

Hildebrandt/Stuppardt (Hrsg.)

Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert



Gesundheitswesen in der Praxis

Innovationstreiber Regionalisierung

Nikolaus Huss

1	Eine kurze Geschichte der Innovation im deutschen Gesundheitswesen	1 – 13
2	Was tun?	14 – 29
3	Leitgedanken einer regional basierten Innovationsstrategie . .	30
4	What's next?	31 – 42
	Literatur	

Innovationstreiber Regionalisierung

Abstract: Regionalisierung kann das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig innovativer machen. Die Geschichte versäumter Innovationschancen dient als Argumentationshintergrund. Voraussetzung einer innovationsoffenen Regionalisierung: eine klare Governance-Struktur vor Ort und eine Neubestimmung der Rolle nationaler Politik. Es geht nicht mehr darum, alle Regeln des Gesundheitswesens gesetzlich festzuschreiben, sondern Leitplanken zu setzen, damit sich vor Ort jeweils passende Lösungen entwickeln können. Lasst 1.000 bunte Versorgungslandschaften blühen!

1 Eine kurze Geschichte der Innovation im deutschen Gesundheitswesen

Kapitel-Hierarchie: 1

- 1 Es begann mit dem Lipobay-Skandal im Jahr 2001. Weil schädliche Nebenwirkungen des Präparats nicht nachvollziehbar waren, sollte es nach dem Willen von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eine elektronische Gesundheitskarte richten. Dort sollten alle eingenommenen Medikamente erfasst werden. Beim Eintrag eines neuen Medikaments würde eine Warnung ausgegeben, falls Nebenwirkungen zu erwarten sind. Heute, 2021, ist diese Funktion – wie auch die bereits damals angedachten Funktionen einer Patientenakte – noch immer nicht realisiert. Die E-Medikation der Telematikinfrastruktur, sie existiert nur in der Theorie.
- 2 Das deutsche Gesundheitswesen 2021 befindet sich noch immer weitgehend im Faxzeitalter. In den Praxen hat Jens Spahn allenfalls das unsichere Windows 7/8-Zeitalter per politischem Dekret beendet. Gleichzeitig ist WhatsApp ein beliebtes innerärztliches Kommunikationsinstrument geworden. Man spricht halt nicht drüber, zumal weil im politischen Raum immer noch vom „besonders sicheren Netz der KVen“ gesprochen wird. Das immerhin jetzt langsam abgelöst wird. Doch auch KIM, der Nachfolger, arbeitet mit Terminals und Karten, während wir uns längst daran gewöhnt haben, unsere Bankgeschäfte per Daumenabdruck zu regeln.
Datenschutzkonzepte aus dem letzten Jahrhundert
- 3 Die Deutschen und die Technologie. Man kann die Geschichte auch anhand der Corona-App nachzeichnen. Wir scheitern an unserer prinzipienreichen, politisch hoch aufgeladenen, aber nicht wirklichkeitstauglichen Einstellung. Wir könnten Digitalisierung als Werkzeug begreifen, mit dem wir Prozesse vereinfachen und beschleunigen können und bei dessen Nutzung wir neue Ansätze für Sicherheit und Privatheit entwickeln müssen. Stattdessen halten wir an einer Datenschutzvorstellung des vergangenen Jahrhunderts fest. Datensparsamkeit, anlassbezogene Speicherung und Dezentralität sind die falschen Rezepte, wenn wir das Potenzial der Datennutzung heben wollen.
- 4 Europäische Staaten wie Estland zeigen längst, dass auch im Rahmen der europäischen Datenschutzgrundverordnung eine sinnvolle Datennutzung etabliert werden kann. Deutschland dagegen hält an seiner überkommenen Interpretation vom

Eine kurze Geschichte der Innovation im deutschen Gesundheitswesen

Datenschutz fest. Und so haben wir uns, Stichwort Corona-Warn-App, statt durchgängiger Digitalisierung und damit Beschleunigung und Responsivität der Meldekette über Monate hinweg eine App geleistet, die viel kostet – und wenig gekonnt hat. Und weil wir diese datensparsame App etabliert haben, sind wir gezwungen, unsere Pandemiestrategie an der Inzidenz auszurichten, damit die Gesundheitsämter nicht überlastet werden, bleiben reichlich zu Hause und fahren unser ganzes Gesellschaftsleben auf null. Asien kann das anders.

Das beste Gesundheitswesen von allen

Das ist der Satz, auf den sich in Deutschland alle verständigen. Immer wieder. 5
Aber muss es so bleiben? Ein Seitenblick auf die deutsche Automobilindustrie zeigt, wie gefährlich es ist, sich auf seinen Lorbeeren auszuruhen. Alle deutschen Premiumhersteller haben den Klimawandel kommen sehen. Aber statt das Geschäftsmodell frühzeitig zu ändern, haben sie mit Ex-Minister Matthias Wissmann einen erfolgreichen Lobbyisten gewonnen, der immer das Ohr von Frau Merkel fand. Als das beim Diesel nicht mehr half, wurden Messverfahren gefälscht. Im Gegenzug haben ein visionärer Einzelgänger, Elon Musk, wahrlich kein Freund demokratischer Verfahrensweisen, und ein autoritäres, aber seine Aufstiegschance erkennendes China, ihre Chancen genutzt und den Schalter in Richtung Elektromobilität umgelegt. Jetzt geben Musk und China den Takt vor.

Gut möglich, dass auch das „beste Gesundheitswesen der Welt“ über Nacht zum 6
Nachzügler wird. Weil sich der „Modus“ ändert. Sich gegenseitig feiern wie einst die Autokonzerne, das können auch Politik und Selbstverwaltung ziemlich gut. Dabei hat sich die globale Gesundheitswirtschaft längst dynamisiert. Und für 2022 sagen die Schätzer für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein Defizit von über 20 Mrd. € voraus. Wie lange werden die Gesetze halten, mit denen die Politik das Gesundheitssystem wie mit Burgmauern und Wassergräben abgeschottet hat? Weder die Folgen des demografischen Wandels noch neue Technologien lassen sich auf Dauer außen vorhalten.¹

Der deutsche Blick auf Gesundheit ist durch Bestandsinteressen gefiltert!

