinzipiell stehen dem Staat durch seine gesetzgebende Wirkung Möglichkeiten offen, rechtlich-institutionelle Vorkehrungen zu erarbeiten und zu etablieren, um den Agenten möglichst an einer individuellen Vorteilnahme zu hindern bzw. entsprechendes Verhalten zu sanktionieren. Hierunter fällt beispielsweise das Setzen von Rahmenbedingungen, durch die Eigeninteressen privater Akteure in Richtung gesellschaftlich wünschenswertes Handeln gelenkt werden sollen. Ebenso möglich ist der Einsatz von Ge- und Verboten, Budgetierungen oder Rationierungen, bei denen jedoch die entstehenden Kontrollkosten nicht außer Acht gelassen werden sollten (vgl. Meinhövel 1999, S. 14, Weisbrod-Frey/Steffen 2006, S. 58). Weiterhin stehen staatlichen Entscheidungsträgern als Prinzipal Möglichkeiten auf vertraglicher Ebene offen, um den gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrtverlust zu verringern und gleichzeitig eigene Interessen verfolgen zu können. Durch gezieltes Screening können bereits vor der Abgabe öffentlicher Aufgaben geeignete Vertragspartner identifiziert werden. Jedoch ist hierfür notwendige Voraussetzung, dass dem Prinzipal vertragsrelevante Kriterien bekannt sind, um den geeigneten Vertragspartner aus einer Vielzahl von potentiellen Agenten auswählen zu können. Damit diese Informationen zieladäquat bereitgestellt werden können, wird in dieser Arbeit ein Kriterienkatalog erarbeitet, der bei der Auswahl von Vertragspartnern angewendet wird und sich auf die Einhaltung spezifischer Qualitätsmerkmale bezieht. Dadurch können Informationsasymmetrien bereits vor Vertragsschluss verringert, und gleichzeitig die Kosten der Informationsbeschaffung für den Prinzipal gesenkt

werden. Die Erstellung eines allgemeingültigen Katalogs zur Erfassung der Qualität von Leistungen ist jedoch nicht nur aus staatlicher Sicht von Vorteil. Im Rahmen der Erfassung spezifischer Qualitätsindikatoren können sich Agenten durch die glaubhafte Kommunikation qualitätsrelevanter Vorsprünge von der Konkurrenz abheben. Leistungserbringer signalisieren durch eigenständige Erhebung und Wiedergabe der geforderten Qualitätsindikatoren ihren Willen zu Transparenz und Qualität gegenüber ihrem Auftraggeber. Ein einheitliches Indikatorensystem ist hinsichtlich der Qualitätsvergleichbarkeit und -kontrolle von Auftragnehmern zu empfehlen. Relevant für die Sicherung von Qualität im Gesundheitswesen ist nicht nur die Erhebung von bestimmten Kriterien, sondern auch deren Analyse und Auswertung. Um das Marktgeschehen beurteilen zu können, benötigen staatliche Entscheidungsträger das notwendige Fachwissen. Dies gilt nicht nur für Inhalte des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen, sondern auch für die Spezifika dieses Wirtschaftsbereiches sowie potentielle Folgen staatlicher Interventionen bzw. deren Unterlassung.

Unabhängig davon, welche Lösungsstrategie betrachtet wird, ist die Akzeptanz aller beteiligten Akteure stets notwendige Wirkungsvoraussetzung. Deshalb sollten schon während der Entwicklung der jeweiligen Lösungsstrategie betroffene Interessensgruppen eingebunden werden. Dieser Ansatz ist beispielsweise bereits erfolgreich im IQWiG durch die paritätische Besetzung inklusive unparteiischer Mitglieder umgesetzt worden, um potentielle Interessenskonflikte bestmöglich zum Ausgleich zu bringen. Zuletzt sollte das System zur Qualitätssicherung nicht statisch ausgestaltet sein, sondern eine prozessuale Weiterentwicklung ermöglichen (vgl. Lamping 2002, S. 60).

8.2.2.1 Die Definition von Qualität im Gesundheitswesen

Für die Beurteilung der Qualität im Gesundheitssystem ist also eine eindeutige sowie von allen relevanten Interessensgruppen akzeptierte Definition notwendig, die als „Soll-Wert“ fungiert und für einen Vergleich mit der tatsächlichen Qualität (dem „Ist-Wert“) herangezogen werden kann, um Qualitätsdefizite letztlich aufdecken zu können (vgl. ÄZQ 2009, S. 2). Dieser Forderung folgend wird zunächst eine Definition von Qualität im Gesundheitswesen erarbeitet. Diese beinhaltet allgemeine Aspekte von Qualität sowie Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen der Branche. Darauf folgt die Formulierung von Qualitätsmerkmalen, deren Erreichung mit Hilfe von praxistauglichen Indikatoren gemessen werden kann.

Um ein einheitliches, für alle Beteiligten nachvollziehbares und gleichermaßen akzeptiertes Verständnis von Qualität zu erreichen, werden in der Literatur vorherrschende Definitionsan-

sätze genutzt und miteinander kombiniert. Damit wird gleichzeitig auch die Mehrdimensionalität des Begriffs angemessen berücksichtigt. Aufgrund ihrer internationalen Bekanntheit und Akzeptanz wird die Qualitätsdefinition der DIN ISO Normen als Basis des Definitionsansatzes genutzt, so dass Qualität grundsätzlich einen Grad darstellt, in dem ein Set immanenter Merkmale bestimmte Anforderungen erfüllt. Der Qualitätsbegriff wird durch den Einsatz weiterer etablierter Definitionsansätze spezifiziert, indem Qualität die Erreichung eines bestimmungsgemäßen Nutzens zugeschrieben wird. Weiterhin wird Qualität als kriterienbezogene Beschaffungsgestaltung eines Produkts oder einer Dienstleistung verstanden, und der zu erarbeitenden Definition zugeführt. Die bisher gefundenen Ansatzpunkte werden in eine branchenspezifische Qualitätsdefinition überführt. Auch hier dient die DIN Norm für Qualität im Gesundheitswesen als Basis. Diese spezifizierte Beschreibung von Qualität wird um die Formulierungen „Qualitätsmerkmale“ und „Qualitätsanforderungen“ erweitert, da diese Begriffe durch Qualitätsindikatoren inhaltlich ausgefüllt werden können. Kombiniert mit dem Ansatz des SVR, wonach Gesundheitsergebnisse im Fokus qualitativer Betrachtungen stehen sollten, entsteht eine allgemein anzuwendende Qualitätsdefinition für die Gesundheitswirtschaft. Vorausgesetzt wird, dass sich Qualität im Gesundheitswesen stets durch die Anwendung aktuellster wissenschaftlich anerkannter Standards zur Zielerreichung ausdrückt. Schließlich spielt der technische Fortschritt im Gesundheitswesen eine essentielle Rolle, so dass die neuesten erprobten Technologien und Behandlungsmöglichkeiten zu jederzeit genutzt werden sollten. Die vorherigen Ausführungen werden im Folgenden zusammengefasst und münden letztlich in einer Arbeitsdefinition von Qualität im Gesundheitswesen:

Qualität im Gesundheitswesen stellt sich als derjenige Grad dar, zu dem die vorweg festgelegten Anforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung in Bezug auf ihre Qualitätsmerkmale tatsächlich erfüllt werden. Damit dient Qualität im Gesundheitswesen der Erreichung des Nutzens, welcher durch das Produkt oder die Dienstleistung erreicht werden soll, indem die Beschaffenheit des Produkts bzw. der Dienstleistung anhand festgesetzter Kriterien beurteilt wird. Im Fokus stehen dabei Gesundheitsergebnisse („Ergebnisqualität“). Zur Zielerreichung wird die Anwendung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und Standards stets vorausgesetzt.

Wie in Kapitel 4.3 dargestellt, besteht aus staatlicher Sicht großes Interesse, Bürger im Krankheitsfall schnell in ihre gesellschaftliche Funktion zurückzuführen und Gesundheit entspre-

chend nachhaltig zu fördern, auch um Produktivitätsstrukturen in Deutschland konstant aufrecht zu erhalten. Dies kann allerdings nur unter gegebenen Budgetrestriktionen und im Rahmen der Gewährleistungspflicht realisiert werden, so dass ein adäquates, versorgungsgerechtes Qualitätsniveau angestrebt wird und kein maximales Qualitätsziel formuliert wird. Um dies abzubilden, wird der Definitionsansatz daher um den folgenden Aspekt erweitert:

Die Steigerung des Qualitätsniveaus auf dem Gesundheitssektor dient gleichermaßen der Steigerung des Allgemeinwohls und einer Minimierung bestehender Wohlfahrtsverluste. Ziel der Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist eine adäquate, das heißt zugangsgerechte, nachhaltige, finanzierbare und versorgungsgerechte Gesundheitsversorgung Deutschlands.

Der Qualitätsbegriff wird regelmäßig mehrdimensional dargestellt, im Bereich der Gesundheitsversorgung primär durch das Modell Donabedians. Neben der medizinischen Qualität, die gewünschte Behandlungsergebnisse mit dem Ist-Zustand vergleicht und damit medizinische Ergebnisse beschreibt, sollte Qualität demzufolge zusätzlich in Strukturen und Prozessen der Leistungserbringer etabliert und beurteilt werden. Den Empfehlungen des SVR folgend dient die Erfassung dieser Faktoren einer ganzheitlichen Darstellung der Qualität im Gesundheitssystem. Um Qualität auf allen Ebenen der Leistungserbringung und Versorgung sicherzustellen, müssen also Qualitätsdimensionen entworfen werden. Da in Organen des deutschen Gesundheitswesens Donabedians Modell bereits als Grundlage des Qualitätsverständnisses dient und sich diese Sichtweise etabliert hat, wird der Ansatz der Definition zugeführt und um folgende Dimensionen erweitert, nach denen sich explizite Qualitätsmerkmale in Form von Indikatoren einordnen lassen:

Qualität wird nicht nur auf das medizinische Ergebnis reduziert, sondern ganzheitlich in drei Dimensionen dargestellt:

1.) Strukturqualität umfasst alle externen Faktoren, die zur Leistungserstellung benötigt werden, insbesondere personelle und materielle Ressourcen des Leistungserbringers.

2.) Prozessqualität beschreibt die Qualität der einzelnen Prozesse, die bei der Leistungserstellung identifiziert werden können. Dabei werden die Prozesse definiert, angepasst und Qualitätsmerkmalen zugeschrieben.

3.) Ergebnisqualität gibt die dem Gesundheitswesen direkt zurechenbaren positiven oder negativen qualitativen Veränderungen wieder.

Essentielles Merkmal und Basis eines jeden funktionierenden Qualitätsmanagementsystems ist die zyklische Wiederholung von Qualitätsbestrebungen. Damit können Qualitätsziele einerseits immer wieder angepasst und verbessert, gegebenenfalls aber auch neu definiert werden, und individuelle Bestrebungen auf ein höheres Niveau bringen. Auch wenn Prinzipien des TQM bereits implizit in der Definition zu finden sind, wird durch die explizite Beschreibung des PDCA-Zyklus TQM als übergeordnetes, nachhaltiges System verankert:

Um diese Qualitätsziele nachhaltig zu sichern und gleichzeitig stetig zu verbessern, bilden die vier Phasen des PDCA-Zyklus im Rahmen des übergeordneten TQM die Basis des individuell umzusetzenden Qualitätsmanagements:

- 1.) „Plan“ sichert die schriftliche Fixierung von individuellen Qualitätszielen, welche für Mitarbeiter und Interessierte transparent zugänglich gemacht werden.*
- 2.) „Do“ stellt die praktische Umsetzung der Zielerreichung dar.*
- 3.) „Check“ ist die Kontrolle des Zielerreichungsgrads im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs. Diese Aufgabe ist dauerhaft im Qualitätsmanagement zu etablieren.*
- 4.) „Act“: Hier werden praxistaugliche Werkzeuge standardisiert oder zukünftige Handlungen angepasst.*

Alle vier Phasen stellen einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess dar, so dass ihre zyklische Wiederholung die Nachhaltigkeit der Qualität sichert.

Letztlich sollten Qualitätsbestrebungen in der praktischen Umsetzung trotz bestehender Grenzen der Finanzierbarkeit ressourcenschonend umgesetzt werden. Das bedeutet, dass Qualität inhärent mit wirtschaftlichen Zielgrößen verknüpft ist. Der bisher in das System der gesetzlichen Krankenversicherung integrierte Wettbewerb ist somit essenziell, um langfristige Finanzierbarkeit zu garantieren. Er sollte jedoch nicht als zentrale Größe von Gesundheitsreformen dienen. Relevant für das Vertrauen in das Gesundheitssystem und letztlich auch für die staatliche Zielerreichung ist die angemessene Qualität von Gesundheitsleistungen. Damit nicht weiter Inkonsistenzen zwischen wirtschaftlichen Kennziffern und qualitativen Merkmalen einer Gesundheitsleistung entstehen, wird Wirtschaftlichkeit als Teil der Definition von Qualität übernommen. Damit werden Wettbewerbselemente als Teilmerkmal angemessener Qualität kanalisiert und sogar verpflichtend, um als Leistungsanbieter Qualitätsstandards zu erfüllen. Ihre negative Wirkung als Treiber von Qualitätseinbußen kann sich so nicht entfalten, da sie direkt

mit Qualitätsstandards verknüpft werden. Damit diese Zielrelevanz für alle beteiligten Akteursgruppen verbindlich wird, erfolgt eine direkte Übernahme in die allgemeingültige Definition von Qualität für das Gesundheitswesen:

Qualität beinhaltet des Weiteren die Einhaltung wirtschaftlicher Ziele, die als Teilziele verstanden werden.

Auch wenn in dieser Arbeit eine breite, jedoch klare Definition von Qualität autonom erarbeitet wurde, sollte der Qualitätsbegriff in der Praxis mit den Leistungserbringern bzw. ihren Vertretergruppen diskutiert und ergänzt werden (vgl. Stock 2007, S. 283). Hierdurch soll eine hohe Akzeptanz der Qualitätsdefinition von allen Beteiligten erreicht werden. Dadurch wird verhindert, dass der Qualitätsbegriff nicht als extern gesetzte Verpflichtung wahrgenommen wird, was im Zweifel Ausweichreaktionen provozieren könnte. Im Rahmen einer Konsensfindung kann somit die Identifikation der Leistungserbringer mit den staatlich intendierten Qualitätszielen gesteigert werden (vgl. Stock 2007, S. 288). Abbildung 9 im Anhang fasst die Definition von Qualität im Gesundheitswesen noch einmal zusammen.

8.2.2.2 Das Indikatorensystem

Die in Kapitel 8.2.2.1. erarbeitete Definition von Qualität im Gesundheitswesen dient als inhaltliche Basis des dazugehörigen Indikatorensystems, welches im Folgenden erarbeitet wird. In dieser Arbeit wird auf Indikatoren zurückgegriffen, die sich in der praktischen Anwendung bewährt haben. Diese werden zum Teil an Spezifika des Forschungsvorhabens angepasst. Ziel dieses Indikatorensystems ist es, aus staatlicher Perspektive Transparenz und Vergleichbarkeit bei der Auswahl privater Leistungserbringer zu schaffen, um nur geeignete Leistungserbringer mit spezifischen Qualitätsmerkmalen für die GKV einzusetzen. Zusätzlich können nach einer erfolgten Etablierung des Sets auch langjährige Vertragspartner Auskunft über qualitätsrelevante Teile ihrer Arbeit geben, so dass dieses Tool dem ganzheitlichen Gedanken des PDCA-Zyklus folgt.

Wie bereits beschrieben hängt eine Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen maßgeblich mit ihrer transparenten und zuverlässigen Messbarkeit zusammen. Die Abbildung und objektive Erfassung von Qualitätsdaten wird durch den Einsatz von Qualitätsindikatoren ermöglicht und ist sogar dazu erforderlich, da Qualität nicht direkt messbar ist (vgl. Stuppardt 2011, S. 147; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 124). Dabei ist die Auswahl und Formulierung der Quali-

tätsindikatoren essentiell für die Aussagekraft einer Qualitätsmessung²⁶⁶, so dass diesem Prozess große fachliche Beachtung zukommen sollte. Praxisrelevante Qualitätsindikatoren müssen selbst von hoher fachlicher Qualität sein. Werden methodisch nicht hinreichende Indikatoren zur Qualitätserhebung genutzt, kann die Qualitätsmessung zu falschen Ergebnissen führen, was letztendlich der medizinischen Versorgung schadet anstatt sie zu verbessern (vgl. ÄZQ 2005, S. 4). Indikatoren werden hauptsächlich nach Qualitätsdimensionen gruppiert und messen im Gesundheitswesen die Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen²⁶⁷. Eine Klassifizierung ist ebenso nach Geltungsbereich, Versorgungsbereich, Funktion oder Art der Intervention möglich (vgl. ACHS 2015, S. 8; ÄZQ 2009, S. 3).

Qualitätsindikatoren können in der Praxis beispielsweise im Rahmen einer Gruppendiskussion auf Basis bereits bestehender Informationen und Interessen erarbeitet werden. Möglich ist auch ihre Ableitung aus bereits veröffentlichten Evidenzen oder medizinischen Leitlinien²⁶⁸ (vgl. Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 24). Unabhängig davon, welcher Ansatz in der Praxis genutzt wird, sollte der Findungsprozess für das vorläufige und damit jederzeit korrigierbare oder erweiterbare Set an Indikatoren an folgenden Kriterien festgemacht werden:

1. Relevanz: Für eine Qualitätserhebung sind nur Indikatoren geeignet, die sich auf die praktische Gesundheitsversorgung beziehen und damit Alltagsrelevanz besitzen.
2. Wissenschaftlichkeit: Eindeutige Formulierungen bzw. definitorische Hintergründe sind essenziell für die praktische Anwendung und Evidenz. Dabei sollte die verfügbare Evidenz als Hauptauswahlkriterium fungieren.
3. Praktikabilität²⁶⁹: Bei der Entwicklung sind vor allem auch praktische Erhebungsmöglichkeiten und -barrieren ausschlaggebend. Vor einer Implementierung sollte vor allem die Datenverfügbarkeit geprüft werden
(vgl. Stock/Szecsenyi 2007, S. 308; Stuppardt 2011, S. 141).

Die systematische Entwicklung und Umsetzung eines Sets geeigneter Qualitätsindikatoren im Rahmen einer Experteneinschätzung erfolgt grundsätzlich in fünf Schritten. Zuerst wird das

²⁶⁶ Qualitätsindikatoren müssen eindeutig definiert als auch quantifizierbar sein und dabei Teilaspekte der Qualität der Gesundheitsversorgung messen können (vgl. ÄZQ 2005, S. 3).

²⁶⁷ Dabei folgen Qualitätsindikatoren der Gesundheitsversorgung auch weiterhin den Dimensionen Donabedians, in dem Strukturen die Eigenschaften der Einrichtung beschreiben. Der Bereich der Prozesse bildet die jeweiligen Tätigkeiten ab. Ergebnisse sind als Effekte der tatsächlichen Leistung auf den Gesundheitszustand zu verstehen (vgl. Mainz 2003, S. 525). Die Messung der Ergebnisqualität gestaltet sich dabei meist deutlich aufwendiger als die Erfassung der Struktur- oder Prozessqualität (vgl. Kötter et al. 2011, S. 8).

²⁶⁸ Leitlinien sind als systematische Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise medizinischer Behandlungen zu verstehen und als wissenschaftlich basierte praxisorientiert Handlungsempfehlung anzuwenden (Definition der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, vgl. Steinhäuser 2011, S. 35).

²⁶⁹ Unter Praktikabilität ist die einfache Umsetzung der gewählten Qualitätsindikatoren im Alltagsgeschehen zu verstehen (vgl. Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 27).

übergeordnete Thema, auf welche Aspekte der Gesundheitsversorgung sich die Operationalisierung beziehen soll, klar bestimmt. In einem zweiten Schritt wird ein vorläufiges Indikatorenset auf Grundlage von Expertenmeinungen, des aktuellen wissenschaftlichen Stands, von evidenzbasierten Leitlinien oder auf Basis bereits bestehender Qualitätsindikatoren²⁷⁰ erarbeitet. Gerade zu Beginn des Entwicklungsprozesses sollten hierfür möglichst alle relevanten Perspektiven durch die Beteiligung von Experten verschiedener wissenschaftlicher und praxisrelevanter Hintergründe abgedeckt werden²⁷¹. Aus dem vorläufigen Indikatorenset werden im Rahmen eines nachgelagerten Konsensusverfahrens²⁷² Indikatoren selektiert. Hierdurch wird erreicht, dass sich das Set letztlich auf diejenigen Indikatoren beschränkt, die die Qualität im Sinne der geforderten Eigenschaften am zuverlässigsten darstellen können. Danach werden die ausgewählten Qualitätsindikatoren einem Praxistest unterzogen, um potentielle Implementierungshindernisse oder Schwächen in der Anwendung zu identifizieren. Die abschließende Phase des Entwicklungsprozesses ist die praktische Einführung des Indikatorensets im stationären bzw. ambulanten Versorgungsbereich. Dabei sind die Indikatoren im Rahmen zyklischer Überprüfungen im Sinne des PDCA-Zyklus einzubetten (vgl. Kötter et al. 2011, S. 9; Zorn/Ollenschläger, S. 126f.; siehe auch Stuppardt 2011, S. 140).

