

Diskussionspapier – Think Lab 6

# Die Governance des zukünftigen Gesundheitssystem

Impulse von Expertinnen und Experten für die Reformwerkstatt „Neustart!“ (Oktober/November 2020)



## **Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen**

ist eine Initiative der Robert Bosch Stiftung GmbH. Sie bietet Bürgerinnen und Bürgern, Expertinnen und Experten die Möglichkeit, Impulse zu setzen für unsere Gesundheitsversorgung – mit Mut zu Reformen, für die Menschen und die Zukunft. In der Erstellung und Vertiefung wissenschaftlicher Expertise kooperieren Robert Bosch Stiftung und Hertie School.

Die Initiative „**Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen**“ soll Raum und Möglichkeiten eröffnen, eine Weiterentwicklung und Neuordnung unserer Gesundheitsversorgung zu skizzieren, um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen und um Impulse für ein Gesundheitssystem zu setzen, das auch in Zukunft den Menschen zugewandt, patientenorientiert, multiprofessionell, qualitätsgeprägt und offen für Innovationen ist. In vorausgegangenen Think Labs sind die Herausforderungen benannt, Prinzipien einer patientenorientierten Versorgung sowie Möglichkeiten der Finanzierung und Vergütung skizziert worden.

Aufgabe des sechsten Think Labs war es, herauszuarbeiten, wie und aufgrund welcher Prämissen ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem gesteuert werden sollte: Welche Rolle spielt die Selbstverwaltung oder sollte sie spielen? Auf welcher Ebene – Bund, Land, Region – sind Zuständigkeiten und Funktionen anzusiedeln? Welche Instrumente sind erforderlich für eine wirksame Governance? Wie gelingen Kommunikation und Beteiligung von Bürgern und Patienten, wie die Zusammenarbeit in einer zunehmend vernetzten Welt?

# Zusammenfassung

Die hier genannten Punkte stellen eine kurze Zusammenfassung an Themen dar, die sich wie rote Fäden in allen unten beschriebenen Feldern der Governance entdecken lassen. Sie können als die Quintessenz, Leitbilder oder Prinzipien der Governance für das Gesundheitssystem der Zukunft angesehen werden. Die einzelnen Felder der Governance werden in den nachfolgenden Kapiteln näher beschrieben und basieren auf den Expertengesprächen im Rahmen der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ und der existierenden Literatur.

- *Notwendigkeit erhöhter Transparenz* – Transparenz über die Entscheidungen ist das A und O für Governance, wenn gegenseitiges Vertrauen zwischen Stakeholdern und bei Bürgern und Patienten geschaffen werden soll. Transparenz ist Voraussetzung, dass sich letztere ein eigenes Bild machen können und auf die eine oder andere Art sinnvoll an der Governance beteiligt werden können.
- *Etablierte Standards mit lokaler Ergänzung* – Neben der Anpassung der Versorgung an lokal-regionale Bedarfe sollten (Qualitäts-)Standards und (Behandlungs-)Leitlinien auf übergeordneter, nationaler (oder internationaler) Ebene erstellt werden und Anwendung finden, um landesweit einen hohen Qualitätsstandard sicherzustellen.
- *Governance vom regionalen Bedarf her denken* – Ein Verständnis für den regionalen Bedarf einer Bevölkerung und deren spezifischen Bedürfnisse sollte entwickelt werden als Handlungsorientierung für die Governance vor Ort. Die nationalen Standards können darüber hinaus durch regional entwickelte Praktiken ergänzt werden. Nur auf diese Weise kann die regional beste Passung zwischen angemessener Versorgung und Gesundheitssystem erreicht werden.
- *Bedarf für geeignete Daten in hoher Qualität* – Trotz einer Vielzahl vorhandener Daten fehlt es häufig noch an geeigneten Daten, auf denen Governance-Entscheidungen verlässlich fußen können. Hierzu müssen relevante und geeignete Daten identifiziert werden, die möglichst ohne großen Aufwand im Prozess erhoben werden und dennoch die Realität der Versorgung und der Lebensqualität von Patienten abbilden können.

- *Priorisierung von Digitalisierungsanstrengungen* – Datenerhebung, -verwaltung und -analyse zur Verbesserung der Versorgungs- und Governance-Qualität kommen nicht ohne einen flächendeckenden Sprung in der Digitalisierung aus. Vor dem Hintergrund, dass sie auch für die Verwaltung der neuen Versorgungsstrukturen und für die Verbesserung der Behandlung, als Kommunikationsplattform, für den Informationsaustausch und als Instrument für mehr Transparenz essentiell sind, kommt einer Priorisierung der Digitalisierung herausragende Bedeutung zu.
- *Zugang zu relevanten Daten für alle Akteure* – Damit Digitalisierungsanstrengungen größtmögliche Wirkung zeigen können, sind einheitliche Datenstandards zur besseren Kooperation und Interoperabilität nötig. Im Sinne von Transparenz und Bürgerbeteiligung sollte zudem der Zugang zu relevanten Daten für alle Akteure eines der Prinzipien guter Governance sein. In vielen Bereichen ist dazu die Verbesserung von Soft- und Hardware, der Dateninfrastruktur und auch der Schnittstellen für einen einfachen, datenschutzgerechten Zugang erforderlich.