Wie kamen wir dorthin, wo wir heute stehen? Kurzer Rückblick: Die Politik 7
benötigte gesundheitspolitische Verhandlungspartner, also bildeten sich auf Bundesebene Spitzenverbände für die tradierten „Systemakteure“, wie die ambulant tätige Ärzteschaft, die Kliniken und die Krankenkassen. Diese haben ihre Interessen – und ihre Verhandlungen – im Gemeinsamen Bundesausschuss als zweiter Governance-Ebene organisiert. Im Ringen um Entscheidungen haben sie sich wissenschaftlich aufgerüstet. IQWiG, IQTiG und andere Institute sind die Filter, mit deren Hilfe entschieden wird, was „richtig oder falsch“, effektiv, zweckmäßig oder überflüssig ist. Um diese Institute herum wiederum hat sich – Problem

¹ Ausführlich: Huss u. a.: Out of the Box! Arena Analyse zur Zukunft des Deutschen Gesundheitswesens. 2013. Online: <http://kovarhuss.de/wp-content/uploads/2013/10/Arena-Analyse-Gesundheit.pdf> [abgerufen am 9.6.2021].

Innovationstreiber Regionalisierung

Nummer eins – eine blühende Gutachterlandschaft etabliert, die ihre lukrativen Auftragsgutachten fest im Blick hat – und die die jeweils aktuellen politischen Schlagworte in immer neue Powerpoint-Vorträge und eloquente Stellungnahmen verpacken kann.

- 8 Daneben prüft, davon ganz unberührt, das Bundesversicherungsamt, seit 1.1.2020 in Bundesamt für Soziale Sicherheit umbenannt, die großen, bundesweit tätigen Ersatzkassen weiterhin nach kleinteiligen, kameralistischen Kriterien. Dort gibt es keine Investitionsrücklagen, keine Kriterien für mehrjährige Prozesse, keine Innovationsstrategien und entsprechend keine Notwendigkeit, mehrjährig zu planen. Widersprüche in der Rollenauslegung von Kassen – Sollen sie nun nur Rechnungen bezahlen, oder sollen sie Treiber einer Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft sein? – sind da die Regel, nicht die Ausnahme. Problem Nummer zwei.
- 9 Die kleinteiligen und widersprüchlichen Regulierungen haben auf Seiten der Leistungserbringer zuweilen skandalisierte und tatsächliche Missbrauchstatbestände^{2,3} mit sich gebracht. Das wiederum führte dazu, dass die Mannschaftsstärke und Kontrolltiefe des MDKs erweitert wurden. Die Folge: mehr Dokumentation, nicht um die Versorgung zu verbessern, sondern um gerichtsfest dokumentieren zu können. Problem Nummer drei.
- 10 Brave New Healthcare World: Franz Knieps, einer der Architekten des SGB V und einer der wenigen noch verbliebenen Insider der Architektur des Gesundheitssystems, forderte auch, den SGB V via Enquetekommission zu entrümpeln.⁴
Wir leiden nicht am Neoliberalismus, sondern an der politischen Unfähigkeit, die eigenen Fähigkeiten und Grenzen zu erkennen.
- 11 Mehr Staat, weniger privat, lautet eine populäre Forderung in Politik und Medien. Im Neoliberalismus meinen viele, den Gegner besserer Gesundheitsversorgung zu erkennen. Ein Schlagwort, dem sich just auch der Düsseldorfer Orthopäde und Kassenarztchef Andreas Gassen anschloss. Düster, aber faktenlos, beschwor er in der Anhörung des Deutschen Bundestags am 24.3.2021 das Venture-Capital-Gespenst und versperrt damit den Blick auf die Tatsachen: Wenn die Kosten des

2 Landjährige Beobachter erinnern sich noch an den Augsburger Laborbetreiber Schottdorf, der das Delta zwischen budgetierter ärztlicher Interpretationsleistung und industriell standardisierten Ergebnissen ergebnisrelevant zu nutzen wusste. Vgl. Wiedemann: Affäre Laborärzte: Staatsanwaltschaft und Ministerium jetzt gefordert. In: Deutsches Ärzteblatt 49/1999, S. A-3151

3 Aufreger aus neuerer Zeit: Die Kreativleistungen von Ärzten und Kassen zur Ergebnisoptimierung auf Basis des Morbi-RSA. Und warum das Geschäft der Abrechnungsberater für niedergelassene Arztpraxen blüht, bleibt ein offenes Geheimnis. Vgl. Hillienhof: Betrugsvorwürfe entfachen Streit um Kassenfinanzen. 2016. Online: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70836/Betrugsvorwurfe-entfachen-Streit-um-Kassenfinanzen> [abgerufen am 8.5.2021].

4 Knieps: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2020, S. 71–78.

Gesundheitswesens in den vergangenen 25 Jahren auf 400 Prozent des Ausgangswerts gestiegen sind, kann es nicht das neoliberale Kaputtsparen gewesen sein, das zu manch beklagenswertem Zustand in der Versorgung geführt hat.

Privates Kapital war nicht das Problem, sondern vielfach die Rettung aus einer Situation, in der Politiker immer wieder mehr gute Kliniken gefordert, aber niemals mehr Investitionsmittel bereitgestellt haben. Privates Kapital hat, das zeigt die Geschichte der privaten Krankenhausgesellschaften, die Gesundheitslandschaft im positiven Sinne entwickelt. Das kann man sagen, ohne den übersteigerten Hang zur Ergebnisoptimierung unter den Tisch fallen zu lassen. Finanzmarktfinanzierung kann ein Beitrag dazu sein, die neuen medizinischen und technologischen Möglichkeiten nicht nur in Modellprojekten oder Vortragsälen, sondern auch im Versorgungsalltag ankommen zu lassen.⁵ Die neuen technologischen Möglichkeiten können einen Beitrag dazu leisten, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen – um mehr geht es gar nicht – und die Erhaltung und Wiederherstellung unserer aller Gesundheit effektiver und effizienter und damit besser zu gewährleisten. Wenn man sie lässt. **12**

Der desolate Zustand mancher Kliniken, das sei angesichts der zahlreichen Kräfte, die die Privatisierung wieder rückgängig machen wollen, unterstrichen, ist keine Folge des Neoliberalismus oder gar der privaten Krankenhauskonzerne. Er ist ein politisch gemachtes Problem!⁶ **13**

2 Was tun?

Kapitel-Hierarchie: 1

Perspektivwechsel. Was sind die Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitssystem in der Gegenwart und in der Zukunft steht? **14**

- Der innere demografische Wandel: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Gesundheitsberufe stehen vor einem Generationswechsel.
- Der äußere demografische Wandel: Das Verhältnis der nicht Erwerbstätigen über 65-Jährigen zur Gesamtzahl der Erwerbstätigen steigt von 34,5 % im Jahr 2000 über 47,4 % heute auf 62,1 % 2030 bis 73,9 % im Jahr 2050.⁷ Die

⁵ Den Vorschlag für ein neues Finanzmarktinstrument unterbreiten beispielsweise Graalmann u. a.: Notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit „Weißen Anleihen“ finanzieren. In: Welt der Krankenversicherung 2–3/2021, S. 36–39.