Bei der isolierten Ableitung von Qualitätsindikatoren aus bereits bestehenden Leitlinien ist der Entwicklungsaufwand wesentlich geringer als bei der Gruppendiskussion. Dennoch kann diese Vorgehensweise zu validen Ergebnissen führen, wenn sie selbst einer methodischen Entwicklung entspringen²⁷³. Auch hier kann ihre Entwicklung in fünf Schritte unterteilt werden. Dabei sollten vorab Zweck und potentielle Nutzer des Indikatorensystems identifiziert, und das gewünschte Themenfeld umfassend recherchiert werden. Darauf folgt die systematische Suche nach medizinischen Leitlinien zum gewünschten inhaltlichen Schwerpunkt, die der methodischen Güte entsprechen und ein kongruentes Zielsystem aufweisen. Nachdem die Schlüsselpfehlungen aus den Leitlinien abgeleitet wurden, können hieraus Indikatoren vorgeschlagen

²⁷⁰ Die Entwicklung neuer Indikatorensysteme, die von bereits entwickelten Indikatoren abgeleitet werden, stellt ein vergleichsweise ressourcenschonendes Vorgehen dar. Allerdings können hier Probleme bei der Übertragung in andere Themengebiete auftreten (vgl. Kötter et al. 2011, S. 9).

²⁷¹ So können Indikatoren in einem offenen Diskurs vorgeschlagen werden, so dass sich auch Methoden wie Brainstorming zur ersten Findung eignen (vgl. Zorn/Ollenschläger 1999, S. 126f.).

²⁷² Auch hier können unterschiedliche Methoden angewendet werden. Zumeist werden mehrere Bewertungsrunden durchlaufen, um als Endprodukt nur Indikatoren in den Praxistest zu integrieren, die von allen beteiligten Experten positiv beurteilt werden (vgl. Kötter et al. 2011, S. 9).

²⁷³ Allerdings unterscheiden sich Leitlinien stark bezüglich ihrer fachlichen Qualität (vgl. Steinhäuser 2011, S. 36).

und entwickelt werden. Die Anwendbarkeit der so entwickelten Indikatoren hängt dabei grundsätzlich von der Akzeptanz der genutzten Leitlinien ab (vgl. ÄZQ 2009, S. 14f.; Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 24).

Der evidenzbasierte Ansatz, also die Ableitung von Qualitätsindikatoren aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen, bietet eine weitere Alternative zur Entwicklung eines Indikatorensets. Jedoch ist die Übertragbarkeit allgemeiner medizinischer Ergebnisse auf Routinehandlungen im medizinischen Versorgungsbereich in vielen Fällen schwer möglich, so dass dieser Weg nicht uneingeschränkt zur Nutzung empfohlen werden kann (vgl. Szecsenyi/Stock/Chenot 2009, S. 24).

Unabhängig davon, wie Indikatorensysteme zusammengestellt werden, sollte bei der Entwicklung darauf geachtet werden, dass vorgegebene Standards anpassungsfähig bleiben (vgl. ÄZQ 2009, S. 12; Kötter et al. 2011, S. 11). Der ideale Qualitätsindikator basiert dabei auf wissenschaftlich erarbeiteten Definitionen und ist valide, reliabel und evidenzbasiert, signifikant sowie risikoadjustiert²⁷⁴. Hinzu kommt, dass Indikatoren ohne erheblichen Mehraufwand erhoben werden können, gleichzeitig Qualität verursachungsgerecht zuordnen und zeitnah gewünschte Ergebnisse liefern. Zuletzt sind Aussagekraft und Manipulationsresistenz der Indikatoren zu gewährleisten (vgl. Haas/Wolff 2011, S. 202; Mainz 2003, S. 524; Stuppardt 2011, S. 140ff.; Zorn/Ollenschläger 1999, S. 125). Um eine objektive Bewertung möglich zu machen und notwendige Umsetzungskonsequenzen anzustoßen, sollten außerdem Ziel- bzw. Referenzwerte für die Indikatoren bestimmt werden (vgl. Stock/Szecsenyi 2007, S. 309).

Wie beschrieben ergibt sich durch die angestrebte regelmäßige Erhebung von Qualitätsindikatoren immer ein Mehraufwand für den Anwender. Diese Aufgabe sollte direkt bei den Leistungserbringern durchgeführt werden, da die alleinige Ableitung von Qualitätsergebnissen beispielsweise aus den Routinedaten²⁷⁵ der GKV aufgrund einer heterogenen Datenbasis und stark verringerten Datenmengen kaum mehr möglich ist. Der Aufwand für die Datenerhebung muss dabei minimal gehalten werden, damit sie von jedem Leistungserbringer der Branche²⁷⁶ auch

²⁷⁴ Unter Risikoadjustierung wird die Berücksichtigung individuell unterschiedlich gelagerter Risiken bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren verstanden, so dass wesentliche Einflussfaktoren auf die Ausprägung der Messgröße nicht nur identifiziert, sondern auch erfasst als auch berücksichtigt werden. Die Risikoadjustierung ist vor allem essenziell für die öffentliche Berichterstattung, da nur risikoadjustierte Indikatoren die tatsächlichen Qualitätsergebnisse wiedergeben (vgl. Haas/Wolff 2011, S. 204f.; BQS 2007, S. 16).

²⁷⁵ Allerdings können Routinedaten der GKV trotz ihrer Schwächen (wie zum Beispiel Bias durch den jeweiligen Erhebungszweck) als Grundlage zur Bildung von Qualitätsindikatoren dienen, da so kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand betrieben werden muss (vgl. Szecsenyi/Stock 2007, S. 15).

²⁷⁶ Auf Seiten der Leistungserbringer haben größere Organisationen bzw. Netzwerke mehr Ressourcen inhärent, so dass der Mehraufwand durch die Qualitätserhebung als auch Berichterstattung für sie einfacher zu bewältigen ist als beispielsweise für niedergelassene Ärzte. Daraus folgt, dass die Entwicklung eines übergreifenden Indika-

im Alltag umgesetzt werden kann (vgl. Stock/Szecsényi 2007, S. 315f.; Szecsényi/Stock/Chenot 2009, S. 43). Große Bedeutung sollte neben der Erhebung wissenschaftlich aussagekräftiger Qualitätsdaten auch der Datenerfassung selbst bzw. dem Management dieser Daten zukommen. Neben der Auswahl der zu erhebenden Daten muss auch deren Speicherung für alle Leistungserbringer vorweg definiert werden, um für Transparenz und Akzeptanz der Qualitätsmaßnahmen zu sorgen. Ebenso sollte die Form der Ergebnisdokumentation vorab gewählt werden (vgl. Szecsényi/Stock/Chenot 2009, S. 43).

All diese Ansprüche an die Erstellung eines Indikatorensystems, der Datenerfassung als auch der potentiellen praktischen Probleme bei der Erhebung der Qualitätsdaten sollen ihrer Relevanz entsprechend berücksichtigt werden. Im nächsten Kapitel wird daher detailliert auf alle diese Punkte, insbesondere der Auswahl geeigneter Indikatoren tiefgehend eingegangen.

Die Auswahl der Qualitätsindikatoren

Auch wenn die Anwendung von Qualitätsindikatoren zur Erhebung und Auswertung von Qualitätsdaten nicht ohne in Kapitel 7.3 genannte Einschränkungen möglich ist, überwiegen die Vorteile ihrer Anwendung für die Ziele dieser Arbeit. Einige Nachteile können durch die Erarbeitung eines branchenweit anwendbaren Indikatorsystems eliminiert werden. Beispielsweise fällt eine Messung ähnlicher oder sogar gleicher Zielgrößen anhand unterschiedlicher Datengrundlagen weg. Die Erstellung eines allgemeingültigen Kriterienkatalogs wirkt der unerwünschten und bisher vorherrschenden Heterogenität von Qualitätsindikatoren entgegen. Einer potenziellen Beeinflussung durch Interessensgruppen bzw. dessen individueller Zielverfolgung wird durch die sorgfältige Auswahl und Anpassung der Indikatoren des Sets entgegengewirkt. Des Weiteren sind die Einhaltung der oben aufgezeigten Gütekriterien für Qualitätsindikatoren und ihre systematische Zusammensetzung als Rahmenbedingungen der folgenden Erarbeitung zu verstehen. Mit der Erstellung eines Qualitätsindikatorensystems zur Auswahl und Kontrolle geeigneter Leistungserbringer im Rahmen von Angeboten der GKV wird eine weitreichende Standardisierung und Vergleichbarkeit bezüglich Qualitätsleistungen der Gesundheitsabsicherung angestrebt.

Zusammengefasst soll also ein Indikatorenset etabliert werden, welches zunächst staatlichen Entscheidungsträgern die Auswahl geeigneter Leistungsanbieter erleichtert und später wieder-

torensystems zur gemeinsamen Nutzung anzustreben ist, da dieses nicht nur das interne und externe Qualitätsmanagement unterstützt, sondern auch für Vergleichbarkeit zwischen den Anbietern sorgt (vgl. Stock/ Szecsényi 2007, S. 308ff.).

holenden Qualitätskontrollen dient, indem Qualitätsindikatoren vor der Vertragsschließung erhoben und ausgewertet werden. Die Entwicklung auf dieser ganz allgemeinen Stufe bedeutet, dass das Indikatorensystem auf alle Versorgungswege im Rahmen der GKV anwendbar sein muss, also auf ambulante, stationäre, präventive und rehabilitative Versorgungsangebote. Die Erhebung und Auswertung der Indikatoren, die im Rahmen des Kriterienkatalogs von den Leistungserbringern eingefordert werden, wird dabei aus Gründen der Praktikabilität den potentiellen Agenten übertragen. Da es sich auf dieser übergeordneten Ebene um unterschiedlichste Arten der Leistungserbringer handelt, werden keine allgemeingültigen Vorgaben zur praktischen Umsetzung gegeben, so dass dem Anwender freigestellt wird, wie z.B. Kennzahlen, die eine Kunden- bzw. Patientenbefragung voraussetzen, erhoben werden. Durch die Erhebung objektiver Messergebnisse kann eigennutzenmaximierendes Verhalten aufgrund falscher Angaben minimiert werden. Zudem soll das Indikatorensystem in einem angemessenen ökonomischen Verhältnis umgesetzt werden, so dass entstehende Kontrollkosten den Nutzensgewinn keinesfalls übersteigen sollten. In der Praxis sind Modelle der Selbstauskunft im Bereich des Qualitätsmanagements bereits umgesetzt worden, zum Beispiel im branchenübergreifend erfolgreichen EFQM-System oder dem branchenspezifischen Kriterienkatalog des KTQ.

Vorgehen bei der Indikatorenauswahl

Um ein geeignetes Set an Qualitätsindikatoren zusammenzustellen, wird ein mehrstufiger Prozess umgesetzt. Zuerst wird das Auswahlverfahren für die Indikatoren festgelegt. Da bereits eine große Anzahl von Qualitätsindikatoren für den Gesundheitssektor existiert, wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt, die sich im ersten Schritt auf deutschsprachige Indikatorensysteme²⁷⁷ beschränkte und in einem zweiten Schritt auf weltweite Veröffentlichungen ausgedehnt wurde. Dabei ist es zentral, dass in einem Indikatorensystem nicht nur die einzelnen Indikatoren im Sinne der oben genannten Kriterien geeignet sind, sondern dass auch innerhalb des Sets alle benötigten Inhalte in ihrer gesamten thematischen Breite abgedeckt werden (vgl. Stock 2007, S. 280f.). Zu diesem Zweck umfasst das Set Indikatoren der Ergebnisqualität Struktur- und Prozessqualität. Der interne Aufbau des Indikatorensets folgt damit der Aufteilung Donabedians, welche um primär wirtschaftliche Zielsetzungen erweitert wird, die der Strukturqualität zugeordnet werden. Da alle drei Qualitätsdimensionen als gleich relevant erachtet werden, wird bei der Indikatorenauswahl auf ein ausgewogenes Verhältnis in Bezug

²⁷⁷ Der Fokus auf Indikatoren des deutschsprachigen Raums wurde gewählt, da sich Indikatoren, die in Deutschland erstellt wurden, inhaltlich bereits auf das deutsche Gesundheitssystem beziehen.

auf die dargestellte Qualitätsdimension bzw. den betrachteten Bereich geachtet. Um die nachhaltige Integration des PDCA-Zyklus in die Messung aufnehmen zu können, wurde ein entsprechender Indikator ergänzend erstellt. Bei der Übernahme bereits existierender Indikatoren wurden, falls notwendig, Formulierungen der verfolgten Zielsetzung angepasst. Um Validität, Reliabilität und Sensitivität der Indikatoren zu garantieren, wurden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die in einem der oben genannten korrekt durchgeführten Findungsprozesse entstanden sind (Expertenpanel, Ableitung aus Leitlinien oder bereits bestehenden Evidenzen). Im Fokus der Recherche steht die Auswahl aussagekräftiger Qualitätsindikatoren, die die Kriterien der Relevanz, Wissenschaftlichkeit als auch Praktikabilität erfüllen, wobei der Aspekt der praktischen Umsetzung im gewählten Setting hervorzuheben ist. In einem letzten Schritt wurde Indikatoren auf Basis bisheriger Evidenzen ein Referenzwert zugeteilt, wenn ihnen in ihrer ursprünglichen Form keine Referenzwerte zugeordnet wurden.

Um die Akzeptanz und Umsetzbarkeit des Indikatorensystems zu unterstützen, sollte das richtige Verhältnis zwischen Praktikabilität (so wenig Indikatoren wie nötig) und Aussagekraft (Mindestanzahl von Indikatoren, um Qualität in all ihren Facetten abbilden können) gewählt werden. Dass Auswahl und Anzahl der Qualitätsindikatoren relevant für die wissenschaftlich fundierte Umsetzung sind, wird in der Literatur betont, ohne dass jedoch eine allgemein akzeptierte Anzahl genannt wird²⁷⁸. Bei der 72. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 1999 wurde vorgeschlagen, dass in jeder Einrichtung des Gesundheitswesens bis zum 01.01.2005 mindestens zehn Qualitätsindikatoren adäquat erhoben werden müssen, da diese Anzahl den oben genannten Anforderungen im Minimum entspricht. Auch die Gesundheitsministerkonferenz verweist noch einmal direkt auf die Notwendigkeit der Nutzung einheitlicher Qualitätsindikatoren, um Qualität vergleichbar erheben und auswerten zu können²⁷⁹ (vgl. GMK 1999). Dabei kann die relativ niedrige Anzahl damit begründet werden, dass die Ableitung von Qualitätsindikatoren nicht für jedes Merkmal in der Praxis sinnvoll und informationsbringend ist. Beispielsweise müssen unkritische Merkmale, die in der Regel problemlos umgesetzt werden, nicht im Indikatorensystem abgebildet werden (vgl. Hensen 2016, S. 148). Für das zu erarbeitende Set an Qualitätsindikatoren wird daher der empfohlene Mindestumfang übernommen.

²⁷⁸ Beispielsweise heißt es in den Empfehlungen der DIN Normen, dass die Anzahl der Qualitätsindikatoren „angemessen“ gewählt werden sollte (2013, S. 61).

²⁷⁹ Diese Vorgaben wurden laut der Einschätzung der „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie“ im Rahmen der 79. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2006 zum gewünschten Datum qualitativ als auch quantitativ zwar weitgehend im akutstationären Rehabilitationsbereich erreicht, allerdings finden sich quantitativ nur wenig Ansätze dieser „ehrgeizig gesetzten Ziele“ im ambulanten Bereich wieder (GMK 2006, S. 1ff.).

Um einen Überblick über Qualitätsindikatoren des deutschsprachigen Raums zu erhalten, wurden praxisrelevante Indikatorensets aus dem deutschsprachigen Raum auf nutzbare Qualitätsindikatoren der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität untersucht. Da sich die meisten Indikatorenssysteme zumeist direkt auf primär medizinische Inhalte beziehen und nicht auf verallgemeinerbare Qualitätsmerkmale, gestaltet sich die Suche nach geeigneten übergeordneten Indikatoren umfangreich. An dieser Stelle können die *German Inpatient Quality Indicators* (G-IQI) genannt werden, die speziell für die Qualitätsmessung mittels Routinedaten²⁸⁰ entwickelt wurden. G-IQI ist als eines der weitreichendsten Erfassungssysteme krankheitsspezifischer Beurteilungen von stationären Versorgungsleistungen zentrales Werkzeug für Qualitätsaussagen des Kliniksektors, damit gleichzeitig aber zu spezialisiert, um auf allgemeiner Ebene Indikatoren liefern zu können²⁸¹(vgl. Mansky et al. 2015, S. 7f.). Ähnlich verhält es sich mit Indikatoren des AQUIK Projekts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dessen Ziel die Erprobung eines validen und transparenten Indikatorensets für die vertragsärztliche Versorgung ist. Nach einer Recherche international verfügbarer Indikatorensets wurden insgesamt 48 Indikatoren identifiziert, die sich jedoch primär auf Krankheitsbilder wie ADHS, Depression oder arterielle Hypertonie und deren Behandlungsmöglichkeiten beziehen (vgl. KBV 2013, S. 1ff.). Zudem wurden in den 2000er Jahren zunehmend Versuche unternommen, anhand von Routinedaten die qualitativen Leistungen der GKV zu beurteilen (vgl. Schubert et al. 2008, S. 1098). In diesem Zusammenhang ist insbesondere das Projekt *Qualitätssicherung mit Routinedaten* (QSR) zu erwähnen. Es wurde 2002 durch den AOK-Bundesverband, der HELIOS-Kliniken GmbH, dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen sowie dem Wissenschaftlichen Instituts der AOK ins Leben gerufen (vgl. Heller 2010, S. 239). Ziel des QSR-Projekts war es, ein Messverfahren für Qualität im Gesundheitswesen zu initiieren, welches auf Routinedaten der GKV basiert und vor allem die Ergebnisqualität erbrachter Leistungen darstellt (vgl. Heller 2010, S. 239f.) QSR betrachtet und analysiert hierbei spezifische Leistungsbereiche, so dass im Rahmen dieses Projekts Qualitätsindikatoren für ausgewählte Krankheitsbilder erstellt werden (vgl. Heller 2010, S.240; Schubert et al. 2008, S. 1098). Allgemein formulierte Qualitätsindikatoren ohne spezifischen Diagnose- bzw. Behandlungsbezug sind jedoch auch hier nicht zu identifizieren.

²⁸⁰ GKV-Routinedaten sind Daten der Krankenkassen, die automatisch innerhalb eines Abrechnungszeitraums erhoben werden. Damit stehen sie jährlich zur Verfügung und liegen in der Regel in großen Stichprobenumfängen vor. Unter anderem werden Informationen zu den Leistungsbereichen der ambulanten und stationären Versorgung als auch zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gesammelt (vgl. Neubauer et al. 2014, S. 1ff.; Ohlmeier et al. 2014, S. 470).

²⁸¹ Indikatoren des G-IQI beurteilen beispielsweise Behandlungen bei Erkrankungen des Herzens, der Lunge oder Leistungen im Rahmen der Geburtshilfe (vgl. Mansky et al. 2015, S. 15ff.).

Somit konnten deutschsprachige Indikatorensysteme für insgesamt sieben passende Qualitätsindikatoren in der Literatur identifiziert und für das Vorhaben eingesetzt werden. Diese sind jedoch noch nicht ausreichend, um das Mindestmaß an Indikatoren zu erfüllen und die geforderten Inhalte abzudecken.

In einem weiteren Schritt wurde die Recherche daher auf weltweit veröffentlichte Indikatorensysteme erweitert. Auch hier dominiert die Darstellung klinischer Fachgrößen. Das in den USA am meisten genutzte Instrument zur Qualitätsmessung HEDIS (*Health Plan Employer Data and Information Set*) wird vom *National Committee for Quality Assurance*²⁸² entwickelt und auch gepflegt. Trotz seines erheblichen Umfangs konnte es keine Indikatoren beisteuern, da es standardisierte Informationen „nur“ bezüglich der Behandlungsqualität erfasst und bewertet (vgl. Roski 2007, S. 20). Ebenso sind die 21 Indikatorensets des ACHS-Programms des *Australian Council on Healthcare Standards* mit insgesamt mehr als 300 Indikatoren und über 700 Anwendern rein klinischen Hintergrunds, so dass trotz der umfangreichen Basis keine Messgröße übernommen werden konnte (vgl. ACHS 2015, S. 8). Tabelle 7 gibt einen Überblick über diejenigen Indikatorensets, die aufgrund ihrer medizinischen Schwerpunktsetzung nicht genutzt wurden.