⁶ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft beziffert das Investitionsloch der Bundesländer inzwischen auf 20 Mrd. €, zuletzt im Dezember 2019: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Veröffentlichung der DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2019. Online: <https://www.dkg-ev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhausern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/> [abgerufen am 9.6.2021].

⁷ Statista: Deutschland: Verhältnis der „inaktiven“ Bevölkerung ab 65 Jahre zur gesamten Erwerbsbevölkerung von 2000 bis 2050. 2021. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14177/umfrage/deutschland-anteil-rentner-an-erwerbsbevoelkerung/> [abgerufen am 5.5.2021].

Innovationstreiber Regionalisierung

Folgen: Stark ansteigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, zunehmende finanzielle Engpässe.

- Die Wünsche der jungen Generation in den Gesundheitsberufen: Die Ärzteschaft wird zunehmend weiblich, möchte in den Metropolen bleiben und wünscht sich weniger häufig unternehmerische Verantwortung und häufiger Konzentration aufs Medizinische und Teamarbeit.

- 13 Demgegenüber stehen die neuen Möglichkeiten, die uns die medizinische Forschung, die Versorgungswissenschaften und neue technologische Möglichkeiten bieten. Eine Feinanalyse von Versorgungsdaten ermöglicht differenziertere und zielgruppengenaue Therapiemöglichkeiten. Je früher Krankheiten erkannt werden, desto besser können sie – meistens – therapiert werden. Genetische Analysen können dazu einen großen Beitrag leisten. Die Qualität der Therapien steigt durch multiprofessionelle Zusammenarbeit. Neue Honorierungsmodelle können den Erhalt von Gesundheit belohnen, statt wie heute (nur) Reparaturmaßnahmen zu bezahlen. Die heute typischen 5-Minuten-Kontakte in der Praxis werden entweder durch Videokonferenzen oder gleich durch digitales Versorgungsmanagement unter Nutzung künstlicher Intelligenz ersetzt. Immer mehr Patienten informieren sich selbst. Ein Erstgespräch kann auch mit einer weitergebildeten Pflegekraft geführt werden. Gesundheits-Apps können Diagnose und Therapie vereinfachen.

Eine Güterabwägung ist notwendig.

- 14 Damit aus all dem mehr wird als eine Aneinanderreihung von Schlagworten, brauchen wir einen neuen, unverstellten Blick auf das Gesundheitswesen. Nur wenn wir die Rolle der Politik neu bestimmen, die Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Ebenen – Bund, Land, Region und Kommune – neu und eindeutig zuordnen, kann es gelingen, eine durchgängige Innovationspipeline aus dem Gesundheitssystem heraus zu entwickeln. Wenn wir bereit sind, unsere gemüthlichen, aber nicht mehr zutreffenden Vorstellungen vom Arzt abzulegen, der in Einsamkeit, Freiheit und mit Berufung auf den hippokratischen Eid die Krankheiten seiner Patienten zu identifizieren und zu lindern fähig ist. Die Rolle des Einzelarztes wird sich verändern, Diagnosen und Therapien werden differenzierter. Politik muss die Rahmenbedingungen schaffen, damit die Leistungserbringerseite dieser Komplexitätsanforderung gerecht werden kann.

Die Aufgabe der Politik für die kommenden Jahrzehnte: Leitplanken setzen, in denen sich die Institutionen des Gesundheitswesens kontinuierlich verändern können.

- 15 Die Herausforderungen sind bekannt. Und sie werden sich über die kommenden zwei Jahrzehnte nicht verändern. Jedes Gesundheitssystem impliziert ein Geschäftsmodell – mit Stärken, aber auch erkannten und unentdeckten Nebenwirkungen. Die Stärke unseres Gesundheitssystems: Fast jede Leistung lässt sich einklagen. Die Schwächen: Effektivitäts- und Effizienzmängel, und vor allem die Fähigkeit, aus sich heraus und kontinuierlich innovativ zu sein. Erst, wenn Politik

die Rahmenbedingungen verändert, also Leitplanken für einen über Jahrzehnte währenden Veränderungs- und Innovationsprozess setzt, können neue medizinische und therapeutische Erkenntnisse, neue digitale Werkzeuge in den medizinischen Alltag einfließen, Diagnose und Therapie zielgenauer, besser, effektiver und effizienter werden und so neue Formen der Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Nichts muss bleiben, wie es ist. Aber jeder Akteur kann bleiben, wenn er seine Rolle neu interpretiert.

Wir brauchen Krankenkassen, ja, aber wie viele? Wir brauchen einen Mindestkatalog von Kassenleistungen, ja, aber welche Leistungen könnten dazu führen, einen Wettbewerb um bessere Leistungen zu stimulieren? Wie gelingt es, Versicherte zu Entscheidern zu machen und nicht nur, fast alibihaft, einen Patientenvertreter oder eine Patientenvertreterin zu benennen? Ja, die Wahl einer richtigen Krankenversicherung ist komplexer als der Kauf einer Zahnpasta oder der Erwerb eines Autos. Aber nur, wenn der oder die Versicherte substanzielle Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenkassen wahrnehmen kann, wird er mittelfristig eine Motivation entwickeln, Entscheidungen zu treffen. Und damit, weil er tatsächlich im Mittelpunkt steht, einen dauerhaften Qualitätswettbewerb entfalten. 18

Warum brauchen wir eine „integriert regionale Gesundheitswirtschaft“?

Eine integriert regionale Gesundheitswirtschaft kann ein Leitgedanke sein, mit dem wir das Gesundheitswesen aus dem Dickicht kleinteiliger und widersprüchlicher Regulierung befreien würden. 19

Die wichtigsten Gründe: 20

- Versorgungslücken treten regional zu unterschiedlichen Zeiten und in verschiedenen Konstellationen auf.⁸
- Regionale Ökosysteme mit hohen Freiheitsräumen können auf kleinteilige, bürokratische, oftmals willkürliche und für die Therapie nicht förderliche Controlling-Maßnahmen verzichten.
- Die Veränderung des institutionellen Settings ist ein komplexer Prozess, bei dem viele Faktoren zusammenspielen müssen und gegenseitiges Vertrauen gegeben sein muss. Veränderungsprozesse dieser Art sind auf regionaler Ebene, „wo die Leute sich kennen“, erfolgsversprechender als auf nationaler Ebene.

Das Gesundheitssystem braucht eine neue Orientierung.

Nicholas Nassim Taleb, der Erfinder des „Schwarze Schwäne“-Phänomens, Börsenspekulant und frühzeitiger Prognostiker des Finanzmarktzusammenbruchs, 21

⁸ Bereits drei Landtage haben sich mittels Enquetekommissionen mit der Frage künftiger Gesundheitsversorgung beschäftigt. Der Landtag Niedersachsen hat bereits einen Bericht vorgelegt, die Kommission in Mecklenburg-Vorpommern befindet sich noch in Beratungen. In Sachsen-Anhalt konnten die Beratungen nicht vor der Landtagswahl am 6. Juni 2021 abgeschlossen werden.

Innovationstreiber Regionalisierung

hat sich lange mit den „unsichtbaren“ Prozessen komplexer Veränderungen beschäftigt. In „Antifragilität. Anleitung für eine Welt, die wir nicht verstehen“ skizziert er eine Veränderungsstrategie, die bewusst darauf verzichtet, Systeme immer fester und stabiler zu machen. Ein solches Vorgehen würde systematisch dazu führen, dass jede Erschütterung zu einem „systemrelevanten Ereignis“ wird.⁹ Stattdessen plädiert er dafür, das Gesamtsystem so zu flexibilisieren, dass jedes Element mehr Verantwortung für sich und die von ihm gefundenen Lösungen übernehmen kann.

- 22 Was alle Akteure im Gesundheitswesen benötigen, ist ein Leitgedanke, der beschreibt, wie das Gesundheitssystem die wichtigsten Herausforderungen lösen kann. Politik und Akteure benötigen keinen feststehenden Plan, wie die künftigen Herausforderungen der Gesundheitspolitik zu lösen sind.¹⁰ Sie benötigen lediglich einen Korridor, innerhalb dessen sich in der Verantwortung der Akteure vor Ort die regionale Gesundheitslandschaft über einen Zeitraum von 6, 8, vielleicht 12 Jahren verändern kann.
- 23 Dieser Logik zu folgen, bedeutet, der Politik auf Bundesebene in erster Linie ordnungspolitische Aufgaben zuzuweisen, damit nachgeordnete Ebenen und Institutionen (oder einzelne Ökosysteme) befähigt werden, ihre Aufgaben neu zu interpretieren und zu lösen. In zweiter Linie bedarf es Elemente der Anschubfinanzierung, um die Etablierung neuer Verantwortlichkeiten gezielt zu unterstützen.

Wir kennen die Richtung. Aber wie das Ziel aussieht, kann heute noch niemand wissen.

- 24 „Gesundheit von unten denken“, also aus der Region heraus, kann uns die Orientierung geben, mit der wir Kriterien für eine Entrümpelung des SGB V und anderer gesetzlicher und Verordnungsvorgaben bilden können: Welche Entscheidungen müssen bundesweit getroffen werden? Welche Rahmenbedingungen und Ressourcen benötigen die Entscheider vor Ort, damit funktionierende regionale Ökosysteme der Gesundheitswirtschaft entstehen können? Und wie kann eine

9 Tony Blair hat vor seiner Wiederwahl 2001 Ärzte aus dem Ausland eingeflogen, um den enormen Operationsstau des NHS „abarbeiten zu lassen“. Jens Spahn will, nachdem CDU-Gesundheitsminister Gröhe und er selbst über insgesamt 8 Jahre lang die Kassen der gesetzlichen Krankenkassen „geplündert“ und damit teure Kompromisse mit den G-BA-Akteuren erkaufte haben, plötzlich 12 Mrd. € in die gesetzlichen Kassen „einschießen“. Experten beziffern den Finanzbedarf allerdings auf mindestens den doppelten Betrag. Vgl. Corona-Folgen: Kassen sollen deutlich mehr Geld aus dem Steuersäckel bekommen. 2021. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kassen-sollen-deutlich-mehr-Geld-aus-dem-Steuersaeckel-bekommen-419396.html> [abgerufen am 8.5.2021].

10 Der politische Prozess birgt die Logik seiner eigenen Entwertung in sich. Selbst richtige Pläne würden durch die Logik der politischen Verhandlung, die Differenz von Bund- und Länderinteressen, die Differenzierungs- und Profilierungswünsche der Parteien und die Kompromisslogik von Regierungsverhandlungen immer wieder verfälscht. In den Nächten der Koalitionsverhandlungen fragt niemand mehr nach Evidenz der Entscheidungen. Alles dreht sich um politische Gesichtswahrung.

Was tun?

nach Skalierung strebende, neue digitale Gesundheitsökonomie gut mit einer regionalisierten Versorgung vor Ort zusammenspielen? Politik ist auch Erwartungsmanagement. Vor diesem Hintergrund ist die Weigerung der Parteien, die Bürgerinnen und Bürger auf die notwendige Veränderung des Gesundheitswesens vorzubereiten, eine ihrer größten Schwachstellen.

„Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Aufgaben zu vergeben und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten, endlosen Meer.“ 25

Das Antoine de Saint-Exupéry zugeschriebene Zitat könnte auch ein Leitmotiv für die Politik sein, die Gruppe von Menschen, Mitarbeitern und Entscheidern in den Institutionen des Gesundheitswesens, die die Herausforderungen erkennen und die Chancen nutzen wollen, gegen die Kräfte der Beharrung zu stärken. 26

Der deutsche Konsens: Die Leistungen des Gesundheitswesens sollen allen zugutekommen sollen, unabhängig von Bildung, Einkommen und Wohnort. Davon gehen wir aus.