Tabelle 7: Internationale Qualitätsindikatorensets im Überblick

Organisation	Beschreibung	Beispielhafte Indikatoren
Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)	Das ACHS Clinical Indicator Program ist die größte Datenquelle bezüglich der Qualität des Gesundheitswesens von Australien und Neuseeland	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatologische Indikatoren • Gynäkologische Indikatoren • Indikatoren der psychischen Gesundheit
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Die AHRQ ist die führende Organisation bezüglich qualitativer Verbesserungen des Gesundheitssektors. Die Qualitätsindikatoren sind so gestaltet, dass bereits bestehende administrative Daten der stationären Versorgung genutzt werden können	<ul style="list-style-type: none"> • Indikatoren der Patientensicherheit • Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung

²⁸² Das National Committee for Quality Assurance (NCQA) ist eine private NPO, deren Auftrag die Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung ist (vgl. Roski 2007, S. 21).

Canadian Institute for Health Information (CIHI)	Das CIHI veröffentlicht jährlich Ergebnisse bezüglich der Qualität ihres Gesundheitssystems anhand ausgewählter Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> • Wartezeiten auf bestimmte Behandlungen • Alkoholmissbrauch • Übergewicht (vgl. CIHI 2016)
Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)	Das Health Care Quality Indicator Projekt der OECD verfolgt das Ziel, Qualität der Gesundheitsversorgung durch Qualitätsindikatoren darzustellen und zuverlässig unter den Mitgliedstaaten der OECD zu vergleichen	<ul style="list-style-type: none"> • Überlebensrate bei Brustkrebs • Sterbensrate bei Asthma • Raucherquote
RAND Health	RAND Health hat ein umfassendes Indikatorensystem entwickelt, welches auf klinischen Daten basiert, um die Behandlungsqualität beurteilen zu können	Das Indikatorensystem bietet Indikatoren unter anderem zu: <ul style="list-style-type: none"> • Onkologie • HIV • Frauengesundheit

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Centre for Clinical Governance Research in Health 2009, S. 31-35).

Im Folgenden werden die ausgewählten Qualitätsindikatoren beschrieben und vorgestellt.

Ableitung Indikatoren aus QiSA

QiSA, das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, wurde im Rahmen einer Kooperation zwischen dem AQUA-Institut und dem AOK-Bundesverband entwickelt. Die Indikatoren des QiSA-Systems sind besonders für den Kriterienkatalog geeignet, da sie eine breite Basis universell einsetzbarer Messgrößen bieten. Zudem besteht die Möglichkeit, dem bestehenden System einzelne Indikatoren zu entnehmen und anzupassen. Diese individuelle Nutzbarmachung der Indikatoren im Rahmen neu entwickelter Qualitätsbewertungsverfahren wird sogar als explizites Ziel von QiSA angegeben. Außerdem ist ihr Einsatz neben der Nutzung für das interne und externe Qualitätsmanagement auch zur allgemeinen Darstellung der Qualität der Gesundheitswirtschaft für die interessierte Öffentlichkeit geeignet (vgl. Szece-ny/Stock/Chenot 2009, S. 5 ff.). Durch die explizit formulierte Möglichkeit, Indikatoren herauszuziehen und an individuelle Qualitätsbestrebungen anzupassen, ist die Nutzung von QiSA-

Indikatoren für die Ziele der vorliegenden Arbeit geeignet. Nach Sichtung wurden zwei der Indikatoren ausgewählt. Sie stammen aus dem Teil der „Allgemeinen Indikatoren – Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle“ und sind in ihrer ursprünglichen Fassung zur Anwendung in neuen ambulanten Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren entwickelt worden. Die dort bereitgestellten Indikatoren werden verschiedenen Bereichen zugeteilt, wie Qualitätsmanagement im Praxismodell (vgl. Broge/Stock/Szecsényi 2009, S. 9f). Da es sich um Indikatoren speziell zur Anwendung in regionalen Versorgungsmodelle handelt, beziehen sich viele von ihnen auf Spezifika dieser Netzwerke wie z.B. die Erhebung der Versichertenfluktuation. Übernommen werden konnten „Indikator 13: Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz“ sowie „Indikator 16: Fehlermanagement“ in angepasster Form.

Der Indikator „Anteil der zufriedenen Versicherten im Netz“ gibt den Anteil befragter Versicherter an, die mit der Versorgung in ihrem Ärztezentrum bzw. dem medizinischen Netzwerk insgesamt zufrieden sind. Ziel ist es, neben der Verbesserung der Qualität im Bereich der medizinischen Versorgung den Versicherten die Möglichkeit zu geben, einen eigenen Beitrag zur systematischen Qualitätsförderung zu leisten. Dafür wird die Summe der zufriedenen Befragungsteilnehmer²⁸³ durch die Summe aller Befragungsteilnehmer dividiert. Diese Angabe kann als Indikator der Ergebnisqualität genutzt werden. Als Referenzwert wird ein Anteil der Angabe „sehr zufrieden“ auf einer 5-Punkt-Skala²⁸⁴ mit über 90%²⁸⁵ angestrebt (vgl. Broge/Stock/Szecsényi 2009, S. 25f.).

Dieser Indikator ist für das Ziel geeignet, einen kurzen und aussagekräftigen Überblick über den Status Quo der Qualitätsbestrebungen potenzieller Leistungserbringer zu erhalten. Da sich die Erhebung nicht auf ein medizinisches Netzwerk beschränkt, wird der Indikator in seiner Formulierung angepasst und bleibt damit auf einer allgemeineren Ebene als der Original-Indikator des QiSA-Systems. Er wird wie folgt formuliert:

²⁸³ Dabei werden als „zufriedene Befragungsteilnehmer“ Befragte zusammengefasst, die sich auf der Skala von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ für „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ entschieden haben.

²⁸⁴ Die gängigste Skalierung zur Messung von Einstellungen in Umfragen ist die verbalisierte oder endpunktbenannte Skala („Likert-Skala“). Diese Skalierung wird auch bei Indikatoren des Sets angewendet, wenn individuelle Einschätzungen erfasst werden sollen (z.B. der Indikator zur Weiterempfehlung). Generell existiert nicht „die eine“ optimale Antwortskala, so dass die Festsetzung der Skalenpunkte relativ frei vom Autor wählbar ist. Allerdings bewähren sich in der Praxis Skalen mit 5-7 Skalenpunkten. Stehen weniger als fünf Skalenpunkte zur Auswahl, ist der Spielraum für ein wertendes Urteil zu gering, da die Skala nur extreme Positionen aufweist. Werden mehr als sieben Skalenpunkte genutzt, so werden diese kaum zur Differenzierung des eigenen Urteils genutzt. Wichtig ist jedoch, dass der gewählte Skalentyp über den gesamten Fragebogen hinweg einheitlich genutzt wird. Dies erleichtert dem Anwender die praktische Handhabung (vgl. Porst 2014, S. 94f.). Aus diesem Grunde werden alle Qualitätsindikatoren, die mit Hilfe der Likert-Skala gemessen werden, an eine 5-Punkt-Skala angepasst.

²⁸⁵ Dieser Wert wird von den Autoren des QiSA ohne weitere Erläuterung festgelegt.

„Wie zufrieden waren Sie mit X (Name des Anbieters) insgesamt?“

Skala 1 = Sehr unzufrieden, 2 = Unzufrieden, 3 = Weder zufrieden noch unzufrieden, 4 = Zufrieden, 5 = Sehr zufrieden

Indikator: Summe aller zufriedenen Befragten (Angabe 4 oder 5) / Summe aller Befragungsteilnehmer

Der zweite vom QiSA-System adaptierte Indikator befasst sich mit dem Fehlermanagement. Er gibt Auskunft darüber, wie groß der Anteil Ärzte in einem medizinischen Netzwerk ist, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen²⁸⁶. Der Grundgedanke von Fehlerberichtssystemen liegt darin, dass auch vermeintlich kleine Fehler im Versorgungsbereich vermieden werden können, wenn die Nutzung eines Berichtssystems in Form eines konstruktiven Austauschs über potentielle Fehler zu einem Lerneffekt führt²⁸⁷. Dafür werden Fehler und weitere kritische Ereignisse systematisch analysiert und ausgewertet, so dass Erkenntnisse bezüglich Fehlerarten, -häufigkeiten und deren Ursachen möglich sind. Damit gibt dieser Indikator einen Hinweis darüber, wie groß der Anteil der Netzärzte ist, die an einem praxisübergreifenden Fehlerberichtssystem teilnehmen. Als Zielwert wird in QiSA keine Zahl oder ein Anteil genannt. Es wird gefordert, dass möglichst alle Ärzte in bestehenden Netzwerken an einem Fehlerberichtssystem teilnehmen²⁸⁸. Erhoben wird diese Zahl als Quotient aus der Summe der Befragungsteilnehmer, die an einem Fehlerberichtssystem teilnehmen und der Summe aller Befragungsteilnehmer (vgl. Broge/Stock/Szencsenyi 2009; S. 30).

Der Indikator wird in seiner Formulierung angepasst und der Prozessqualität zugeordnet, da er sich explizit auf Abläufe bzw. Tätigkeiten zur Leistungserbringung innerhalb des Unternehmens bezieht. Das Lernen aus Fehlern wird in diesem Zusammenhang als Verbesserung der Qualität verstanden. Dieser Indikator stellt daher die stetige Verbesserung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen in den Mittelpunkt und erhebt eine zentrale Forderung der Definition aus Kapitel 8.2.2.1. Zudem sind im Rahmen des PDCA-Zyklus auch Anpassungen zur

²⁸⁶ Beispielsweise sei hier das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) aufgeführt, welches ein Meldesystem darstellt, bei dem beinahe oder tatsächlich passierte Fehler im Rahmen der Patientenversorgung anonym gemeldet werden können. Unterschieden werden können öffentlich zugängliche Meldesysteme von internen Foren (vgl. Herbig 2014, S. 51f.).

²⁸⁷ Dies kann als eine der vielen Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen verstanden werden. Sie gilt als wichtiges Qualitätskriterium und kann mit Hilfe von Indikatoren sichtbar gemacht werden (vgl. Hensen 2016, S. 387ff.). Im hiesigen Indikatorensystem wird Patientensicherheit mit der Erhebung des Umgangs mit Fehlern abgedeckt.

²⁸⁸ Da hier eine Einzelabfrage getätigt wird, wird als Zielwert die Angabe „Ja“ formuliert.

Fehlerminimierung zur Verbesserung von Prozessen explizit erwünscht, um Qualitätsergebnisse nachhaltig zu sichern. Erhoben wird er im Rahmen einer Selbstauskunft, so dass der Erhebungsaufwand gegen null tendiert.

„Nimmt das Unternehmen bzw. Ärzte an einem unternehmensübergreifenden Fehlerberichtssystem teil?“ Ja / Nein

„Wenn ja angekreuzt wurde: Welches Fehlerberichtssystem wird genutzt?“ Name

Ableitung aus QUINTH

Als Projekt des GKV-Spitzenverbands wurde das Qualitätsindikatoren-Thesaurus QUINTH ins Leben gerufen. Im Thesaurus werden Qualitätsindikatoren des Gesundheitssektors zusammengetragen, kategorisiert und bewertet. Die abgebildeten Indikatoren müssen dabei im deutschsprachigen Raum entwickelt worden sein, angewendet werden und zusätzlich auch noch öffentlich zugänglich sein. Ziel ist es, ihre Nutzung weiter voranzutreiben und damit Qualitätsbestrebungen im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Hierfür wurden Aussagekraft, Hintergründe, Inhalte, Entwicklungsstand und das methodische Vorgehen der Indikatoren überprüft und einer systematischen Darstellung zugeführt. Hierbei werden neben der ambulanten und stationären Versorgung weitere Indikatoren unterschiedlichster Fachgebiete abgebildet. Jedem Indikator werden Informationen wie Autorenschaft, Validität, Reliabilität, Einsatzgebiet etc. hinterlegt. Ursprünglich diente QUINTH als Arbeitshilfe des GBA, ist jedoch seit 2010 bereits Mitarbeitern der Krankenkassen zugänglich und wurde 2011 für alle Nutzer geöffnet (vgl. Haas/Wolff 2011, S. 199 ff.; Stuppardt 2011, S. 143).

Der QUINTH Datenbank wurde ein Qualitätsindikator der Strukturqualität entnommen und in seiner Formulierung abgeändert. Der Indikator „Nutzung von Instrumenten (Bereich Diagnose- und Behandlungsprozesse) eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung“²⁸⁹ ist aus den Richtlinien des GBA abgeleitet worden und befindet sich aktuell noch in der Entwicklung. Daher sind Risikoadjustierung, Validität, Reliabilität,

²⁸⁹ Ebenso gelten oben beschriebene Ausführungen für folgende Indikatoren aus *QUINTH* gleichermaßen: Richtlinienkonforme Weiterentwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung, Nutzung von Instrumenten (Bereich Arbeitsprozesse/Praxisorganisation) eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung, Nutzung von Instrumenten (Bereich Mitarbeiterorientierung) eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung, Nutzung von Instrumenten (Bereich Patientenorientierung) eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements in der vertragsärztlichen Versorgung, Dokumentation des einrichtungswirtschaftlichen QM in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Praxisinternes Qualitätsmanagement in der Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73b SGB V.

Praktikabilität und Evidenz noch nicht bekannt. Dies ist jedoch immer dann der Fall, wenn noch keine praxisfähige Endfassung besteht bzw. noch nicht genügend Informationen dafür vorliegen, weswegen hieraus keine Aussagen bezüglich der Indikatorenwertigkeit getätigt werden können. Ziel des Indikators ist die Etablierung und Nutzung einrichtungsinterner Qualitätsmanagement-Maßnahmen in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Auch wenn sich dieser Indikator noch nicht in der Praxis etabliert hat, soll er in abgewandelter Form genutzt werden, um Qualitätsbestrebungen der einzelnen Leistungserbringer zu erfassen. Dies ist durch die Erhebung im Rahmen einer Selbstauskunft des Agenten möglich und gibt dem Prinzipal damit erste Hinweise auf dessen Einstellung bezüglich Qualität. Das Ziel des originären Indikators ist es, dass jedes potenzielle Unternehmen, das öffentliche Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernimmt, ein dem SGB V entsprechendes internes Qualitätsmanagementsystem nutzt. Dargestellt wird der Indikator als Summe aller Befragten, die mindestens ein geeignetes Instrument des internen Qualitätsmanagements nutzen, im Verhältnis zur Summe aller Befragten. Der Indikator wird wie folgt in seiner Fragestellung angepasst:

Werden Instrumente des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements genutzt? Ja/Nein

Wenn „ja“ angekreuzt wurde: Welche Instrumente werden genutzt (Mehrfachnennungen möglich)?

Optional: Datum der letzten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements:
TT.MM.JJ

Neben dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement wird auch die verpflichtende Teilnahme an externen Maßnahmen des Qualitätsmanagements im SGB V geregelt. Um beide relevanten Teile eines ganzheitlichen Qualitätsmanagementsystems erheben zu können, wird ein Indikator, der die Anwendung eines externen Qualitätsmanagements abbildet, indirekt aus QUINTH abgeleitet. Dieser bildet die Durchführung externer Maßnahmen ab und wird wie folgt formuliert:

Werden Instrumente des einrichtungsexternen Qualitätsmanagements genutzt? Ja/Nein

Wenn „ja“ angekreuzt wurde: Welche Instrumente werden genutzt (Mehrfachnennungen möglich)?

Optional: Datum der letzten Datenerhebung im Rahmen des externen Qualitätsmanagements:
TT.MM.JJ

Ableitung aus dem Patients‘ Experience Questionnaire

Die Versichertenbefragung anhand des Patients‘ Experience Questionnaire (PEQ) wurde von der Barmer GEK, dem Bundesverband der AOK sowie der Weißen Liste gGmbH, dem Internetportal der Bertelsmannstiftung und den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen ins Leben gerufen. Bisherige intern unterschiedlich umgesetzte Patientenbefragungen in Krankenhäusern sollen durch die Nutzung des einrichtungsübergreifenden PEQ ersetzt werden, um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Hierdurch soll Patienten die Wahl ihres Krankenhauses erleichtert werden. Im Suchprozess nach einem geeigneten Krankenhaus vertrauen viele Patienten auf die Erfahrungen anderer Patienten, so dass Erfahrungswerte als Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung an Relevanz gewinnen und deshalb auch vom PEQ umgesetzt werden. Im Ziel steht dabei die transparente Darstellung krankenhäuslicher Ergebnisse, jedoch können Indikatoren des PEQ ebenso für das allgemeine Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen genutzt werden. Die Fragen im PEQ-Fragebogen werden jeweils auf einer 6-Punkt-Skala erhoben und in einen Prozentwert umgewandelt, wobei die Endpunkte der Skala „1 = voll und ganz“ und „6 = überhaupt nicht“ bilden. Das Gesamtergebnis wird als Prozentwert dargestellt und ergibt sich aus der Addition aller Prozentwerte der Einzelantworten dividiert durch die Gesamtanzahl aller Einzelantworten (vgl. Weiße Liste/Barmer GEK/AOK Bundesverband 2015, S. 3ff.).

Aus diesem Fragebogen wird Frage 14 zur Weiterempfehlung des Krankenhauses übernommen und angepasst. Im Original wird gefragt: „Würden Sie dieses Krankenhaus Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?“ Dieser Indikator wird in seiner Formulierung verallgemeinert, so dass er sich nicht länger allein auf die Beurteilung von Krankenhäusern bezieht, und dann der Ergebnisqualität zugeordnet. Um Vergleichbarkeit zwischen den Indikatoren des zu erstellenden Systems zu gewährleisten, wird auch an dieser Stelle eine 5-Punkt-Skala verwendet. Zusätzlich wird mit der gleichen Begründung die Beschriftung der Skalenelemente entsprechend ergänzt, so dass folgender Indikator entsteht:

„Würden Sie den Anbieter Ihrem besten Freund/ Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?“
Skala 1 = Überhaupt nicht ; 2 = Eingeschränkte Weiterempfehlung, 3 = Weder noch, 4 = Weiterempfehlung, 5 = Voll und ganz

Ableitung aus dem KTQ-Katalog Krankenhaus

Die Entstehung und Nutzung des KTQ-Indikatorensystems und Zertifizierungsvorgangs wurden bereits in Kapitel 7.2.2 erläutert. Aus dem KTQ-Manual (Version 2015) wird ein Indikator der Kategorie Qualitätsmanagement übernommen (vgl. KTQ 2015, S. 147) und der Dimension der Strukturqualität zugeordnet:

6.1.1. Kriterium: Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Punkt 1: Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement, Beauftragte in einzelnen Abteilungen

Dieser Indikator wird wie folgt angepasst: „Prozentualer Anteil Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement“: $\text{Anzahl der Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement} / \text{Anzahl aller Mitarbeiter des Unternehmens} \times 100$

Indikatoren aus dem Gesundheitsmonitor

Mit Hilfe von Daten des Gesundheitsmonitors wird die hausärztliche Versorgung durch Patienten beurteilt. Hierfür wurden Indikatoren den drei Phasen des donabedianschen Qualitätsmodells zugeordnet und ausgewertet. Die Erhebung fand Ende 2012 mit insgesamt 1795 Teilnehmern im Alter von 18-79 Jahren statt. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Frage, wie Patienten sich ein Urteil über die Qualität der Gesundheitsversorgung bilden, und welche Einflusskriterien besonders relevant für die Urteilsbildung sind (vgl. Böcken/Marstedt 2014, S. 135). Dem dazugehörigen Fragebogen wurden zwei Indikatoren entnommen, die sich auf die Struktur- bzw. Prozessqualität beziehen.