Wenn heute in der gesundheitspolitischen Debatte das Negativbild der Zweiklassenmedizin an die Wand gemalt wird, lenkt das davon ab, dass sich alle etablierten Parteien in einem einig sind: Eine gute Gesundheitsversorgung soll allen zugutekommen, weitgehend unabhängig von Bildung, Einkommen und Wohnort. Eingelöst werden kann dieser Anspruch allerdings nie zur Gänze. Wer genau hinsieht, erkennt schon heute eine vielschichtige Differenzierung. Durch kulturelle Codes, regional, übrigens auch in Großstädten. Die Pandemie zeigt das im Brennglas. Also formulieren wir besser: Wir wollen dafür sorgen, dass alle einen guten Zugang zu einem sich verbessernden Gesundheitssystem erhalten sollen, in der die in Medizin und Pflege tätigen Menschen sich wieder ihren Patienten zuwenden können. Auch künftig wird es Differenzierungen geben. Auf der Suche nach neuen Lösungen sind sie notwendig. Und welche Lösung dabei vorne liegen wird, steht längst nicht fest. „Wo die Not am Größten, wächst das Rettende auch“, schrieb Hölderlin. Und so könnten ländliche Regionen, die neuen Bundesländer, diejenigen sein, aus denen heraus sich zuerst neue Lösungen entwickeln. 27

Der Aufstieg der Charité kann dabei als Vorbild dienen. Die moderne Medizin ist nicht als Versorgungsmodell für Adelige und Fürsten entstanden, sondern aus einem Krieger- und Invalidenhospital. Engagierte Forscherinnen und Forscher und beherzte Organisatoren haben aus dem hygienischen und medizinischen Elend der explodierenden Großstadt Berlin radikale Schlussfolgerungen gezogen. Das massive Auftreten von Erkrankungen, verursacht ebenso durch schlechte Arbeits- und Wohnbedingungen wie durch Kriegsfolgeschäden und durch Epidemien, hat zu neuen Erkenntnissen und neuen präventiven und kurativen Ansätzen geführt. Auch damals ist das Neue nicht durch einen großen Plan 28

Innovationstreiber Regionalisierung

entstanden, sondern durch besondere Umstände, durch entschiedene Menschen in Medizin, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Schritt für Schritt.

Der Weg und das Ziel

- 29 Die in diesem Werk versammelten Autorinnen und Autoren vereint ein Gedanke: Es geht besser. Und Regionalisierung erscheint ihnen der Ansatz, mit dem diese Verbesserung realisiert werden kann. Alle reden vom „Was“. Jetzt reden wir vom „Wie“.

3 Leitgedanken einer regional basierten Innovationsstrategie

Kapitel-Hierarchie: 1

- 30 Vor diesem Hintergrund erleichtert uns das Leitbild integrierter Regionalisierung, die unterschiedlichen Elemente einer neuen, agilen Gesundheitskultur zu erkennen und umzusetzen:
- Medizin können auch andere. Medizinischer Erstzugang kann nicht nur der Arzt, die Ärztin, sondern auch eine entsprechend qualifizierte Krankenschwester, neue Ausbildungsberufe, vielleicht auch neue ärztliche Professionen, die über kürzere, erfahrungsbasierte Wege gute Ansprechpartner für Patienten und Patientinnen sind.
 - Nicht länger isoliert. Der niedergelassene Einzelarzt ist, wenn er seine Patienten kennt, ein hervorragender Ansprechpartner. Aber wir wissen, dass immer mehr medizinische Studienabgänger und -abgängerinnen die ökonomische Verantwortung nicht mehr übernehmen möchten, sondern die Work-Life-Balance im Vordergrund steht. Ob sich künftig wieder mehr Medizinerinnen „für die Fläche“ finden, wissen wir nicht. Und wenn wir nicht nur Symbolpolitik treiben wollen, wissen wir auch, dass Niederlassungsprämien nicht der richtige Anreiz für Lebensentscheidungen sind. Wir benötigen neue Versorgungszentren, digitale Konsultationen und mehr Eigenständigkeit weitergebildeter Pflegekräfte in der eigenständigen Patientenarbeit.
 - Wissen für das hinterste Eck der Republik. Just in Time. Der Wissensfortschritt in der Medizin schreitet so rapide fort, dass jeder Therapeut, vom Arzt jeder Profession bis zum Physiotherapeuten, als Einzelperson in der derzeit überwiegenden Form der Einzelpraxis mit der Aneignung des Wissensfortschritts überfordert ist. Mehr Wissensdynamik erfordert eine Anpassung der institutionellen „Grundgröße“. Medizinische Erstansprechpartner bedienen sich künftig Expertensystemen, jeder therapeutisch Tätige kann sich, und zwar nicht nur in seiner Freizeit, auf dem neuesten Stand der Erkenntnis halten, die „Innovationspipeline“ der Diagnostik und Therapie wird flüssiger und durchgängig kontinuierlicher. Der niedergelassene Einzelarzt ist somit ein tendenziell auslaufendes Modell. Ärztehäuser haben sich oftmals lediglich als ein räumliches Nebeneinander von Ärzten ohne Anreize für eine Integrierte

Leitgedanken einer regional basierten Innovationsstrategie

Versorgung erwiesen. Also benötigen wir eine neue Governance, neue Honorierungssysteme für die Neuausrichtung der Arbeit, für Zusammenarbeit, für Ergebnisverantwortung.

- Die Macht denen, die es machen! Zentralisierte Entscheidungen, wie sie über die Bundespolitik und nachgeordnet über den G-BA erfolgen, führen zu einem, zumindest indirekten, Meinungskartell. Entscheidungen gibt es nur, wenn sie den Durchschnittsinteressen der an der Entscheidung beteiligten Gruppen entspricht. Mit der Zeit entwickelt sich unter den beteiligten Gruppen ein verdecktes System symbolischen Gebens und Nehmens, in dem die Weiterentwicklung des Governance-Systems, der Honorierung und der Kodifizierung erfolgt. Neue Versorgungskonzepte entstehen nicht über konsensuelle, von „Durchschnittsinteressen“ geprägte Vereinbarungen. Sie benötigen unternehmerische Verantwortung, oftmals auch Risikobereitschaft.
- Apps kommen langsam, aber gewaltig. Neue, oftmals digitale Lösungen (Gesundheits-Apps) entfalten ihre volle Wirksamkeit nur in optimierten Settings. Das Konzept „Evidence Based Medicine“ als Eingangsvoraussetzung für die Zulassung und Honorierung digitaler Apps funktioniert für Gesundheits-Apps nicht. Digitale Instrumente benötigen Experimentierräume, die Bewährung in realen Versorgungssituationen, möglicherweise private Investitionsmittel, mittelfristig belastbare Entscheidungszeiträume, in denen sie optimiert, informativ verbessert werden kann, bis sie „habituell“ in das rituelle Verhalten von Ärzten, Therapeuten und Patienten gedrungen ist und ihren Nutzen entsprechend entfalten kann.¹¹
- Ambulant und stationär war gestern. Die Sektoren wachsen zusammen. Die deutsche Kliniklandschaft ist, entgegen einer verbreiteten Wahrnehmung, weitgehend zersplittert, dezentral organisiert, von zu starren Vorgaben stranguliert. Gute Kliniken benötigen Ärzte, die sich auf ihre Profession konzentrieren können. Die Professionalisierung der Institutionellen Leitung, Organisation, Finanzierung und Abrechnung, Personalführung, Einkauf beinhaltet noch erhebliche Innovationsreserven – insbesondere, wenn stationäre in ambulante Angebote überführt und damit Kosten reduziert werden können. Auch die Klinik wird multiprofessionell, teamorientierter, benötigt professionelles Management bis hin zu professioneller digitaler Infrastruktur.
- Versicherte entscheiden lassen! Die Rolle der Patienten und Patientinnen ist anders zu interpretieren. Subjekt statt Objekt, Mitentscheiderin und Mitentscheider. Solange Patienten keine echten Entscheidungsalternativen wahrnehmen können, werden sie keine Verantwortung übernehmen. Über die Form, wie diese Entscheidungsalternativen aussehen (Tarife mit Beitragsreduzierung

¹¹ Regelmäßige Nutzerbefragungen zeigen, dass insbesondere bei vulnerablen Gruppen ein besonderes kommunikatives Setting notwendig ist, damit diese von den betroffenen Zielgruppen angenommen werden, aktuell beispielsweise Dr. Alexander Schachinger in EPatient Analytics GmbH: Pressemitteilung zum EPatient-Survey Q1 2021: Digital ist nichts normal. 2021. Online: <https://www.epatient-analytics.com/aktuelles/pressemitteilung-zum-epatient-survey-q1-2021-digital-ist-nichts-normal> [abgerufen am 9.6.2021].

Innovationstreiber Regionalisierung

bei „Mitarbeit“ o. ä.), darüber lässt sich streiten, aber 5 Euro Zuzahlung pro Rezept, das können politische Kompromisse sein, sie sind aber keine Lösung, weil die Anreize zu gering, zu unspezifisch sind.

- Kassenärztliche Vereinigungen zu Genossenschaften wandeln! Die „freien Berufe“ Arzt und Apotheker sind nicht tot. Am Absterben ist lediglich die garantierte Form der Leistungserbringung und ihrer Vergütung. Kassenärztliche Vereinigungen können sich zu Ärztegenossenschaften wandeln, die Teil eines kooperativ wirtschaftenden regionalen Gesundheitswesens sind. Die Ausgliederung funktionaler Einheiten, beispielsweise für die Bereitstellung digitaler Infrastruktur in den ambulanten Praxen wäre eine Form, die, zudem cloudbasiert, zu erheblichen Entlastungen in den Praxen führen würden. Ob die Steuerung der regionalen Gesundheitswirtschaft in Form einer Kooperation, durch einen „starken“ Betreiber, beispielsweise einen privaten Klinikkonzern, oder eine öffentlich oder gemeinwohlorientierte Klinikgesellschaft zu erbringen ist, sollte regional entschieden werden. Nur der Rahmen, in dem diese Entscheidung stattfindet, sollte einheitlich sein.
- Den frei niedergelassenen Arzt als Unternehmer ernst nehmen. Den Apothekenbesitzer (und die -besitzerin) auch. Die „freien“ Berufe Arzt und Apotheker haben sich im Gesundheitssystem in eine aus sich heraus nicht mehr zu rechtfertigende privilegierte Stellung gebracht. Freiwillige Kooperationsappelle fruchten zu wenig. Es bedarf also einerseits attraktiver Angebote, gemeinsam (und ergebnisbezogen) zu arbeiten. Allerdings sollten wir künftig auch offen darüber diskutieren, ob den Honoraren tatsächlich immer entsprechende Leistungen gegenüberstehen. Trotz steigender Gelder sind die Mittel der Versicherten und der öffentlichen Hand begrenzt.
- Gesundheitspolitik wieder stärker als Ordnungspolitik begreifen. Die Bundesländer haben es über Jahrzehnte versäumt, die Klinikplanung zu aktualisieren und die vertraglich zugesicherten Investitionssummen zu gewährleisten. Für eine Aktualisierung der Klinikplanung und die Bereinigung und Konsolidierung der Kliniklandschaft liegen nur rudimentäre Ideen vor.
- Geld regiert die Welt. Nach Jahrzehnten der Gutachten und Appelle durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft liegt eine Schlussfolgerung auf der Hand: Die öffentliche Hand wird die Veränderungen nicht alle „stemmen können“. Die Diskussion, wie privates Geld für das öffentliche Anliegen „Gesundheitswesen“ fließen kann, ist überfällig und sollte wohlwollend geführt werden. Es gibt nicht „den Finanzmarkt“, es gibt unterschiedliche Arten, Investitionen zu finanzieren und Renditeerwartungen zu begrenzen. Mit dem Konzept der „Weißen Anleihen“ liegt ein erster Vorschlag vor. Weitere können folgen.
- Mut und Entschlossenheit ist gefragt. Politik, wenn sie sich an ihre Wähler wendet, sollte den Mut haben, die Bürgerinnen und Bürger bei der Herausforderung „Modernisierung des Gesundheitswesens“ mitzunehmen. Der Leitgedanke: „Change, we can believe in.“ Wir alle wissen, was technologisch möglich ist. Wir wissen allerdings nicht, wer mitmachen will und wer, offen

oder verdeckt, nur seine Privilegien oder das „Weiter so“ sichern will. Bisher haben Politiker zu oft vor der Drohung ärztlicher Berufe, die Praxis zur Abstimmungskabine zu machen, zurückgeschreckt. Ich bin der festen Überzeugung, dass es unter den Bürgerinnen und Bürgern viele gibt, die für eine datenbasierte, zukunftsorientierte und technologie- und wissenschaftsoffenen Gesundheitspolitik offen sind. Politiker sollten dabei im Auge behalten, einen „Erstnutzen“ schnell spürbar zu machen.