Es wird der Indikator der Strukturqualität im Originaltext übernommen:

Wartezeit auf einen Termin in Tagen: ____

Anders als im Original wird die Wartezeit nicht auf einer Skala persönlich eingeschätzt, da sich hierfür die Leistungsanbieter in ihrer Art zu sehr unterscheiden

Als Indikator der Prozessqualität wird übernommen und um eine 5-Punkt-Likert-Skala für ein objektives Messergebnis erweitert:

Wahrgenommene Gründlichkeit der Untersuchung (mit der Anpassung: Durchführung der Dienstleistung)

Skala 1 = Sehr ungründlich, 2 = Ungründlich, 3 = Weder gründlich noch ungründlich, 4 = Gründlich, 5 = Sehr gründlich

2. Schritt der Recherche: Europäische Indikatorensysteme, die im Staatenverbund nutzbar sind

Ableitung aus dem Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)

Das *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (PATH) ist ein regionales Projekt der WHO Europa, welches europäische Krankenhäuser bei der Verbesserung ihrer Leistungsergebnisse unterstützt. Neben einer Recherche und Analyse relevanter Indikatoren des Krankenhausesektors wurden im Projektverlauf weitere Indikatoren erarbeitet und definiert, die in einem ersten Schritt als Selbstbewertungstool für Krankenhäuser in Europa dienen sollen (vgl. Schnellschmidt et al. 2007, S. 176; Veillard et al. 2005, S. 488). Dem Entwicklungsprozess liegt eine weitreichende Literaturrecherche zugrunde. Zusätzlich wurde der Entwicklungsprozess von Experten-Workshops begleitet. In einem iterativen Prozess wurden Indikatoren ausgewählt und von Experten bewertet. Ergänzend wurden eigene Indikatoren erarbeitet und zuletzt durch die Experten in Form eines Rankings beurteilt, damit die Indikatoren eine hohe Validität aufweisen. Das PATH-Modell verbindet sechs Dimensionen miteinander: medizinische Qualität (*clinical effectiveness*), ökonomische Effizienz (*efficiency*), Patientenorientierung (*patient centredness*), Mitarbeiterorientierung (*staff orientation*), gesellschaftliche Orientierung (*responsive governance*) und Sicherheit (*safety*), wobei die Sicherheitsdimension aufgrund ihrer übergeordneten Rolle quer zu den anderen fünf Dimensionen dargestellt wird (vgl. Schnellschmidt et al. 2007; Veillard et al. 2005, S. 489 ff.). Neben dieser Modellkonzeption umfasst PATH Kriterien zur Indikatorenauswahl und zwei Indikatorensets, wovon eines individuelle Ausgestaltungsoptionen bietet. Damit ist PATH ein flexibles und vielfältig anwendbares Instrument, welches in unterschiedlichen nationalen Zusammenhängen angewendet werden kann (vgl. Veillard et al. 2005, S. 492). Durch die Möglichkeit, Indikatoren national anzupassen, und aufgrund ihrer hohen Validität werden zwei passende Indikatoren des Core Sets in übersetzter und leicht angepasster Version übernommen.

Der erste Indikator bildet die Strukturqualität des Leistungserbringers ab und bietet einen Einblick darüber, ob der Anbieter effizient mit seinen Beständen wirtschaftet, d.h. ohne Verschwendungen durch abgelaufene Artikel oder Falschbestellungen.

Indikator (original): Inventory in stock, for pharmaceuticals (vgl. Veillard et al. 2005, S. 493)
Total value of inventory stock at the end of the year for pharmaceuticals / Total expenditures for pharmaceuticals during the year

Indikator (übersetzt): Arzneimittelbestand

Gesamtwert der vorrätigen Arzneimittel am Ende des Jahres / Summe der Ausgaben für Arzneimittel während des Jahres

Der zweite Indikator betrifft die Mitarbeiterorientierung und übernimmt eine relevante Kennziffer der Strukturqualität, da die Weiterbildung des Personals direkten Einfluss auf die angebotene Dienstleistungsqualität hat (vgl. Bruhn 2016, S. 515; Deming 1982, S. 17).

Indikator (Original): Training expenditure (Veillard et al. 2005, S. 494)

Direct Costs for all activities dedicated to staff training / Average number of employees on payroll during the period (or: Average number of full time employees)

Indikator (übersetzt): Ausgaben für Fortbildung

Direkte Kosten für Mitarbeiterfortbildungen / Durchschnittliche Anzahl vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer²⁹⁰

3. Schritt:

Ergänzung durch eigenen Indikator

Durch die intensive Literaturrecherche, die dieser Arbeit zugrunde liegt, konnten bereits 10 Indikatoren identifiziert werden, die die Qualität der Leistungserbringung der Gesundheitswirtschaft basierend auf den Dimensionen Donabedians darstellen. Bei der Erarbeitung von Indikatorensets werden neben bereits bestehenden Indikatoren zumeist auch ergänzende Indikatoren erarbeitet, um zielspezifische Ergebnisse darstellen zu können (siehe Kapitel 7.3 sowie das

²⁹⁰ Die Hochrechnung auf vollbeschäftigte Arbeitnehmer wird der reinen Mitarbeiteranzahl vorgezogen, da die Beschäftigungsverhältnisse auch von der Art des Leistungsanbieters abhängen. Eine reine Nennung der Mitarbeiteranzahl könnte sonst die Kennzahl beeinflussen.

Vorgehen des *PATH*-Projekts). Auch in dieser Arbeit wird diese Vorgehensweise gewählt, um die Zielsetzung einer umfassenden Qualitätsdarstellung potentieller Leistungserbringer bestmöglich zu erreichen. Zuerst wird eine sehr allgemeine Information erhoben, die als Basis von Qualitätsmanagement auf den Prinzipien des TQM-Konzepts fußt. Dies ist der PDCA-Zyklus, der eine ständige Weiterentwicklung von Qualitätsbestrebungen in jeder Art von Organisation antreibt und Qualitätsergebnisse nicht nur sichert, sondern deren Verbesserung ständig antreibt. Da dieser essenziell für die erfolgreiche Umsetzung von Qualitätsmanagement zu verstehen ist, wird der Kriterienkatalog um diese Information erweitert und der Dimension der Prozessqualität zugeordnet.

Kennzahl: Total Quality Management

Wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess (Deming-Zyklus) in allen vier Phasen im Unternehmen umgesetzt?

Ja / Nein

Wenn Nein: Kurze Begründung: _____

Die Zusammenstellung der Qualitätsindikatoren inklusive ihrer Reihenfolge ist im Anhang zu finden (Anhang 2).

Der Indikatorenkatalog beinhaltet bereits erprobte und methodisch fundierte Indikatoren, so dass die Einhaltung relevanter Gütekriterien methodisch abgesichert ist. Allerdings kann und sollte nach einer Pilotphase eine strukturierte Bewertung der Qualitätsindikatoren durchgeführt werden, um zu verifizieren, dass Veränderungen bezüglich der Versorgungsqualität entsprechend aufgezeigt werden können. Hierfür ist das Instrument QUALIFY geeignet, da es neben einer Unterstützungsfunktion bezüglich einer Neu- bzw. Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren die Bewertung bereits praktisch erprobter Indikatoren übernimmt. Zudem wurde das Instrument so konzipiert, dass es in allen Sektoren der Gesundheitsversorgung tatsächlich eingesetzt werden kann (vgl. BQS 2007, S. 3). Damit können Schwächen des Sets identifiziert werden und notwendige Änderungen punktgenau ansetzen.

8.3 Ergänzende Tools

8.3.1 Das Expertengremium

Zusätzlich zur Festlegung einer allgemeinen Qualitätsdefinition und dem entwickelten Indikatorenset können Maßnahmen eingeführt werden, die zusätzlich die Erreichung von Qualitätszielen des Gesundheitssektors unterstützen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, im direkten Wirkungsbereich staatlicher Entscheidungsträger eine Erhöhung des Know-Hows zu erreichen. Zu diesem Zweck sollte ein Expertengremium zusammengestellt werden, das laufende Prozesse der Qualitätssicherung und dessen Management aktiv überwacht und bei Bedarf eingreifen²⁹¹ kann. Zudem könnte an dieser unabhängigen Stelle auch das Indikatorensystem verwaltet werden. Auch in Zukunft werden gesetzliche Veränderungen das deutsche Krankenversicherungssystem beeinflussen, so dass das Indikatorenset regelmäßig auf seine Aktualität geprüft werden muss. Neben der Pflege des Fragebogens ist ein Gremium, in dem Experten unterschiedlicher relevanter Fachrichtungen vertreten sind, auch für eine Beraterfunktion prädestiniert. Hierdurch ließe sich ein Wissenstransfer erreichen, der Entscheidungen bezüglich Regulierungen oder zukünftiger Reformen unterstützt und so Ineffizienzen und das Risiko von Fehlentscheidungen reduziert. Empfehlenswert wäre ein interdisziplinär zusammengestelltes Gremium aus Vertretern der Wirtschaftswissenschaft, Politikwissenschaft, Rechtswissenschaft, Gesundheitswissenschaft und Medizin. Das Gremium könnte so als zentrale Anlaufstelle Fragen zu den Themengebieten Qualität, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und der Erhebung von Qualitätsdaten in der Gesundheitsversorgung dienen. Ebenso kann es eine Analysefunktion für das aktuelle Marktgeschehen des Sektors übernehmen. Dabei sollte das Gremium fachlich unabhängig agieren können. Als institutionelle Ausgestaltung würde sich zu diesem Zweck ein Gremium in Form einer externen Beratung anbieten, beispielsweise als Stabstelle. Um Interessenkonflikte zu vermeiden, sollten Mitglieder des Expertengremiums nicht gleichzeitig Teil einer betroffenen Interessensgruppe sein oder anderweitig mit Interessensgruppen verbunden sein. Diese Forderung nach einer Unabhängigkeit von dritten, potentiell verbundenen Institutionen würde das Expertengremium von Einrichtungen wie dem GBA und seinen Instituten IQWiG und IQTiG abgrenzen. Diese sind paritätisch mit Mitgliedern der Leistungserbringer und Krankenkassen besetzt. Damit würden sich zwar potentielle Dopplungen mit dem GBA ergeben, dieser versteht sich jedoch nicht als fachlicher Ausschuss zur Bewertung der Methoden der Qualitätssicherung sondern strebt einen grundsätzlichen Interessenausgleich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern an. Damit könnte das Expertengremium als neutrale Institution IQTiG und IQWiG ergänzen, indem Einschätzungen bezüglich Qualität,

²⁹¹ Eingriffe können notwendig werden, wenn die Gefahr besteht, dass die festgelegten Qualitätsstandards gemäß Definition nicht erreicht werden.

Wirtschaftlichkeit und Transparenz unabhängig von der Einflussnahme durch Interessensgruppen erfasst werden.

Ergänzend zur Beratungs- und Analysefunktion könnte sich das Expertengremium auch mit der Um- oder Neuformulierung von Gesundheitszielen in Deutschland auseinandersetzen. Die bisherige Umsetzung in Projektform hat bislang nicht dazu geführt, dass Gesundheitsziele als Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik genutzt wurden. Trotz der Formulierung medizinischer Teilziele fand keine Implementierung im Gesundheitssystem statt, so dass die erarbeiteten Ziele bisher losgelöst von der deutschen Gesundheitspolitik stehen. Dabei sollen Gesundheitsziele als oberstes Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustands aller Bürger dienen. Dieser Grundgedanke ist auch Treiber aller Qualitätsbestrebungen im Gesundheitssystem, so dass Gesundheitsziele mit Hilfe einer konkreten und ergebnisorientierten Formulierung als Vorbild für Qualitätsziele dienen sollten. Damit könnte auch der Forderung des SVR, Gesundheitsziele klar strukturiert in eine Gesamtstrategie zu überführen, gedient werden.

8.3.2 Die Vertragsgestaltung

Wie sich aus der PAT ergeben hat, findet sich der Ursprung entstehender Wohlfahrtsverluste in der Interessendivergenz zwischen dem Staat als Prinzipal und der privaten Organisation als Agent wieder. Ebenso negativ auf das gesamtgesellschaftliche Allgemeinwohl wirken bestehende Informationsasymmetrien zwischen den Vertragsparteien. Eine potenzielle Lösungsstrategie ist es, die Interessen beider Parteien einander anzunähern. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Förderung des Informationsaustauschs zwischen Prinzipal und Agent. Damit rückt vor allem die Einschränkung opportunistischen Verhaltens seitens des Leistungserbringers in den Fokus. Auf vorgeschalteter Ebene werden durch die allgemeine Qualitätsmessung auf Basis des Indikatorensets Informationsasymmetrien eliminiert oder zumindest reduziert. Zusätzlich sollte bei der Vertragsschließung beiderseitig eine adäquate Transparenz über Inhalte und zu erbringende Leistungen herrschen. Diese kann durch eindeutige gesetzliche Regelungen abgesichert werden, damit dem Leistungserbringer Anreize einer qualitativ angemessenen Produktion bzw. Dienstleistung sowie auch potenzielle Sanktionsmaßnahmen bekannt sind. Die Gestaltung von Vergütungssystemen für die Leistungsanbieter ist dabei ein wesentliches Steuerungsinstrument des deutschen Gesundheitssystems. Die Effektivität des gewählten Vergütungssystems lässt sich daran messen, ob Steuerungs- und Anreizfunktionen so gewählt werden, dass es

den Anbieter von sich aus veranlasst, die Leistungserbringung bedarfsgerecht und wirtschaftlich zu erbringen²⁹². Somit benötigen Vergütungssysteme Leistungsanreize, die Kostensenkungsbestrebungen des Anbieters belohnen, um einer zu teuren bzw. nicht bedarfsgerechten Angebotsstruktur entgegenzuwirken. Das Anreizsystem sollte für alle beteiligten Akteure transparent gestaltet sein und möglichst wenig Kontrollkosten mit sich bringen. Ebenso muss das Anreizsystem potenziellen (gesetzlichen) Änderungen gegenüber anpassungsfähig bleiben. Zwingende Voraussetzung ist in jedem Falle individueller Ausgestaltungen die Akzeptanz des Leistungserbringers (vgl. Hajen/Paetow/Schumacher 2013, S. 143).

Um Informationsasymmetrien abzubauen, ist die Einrichtung von Informations- und Kontrollsystemen als strategischer Lösungsansatz zu erachten. Die Berichterstattung kann ex ante im Rahmen des Kriterienkatalogs erfolgen und während der Vertragslaufzeit wiederholt werden. Mit diesem Vorgehen werden einerseits vertragsrelevante Informationen eingeholt und gleichzeitig das Verhalten des Agenten während der Vertragslaufzeit kontrolliert, so dass individuelle Gewinnmaximierungsbestrebungen erheblich eingeschränkt werden.

Neben institutionellen Anreizen können auch Sanktionsmechanismen bei Nichteinhaltung des vereinbarten Qualitätsniveaus Teil der Vertragsgestaltung sein. Diese können von Kürzungen des Entgelts bis hin zum kompletten Ausschluss als Leistungserbringer im Sinne des SGB V führen, so dass die Verletzung vertraglicher Pflichten mit erheblichen finanziellen Einbußen belegt ist.

Nicht möglich ist hingegen die Durchsetzung von Rückgaberechten auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems, da sie in vielen Bereichen des Gesundheitssystems gar nicht möglich ist. Beispielsweise können ärztliche Behandlungen oder therapeutische Maßnahmen nicht zurückgenommen werden. Ebenso wenig können Garantiezusagen umgesetzt werden, da im Falle einer Schlechterfüllung eine Kompensation des Nutzenverlustes nur möglich ist, wenn die Leistung nicht irreversibel ist. Dies ist wie im Falle der Rückgaberechte auf Gesamtebene nicht möglich.

²⁹² Unabhängig von der spezifischen Problemlage, die sich aus dem Beziehungsgefüge von Prinzipal und Agent ergibt, ist dem aktuellen Gesundheitssystem ein zu geringer Anreiz inhärent, Behandlungskosten bei gleichbleibendem Qualitätsniveau zu verringern. Systematische Anreize für Leistungserbringer, ihre Kosten zu senken, fehlen vollständig (vgl. Samwer 2009, S. 13ff.).

8.3.3 Rechtlich-institutioneller Lösungsansatz: Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen

Der Staat kann durch seine gesetzgebende Funktion zusätzlich rechtlich-institutionelle Vorkehrungen ergreifen, um Maßnahmen der Qualitätssicherung auf vertraglicher Ebene zu unterstützen. Eine Anpassung der gesetzlichen Bestimmungen des SGB V könnte bei entsprechender Formulierung dazu führen, dass ihre Wirkung nicht auf die Funktion als generelle Richtungsweiser beschränkt bleibt. Allerdings fehlen hierfür noch klare Regelungen, was genau Qualität im Gesundheitswesen ausmacht. Bisher wird in §135 a SGB V eine grundsätzliche Pflicht der Leistungserbringer formuliert, für die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen Sorge zu tragen und fortführend weiterzuentwickeln. Dies reicht jedoch nicht aus, um Qualität für die Gesundheitsversorgung formulieren und durchsetzen zu können. Die Einführung einer konkretisierten Qualitätsdefinition könnte dazu führen, dass der Qualitätsbegriff weniger weit ausgelegt wird und damit nachvollziehbare Qualitätsmerkmale etabliert werden. Um für eine einheitliche und klare Regelung zu sorgen, könnte der definierte Qualitätsbegriff aus Kapitel 8.2.2.1 als Teil der Sozialgesetzgebung aufgenommen werden. Um positive Anreize und die Wirkung von Sanktionsmechanismen zu erhöhen, sollten auch diese durch das SGB explizit legitimiert werden.

Da in Zukunft weiterhin mit kostendämpfenden Reformprozessen zu rechnen ist, ist die explizite Formulierung von Qualität vor allem zur Bildung des Bürgervertrauens in das Gesundheitssystem notwendig. Gerade die Ausweitung von Wettbewerbselementen und kostenreduzierender Maßnahmen der Bundesregierung haben dieses in Vergangenheit nachhaltig gesenkt. Durch die Festlegung von Qualitätszielen wird die Gefahr finanzieller Einsparungen durch Minderung der gebotenen Qualität reduziert.

8.4 Bewertung des neuen Steuerungssystems

8.4.1 Vorteile durch ein neues Steuerungssystem

Das hier erarbeitete Indikatorensystem auf allgemeiner Ebene für eine erste Einschätzung der Einhaltung von Qualitätskriterien potentieller Leistungsanbieter ist ein Vorschlag, der staatliche Institutionen in ihrer Entscheidung unterstützen soll. Ohne erheblichen Mehraufwand und damit auch im Rahmen bestehender Budgetrestriktionen können schädigende Informationsasymmetrien bereits vor Vertragsschluss stark reduziert werden. Dies ist vor allem Resultat einer anwendungsbezogenen Ausgestaltung des Indikatorensets. Geforderte Kennzahlen sind komplikationslos zu erfassen und damit auch für kleine Anbieter ohne größere Personalressourcen

praktikabel. Zusätzlich können Leistungsanbieter ihre qualitative Leistungsbereitschaft signalisieren und erhobene Daten ebenso für das interne Qualitätsmanagement nutzen, welches durch § 135 a SGB V gesetzlich vorgeschrieben ist. Wird die Sicht staatlicher Entscheidungsträger gewählt, so kann mit dieser Selbstauskunft ein großer Teil der Informationsasymmetrien ex ante abgebaut werden, ohne dass auf staatlicher Seite ein starker Ressourceneinsatz notwendig wird. Außerdem bietet es einen ersten Schritt zum Vertragsschluss, so dass eventuelle Vertragsverhandlungen verkürzt werden können.

Wie in Kapitel 7.2.1 beschrieben, fordert der SVR für Werkzeuge des Qualitätsmanagements die Einhaltung spezieller Kriterien, um eine qualitätssichernde Wirkung garantieren zu können. Das entwickelte Indikatorensystem entspricht diesen Kriterien fast vollständig, den Indikatoren sind beispielsweise Zielwerte inhärent. Zudem bieten sie eine intertemporale Vergleichbarkeit, da sie positive als auch negative Entwicklungen objektiv aufzeigen. Außerdem sind durch die Erhebung transparente Vergleiche möglich, die laut SVR notwendig sind. Zudem entsprechen alle zu erhebenden Indikatoren in ihrem Verbund dem staatlichen Ziel der Gesunderhaltung deutscher Bürger, so dass die Patientenwohlorientierung im Mittelpunkt steht und eventuell bestehende qualitative Defizite im Zweifel aufgedeckt werden können. Zuletzt ist auch der kontinuierliche Verbesserungsprozess nach Deming explizit als Qualitätskennzahl etabliert, so dass ein ständiges Lernen und Verbessern in jedem Unternehmen manifestiert wurde. Mit dem Indikatorensystem wurde ein Werkzeug geschaffen, welches einen universellen Einsatz bei der Messung von Qualitätsdaten und -ergebnissen erlaubt. Anstatt Evaluationsvorgehen mit verschiedenen Vorgehensweisen und Messgrößen zu vergleichen, führt die einheitliche Datenanalyse zu mehr Sicherheit bei staatlichen Entscheidungsträgern, Bürgern sowie den Leistungsanbietern. Damit kann das Indikatorensystem letztlich die Qualität des deutschen Gesundheitswesens nachhaltig positiv beeinflussen.

8.5 Grenzen des Steuerungssystems

Eine unkoordinierte Umsetzung des Indikatorensets in die Praxis kann nicht zu den gewünschten Effekten führen. Ohne eine Koordinationsstelle, die eingehende Daten verwaltet und vergleicht und das Set auf Aktualität und Wirkung prüft, fehlt die langfristige Implementierung des Kriterienkatalogs als Teil eines einheitlichen Qualitätsmanagementsystems. Zudem ist das Set auf seine tatsächliche Praktikabilität hin zu überprüfen. Eine ad hoc Einführung ist somit nicht sinnvoll, so dass eine Umsetzung in Form eines Pilotprojekts anbietet.

Fälle von versteckten Aktionen bzw. Handlungen eines Agenten können auch bei Umsetzung des Indikatorensystems nicht vollständig eliminiert werden. Dies ist per se bei Auskunftssystemen, die auf Selbstauskünften des Agenten basieren, nicht möglich (bzw. nur mit ineffizient hohen Kontrollkosten, die den ökonomischen Mehrwert der gewählten Arbeitsteilung übersteigt). Dieser Nachteil kann jedoch durch den geplanten Know-How-Transfer an staatliche Entscheidungsorgane durch das Expertengremium weiter minimiert werden.

Der Einsatz von Indikatoren gestaltet sich dann besonders effektiv, wenn sie nicht diktiert, sondern gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren, also auch den Leistungserbringern selbst, erarbeitet werden (vgl. Stock/Szecsényi 2007). Dieser Punkt ist auch für den SVR Kriterium eines funktionierenden Qualitätssicherungssystems. Dies ist bei dem hier erarbeiteten Set nicht erfolgt. Jedoch werden Indikatoren genutzt, die in ihren Inhalten sehr allgemein gehalten sind, so dass starke Interessenskonflikte nicht zu erwarten sind. Vor einer endgültigen Umsetzung sollte der hier erarbeitete Vorschlag jedoch im Rahmen eines Workshops oder Expertenpanels mit Vertretern aller relevanten Akteure diskutiert und evtl. auch angepasst oder erweitert werden.

An Indikatoren zur Erhebung der Qualität im Gesundheitswesen wird immer wieder allgemeine Skepsis geäußert bis hin zu scharfer Kritik. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, mit welchem Entwicklungsaufwand ein pragmatischer Lösungsansatz realistisch umsetzbar bleibt. Zu strenge Anforderungen an Methodik und verfügbarer Evidenzbasierung können die Entwicklung praxisrelevanter Indikatoren vermindern bzw. dessen Anwendung einschränken und somit die praktische Umsetzung gefährden. Ein akzeptabler Grad zwischen wissenschaftlichen Anforderungen und der Realisation sollte angestrebt werden (vgl. Stock/Szecsényi 2007, S. 313). Genau diese Balance wurde mit dem erarbeiteten Indikatorensystem angestrebt.

Letztlich ist es jedoch auch mit dem erarbeiteten Steuerungssystem nicht möglich, eine detaillierte Überprüfung auf Mikroebene sicherzustellen. Was im einzelnen Haushalt oder im Behandlungsraum zwischen Leistungserbringer und Patient bzw. Kunde passiert, kann nicht sicher auf Erfüllung aller Kriterien überprüft werden. Dies ist im Spannungsfeld der Budgetrestriktionen und dem individuellen Verständnis von Gesundheit und dessen Versorgung weder umsetzbar noch sinnvoll.

Mit Anwendung und Umsetzung des Indikatorensets gehen also Restriktionen einher, die durch ein offenes, transparentes Verhalten der Interessensgruppen und der Schaffung notwendiger Strukturen stark verringert werden können. So können nachhaltige Erfolge der Qualitätsbestrebungen des Gesundheitssektors erreicht und langfristig erhalten werden.

9 Handlungsimplicationen und Fazit

Ziel dieser Arbeit ist es gewesen, ein System der Qualitätssicherung inklusive nachhaltigem Management zu erarbeiten. Im Mittelpunkt steht dabei die ex ante Erfassung der gebotenen Qualität potentieller Leistungserbringer durch die Erhebung allgemeiner Indikatoren, um Probleme der Informationsasymmetrie zwischen den Vertragsparteien zu lösen. Begleitet werden könnte dieses Werkzeug durch ergänzende Regelungen bezüglich der Vertragsgestaltung und durch ein übergeordnetes und unabhängiges Expertengremium. In einem ersten Schritt wurde hierfür ein allgemeingültiges Verständnis von Qualität im Gesundheitssektor formuliert. Dieses bildet die Basis des Indikatorensystems und soll Normen, Gesetze und politische Vorhaben auf ein gemeinsames Zielbild kanalisieren. Schließlich kann die Etablierung eines transparenten und allgemein nachvollziehbaren Systems der Qualitätssicherung für die GKV verlorenes Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken. Allerdings ist eine ad hoc Einführung auf allen angestrebten Ebenen weder sinnvoll noch überhaupt möglich. Hinzu gestalten sich hier vorgeschlagene gesetzliche Änderungen des SGB V langfristig, damit die tatsächliche Bindung an ein einheitliches Qualitätsverständnis auch rechtlich abgesichert wird.

Gesundheit und ihre zuverlässige Versorgung zeigen sich als politisch relevantes Themengebiet. Sie weist nicht allein individuelle Bedeutung auf, sondern liegt ebenso im staatlichen Interessensfeld. Neben der ökonomischen Bedeutung einer gesunden Bevölkerung steht die Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe in der staatlichen Gewährleistung. Trotz dieser unbestrittenen Bedeutsamkeit fehlt der Bundesregierung bislang ein eindeutiger Weg, der Gesundheitsziele als übergeordnete staatliche Bestrebungen verankert. Ein starkes Interesse der Bundesregierung an Themen der Gesundheitspolitik zeigt sich schon darin, dass in mehreren Bundesministerien dazugehörige Aufgaben und Projekte zu finden sind. Jedoch existiert eine Vielfalt an Aktionen, Reformen und Programmen zum Thema Gesundheit, die isoliert durchgeführt werden, ohne ein gemeinsames gesundheitliches Ziel zu verfolgen. Damit bleibt dem Bürger ein nur sehr unklares Bild davon, welche Ziele die Bundesregierung im Rahmen ihrer Gesundheitspolitik verfolgt. Betrachtet man das deutsche Gesundheitssystem, so zeigt sich dessen Besonderheit vor allem in der Koexistenz der Versicherungszweige. Zwar wird dieses System grundsätzlich kritisiert, allerdings stehen zumeist Reformen der GKV im Mittelpunkt geführter Debatten. Bisherige Gesundheitsreformen lösen wiederholend emotional gelagerte politische Debatten aus, die zum Teil zur Rücknahme von Reformschritten führten. Dabei wird der wachsende Einfluss von Wettbewerbselementen als Verursacher schlechter qualitativer Leistungserbringung vermutet. Seit Ende der 1990er Jahre nimmt die Thematisierung von Qualitätsergebnissen im Gesundheitssektor zu. Hier zeigt sich ein diversifiziertes Verständnis von

Qualität durch die Existenz unterschiedlichster Ansätze, diese zu definieren, messen, managen und damit nachhaltig zu sichern. Daraus folgt, dass Vergleiche von Leistungserbringern aufgrund verschiedenster Messinstrumente und Zertifizierungsmöglichkeiten nicht möglich sind. Diese bestehenden Informationsasymmetrien erschweren nicht nur Patienten die Auswahl des geeigneten Leistungserbringers. Auch der Staat als Prinzipal, der Dritte im Rahmen des Gewährleistungsstaats mit der Gesundheitsversorgung beauftragt, hat Probleme, tatsächliche qualitative Merkmale aufgrund der ungleichen Informationsverteilung zu erkennen. Damit Leistungserbringer unabhängig von der Art ihrer Produkte bzw. Dienstleistung bezüglich qualitativer Merkmale grundsätzlich beurteilt werden können, wurde ein allgemeingültiges Indikatorenset erarbeitet. Das Set soll als Vorstoß dienen, ein allgemeingültiges Verständnis von Qualität im System der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Sein Einsatz für Angebote der GKV kann damit nicht nur Qualitätsstandards festsetzen und so für mehr Transparenz auf Seiten der Bürger sorgen, sondern auch das Vertrauen in das Gesundheitssystem stärken. Insgesamt zeigt sich, dass geeignete Strukturen für die Anwendung der Qualitätsindikatoren auf- bzw. weiter ausgebaut werden müssen, um dieses Ziel zu erreichen und nachhaltig erfüllbar zu machen. Die deutsche Regierung ist letztlich gefragt, einen einheitlichen Blick auf die Qualität der Gesundheitsversorgung ihrer Bürger einzunehmen und durchzusetzen. Mit der erarbeiteten Qualitätsdefinition im Zusammenhang mit der Anwendung des Qualitätsindikatorensystems kann eine langfristige Implementierung qualitativer Zielsetzungen im Wirkungsbereich der GKV umgesetzt werden, die Veränderungen gegenüber offen steht. Letztendlich können zu diesem Zeitpunkt nicht alle praxisrelevanten Probleme oder Einzelheiten der Umsetzung vorausgesehen werden. Eine Entwicklung und Umsetzung des neuen Qualitätsverständnisses inklusive aller darauf folgenden Veränderungen braucht Unterstützung aller Interessensgruppen und den Mut, Veränderungen und Anpassungen den notwendigen Rahmen zu bieten. Letztlich kann dies die Vorreiterrolle, die die Regierung im Bereich der Gesundheitssysteme international einnehmen möchte, nur weiter ausbauen. Deutschland kann so als Vorbild dienen, dass auch ein altbewährtes, ausgereiftes Gesundheitssystem immer weiterentwickelt wird.

Literaturverzeichnis

AEBI, MAX/ RÖDER, CHRISTOPH (2011): Qualitätsmanagement – Methodische und ökonomische Fragen, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 111-128.

AFFOLTER, CHRISTIAN (2011): Qualität und Ökonomie, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 175-196.

AICHINGER, ALFONS (2011): Resilienzförderung mit Kindern - Kinderpsychodrama Band II, Wiesbaden.

ALBER, SIEGBERT (2001): Unternehmen der Daseinsvorsorge im europäischen Wettbewerbsrecht, in: SCHWARZE, JÜRGEN (HRSG.), Daseinsvorsorge im Lichte des Wettbewerbsrechts, Baden-Baden, S. 73-110.

ALTENHOFEN ET AL. (2005): Qualitätsindikatoren in Deutschland. Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ).

ALTIS, ALEXANDROS/ KOUFEN, SEBASTIAN (2011): Entwicklung der Beschäftigung im Öffentlichen Dienst - Steigendes Durchschnittsalter, mehr Frauen in leitender Position, mehr Zeitverträge, in: STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.), Wirtschaft und Statistik, November 2011, Wiesbaden, S. 1111-1116.

ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN (ÄZQ) (2005): Qualitätsindikatoren in Deutschland - Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin.

ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN (ÄZQ) (2009): Programm für Nationale Versorgungsleitlinien von BÄK, KBV und AWMF – Qualitätsindikatoren Manual für Autoren, äzq-Schriftenreihe, Band 36, Neukirchen.

AUSTRALIAN COUNCIL OF HEALTHCARE INFORMATION (ACHS) (2015): ACHS 2015 Clinical Indicator Program Information, Sydney.

BAHRS, OTTOMAR (2003): Mein Hausarzt hat Zeit für mich - Wunsch und Wirklichkeit: Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie, in: GGW 1/2003 (Januar), 3. Jg. 17, S. 17-23.

BAHRS, OTTOMAR/DINGELSTEDT, ANDRÉ (2009): Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten, in: BÖCKEN, JAN/ BRAUN, BERNARD/ LANDMANN, JULIANE (HRSG.), Gesundheitsmonitor 2009 Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, S. 80-102.

BALLAST, THOMAS/ MALINKE, SIBYLLE/ SCHINDLER, HUBERT (2011): Qualität im ambulanten und stationären Sektor – die Deutsche Perspektive, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 271-288.

BANDELOW, NILS C./ ECKERT, FLORIAN/ RÜSENBERG, ROBIN (2009): Qualitätsorientierung als „Megathema“ der Zukunft?, in: BANDELOW, NILS C./ ECKERT, FLORIAN/ RÜSENBERG, ROBIN (HRSG.), Gesundheit 2030 - Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden, S. 13-28.

BAUCKHAGE-HOFFER, FLORIAN (2009): Krankenhäuser und Gesundheitsdienstleistungen, in: KRAUTSCHEID, ANDREAS (HRSG.), Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl - Eine sektorspezifische Betrachtung, Wiesbaden, S. 222-240.

BAUMANN, WALTER/ BUSCHMANN-MAIWORM, REGINA/ SCHMITZ, STEPHAN (2012): Qualitätssicherung und Qualitätsindikatoren, in: Der Onkologe, 2-2012, Nr. 18, S. 134-141.

BAUER, GEORG/ JENNY, GREGOR (2015): Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft, in: MOSER, KLAUS (HRSG.), Wirtschaftspsychologie, 2. vollst. überarb. und aktual. Aufl., Wirtschaftspsychologie, Berlin.

BARMER GEK (HRSG.) (2010): Barmer GEK Arztreport - Auswertung der Daten bis 2008: Schwerpunkt Erkrankungen und zukünftige Ausgaben, St. Augustin.

BECKER, PETER (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit - Band 1: Theorien. Modelle, Diagnostik, Göttingen.

BECKER, PETER (1997): Prävention und Gesundheitsförderung, in: SCHWARZER, RALF (HRSG.), Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch, 2. überarb. und erw. Aufl., S. 517-534.

BEER, MARC (2011): Staatsleitbilder, in: BLANKE, BERNHARD/ NULLMEIER, FRANK/ REICHARD, CHRISTOPH/ WEWER, GÖTTRIK (HRSG.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 4. aktual. und erg. Aufl., Wiesbaden, S. 52-60.

BEIGBEDER, YVES (2012): Die Weltgesundheitsorganisation im Wandel – Gesundheit für alle bleibt oberstes Ziel, in: Vereinte Nationen, 60. Jg., Heft 5, S. 195-201.

BENGEL, JÜRGEN/ BELZ-MERK, MARTINA (1997): Subjektive Gesundheitsvorstellungen, in: SCHWARZER, RALF (HRSG.), Gesundheitspsychologie - Ein Lehrbuch, 2. überarb. und erw. Aufl., S. 23-42.

BENGEL, JÜRGEN/ STRITTMATTER, REGINE/ WILLMANN, HILDEGARD (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln.

BLANKART, CHARLES (2011): Öffentliche Finanzen in der Demokratie: Eine Einführung in die Finanzwissenschaft. Vahlen. 8., vollst. überarb. Aufl., München.

BÖCKEN, JAN/ MARSTEDT, GERD (2014): Wie gut ist die hausärztliche Versorgung? Patientenerurteile und Einflussfaktoren, in: BÖCKEN, JAN/ BRAUN, BERNHARD/ MEIERJÜRGEN, RÜDIGER, (HRSG.), Gesundheitsmonitor 2014 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, S. 132-157.

BOGUMIL, JÖRG/ JANN, WERNER (2009): Verwaltung und Verwaltungswissenschaft in Deutschland: Einführung in die Verwaltungswissenschaft, 2. vollst. überarb. Version Wiesbaden.

BOLTE, GABRIELE/ KOHLHUBER, MARTINA (2009): Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive, in: RICHTER, MATTHIAS/ HURRELMANN, KLAUS (HRSG.), Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktual. Aufl., Wiesbaden, S. 99-116.

BRAUN, BERNARD/ CALNAN, MICHAEL/ GROENEWEGEN, PETER/ VAN DER SCHEE, EVELIEN, SCHNEE, MELANIE (2003): Zeitlicher und internationaler Vergleich des Vertrauens in Akteure, Institutionen und Eigenschaften des Gesundheitswesens, in: BÖCKEN, JAN/ BRAUN, BERNARD/ SCHNEE, MELANIE (HRSG.), Gesundheitsmonitor 2003 - Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, S. 136-159.

BRAUN, HANS (1994): Gesundheitssysteme und Sozialstaat, in: SCHWENKMEZGER, PETER/ SCHMIDT, LOTHAR (HRSG.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart, S. 247-263.

BROGE, BJÖRN/ STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (2009): QISA Band B: Allgemeine Indikatoren - Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle, Berlin.

BRÜGGEMANN, HOLGER/ BREMER, PEIK (2015): Grundlagen Qualitätsmanagement - Von den Werkzeugen über Methoden zum TQM, 2., überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden.

BRUHN, MANFRED (2016): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen - Handbuch für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement: Grundlagen-Konzepte-Methoden, 10., vollst. überarb. und erw. Aufl., Berlin.

BRÜMMERHOFF, DIETER/ BÜTTNER, THIESS (2015): Finanzwissenschaft, 11. überarb. und aktual. Aufl., Berlin.

BRUNDTLAND, GRO HARLEM (2000): Gesundheit für alle, in: BRUNDTLANDT, GRO HARLEM (HRGS.), Grundrecht Gesundheit: Vision: Mehr Lebensqualität für alle, Frankfurt/Main, S. 7-133.

BUDÄUS, DIETRICH/ FINGER, STEFANIE (1999): Verwaltungsreform in Deutschland - Ausgewählte theoretische Bezüge und praktische Umsetzung, Hamburg.

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG GGMmbH (BQS) (2007): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren, Hamburg/Düsseldorf.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (2010): Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung, Bonn.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2011): Unternehmen unternehmen Gesundheit - Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2012): Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelten, Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2015A): Wir stellen uns vor, Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2015B): Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung, 8., aktual. Aufl., Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)/ GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (GBA) (2007): Pressemitteilung: Die Qualität im Gesundheitswesen wird weiter gestärkt, Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG)/ ROBERT-KOCH-INSTITUT (RKI) (2015): Gesundheitsziele.de - Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele, Berlin.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (BMJV) (2003): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 55, S. 2190-2258.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (BMJV) (2011): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz), in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011, Teil I, Nr. 70, S. 2983-3022.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (BMJV) (2014): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz), in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014, Teil I, Nr. 33, S. 1133-1147.

BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ENERGIE (BMWi) (2015): Die gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland - Zusammenfassung des Forschungsprojekts des Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, Berlin.

BUNDESREGIERUNG (1999): Moderner Staat –Moderne Verwaltung: Das Programm der Bundesregierung, Berlin.

BUNDESREGIERUNG (2013): Globale Gesundheitspolitik gestalten - gemeinsam handeln - Verantwortung wahrnehmen: Konzept der Bundesregierung, Berlin.

BUNDESVEREINIGUNG FÜR GESUNDHEIT E.V. (2006): Gesundheitsziele als politisches Steuerungsinstrument. Ergebnisse, Hindernisse, Erwartungen. Dokumentation des Mitgliederkolloquiums der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. am 20. September 2006 in der Charité in Berlin.

BURGER, STEPHAN/ NOTTINGER, ANKE (2011): Die ökonomische Ambivalenz von Qualitätsfokussierung im Gesundheitswesen, S. 151-174.

CANDIDUS, WOLFRAM-ARNIM (2009): Die Zukunft des Gesundheitswesens, in: BANDELOW, NILS / ECKERT, FLORIAN/ RÜSENBERG, ROBIN (HRSG.), Gesundheit 2030 - Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden, S. 229-236.

CARINCI, FABRIZIO/ VAN GOOL, KEES/ MAINZ, JAN/ VEILLARD, JEREMY/ PICHORA, ERIN/ JANUEL, JEAN-MARIE/ ARISPE, IRMA/ KIM, S. M./ KLAZINGA, NIEK (2015): Towards Actionable International Comparisons of Health System Performance: Expert Revision of the OECD Framework and Quality Indicators, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 27, No. 2, pp. 137-146.

CENTER FOR CLINICAL GOVERNANCE RESEARCH IN HEALTH (2009): Clinical Indicators: A Comprehensive Review of the Literature, Sydney.

COASE, RONALD (1937): The Nature of the Firm, in: *Economica*, Vol. 4, Issue 16, pp. 386-405.

CONRAD, GÜNTHER/ KICKBUSCH, ILONA (1988): Die Ottawa-Konferenz, in: *Grenzen der Prävention*, Argument Sonderband AS 178, S. 142-150,

CONTINENTALE KRANKENVERSICHERUNG A. G. (HRSG.) (2016): *Pflegende Angehörige: zwischen Erschöpfung, Liebe und Pflichtgefühl*, Dortmund.

CULLMANN, ASTRID/ NIESWAND, MARIA/ STIEL, CAROLINE/ ZSCHILLE, MICHAEL (2016): Kommunale Energie- und Wasserversorgung im Fokus, in *DIW WOCHENBERICHT NR. 20/2016*, S. 439-440.

CZERWICK, EDWIN (2007): *Die Ökonomisierung des öffentlichen Dienstes - Dienstrechtsreformen und Beschäftigungsstrukturen seit 1991*, Wiesbaden.