- Regionalisierung braucht Standards und Skalierung. Regionalisierung als Zielperspektive klingt auf den ersten Blick anachronistisch. Regionalisierung wird kontrastiert durch eine Digitalpolitik, die internationale Standards für Deutschland übernimmt, die Zulassung digitaler Lösungen auf Bundesebene nur auf mögliche Schädlichkeit prüft und die Frage, wer sie nutzen will und wie die Erstattung erfolgt, den regionalen Akteuren überlässt. Denn national ermöglicht, unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu experimentieren, aber mit einer einheitlichen, optimalerweise europaweiten Datengovernance schnell zu skalieren. Eine starke regionale Verankerung der Gesundheitslandschaft bedarf eines Gegenpols: Einem standardisierten Regal zugelassener – ob auch honorartechnisch definierter, darüber können wir streiten – Apps und digitaler Versorgungsinstrumente aus den Kategorien Diagnostik, Therapie, Therapiebegleitung, Medizingeräte, Heil- und Hilfsleistungen. Mit standardisierten digitalen Applikationen, derer sich die bedienen können, die auf ihren Nutzen vertrauen und sie deswegen weiterentwickeln möchten, gelingt es, aus einem „bunten“ vielfältigen Treiben eine ebenso vielfältige und voneinander lernende Wettbewerbslandschaft zu entwickeln. In anderen Branchen gelingt das auch: Selbst der Weg von Google, Apple, Amazon und Microsoft, pauschal als Quasimonopolisten denunziert, zeigt, dass gute, innovationsbereite Unternehmen Wettbewerb, Kooperation, Konsolidierung, Eliminierung, Nutzung von Open Source und Generierung eigener Geschäftsmodelle nicht als grundsätzliche Gegensätze, sondern als situativ zu nutzende Innovationsinstrumente ansehen: Wo will und muss ich mich entlasten, worauf will ich mich konzentrieren, wo muss ich über Fusionen und Übernahmen Integrationsleistungen übernehmen?

4 What's next?

Kapitel-Hierarchie: 1

Neues entsteht nicht über Nacht. 2021 ist nicht das Jahr abstrakter gesundheitsphilosophischer Betrachtungen. Wann, wenn nicht jetzt, steht die Frage im Raum, was in der kommenden Legislaturperiode getan werden muss, damit das Neue in die Welt kommt. Denn eines steht fest: Neue Modellprojekte, die Fortführung des Innovationsfonds¹², geben lediglich Stoff für Kongressdebatten her. Wirkliche

31

12 Huss: Neues vom Bundesillusionsfonds. 2014. Online: <https://fruehstuecksfernsehen.nikolaus-huss.de/neues-vom-bundesillusionsfonds/> [abgerufen am 6.5.2021].

Innovationstreiber Regionalisierung

Veränderungen werden vom „Entscheidungskartell G-BA“ blockiert.¹³ Einige Learnings für die auf uns zukommende Diskussion:

Sich die Freiheit nehmen, Rahmen und Rollen einzelner Akteure neu zu definieren

- 28 „Erkenntnis und Interesse“ war der Titel einer der weichenstellenden Schriften von Jürgen Habermas. Diesem Gedanken folgend entwickelte sich in Deutschland eine politische Kultur, die bei Vorschlägen aus Unternehmen oder „der Wirtschaft“ nur noch nach ökonomischen Interessen fragt. Und im Umkehrschluss genießen öffentliche oder gemeinnützige Akteure grenzenloses Vertrauen.
- 29 Mit der Formulierung anspruchsvoller und unbestreitbar richtiger politischer Ziele wird die unangenehme Diskussion über notwendige Abwägungen, Ressourcen und Entscheidungen vermieden. Vor der Wahl wird eine hohe Erwartungshaltung aufgebaut, auf die später eine mindestens ebenso große Enttäuschung folgen muss.
- 30 In Deutschland fehlt derzeit eine gesundheitspolitische Fachdebatte, die von den Herausforderungen ausgeht, sich an zukunftsfähigen Ideen orientiert und daraus auch neue institutionelle Konstellationen denken lernt. Zum Beispiel bei der Frage „privater“ Akteure für das „Gemeinwohlgut“ Gesundheit. Mit gutem Grund halten sich private Unternehmen, Kapitalgeber o. ä. bisher in der politischen Debatte zurück. Sie würden voraussichtlich den Kürzeren ziehen, weil die blühende „investigative politische Debattenlandschaft“, die Profite ablehnt, die vorher getätigten Investitionen aber gar nicht zur Kenntnis nimmt, sie schnell zu Fall bringen könnte.

Gesundheitspolitische Weichenstellungen aus dem parteipolitischen Meinungsstreit herauslösen
- 31 Wir, die ältere Generation, erinnern uns noch an die Beschlüsse von Lahnstein. Jenseits des politischen Meinungsstreits ist es damals gelungen, einen Konsens zu finden. Wer sich dem Konstrukt eines argumentativen Ideen- und Interessenausgleichs verpflichtet sieht, sollte sich auf dieses Modell der Konsensbildung verständigen können. Darauf, dass es nach Verständigung über die Faktoren für eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens – Situationsbeschreibung, Veränderung der Rahmenbedingungen, Definition von Zielen (begrenzt und ungefähr) – besser sein könnte, sich über nächste Schritte, damit verbundene Interessenlagen, Vorteile und Nachteile, Chancen und Risiken zu verständigen.
- 32 Die Weichenstellungen für eine regionalisierte Gesundheitspolitik gehen über die Dimension von Lahnstein hinaus. Sie müssen sich aus der Perspektive der Bundespolitik lösen und lernen, gemeinsam mit verantwortungsbewussten Ak-

13 Eine schonungslose Skizze des gesundheitspolitischen Geschehens: Huss: Politikversagen. Das schlägt auf Ihre Gesundheit! 2017. Online: <https://www.theeuropean.de/nikolaus-huss/12173-zaeher-stillstand-im-gesundheitswesen> [abgerufen am 6.5.2021].

teuren der Gesundheitswirtschaft belastbare mittelfristige Linien für eine neue Governance von unten zu entwickeln.