DANN, HANNS-DIETRICH (1983): *Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? Zwischenbilanz eines kognitiven Konstrukts*, in: MONTADA, LEO/ REUSSER, KURT/ STEINER, GERHARD (HRSG.), *Kognition und Handeln: Hans Aebli zum 60. Geburtstag*, Stuttgart, S. 77-92.

DANNENMAIER, GESINE (2011): *Kooperation für Transparenz und Q im Gesundheitswesen/ KTQ*, in: *Qualitätsmanagement in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen*, Heidelberg, S. 501-508.

DANNENMAIER, GESINE/ CLASEN, CLAS/ BURKART, STEFAN (2009): *IT und KTQ® zur Unterstützung des Qualitätsmanagements und der Managementbewertung*, in: BEHRENDT, INGO/ KÖNIG, HANS-JOACHIM/ KRYSSTEK, ULRICH (HRSG.), *Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement - Outsourcing, IT-Nutzenpotenziale, Kooperationsformen, Changemanagement*, Berlin, S. 267-282.

DEAKIN NICHOLAS/ WALSH, KIERON (1996): *The Enabling State: The Role of Markets and Contracts*, in: *Public Administration* 1996, Vol. 74, No. 1, p. 33-47.

DEDERER, HANS-GEORG (2004): Die Stellung des Gutes Gesundheit im Verfassungsrecht, in : Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Bd. 9 (2004), S. 193-209.

DEMING, WILLIAM (1982): Quality, Productivity and Competitive Position, Cambridge.

DEPPE, HANS-ULRICH (2002): Mehr Markt und Wettbewerb? Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung, in: GELLNER, WINAND/ SCHÖN, MARKUS (HRSG.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik, Baden-Baden, S. 153-160.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG E.V. (DIN) (2013): Qualitäts- und Risikomanagementsysteme im Gesundheitswesen und Konformitätsbewertung von Zertifizierungsstellen- Normen und Spezifikationen, 2. Aufl., Berlin.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG E.V. (DIN) (2015): Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2015); Deutsche und Englische Fassung EN ISO 9000: 2015, Berlin.

DIERKS, CHRISTIAN/ NITZ, GERHARD/ GRAU, ULRICH/ MEHLITZ, ANTONIA (2008): IQWiG und Industrie - Rechtliche Fragen zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Berlin.

DLUGOSCH, GABRIELE (1994): Modelle in der Gesundheitspsychologie, in: SCHWENKMEZGER, PETER/ SCHMIDT, LOTHAR (HRSG.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart, S. 101-117.

DONABEDIAN, AVEDIS (1966): Evaluating the Quality of Medical Care, in: Milbank Memorial Fund quarterly, Vol. 44, No. 3, pp. 166-206.

DOST, MARTINA/ HEINZE, GEORG/ MERTENS, AXEL (2016): Bericht zum strukturierten Dialog 2015 - Erfassungsjahr 2014, herausgegeben vom IQTiG, im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin.

DUIJM, BERNHARD (2002): Wettbewerbssicherung nach Privatisierung und Deregulierung Aufgabe allgemeiner Wettbewerbs- oder sektoraler Regulierungsbehörden?, in: BERG, HARTMUT (HRSG.), Deregulierung und Privatisierung: Gewolltes - Erreichtes - Versäumtes, Berlin, S. 9-28.

DREHER, EVA/ DREHER, MICHAEL (1999): Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter, in: OERTER, ROLF/ VON HAGEN, CORNELIA/ RÖPER, GISELA/ NOAM, GIL (HRSG.), Klinische Entwicklungspsychologie -ein Lehrbuch, Weinheim, S. 623-653.

DUCKI, ANTJE/ GREINER, BIRGIT (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell, in: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 36. Jg., Nr. 4, S. 184-189.

EBEL, BERND (2009): Cluster in der Gesundheitswirtschaft und deren Vernetzung, IN: ZACHARIAS, CHRISTOPH/ TER HORST, KLAUS/ WITT, KURT-ULRICH/ SOMMER, VOLKER/ ANT, MARC/ ESSMANN, ULRICH/ MÜLHEIMS, LAURENZ (HRSG.), Forschungsspitzen und Spitzenforschung Innovationen an der FH Bonn-Rhein-Sieg, Festschrift für Wulf Fischer, Heidelberg, S. 207-217.

EBERL, SUSANNE/ LANDGRAF, RÜDIGER (2008): Qualitätsmanagement, in: Der Diabetologe, Nr. 8, S. 657-670.

EGGER, JOSEF (2010): Gesundheit - Aspekte eines komplexen biopsychosozialen Konstrukts und seine Korrelation zu Optimismus und Glückserleben, in: Psychologische Medizin, 21. Jg., Nr. 1, S. 38-48.

EINIG, KLAUS (2009): Koordination der Anpassung der Daseinsvorsorge an den Demografischen Wandel durch Meta-Regulierung und Netzwerk-governance, in: NEU, CLAUDIA (HRSG.), Daseinsvorsorge - Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 39-66.

EISENMANN, PETER (2009): Gesundheit aus sozialstaatlicher Sicht, in: Gesundheit- Gesundheit? Eine Orientierungshilfe, BIENDARRA, ILONA /WEEREN, MARC (HRSG.), WÜRZBURG, S. 189-212.

ENGEL, GEORGE (1979): Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: eine Herausforderung der Biomedizin, in: KEUPP, HEINRICH (HRSG.), Normalität und Abweichung, München, S. 63-85.

ENGEL, GEORGE (1981): The Clinical Application of the Biopsychosocial Model, in: Journal of Medicine and Philosophy, Vol. 6, No. 2, pp. 101-124.

ENGELKAMP, PAUL/ SELL, FRIEDRICH (2013): Einführung in die Volkswirtschaftslehre, 6., überarb. und erw. Aufl., Berlin.

ERHART, MICHAEL/ WILLE, NORA/ RAVENS-SIEBERER, ULRIKE (2009): Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen, in: RICHTER, MATTHIAS/ HURRELMANN, KLAUS (HRSG.), Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktual. Aufl., Wiesbaden, S. 335-352.

ERLEI, MATHIAS/ LESCHKE, MARTIN/ SAUERLAND, DIRK (1999): Neue Institutionenökonomik, Stuttgart.

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) (2012): Das EFQM-Excellence-Modell im Überblick, Brüssel.

FALTERMAIER, TONI (2005): Gesundheitspsychologie, Stuttgart.

FALTERMAIER, TONI/ WIHOFZKY, PETRA (2011): Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext von Public Health, in: SCHOTT, THOMAS/ HORNBERG, CLAUDIA (HRSG.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden, S. 256-266.

FETZER, STEFAN/ MOOG, STEFAN/ RAFFELHÜSCHEN, BERND (2002): Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 91, Nr. 3, S. 279-302.

FIEDLER, PETER (1999): Salutogenese und Pathogenese in der Persönlichkeitsentwicklung, in: OERTER, ROLF/ VON HAGEN, CORNELIA/ RÖPER, GISELA/ NOAM, GIL (HRSG.), Klinische Entwicklungspsychologie, Weinheim, S. 314-334.

FLICK, UWE (2002): Innovation durch New Public Health: Einleitung und Überblick, in: FLICK, UWE (HRSG.), Innovation durch New Public Health, Göttingen, S. 3-19.

FORSTHOFF, ERNST (1938): Die Verwaltung als Leistungsträger, Stuttgart.

FRANKE, ALEXA (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit, 3. überarb. Aufl., Bern.

FREEMAN, TIM (2002): Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature, in: Health Services Management Research, No. 15, pp. 126-137.

FRIEDRICH, KERSTIN (2012): Auslaufmodell Gewinnmaximierung, in: Bürkle, Hans (Hrsg.), Mythos Strategie - mit der richtigen Strategie zur Marktführerschaft - Die Erfolgsstrategien von 15 regionalen und globalen Marktführern, 2., aktual. und erg. Aufl., Wiesbaden, S. 37-48.

FRITSCH, MICHAEL (2014): Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 9., vollst. überarb. Aufl., München.

FRODL, ANDREAS (2012): Logistik und Qualitätsmanagement im Gesundheitsbetrieb - Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen, Wiesbaden.

GARVIN, DAVID (1984): What does „Product Quality“ really mean?, in: Sloan Management Review, Fall 1984, pp. 25-43.

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (GBA) (2016): Zeitleiste - Für den Gemeinsamen Bundesausschuss prägende Gesetze, Berlin.

GEORG, ARNO (2007): Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft, in: BECKER, THOMAS/ DAMMER, INGO/ HOWALDT, JÜRGEN/ KILICH, STEPHAN/ LOOSE, ACHIM (HRSG.), Netzwerkmanagement - Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg, 2., überar. und erw. Aufl., Berlin, S. 181-194.

GERLINGER, THOMAS (2002): Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: GELLNER, WINAND/ SCHÖN, MARKUS (HRSG.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden, S. 123-151.

GERLINGER, THOMAS/ STEGMÜLLER, KLAUS (2009): Ökonomisch-rationales Handeln als normatives Leitbild der Gesundheitspolitik, in: BITTLINGMAYER, UWE/ SAHRAI, DIANA/ SCHNABEL, PETER (HRSG.), Normativität und Public Health - Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit, Wiesbaden, S. 135-162.

GESIS - LEIBNIZ-INSTITUT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN (GESIS) (2009): ALLBUS - Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften 2008 - Variable Report, Köln.

GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND -GESTALTUNG E.V. (GVG) (2002): Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte, Köln.

GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ (GMK) (2006): Einschätzung der „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“.

GLAESKE, GERD (2015): Welche Chancen und Risiken bietet das Engagement privatwirtschaftlicher Organisationen im Gesundheitswesen in: RÖSSLER, WULF/ KELLER, HOLM/ MOOCK, JÖRN (HRSG.), Privatisierung im Gesundheitswesen - Chance oder Risiko?, Stuttgart, S. 90-111.

GÖBEL, ELISABETH (2002): Neue Institutionenökonomie - Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart.

GRAU, JOCHEN (2015): Genetik, 6. aktual. und erw. Aufl., Berlin.

GREINER, BIRGIT (1998): Der Gesundheitsbegriff, in: BAMBERG, EVA/ DUCKI, ANTJE/ METZ, ANNA-MARIE (HRSG.), Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung- Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Göttingen, S.39-57.

GREß, STEFAN/ MAAS, STEPHANIE/ WASEM, JÜRGEN (2008): Effektivitäts-, Effizienz-und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem, Arbeitspapier Nr. 154, Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf.

GREß, STEFAN/ WASEM, JÜRGEN (2006): Gemeinsamer Bundesausschuss und die Wettbewerbsordnung in der GKV, in: Medizinrecht, 24. Jg., Nr.9, S. 512-515.

GROSSMAN, SANFORD/ HART, OLIVER (1983): An Analysis of the Principal-Agent Problem, in: Econometrica - Journal of the Econometric Society, Vol. 51, No. 1, pp. 7-45.

GROTH, UWE/ KAMMEL, ANDREAS (1994): Lean Management - Konzept - Kritische Analyse - Praktische Lösungsansätze, Wiesbaden.

GRÜNBERG, PATRICIA (2014): Vertrauen in das Gesundheitssystem - wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen, Wiesbaden.

HAAS, ANTJE/ WOLFF, JOHANNES (2011): Quinth - Qualitätsindikatorenthesaurus als Unterstützungstool für QM-Prozesse, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 197-212.

HAJEN, LEONARD/ PAETOW, HOLGER/ SCHUMACHER, HARALD (2013): Gesundheitsökonomie: Strukturen-Methoden-Praxis, 7., überarbeitete Auflage, Stuttgart.

HART, OLIVER/ HOLMSTRÖM, BENGT (1986): The theory of contracts, in: BEWLEY, TRUMAN (HRSG.), Advances in Economic Theory – Fifth World Congress, New York.

HARTUNG, SUSANNE (2011): Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital, in: SCHOTT, THOMAS/ HORNBERG, CLAUDIA (HRSG.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden, S. 235-255.

HELLER, GÜNTHER (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung, in: KLAUBER, JÜRGEN/ GERAEDTS, MAX/ FRIEDRICH, JÖRG (HRSG.), Krankenhausreport 2010 - Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?, Stuttgart, S. 239-253.

HELMIG, BERND/ BOENIGK, SILKE (2012): Nonprofit-Management, München.

HENKE, KLAUS (1993): Die Kosten der Gesundheit und ihre Finanzierung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 82, Nr. 1, S. 97-122.

HENKE, KLAUS (2010): Von der qualitativen zur quantitativen Erfassung der Gesundheitswirtschaft. Statistisches Bundesamt, Nr. 17, S. 1-14.

HENNEKE, HANS-GÜNTER (2009): Die Daseinsvorsorge in Deutschland - Begriff, historische Entwicklung, rechtliche Grundlagen und Organisation, in: KRAUTSCHEID, ANDREAS (HRSG.), Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl - Eine sektorspezifische Betrachtung, Wiesbaden, S. 17-40.

HENSEN, PETER (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Grundlagen für Studium und Praxis, Wiesbaden.

HERBIG, N. (2014): Risikomanagement im Krankenhaus: Entwicklungsstand und Elemente, in: mt Medizintechnik, Nr. 2/2014, S. 49-53.

HESS, RAINER (2011): Der G-BA als institutioneller Kern des externen Qualitätsmanagements, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 93-108.

HILBERT, JOSEF/ FRETSCHNER, RAINER/ DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft, Gelsenkirchen.

HOFFMANN-RIEM, WOLFGANG (2001): Modernisierung von Recht und Justiz: eine Herausforderung des Gewährleistungsstaates, Frankfurt am Main.

HRADIL, STEFAN (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?, in: RICHTER, MATTHIAS/ HURRELMANN, KLAUS (HRSG.), Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktual. Aufl., Wiesbaden, S. 35-54.

HUBER, ERNST (1972): Vorsorge für das Dasein: Ein Grundbegriff der Staatslehre Hegels und Lorenz von Steins. Beck, in: SCHNUR, ROMAN (HRSG.), Festschrift für Ernst Forsthoff, S. 139-163.

HUCHLER, ANDREAS (2007): Grenzen der Reorganisation und Privatisierung der Daseinsvorsorge? Eine organisationsökonomische und risikosoziologische Perspektive, in: JANSEN, STEPHAN/ PRIDDAT, BIRGER/ STEHR, NICO (HRSG.), Die Zukunft des Öffentlichen - Multidisziplinäre Perspektiven für eine Öffnung der Diskussion über das Öffentliche, Wiesbaden, S. 175-195.

INFAS INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT GMBH (2014): Ärztemonitor 2014, Bonn.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFT IM GESUNDHEITSWESEN (IQWiG) (2014): 2004 - 2014: Zehn Jahre IQWiG, Köln.

IVANSITS, HELMUT (2007): Liberalisierung und Privatisierung des Gesundheitssystems – Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen, in: IVANSITS, HELMUT/ FILIPIC, URSULA (HRSG.), Privatisierung von Gesundheit - Blick über die Grenzen: Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom November 2007 AK-Bildungszentrum, Wien, S. 85-90.

JAHN, DETLEF (2013): Einführung in die vergleichende Politikwissenschaft, 2. Aufl., Wiesbaden.

JANN, WERNER (2002): Der Wandel verwaltungspolitischer Leitbilder: Von Management zu Governance, in: KÖNIG, KLAUS (HRSG.), Deutsche Verwaltung an der Wende zum 21. Jahrhundert, Baden-Baden, S. 279-303.

JANN, WERNER/ WEGRICH, KAI (2004): Governance und Verwaltungspolitik, in: BENZ, ARTHUR (HRSG.), Governance - Regieren in komplexen Regelsystemen: Eine Einführung S. 193-214.

JANSEN, STEPHAN/ PRIDDAT, BIRGER (2007): Theorien der Öffentlichen Güter: Rekonstruktionen sozialer Konstruktionen—Politik-und wirtschaftswissenschaftliche Korrekturvorschläge, in: JANSEN, STEPHAN/ PRIDDAT, BIRGER/ STEHR, NICO (HRSG.), Die Zukunft des Öffentlichen - Multidisziplinäre Perspektiven für eine Öffnung der Diskussion über das Öffentliche, Wiesbaden, S. 11-48.

JANßEN, CHRISTIAN/ GROSSE FRIE, KIRSTIN/ DINGER, HANNA/ SCHIFFMANN, LARS/ OMMEN, OLIVER (2009): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. in: RICHTER, MATTHIAS/ HURRELMANN, KLAUS (HRSG.), Gesundheitliche Ungleichheit - Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktual. Aufl., Wiesbaden, S. 149-165.

JURACK, ANDREA/ KARMANN, ALEXANDER/ LUKAS, DANIEL/ WERBLOW, ANDREAS (2012): Gesundheitsökonomie: Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, in: HOFFMANN, STEFAN/ SCHWARZ, UTE (HRSG.), Angewandtes Gesundheitsmarketing, Wiesbaden, S. 15-30.

KAMISKE, GERD/ BRAUER, JÖRG-PETER (2011): Qualitätsmanagement von A bis Z - Wichtige Begriffe des Qualitätsmanagements und ihre Bedeutung. Hanser. 7., aktual. und erw. Aufl., München.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2013): Aktualisierung der Qualitätsindikatoren des AQUIK-Sets, Berlin.

KERSTEN, JENS (2009): Wandel der Daseinsvorsorge - Von der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zur wirtschaftlichen, sozialen und territorialen Kohäsion, in: NEU, CLAUDIA (HRSG.), Daseinsvorsorge - Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 22-38.

KICKBUSCH, ILONA (2005): Gesundheit als globales öffentliches Gut: Eine politische Herausforderung im 21. Jahrhundert, in: *Politica*. Zeitschrift zur Außenpolitik, Nr. 3/2005, S. 12-18.

KICKBUSCH, ILONA (2012): Gutachten: Die Positionierung Deutschlands in der globalen Gesundheitspolitik - Ansätze für eine Nationale Globale Gesundheitsstrategie NGGS.

KIENER, STEFAN (1990): Die Principal-Agent-Theorie aus informationsökonomischer Sicht (Diss.), Heidelberg.

KIRSCHNER, KLAUS (2006): Entwicklungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen, in: BSIRSKA, FRANK/ PASCHKE, ELLEN (HRSG.), *Innovationskraft Mensch - Wie Qualität in der Gesundheitswirtschaft entsteht*, Hamburg, S. 21-36.

KLINER, KARIN/ RENNERT, DIRK/ RICHTER, MATTHIAS (2015): Gesundheit in Regionen - Blickpunkt Psyche, in: KLINER, KARIN/ RENNERT, DIRK/ RICHTER, MATTHIAS (HRSG.), *BKK Gesundheitsatlas*, Berlin, S. xi-60.

KLUSEN, NORBERT (2009): Gesundheit aus Sicht der Krankenversicherung in: BIENDARRA, ILONA/ WEEREN, MARC (HRSG.), *Gesundheit - Gesundheit? Eine Orientierungshilfe*, Würzburg, S. 313- 337.

KNÄUPER, BÄRBEL/ SCHWARZER, RALF (1999): Gesundheit über die Lebensspanne, in: OERTER, ROLF/ VON HAGEN, CORNELIA/ RÖPER, GISELA/ NOAM, GIL (HRSG.), *Klinische Entwicklungspsychologie*, Weinheim, S. 711-727

KNIEPS, FRANZ/ REINERS, HARTMUT (2015): *Gesundheitsreformen in Deutschland: Geschichte - Intentionen - Kontroversen*, Bern.

KNOLL, NINA/ SCHOLZ, URTE/ RIECKMANN, NINA (2011): *Einführung Gesundheitspsychologie*, 2. aktual. Aufl., München.

KOFAHL, CHRISTOPHER/ HORAK, INGO (2010): Arztbewertungsportale, in: KOCH, CHRISTOPH (HRSG.), Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren, Wiesbaden, S. 105-126.

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN (EG-KOMMISSION) (2007): Weißbuch - Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008 - 2013.

KOOPERATION FÜR TRANSPARENZ UND QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN (KTQ) (2015): KTQ Manual, KTQ-Katalog Krankenhaus, Version 2015, 3. vollständig überarb. Aufl., Stuttgart.

KÖTTER, THOMAS/ SCHAEFER, FRIEDERIKE/ BLOZIK, EVA/ SCHERER, MARTIN (2011): Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren - Hintergrund, Methoden und Probleme, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 105, Nr. 1, S. 7-12.

KRAJEWSKI, MARKUS (2011): Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen, Berlin.

KUHN, JOSEPH (2011): 25 Jahre Ottawa Charta–Bilanz und Ausblick - 10 Thesen zur Entwicklung in Deutschland, in: Prävention 01/2011, S. 20-23.

LAMPING, WOLFRAM (2002): Aktivierung des Institutionensystems–Qualitätssicherung als Versuch intelligenter Institutionenpolitik, in: GELLNER, WINAND/ SCHÖN, MARKUS (HRSG.), Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden, S.41-64.

LANDAU, HERBERT (2009): Gesundheit als Staatsziel? Verfassungsrecht und Staatsaufgaben, in: Vogel, Bernhard (Hrsg.), Volkskrankheiten: Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg, S. 589-602.

LANGE, STEFAN/ WINDELER, JÜRGEN (2013): Die Notwendigkeit unabhängiger klinischer Studien aus der Sicht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, in: Onkologie 2013, Nr. 36, S. 9-15.

LEISNER, WALTER (2011): Daseinsvorsorge: Begriff, Bedeutung, Grenzen, in: *Wirtschaft und Verwaltung*, Nr. 2/2011, S. 55-78.

LENARTZ, NORBERT/ SOELLNER, RENATE/ RUDINGER, GEORG (2014): Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben, in: *DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung*, Nr. 2/2014, S. 29-32.

LORENZ, RÜDIGER (2005): *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. Reinhardt, 2., durchges. Aufl., München.

MAINZ, JAN (2003): Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement, in: *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 15, No. 6, pp. 523-530.

MALORNY, CHRISTIAN (2002): Was macht die Umsetzung des Total Quality Management erfolgreich?, in: HANSEN, WOLFGANG (HRSG.), *Qualität und Wirtschaftlichkeit: QM-Controling: Grundlagen und Methoden*, 2. Auflage, Düsseldorf, S. 7-15.

MANSKY, THOMAS/ NIMPTSCH, UTE/ SCHULER, EKKEHARD/ ZACHER, JOSEF/ COOLS, ANDRE/ HELLERHOFF, FRIEDHELM (2015): *G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version 4.2., Band 1, Definitionshandbuch für das Datenjahr 2015*, Berlin.

MARSCHNER, CHRISTIAN/ OSYGUS, JULIA/ MUSZYNSKI, VERENA/ GREILING, MICHAEL (2015): *Erfolg auf Basis von Qualität - Eine Studie zu Nutzen und Wirksamkeit von Qualitätsmanagement*, Heidelberg.

MASCHEWSKY-SCHNEIDER, ULRIKE (2007): *Endbericht - Befragung zur Evaluation des Gesamtprozesses von gesundheitsziele.de*, Berlin.

MASTRONARDI, PHILIPPE /SCHEDLER, KUNO (2004): *New Public Management in Staat und Recht - Ein Diskurs*, 2. überarb. und erw. Aufl., Bern.

MCNUTT, PATRICK (1999): Public goods and club goods, in: *Encyclopedia of Law and Economics*, Vol. 1, pp. 927-951.

MEINHÖVEL, HARALD (1999): Defizite der Principal-Agent-Theorie, Lohmar.

METZE, INGOLF (1980): Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst - Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Band 60.1980, Nr. 4, S. 182-187.

MLP AG (2016): MLP Gesundheitsreport 2016, Wiesloch.

MOEBUS, SUSANNE/ BÖDEKER, WOLFGANG (2000): Wer ist krank, wer ist gesund?, in: BRUNDTLANDT, GRO HARLEM (HRGS.), Grundrecht Gesundheit: Vision: Mehr Lebensqualität für alle, Frankfurt/Main, S. 208-230.

MOSEBACH, KAI/ WALTER, ULLA (2006): Was vermag der Staat? Möglichkeiten und Grenzen politischer Steuerung in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Jahrbuch für Kritische Medizin, Nr. 41, S. 8-24.

MÜHLENKAMP, HOLGER (2006): Öffentliche Unternehmen aus der Sicht der Neuen Institutionenökonomik, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen (ZögU), Bd. 29, Heft 4, S. 390-417.

MÜHLENKAMP, HOLGER (2007): Daseinsvorsorge durch staatliche oder private Unternehmen?, in: Wirtschaftsdienst, 87. Jg., Nr. 11, S. 707- 712.

MÜNKLER, LAURA (2015): Kosten-Nutzen-Bewertung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Perspektive zur Ausgestaltung des krankensicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots?, Berlin.

MYERSON, ROGER (1982): Optimal Coordination Mechanisms in Generalized Principal-Agent Problems, in: Journal of Mathematical Economics, No. 10(1982), pp. 67-81.

NAGEL, ECKHARD (2013): Das Gesundheitswesen in Deutschland- Struktur, Leistungen, Weiterentwicklungen, 5., vollständig überarb. und erw. Aufl., Köln.

NASCHOLD, FRIEDER/ BUDÄUS, DIETRICH/ JANN, WERNER/ MEZGER, ERIKA/ OPPEN, MARIA/ PICOT, ARNOLD/ REICHARD, CHRISTOPH/ SCHANZE, ERICH/ SIMON, NIKOLAUS (1996): Leistungstiefe im öffentlichen Sektor - Erfahrungen, Konzepte, Methoden, Berlin.

NIEHOFF, JENS-UWE (2008): Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement - Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Berlin.

NIETZSCHE, FRIEDRICH (2012): Die Kunst der Gesundheit, hrsg. von CARBONE, MIRELLA/ JUNG, JOACHIM, Freiburg.

NOWOTNY, EWALD (1999): Der öffentliche Sektor - Einführung in die Finanzwissenschaft, 4., neu bearb. und erw. Aufl., Berlin.

NEU, CLAUDIA (2009): Daseinsvorsorge - Eine Einführung, in: NEU, CLAUDIA (HRSG.), Daseinsvorsorge - Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden, S. 9-19.

NEUBAUER, SARAH/ ZEIDLER, JAN/ LANGER, ANSGAR/ GRAF VON DER SCHULENBURG, MATTHIAS (2014): Grundlagen und Methoden von GKV-Routinedatenstudien, Diskussionspapier Nr. 534, Hannover.

OBERENDER, PETER/ ZERTH, JÜRGEN (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit, in: Der Urologe, 45. Jg., Nr. 8, 922-927.

OBERENDER, PETER/ ZERTH, JÜRGEN (2009): Gesundheit heute. Die ökonomische Perspektive, in: BIENDARRA, ILONA/ WEEREN, MARC (HRSG.), Gesundheit - Gesundheit? Eine Orientierungshilfe, Würzburg, S. 391- 405.

OFFERMANN, GUIDO (2011): Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem - Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung, Heidelberg.

OHLMEIER, CHRISTOPH/ FRICK, J./ PRÜTZ, FRANZISKA/ LAMPERT, THOMAS/ ZIESE, THOMAS/ MIKOLAJCZYK, REBECCA/ GARBE, EDELTRAUT (2014): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 57, S. 464-472.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (2013): OECD Gesundheitsbericht: Hohe Behandlungszahlen und demografischer Wandel stellen deutsches Gesundheitssystem vor Herausforderung, Berlin.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (2015): Focus on Health Spending - OECD Health Statistics 2015, Paris.

PELIKAN, JÜRGEN (2007): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung- ein systemtheoretischer Lösungszugang, in: Prävention und Gesundheitsförderung, Nr. 2, S. 74-81.

PENTER, VOLKER/ AUGURZKY, BORIS (2014): Gesundheitswesen für Praktiker - System, Akteure, Perspektiven, Wiesbaden.

PEPELS, WERNER (2009): Lexikon Qualitätsmanagement, Düsseldorf.

PESTALOZZA, CHRISTIAN (2007): Das Recht auf Gesundheit -Verfassungsrechtliche Dimensionen, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007, Nr. 50, S. 1113-1118.

PFAFF, ANITA (2006): Wie beeinflussen sich die Finanzierung und die Qualität des Gesundheitswesens gegenseitig?, in: BSIRSKE, FRANK/ PASCHKE, ELLEN (HRSG.), Innovation Mensch - Wie Qualität in der Gesundheitswirtschaft entsteht, Hamburg, S. 57-69.

PFAFF, HOLGER (2001): Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in: PFAFF, HOLGER/ SLESINA, WOLFGANG (HRSG.), Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim, S. 27-49.

PFEIFFER, DORIS (2011): Umsetzung politischer Rahmensetzungen zum Qualitätsmanagement in Deutschland, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 65-80.

PICOT, ARNOLD (1989): Zur Bedeutung allgemeiner Theorieansätze für die betriebswirtschaftliche Information und Kommunikation: Der Beitrag der Transaktionskosten- und Principal-Agent-Theorie, in: KIRSCH, WERNER/ PICOT, ARNOLD (HRSG.), Die Betriebswirtschaftslehre im Spannungsfeld zwischen Generalisierung und Spezialisierung - Edmund Heinen zum 70. Geburtstag, Wiesbaden, S. 361-379.

PICOT, ARNOLD/ DIETL, HELMUT/ FRANK, EGON/ FIEDLER, MARINA/ ROYER, SUSANNE (2012): Organisation - Theorie und Praxis aus ökonomischer Sicht, 6. völlig überarb. Aufl., Stuttgart.

PORST, ROLF (2014): Fragebogen - ein Arbeitsbuch, 4., erw. Aufl., Wiesbaden.

PROELLER, ISABELLA/ SCHEDLER, KUNO (2011): Verwaltung im Gewährleistungsstaat, in: BLANKE, BERNHARD/ NULLMEIER, FRANK/ REICHARD, CHRISTOPH/ WEWER, GÖTTRIK (HRSG.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 4. aktual. und erg. Aufl., Wiesbaden, S. 37-44.

RAZUM, OLIVER/ BRZOSKA, PATRICK/ BRECKENKAMP, JÜRGEN (2011): Die Professionalisierung der Epidemiologie in Deutschland im Kontext von Public Health. in: SCHOTT, THOMAS/ HORNBERG, CLAUDIA (HRSG.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden, S. 145-158.

REHKUGLER, HEINZ (1989): Die Unternehmensgröße als Klassifikationsmerkmal in der Betriebswirtschaftslehre, oder: Brauchen wir eine „Betriebswirtschaftslehre mittelständischer Unternehmen“?, in: KIRSCH, WERNER/ PICOT, ARNOLD (HRSG.), Die Betriebswirtschaftslehre im Spannungsfeld zwischen Generalisierung und Spezialisierung - Edmund Heinen zum 70. Geburtstag, Wiesbaden, S. 397-412.

REHMANN-SUTTER, CHRISTOPH (2009): Wie weit reicht die öffentliche Verantwortung für Gesundheit?, in: Bulletin des médecins suisses - Schweizerische Ärztezeitung - Bollettino dei medici svizzeri, 90. Jg., Nr. 34, S. 1300 -1303.

REICHARD, CHRISTOPH (2003): Das Konzept des Gewährleistungsstaates - Referat auf der Jahrestagung 2003 des Wissenschaftlichen Beirats der GÖW.

REIMANN, CAROLA/ TREFZER, TIMO (2009): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Bewährtes weiterentwickeln, Transparenz erhöhen, neue Anreize setzen, in: BANDELOW, NILS/ ECKERT, FLORIAN/ RÜSENBERG, ROBIN (HRSG.), Gesundheit 2030 - Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden, S. 42-54.

RICHTER, RUDOLF/ FURUBOTN, EIRIK (2010): Neue Institutionenökonomik, 4., überarb. und erw. Aufl., Tübingen.

RÖBER, MANFRED (2011): Aufgabenplanung und Aufgabenkritik , in: BLANKE, BERNHARD/ NULLMEIER, FRANK/ REICHARD, CHRISTOPH/ WEWER, GÖTTRIK (HRSG.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 4. aktual. und erg. Aufl., Wiesbaden, S. 108-117.

ROBERT-KOCH-INSTITUT (HRSG.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, Berlin.

ROSENBROCK, ROLF (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland: Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, in: WZB Discussion Paper, Nr. P 98-201, Berlin.

ROSENBROCK, ROLF (2001): Was ist New Public Health?, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 44, S. 753-762.

ROSENBROCK, ROLF (2002): Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden - Gesundheit fördern, in: FLICK, UWE (HRSG.), Innovation durch New Public Health, Göttingen, S. 20-42.

ROSENBROCK, ROLF/ GERLINGER, THOMAS (2014): Gesundheitspolitik - Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern.

ROSKI, JOACHIM (2007): Qualitätsmessung in den USA: Erfahrungen und Konzepte in der ambulanten Versorgung, in: STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (HRSG.), Stichwort Qualitätsindikatoren - Erste Erfahrungen in der Praxis, Bonn, S. 17-42.

ROSS, STEPHEN (1973): The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem, in: The American Economic Review, Vol. 63, No. 2, pp. 134-139.

SAAM, NICOLE (2002): Prinzipale, Agenten und Macht : eine machttheoretische Erweiterung der Agenturtheorie und ihre Anwendung auf Interaktionsstrukturen in der Organisationsberatung, Tübingen.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR KONZENTRIERTE AKTION IM GESUNDHEITSSYSTEM (SVR) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation und Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Bonn.

SAMUELSON, PAUL (1954): The Pure Theory of Public Expenditure in: The Review of Economics and Statistics, Vol. 36, No. 4, pp. 387-389.

SAPPINGTON, DAVID (1991): Incentives in principal-Agent Relationships, in: The Journal of Economic Perspectives, Vol. 5, No. 2, pp. 45-66.

SAUERLAND, DIRK (2001): Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Nr. 2(2), S. 211-227.

SAMWER, MARTINA (2009): Reformansätze in der gesetzlichen Krankenversicherung: Zwischen Solidarprinzip und Wettbewerb, Wiesbaden.

SAWICKI, PETER (2005): Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - Ziele und Aufgaben, in: Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 100. Jg., Nr. 3, S. 155-156.

SCHERBAUM, WERNER (2008): Gravierende Qualitätsmängel beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) - Bericht über ein Expertengespräch bei der MEDICA 2007, in: Der Diabetologe, Nr. 2, S. 121-122.

SCHMACKE, NORBERT (2011): Transparenz und Rationalität: Der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die neue Institution zur Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V. in: SCHOTT, THOMAS/ HORNBERG, CLAUDIA (HRSG.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, Wiesbaden, S. 459-469.

SCHMAHL, STEFANIE (2011): Die mitgliedstaatliche Daseinsvorsorge im Spannungsfeld zum europäischen Binnenmarkt, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 87, Nr. 11, S. 95-111.

SCHNELLSCHMIDT, HENNER/ MANSKY, THOMAS/ HELLER, GÜNTHER/ ROBRA, BENT-PETER (2007): Indikatoren und Messinstrumente zur Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität im Krankenhaus, in: STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (HRSG.), Stichwort: Qualitätsindikatoren - Erste Erfahrungen in der Praxis, Bonn, S. 173- 200.

SCHNEIDER, ANTONIUS/ BROGE, BJÖRN/SZECSENYI, JOACHIM (2003): Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement, in: ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 79(11), 547-552.

SCHNEIDER, ANTONIUS (2007): Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit (WHO).

SCHNEIDER, MARKUS/ KARMANN, ALEXANDER/ BRAESEKE, GRIT (2014). Produktivität der Gesundheitswirtschaft: Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Wiesbaden.

SCHOCH, FRIEDRICH (2008): Gewährleistungsverwaltung: Stärkung der Privatrechtsgesellschaft, in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, Nr. 245, 241-247.

New Public Management, in: BLANKE, BERNHARD/ VON BANDEMER, STEPHAN/ NULLMEIER, FRANK/ WEWER, GÖTTRIK (HRSG.), Handbuch zur Verwaltungsreform, 3. völlig überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden, S. 63-73.

SCHÖNEICH, MICHAEL (2007): Sollten Güter der Daseinsvorsorge in staatlichen oder privaten UN erstellt werden?, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 87, Nr. 11, S. 716-719.

SCHUBERT, INGRID/ KÖSTER, INGRID/ KÜPPER-NYBELEN, JUTTA/ IHLE, PETER (2008): Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten - Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellung der Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 51, S.1095-1105.

SCHULTEN, THORSTEN (2007): Germany, in: IVANSITS, HELMUT/ FILIPIC, URSULA (HRSG.), Privatisierung von Gesundheit - Blick über die Grenzen: Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom November 2007 AK-Bildungszentrum, Wien, S. 36-48

SCHUMACHER, JÖRG/ KLAIBERG, ANTJE / BRÄHLER, ELMAR (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden - Eine Einführung, in: SCHUMACHER, JÖRG/ KLAIBERG, ANTJE / BRÄHLER, ELMAR (HRSG.), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen, S. 9-24.

SCHULER-HARMS, MARGARETE (2015A): §137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung, in: BERCHTHOLD, JOSEF/ HUSTER, STEFAN/ REHBORN, MARTIN (HRSG.), Gesundheitsrecht: SGB V, SGB VI, Baden-Baden, S. 1439-1451.

SCHULER-HARMS, MARGARETE (2015B): §137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, in: BERCHTHOLD, JOSEF/ HUSTER, STEFAN/ REHBORN, MARTIN (HRSG.), Gesundheitsrecht: SGB V, SGB VI, Baden-Baden, S. 1451-1461.

SCHULER-HARMS, MARGARETE (2015C): §139 a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: BERCHTHOLD, JOSEF/ HUSTER, STEFAN/ REHBORN, MARTIN (HRSG.), Gesundheitsrecht: SGB V, SGB VI, Baden-Baden, S. 1484-1492.

SCHUPPERT, GUNNAR (2005): Der Gewährleistungsstaat–modisches Label oder Leitbild sich wandelnder Staatlichkeit?, in: SCHUPPERT, GUNNAR (HRSG.), Der Gewährleistungsstaat–Ein Leitbild auf dem Prüfstand, Baden-Baden, 11-52.

SCHÜTTEMEYER, SUZANNE (2003): Vergleichende Parlamentarismusforschung, in: Berg-Schlosser, Dirk/ Müller-Rommel, Ferdinand (Hrsg.), Vergleichende Politikwissenschaft - Ein einführendes Studienhandbuch, Wiesbaden, S. 207-227.

SCHWINTOWSKI, HANS-PETER (2005): Gewährleistungsverantwortung als Dienstleistungsverantwortung, in: SCHUPPERT, GUNNAR (HRSG.), Der Gewährleistungsstaat–Ein Leitbild auf dem Prüfstand, Baden-Baden, S. 167-188.

SELBMANN, HANS- KONRAD (2002): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, in: Kolip, Petra (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung, Weinheim, S. 247-267.

SIEGRIST, JOHANNES (2002): Gesundheit und Krankheit: Medizinsoziologische Perspektiven, in: FLICK, UWE (HRSG.), Innovation durch New Public Health, Göttingen, S. 63-75.

SIEGRIST, JOHANNES (2015): Gesundheitsverständnis und Verantwortung für die Gesundheit, in: WEILERT, KATHARINA (HRSG.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat - interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden, S. 53-61.

SIMON, MICHAEL (2013): Gesundheitssystem in Deutschland - Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise , 4., überar. und erw. Aufl., Bern.

SPAHN, JENS (2012): Eckpunkte Präventionsstrategie.

SPREMANN, KLAUS (1988): Reputation, Garantie, Information, in: ZfB - Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 58. Jg., Heft 5/6, S. 613-629.

SPREMANN, KLAUS (1990): Asymmetrische Informationen, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 60. Jg., Heft 5/6, S. 561-586.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): Gesundheit - Krankheitskosten - Fachserie 12 Reihe 7.2., Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2016A): Gesundheitsausgaben im Jahr 2014 bei 328 Milliarden Euro, Pressemitteilung vom 8. März 2016 -080/16, Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2016B): Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden.

STEIN, JOACHIM/ THON, WALTER (2001): Qualitätsmanagement, in: Aktuelle Urologie, 32. Jg., Nr. 01, S. 1-2.

STEINBRUCKER, SABINE (2011): Qualitätsmanagementsysteme sind Pflichtprogramm: die Kliniken haben die Wahl, in: Der Radiologe, Bd. 51, Nr. 10, S. 835-843.

STEINHÄUSER, R. T. (2011): Bedeutung der Institutionen IQWiG, G-BA, BQS, RKI und die Stellung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, in: VON EIFF, WILFRIED (HRSG.), Patientenorientierte Arzneimittelversorgung: Sicherheit und Wirtschaftlichkeit des Arzneimittelmanagements, Stuttgart, S. 30-46.

STIFTUNG WARENTEST (2011): Der gläserne Doktor, in: test 3/2011, S. 84-87.

STOCK, JOHANNES (2007): Erste Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren in Arztnetzen, in: STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (HRSG.), Stichwort Qualitätsindikatoren - Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn, S. 277-300.

STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (2007): Mit Qualitätsindikatoren arbeiten–Resümee und Perspektiven, in: STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (HRSG.), Stichwort Qualitätsindikatoren - Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn, S. 301-316.

STRECH, DANIEL (2010): Arztbewertungsportale aus ethischer Perspektive. Eine orientierende Analyse, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 104 (2010), S. 674-681.

STUPPARDT, ROLF (2011): Qualitätsmessung, QI und Risikoadjustierung, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S.129-150.