Modellregionen als Leuchttürme schaffen

Der Innovationsfonds hat gezeigt: Bewegung ist möglich. Allerdings werden neue Ansätze nur dann in die Regelversorgung überführt, wenn die Rahmenbedingungen ohne Blockademöglichkeiten in eine Regelversorgung überführt werden können. Für „Leuchtturm-Regionen“ werden Freiheitsräume geschaffen, in denen sie experimentelle Formen der Zusammenarbeit in die Regelversorgung überführen können. **37**

Das SGB V und andere gesetzliche Rahmenbedingungen vor dem Zielbild regionalisierter, integrierter Ökosysteme reformieren

Eine Reform des SGB V ist nötig, um regionale Entscheiderstrukturen zur Entfaltung zu bringen und sich widersprechende und überflüssige Regulierungen zu beseitigen. Der Grundsatz: klare Verantwortung bei und möglichst große Entscheidungsspielräume für die jeweils in einer Region „dominierenden Akteure“. **38**

Eintrittsbarrieren für digitale Anwendungen absenken und diese für regionale Ökosysteme verfügbar machen

Die Anwendung digitaler Instrumente benötigt die Überzeugung, dass sie funktionieren – und einen langen Atem, bis sie optimal funktionieren. Nur mit klaren Entscheidungsstrukturen und abgesicherten Investitionszeiträumen löst sich der durch bürokratisierte Zentralisierung entstandene Innovationsstau auf. Das ist die Voraussetzung für kontinuierliche Innovationen. **39**

Datennutzungsgesetz und eine neue, sichere Datennutzungskultur installieren

Das deutsche Gesundheitswesen braucht den Einstieg in eine neue Politik der Datennutzung, am besten durch ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz, das den Rahmen für eine genauso umfassende wie sichere Nutzung von Gesundheitsdaten setzt. Diskutiert werden derzeit verschiedene Vorschläge zur Gründung einer Stiftung öffentlichen Rechts, durch die eine pseudonymisierte Nutzung von Gesundheitsdaten in einem sicheren Datenraum für Forschung, Entwicklung und die Verbesserung der Datennutzung bis hin zur Ergebnismessung möglich sein könnte. Der Sachverständigenrat für Gesundheit hat dazu entsprechende Vorschläge gemacht. **40**

Mit einem „National Coordinator for Health Technology“ ein Neben- und Gegeneinander verschiedener Regulierungsebenen vermeiden

In der Ära Spahn haben sich Dynamik und Zusammenarbeit der wichtigsten Institutionen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des BfArM und der Gematik wesentlich verbessert. Was fehlt, ist die Stimme der Wissenschaften und der Gesundheitswirtschaft im Health-IT-Government. Und es fehlt ein unabhängiger, gesamtheitlicher Blick auf die gesamte Health-IT-Pipeline. Ein hoch aufgehängter, beispielsweise im Kanzleramt beheimateter „National Coordinator for Health **41**

Innovationstreiber Regionalisierung

Technology¹⁴ könnte die unterschiedlichen Health-IT-Perspektiven der Infrastrukturfrage, der Semantik, der Zulassung, der Nutzung neuer Technologien von der Forschung über die Entwicklung bis hin in die Versorgungsrealität zusammenführen und die Entscheidungsfindung damit aus Partialinteressen befreien.

- 42 Regionalisierung ist also eine Leitidee. Wenn sie von einer starken bundeseinheitlichen, von Bestandsinteressen unabhängigen „Health Technology Governance“ ergänzt wird, kann sie dazu beitragen, dass 1000 bunte Versorgungslandschaften blühen! Denn erst, wenn sie zur Blüte gebracht sind, können wir sehen, was sich besonders gut bewährt und was sich als Irrweg erwiesen hat. Auf Kongressen alleine werden wir die Lösungen nicht finden!

Literatur

Kapitel-Hierarchie: 1

- Corona-Folgen: Kassen sollen deutlich mehr Geld aus dem Steuersäckel bekommen. 2021. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kassen-sollen-deutlich-mehr-Geld-aus-dem-Steuersaekkel-bekommen-419396.html> [abgerufen am 8.5.2021].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft*: Veröffentlichung der DKG-Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2019. Online: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhaeusern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/> [abgerufen am 9.6.2021].
- EPatient Analytics GmbH*: Pressemitteilung zum EPatient-Survey Q1 2021: Digital ist nichts normal. 2021. Online: <https://www.epatient-analytics.com/aktuelles/pressemitteilung-zum-epatient-survey-q1-2021-digital-ist-nichts-normal> [abgerufen am 9.6.2021].
- Graalman, J. u. a.*: Notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit „Weißen Anleihen“ finanzieren. In: Welt der Krankenversicherung 2–3/2021, S. 36–39.
- Hillienhof, A.*: Betrugsvorwürfe entfachen Streit um Kassenfinanzen. 2016. Online: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70836/Betrugsvorwuerfe-entfachen-Streit-um-Kassenfinanzen> [abgerufen am 8.5.2021].
- Huss, N.*: Neues vom Bundesillusionsfonds. 2014. Online: <https://fruehstuecksfernsehen.nikolaus-huss.de/neues-vom-bundesillusionsfonds/> [abgerufen am 6.5.2021].
- Huss, N.*: Politikversagen. Das schlägt auf Ihre Gesundheit! 2017. Online: <https://www.theeuropean.de/nikolaus-huss/12173-zaeher-stillstand-im-gesundheitswesen> [abgerufen am 6.5.2021].
- Huss, N. u. a.*: Out of the Box! Arena Analyse zur Zukunft des Deutschen Gesundheitswesens. 2013. Online: <http://kovarhuss.de/wp-content/uploads/2013/10/Arena-Analyse-Gesundheit.pdf> [abgerufen am 9.6.2021].
- Knieps, F.*: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2020, S. 71–78.
- Statista*: Deutschland: Verhältnis der „inaktiven“ Bevölkerung ab 65 Jahre zur gesamten Erwerbsbevölkerung von 2000 bis 2050. 2021. Online: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14177/umfrage/deutschland-anteil-rentner-an-erwerbsbevoelkerung/> [abgerufen am 5.5.2021].
- The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC)*. Official Website. Online: <https://www.healthit.gov/> [abgerufen am 10.5.2021].
- Wiedemann, B.*: Affäre Laborärzte: Staatsanwaltschaft und Ministerium jetzt gefordert. In: Deutsches Ärzteblatt 49/1999, S. A-3151

¹⁴ The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC) in den USA. Official Website. Online: <https://www.healthit.gov/> [abgerufen am 10.5.2021].

| 174 *Huss*