SZECSENYI, JOACHIM/ STOCK, JOHANNES (2007): Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitssystem?, in: STOCK, JOHANNES/ SZECSENYI, JOACHIM (HRSG.), Stichwort Qualitätsindikatoren - Erste Erfahrungen in der Praxis, Bonn, S. 9-16.

SZECSENYI, JOACHIM/STOCK, JOHANNES/ CHENOT, REGINE (2009): QiSA stellt sich vor – Das Indikatorensystem für die ambulante Versorgung, Berlin

THANNER, MIRJAM (2015): Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Gestaltung des Gesundheitswesens, in: WEILERT, KATHARINA (HRSG.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat - interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden,S. 163-173

THOM, NORBERT/ RITZ, ADRIAN (2008): Public Management - Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor, 4., aktual. Aufl., Wiesbaden.

UDRIS, IVARS/ KRAFT, UELI/ MUSSMANN, CARINA/ RIMANN, MARTIN (1998): Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept, in: UDRIS, IVARS (HRSG.), Psychosozial - Schwerpunktthema Arbeit und Gesundheit, Heft IV, Nr. 52, S. 9-22.

VARIAN, HAL (2011): Grundzüge der Mikroökonomik, 8. überar. und verb. Aufl., München.

Veillard, Jeremy/ Champagne, F., Klazinga, Niek/ Kazandjian, V., Arah, O. A./ Guisset, A. L. (2005): A Performance Assessment Framework for Hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH Project, in: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 17, No. 6, pp. 487-496.

VEIT, CHRISTOPH (2011): BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 529 -536.

VOGG, INGRID/ FLEBA, STEFFEN (2011): Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung - Leitfaden zur Einführung eines QM-Systems in Arztpraxen, Wiesbaden.

VON BANDEMER, STEPHAN/ DAHLBECK, ELKE/ EVANS, MICHAELA/ HILBERT, JOSEF (2014): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft, in: MAI, MANFRED (HRSG.), Handbuch Innovationen - Interdisziplinäre Grundlagen und Anwendungsfelder, Wiesbaden, S. 269-298.

VON PABLOCKI, FRANK (2013): EFQM im Gesundheitswesen, in: MOLL, ANDRÉ/ KOHLER, GABRIELE (HRSG.), Excellence-Handbuch - Grundlagen und Anwendung des EFQM Excellence Modells, 2. Auflage, Düsseldorf, S. 223-230.

WAGENER, HANS-JÜRGEN/ RYLL, ANDREAS/ RIBHEGGE, HERMANN/ HUBER, MONIKA/ HENKE, KLAUS/ GRABKA, MARKUS/ EDENER, BIRGIT/ BUCHHOLZ, WOLFGANG/ WAGNER, GERT (2001): Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW-Diskussionspapiere Nr. 247, Berlin.

WAIZ, EBERHARD (2009): Daseinsvorsorge in der Europäischen Union–Etappen einer Debatte, in: KRAUTSCHEID, ANDREAS (HRSG.), Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl - Eine sektorspezifische Betrachtung, S. 41-76.

WALLER, HEIKO (2006): Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4. überar. und erw. Aufl., Stuttgart.

WASEM, JÜRGEN (2002): Wettbewerb ausbauen und Qualität verbessern: Akzeptanz des Generationenvertrages durch Gesundheitsreform stabilisieren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 08/2002, Band 35, Nr. 4, S. 292–296.

WECKERT, ELINA (2013): Qualitätsverbesserung in europäischen Gesundheitssystemen: ein deutsch-französischer Vergleich, Baden-Baden.

WEILERT, KATHARINA (2015A): Das völkerrechtliche Menschenrecht auf Gesundheit und seine Implikationen für das nationale Recht, in: WEILERT, KATHARINA (HRSG.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat - interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden, S. 63-76.

WEILERT, KATHARINA (2015B): Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung, in: Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat, in: WEILERT, KATHARINA (HRSG.), Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat - interdisziplinäre Zugänge, Baden-Baden, S. 109-122.

WEIN, THOMAS (2015): Neue Player im Gesundheitswesen - Steigerung der Effektivität oder der Kosten in: RÖSSLER, WULF/ KELLER, HOLM/ MOOCK, JÖRN (HRSG.), Privatisierung im Gesundheitswesen- Chance oder Risiko?, Stuttgart, S. 43-56.

WEISBROD-FREY, HERBERT/ STEFFEN, MARGRET (2006): Die Gesundheitswirtschaft braucht soziale Innovationen, in: BSIRSKE, FRANK/ PASCHKE, ELLEN (HRSG.), Innovation Mensch - Wie Qualität in der Gesundheitswirtschaft entsteht, Hamburg, S. 70-85.

WEINBRENNER, SUSANNE/ WÖRZ, MARKUS/ BUSSE, REINHARD (2007): Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, Bonn.

WEIßE LISTE/ BARMER GEK/ AOK BUNDESVERBAND (2015): Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ) - Methodenpapier, Berlin.

WENDT, CLAUS (2008): Sinkt das Vertrauen in Gesundheitssysteme? Eine vergleichende Analyse europäischer Länder, in: soFID Gesundheitsforschung 2008/1, S. 11-22.

WENDT, CLAUS (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung?: Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. überarb. Aufl., Wiesbaden.

WENGER, EKKEHARD/ TERBERGER, EVA (1988): Die Beziehung zwischen Agent und Prinzipal als Baustein einer ökonomischen Theorie der Organisation. Wirtschaftswissenschaftliches Studium (WiSt), Heft 10, 506-514.

WIENEMANN, ELISABETH (2011): Die Rolle des riskanten Alkoholkonsums im Stressbewältigungsverhalten von Frauen in Führungspositionen, Hannover.

WINDELER, JÜRGEN (2011): IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, in: REBSCHER, HERBERT/ KAUFMANN, STEFAN (HRSG.), Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 537-544.

WINGENFELD, KLAUS/ KLEINA, THOMAS/ FRANZ, SIMONE (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege - Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

WISMAR, MATTHIAS (2003): Gesundheitsziele in internationaler Perspektive, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Nr. 46, S. 105-108.

WOLFF, BIRGITTA (1995): Organisation durch Verträge: Koordination und Motivation in Unternehmen, Wiesbaden.

WOMACK, JAMES/ JONES, DANIEL/ ROOS, DANIEL (2007): The Machine That Changed the World - How Lean Production revolutionized the global Car Wars, London.

WORATSCHEK, HERBERT/ ROTH, STEFAN (2003): Kooperation: Erklärungsperspektive der Neuen Institutionenökonomik, in: Zentes, Joachim/ Swoboda, Bernhard/ Morschett, Dirk (Hrsg.), Kooperationen, Allianzen und Netzwerke: Grundlagen - Ansätze - Perspektiven, Wiesbaden, S. 141-166.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2006): Constitution of the World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2013A): Gesundheit 2020 - Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, Kopenhagen.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2013B): World Health Report 2013, Luxembourg.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION (2007): Stellungnahme: der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Berlin.

ZENTRALE ETHIKKOMMISSION (2013): Stellungnahme: Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten, in: Deutsches Ärzteblatt, 110. Jg., Heft 38, S. 1752-1746.

ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER PFLEGE (2016): ZQP-Bevölkerungsbefragung „Qualität professioneller Pflegeangebote, Berlin.

ZEYER, ALBERT (1997): Salutogenese und Pathogenese - ein Paradigmenwechsel aus der Perspektive der modernen Physik, in: Sozial-und Präventivmedizin SPM, Nr. 42, S. 380-384.

ZOLLONDZ, HANS-DIETER (2009): Grundlagen Qualitätsmanagement - Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl., München.

ZORN, ULRICH/OLLENSCHLÄGER, GÜNTHER (1999): Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung - ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Nr. 93, S. 123-128.

ZÜLCH, JOACHIM (2014): Qualitätsorientierte Managementsysteme zur Steuerung und Bewertung gesundheitswirtschaftlicher Dienstleistungen, in: BORNEWASSER, MANFRED/ KRIEGESMANN, BERND/ ZÜLCH, JOACHIM (HRSG.), Dienstleistungen im Gesundheitssektor - Produktivität, Arbeit und Management, Wiesbaden, S. 89-112.

Elektronisches Quellenverzeichnis:

ÄRZTEBLATT (2016): Kritik am IQWiG-Bericht zu Biomarker-Tests, verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71849/Kritik-am-IQWiG-Bericht-zu-Biomarker-Tests>, abgerufen am 11.01.2017.

BERTELSMANNSTIFTUNG (2016): Gesundheitsmonitor, verfügbar unter <http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/gesundheitsmonitor>, abgerufen am 13.09.2016.

BUNDESMINISTERIUM DES INNEREN (BMI) (2017): Sportpolitik des Bundes, verfügbar unter http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Sport/Sportpolitik/sportpolitik_node.html, abgerufen am 03.01.2017.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS) (2015): Arbeitsschutz, verfügbar unter <http://www.bmas.de/DE/Themen/arbeitsschutz-thementeaser.html>, abgerufen am 17.08.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (2015): Gesundheitsforschung, verfügbar unter <https://www.bmbf.de/de/gesundheitsforschung-136.html>, abgerufen am 21.04.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (2014): IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, verfügbar unter http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/InForm/InForm_node.html, abgerufen am 28.05.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2015C): Betriebliche Gesundheitsförderung, verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung.html>, abgerufen am 21.04.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2017): Gesundheitsziele, verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele.html>, abgerufen am 20.02.2017.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATIONEN (DIMDI) (2017): ICD-10-GM, verfügbar unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>, abgerufen am 08.02.2017.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (2014): IN FORM, verfügbar unter http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/InForm/InForm_node.html, abgerufen am 21.04.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (2015A): Gesunde Ernährung, verfügbar unter http://www.bmel.de/DE/Ernaehrung/GesundeErnaehrung/GesundeErnaehrung_node.html, abgerufen am 21.04.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR ERNÄHRUNG UND LANDWIRTSCHAFT (BMEL) (2015B): Einrichtungen im Geschäftsbereich des BMEL, verfügbar unter http://www.bmel.de/DE/Ministerium/Organisation/_Texte/Geschaeftsbereich.html, abgerufen am 21.04.2015.

BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ENERGIE (BMWi) (2017): Gesundheitswirtschaft, verfügbar unter <http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Textsammlungen/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-gesundheitswirtschaft.html>, abgerufen am 17.02.2017.

BUNDESREGIERUNG (2012): Praxisgebühr wird abgeschafft, verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/ContentArchiv/DE/Archiv17/Artikel/2012/11/2012-11-08%20Praxisgebuehr.html>, abgerufen am 08.11.2016.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA) (2016): Pressemitteilungen 2016, verfügbar unter <http://www.bzga.de/presse/pressearchiv/?jahr=2016>, abgerufen am 07.11.2016.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI) (2016): Welcome to CIHI's Indicator Library, verfügbar unter <http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true>, abgerufen am 04.07.2016.

GESELLSCHAFT FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT UND -GESTALTUNG E.V. (GVG) (2016): Internationale Gesundheitsziele, verfügbar unter <http://gesundheitsziele.de>, abgerufen am 07.12.2016.

GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ (GMK) (1999): Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen - 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier,

verfügbar unter http://www.wernerschell.de/web/99/qualitaetsstrategie_im_gesundheitswesen.php, abgerufen am 20.03.2017.

GESUNDHEITSMONITOR (2016): Über den Monitor, verfügbar unter <http://gesundheitsmonitor.de/ueber-uns/ueber-den-monitor>, abgerufen am 13.09.2016.

GESUNDHEITSMONITOR (2017): 15 Jahre Gesundheitsmonitor - eine abschließende Bilanz, verfügbar unter <http://gesundheitsmonitor.de/aktuelles/news-detail/artikel/15-jahre-gesundheitsmonitor-eine-abschliessende-bilanz/>, abgerufen am 24.01.2017.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT (BQS) (2015): Das BQS-Institut stellt sich neu auf, verfügbar unter <https://www.bqs.de/19-presse/pressemeldungen/65-das-bqs-institut-stellt-sich-neu-auf>, abgerufen am 10.10.2016.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND PATIENTENSICHERHEIT (BQS) (2016): BQS und Picker begründen strategische Partnerschaft, verfügbar unter <https://www.bqs.de/leistungen/19-presse/pressemeldungen/63-bqs-und-picker-begrunden-strategische-partnerschaft>, abgerufen am 10.10.2016.

INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (IQWiG) (2015): IQWiG: Jürgen Windeler bleibt Institutschef, verfügbar unter <https://www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen/iqwig-jurgen-windeler-bleibt-institutsleiter.6542.html>, abgerufen am 07.03.2017).

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PVK) (2017): Wer kann sich privat versichern?, verfügbar unter <http://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/so-funktioniert-die-pkv/wer-kann-sich-privat-versichern/>, abgerufen am 01.03.2017.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2017): Gesundheitsausgaben, verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>, abgerufen am 16.01.17.

SÜDDEUTSCHE ZEITUNG (2014): Quälereien im Pflegeheim, verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/skandal-nach-tv-bericht-quaelereien-im-pflegeheim-1.2134133>, abgerufen am 28.11.2016.

TAGESSPIEGEL (2015): Bremer Pflegeheim droht die Schließung, verfügbar unter <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/mangelhafte-pflege-bremer-pflegeheim-droht-die-schliessung/12633412.html>, abgerufen am 28.11.2016.

US JOINT COMMISSION ON THE ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANISATIONS (JOINT COMMISSION) (2017): About The JOint Commission, verfügbar unter https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx, abgerufen am 06.03.2017.

WELT (2016): Die Nerven in Deutschlands Krankenhäusern liegen blank, verfügbar unter <https://www.welt.de/vermishtes/article150891449/Die-Nerven-in-Deutschlands-Krankenhaeusern-liegen-blank.html>, abgerufen am 28.11.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2017A): Classification of Diseases, verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icd/en>, abgerufen am 08.02.2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2017B): Countries, verfügbar unter www.who.int/countries/en, abgerufen am 09.02.2017.

Anhang 1: Die Definition von Qualität im Gesundheitswesen

Qualität im Gesundheitswesen stellt sich als derjenige Grad dar, zu dem die vorweg festgelegten Anforderungen an ein Produkt oder eine Dienstleistung in Bezug auf ihre Qualitätsmerkmale tatsächlich erfüllt werden. Damit dient Qualität im Gesundheitswesen der Erreichung des Nutzens, welcher durch das Produkt oder die Dienstleistung erreicht werden soll, indem die Beschaffenheit des Produkts bzw. der Dienstleistung anhand festgesetzter Kriterien beurteilt wird. Im Fokus stehen dabei Gesundheitsergebnisse („Ergebnisqualität“). Zur Zielerreichung wird die Anwendung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und Standards stets vorausgesetzt.

Die Steigerung des Qualitätsniveaus auf dem Gesundheitssektor dient gleichermaßen der Steigerung des Allgemeinwohls und einer Minimierung bestehender Wohlfahrtsverluste. Ziel der Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen ist eine adäquate, das heißt zugängliche, nachhaltige, finanzierbare und versorgungsgerechte Gesundheitsversorgung Deutschlands.

Qualität wird nicht nur auf das medizinische Ergebnis reduziert, sondern ganzheitlich in drei Dimensionen dargestellt:

- 1.) Strukturqualität umfasst alle externen Faktoren, die zur Leistungserstellung benötigt werden, insbesondere personelle und materielle Ressourcen des Leistungserbringers.
- 2.) Prozessqualität beschreibt die Qualität der einzelnen Prozesse, die bei der Leistungserstellung identifiziert werden können. Dabei werden die Prozesse definiert, angepasst und Qualitätsmerkmalen zugeschrieben.
- 3.) Ergebnisqualität gibt die dem Gesundheitswesen direkt zurechenbaren positiven oder negativen qualitativen Veränderungen wieder.

Um diese Qualitätsziele nachhaltig zu sichern und gleichzeitig stetig zu verbessern, bilden die vier Phasen des PDCA-Zyklus im Rahmen des übergeordneten TQM die Basis des individuell umzusetzenden Qualitätsmanagements:

- 1.) „Plan“ sichert die schriftliche Fixierung von individuellen Qualitätszielen, welche für Mitarbeiter und Interessierte transparent zugänglich gemacht werden.
- 2.) „Do“ stellt die praktische Umsetzung der Zielerreichung dar.
- 3.) „Check“ ist die Kontrolle des Zielerreichungsgrads im Rahmen eines Soll-Ist-Vergleichs. Diese Aufgabe ist dauerhaft im Qualitätsmanagement zu etablieren.

4.) „Act“: Hier werden praxistaugliche Werkzeuge standardisiert oder zukünftige Handlungen angepasst.

Alle vier Phasen stellen einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess dar, so dass ihre zyklische Wiederholung die Nachhaltigkeit der Qualität sichert.

Qualität beinhaltet des Weiteren die Einhaltung wirtschaftlicher Ziele, die als Teilziele verstanden werden.

Anhang 2: Kriterienkatalog Qualitätsindikatoren

Tabelle I: Indikatoren Strukturqualität

Indikator	Skala / Messwert	Offene Angaben
<p>Internes Qualitätsmanagement</p> <p><i>Werden Instrumente des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements genutzt?</i></p> <p><i>[Optional: Datum der letzten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements]</i></p>	<p>1=Ja 2=Nein</p> <p>TT.MM.JJ</p>	<p>Welche Instrumente werden genutzt (Mehrfachnennungen möglich)?</p>
<p>Externes Qualitätsmanagement</p> <p><i>Werden Instrumente des einrichtungs-externen Qualitätsmanagements genutzt?</i></p> <p><i>[Optional: Datum der letzten Datenerhebung im Rahmen des externen Qualitätsmanagements]</i></p>	<p>1=Ja 2=Nein</p> <p>TT.MM.JJ</p>	<p>Welche Instrumente werden genutzt (Mehrfachnennungen möglich)?</p>
<p>Mitarbeiter Qualitätsmanagement</p> <p><i>Prozentualer Anteil Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement</i></p>	<p>(Anzahl der Mitarbeiter für das Qualitätsmanagement / Anzahl aller Mitarbeiter des Unternehmens) * 100</p>	
<p>Mitarbeiterqualifikation</p> <p><i>Schulungsaufwand pro vollbeschäftigten Arbeitnehmer</i></p>	<p>Direkte Kosten für Schulungsaufwand / Durchschnittliche Anzahl vollbeschäftigter Arbeitnehmer</p>	
<p>Kapazitätsnutzung Arzneimittel</p>	<p>Gesamter Wert der vorrätigen Arzneimittel am Ende des Jahres / Summe der Ausgaben für Arzneimittel während des Jahres</p>	
<p>Praxismanagement</p>	<p>Wartezeit auf einen Termin in Tagen</p>	

Tabelle II: Indikatoren Prozessqualität

Indikator	Skala / Messwert	Offene Angaben
<p>Fehlerberichtssystem</p> <p><i>Nimmt das Unternehmen / Nehmen Ärzte an einem Fehlerberichtssystem teil?</i></p>	<p>1=Ja 2=Nein</p>	<p>Wenn „Ja“: Welches Fehlerberichtssystem wird genutzt? (Name)</p>
<p>Durchführungsqualität</p> <p><i>Wahrgenommene Gründlichkeit bei der Durchführung der Dienstleistung aus Sicht des Kunden / Patienten</i></p>	<p>1=Sehr ungründlich 2=Ungründlich 3=Weder gründlich noch ungründlich 4=Gründlich 5=Sehr gründlich</p>	
<p>Total Quality Management</p> <p><i>Wird der kontinuierliche Verbesserungsprozess (Deming-Zyklus) in allen vier Phasen im Unternehmen umgesetzt?</i></p>	<p>1=Ja 2=Nein</p>	<p>Wenn „Nein“: Kurze Begründung</p>

Tabelle III: Indikatoren Ergebnisqualität

Indikator	Skala / Messwert	Offene Angaben
<p>Patienten-/Kundenzufriedenheit <i>Wie zufrieden waren Ihre Patienten / Kunden mit (Name des Anbieters) insgesamt?</i></p>	<p>1=Sehr unzufrieden 2=Unzufrieden 3=Weder zufrieden noch unzufrieden 4=Unzufrieden 5=Sehr zufrieden (Auswertung: Summe aller zufriedenen Befragten [Angabe 4 oder 5] / Summe aller Befragungsteilnehmer)</p>	
<p>Weiterempfehlung <i>Würden Ihre Patienten / Kunden den Anbieter ihrem besten Freund / ihrer besten Freundin weiterempfehlen?</i></p>	<p>1=Überhaupt nicht weiterempfehlen 2=Eingeschränkt weiterempfehlen 3=Weder noch 4=Weiterempfehlen 5=Voll und ganz weiterempfehlen</p>	