# Einleitung

## Der Einfluss von „Good Governance“

Die WHO (2014) umschreibt Governance in Gesundheitssystemen als Rahmen, der notwendige Informationen zusammenführt, Ziele formuliert und passende Instrumente und Maßnahmen zur Implementation definiert, die Transparenz, Legitimität und Accountability in einem gesellschaftlichen oder organisatorischen Kontext sicherstellen. Dazu zählen u. a. die zugehörigen Strategiepläne, Regulierungen, Policies und Gesetze. Als typische Gebiete von gesundheitsbezogener Governance werden häufig die Finanzierung des Gesundheitssystems, der Versicherungsgrad der Bevölkerung, der Leistungskatalog, der Zugang und die Zugangsvoraussetzungen von Patienten zu Leistungen sowie die Leistungsvergütung und der Marktzugang von Leistungsanbietern genannt (Rothgang et al., 2010). Neben Aspekte der Beitragsgestaltung, Vergütung und ihren Anreizstrukturen sowie Effizienzsteigerung sind seit einiger Zeit verstärkt Bemühungen getreten, die Leistungsqualität zu steigern.

Auch wenn die Forschung zu den Effekten von Governance insbesondere auf die Gesundheit der Bevölkerung noch viele Fragen offenlässt, gibt es hinreichend Evidenz, dass gut geplante und ausgeführte Governance weitreichende, positive Auswirkungen sowohl auf praktischer wie konzeptioneller Ebene haben kann (Abimbola 2020; Fryatt, Bennett & Soucat 2017; Ruiz-Cantero et al., 2019). So wichtig und richtig beispielsweise die Transformation der Organisation der Leistungserbringung sowie der Finanzierung und Vergütung für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem sind, so nötig sind ebenfalls ein kontinuierliches Monitoring, die Anpassung der Gesundheits- und Versorgungsziele an veränderte (Gesundheits-)Bedingungen, die Nutzung innovativer Instrumente und die konsequente Nachsteuerung, um die gesetzten Ziele zu erreichen.

Governance ist also inhärent mit Zielen verbunden, damit normativ geprägt und im weiteren Sinne und insbesondere im Gesundheitsbereich wertebasiert. Die Begrenzung des Kostenanstiegs im Gesundheitssystem und Effizienzsteigerungen waren eher technische Ziele, die gewissermaßen den Fokus hauptsächlich auf das Gesundheitssystem selbst lenkten. Die Reorientierung auf Qualitätsziele der letzten Jahre dient dagegen sowohl dem Ziel größerer Effizienz (höhere Qualität für denselben Ressourceneinsatz) als auch einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Häufig wird dabei „Good Governance“ als Positivbegriff verwendet. Dabei variiert das Verständnis in Abhängigkeit vom Kontext, in dem er genutzt wird (s. auch Hogg 1999; Immergut et al. 2019; Tomson, Påfs & Diseberg 2014). Aufbauend auf einer allgemein gehaltenen Definition von Good Governance (UN ESCAP 2009) beschreiben Kickbusch und Gleicher (2014) „Smart Governance für Gesundheit“ mit den folgenden Merkmalen:

- Unter Berücksichtigung sozialer Gesundheitsdeterminanten sind Gesundheit und Wohlbefinden oberstes Ziel von Governance.
- Governance nimmt die gesamte Gesellschaft in den Blick und berücksichtigt die Veränderungen von Gesundheitsdeterminanten.
- Gesundheit wird im gesamten Spektrum von Politik einbezogen (Whole of Government, Health in All Policies Ansatz).
- Patienten, Verbraucher und Bürger engagieren sich und werden beteiligt.
- Basierend auf dem gemeinsamen Verständnis, dass Gesundheit im alltäglichen Leben beeinflusst wird und entsteht, bilden sich gemeinsame Werte aus. Sie bilden die Grundlage, auf der Leistungserbringer arbeiten und soziale Verantwortung zeigen.
- Die Einbettung in einen unabhängigen, egalitären Rahmen, Transparenz sowie effektive und effiziente Ressourcenanwendung bilden dabei die Basis jedweden Handelns (s. UN ESCAP 2009).

## Herausforderungen an Governance – aus Sicht von Experten

Im Rahmen der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ war beabsichtigt, eine zukunftsorientierte Diskussion über Governance im Gesundheitssystem mit Experten zu führen, die im, für oder über das deutsche Gesundheitssystem arbeiten.<sup>1</sup> Sie baute auf den Ergebnissen der vorherigen Think Labs auf, die Vorschläge zum Umbau des Gesundheitssystems der Zukunft entworfen haben, wie die formulierten Gesundheitsziele für die Zukunft erreicht werden können (s. Hurrelmann, Shaikh & Wendt 2019; Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2020a, 2020b, 2021a, 2021b). Diskussionsleitend waren dementsprechend u. a. die Ziele, den Gesundheitsstatus der Bevölkerung und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern sowie die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu verringern.

<sup>1</sup> Dieses Papier fokussiert insbesondere auf die Makro- und Mesoebene, während die Governance zur internen Umsetzung von Regulierung bei Leistungsanbietern – wie z. B. interne Qualitätsrichtlinien oder hausinterne Personalschlüssel – nicht im Vordergrund steht.

## Ergebnisse der Expertendiskussion

Herausforderungen, die sich hinsichtlich der Organisation der Leistungserbringung, der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Vergütung von Leistungsanbietern zeigen (s. die Diskussionspapiere Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2021a, 2021b), sind häufig gleichzeitig Herausforderungen auf dem Gebiet der Governance. Neben der fehlenden Koordination verschiedener Leistungserbringer ist beispielsweise die Aufteilung von Entscheidungs- und Governance-Kompetenzen auf verschiedene Ebenen und Stakeholder zu beobachten (s. z. B. Busse & Blümel 2014). Neben der Gesetzgebung auf Bundesebene zur Gesundheitsversorgung erfolgt die Krankenhausplanung auf Länderebene, Kommunen sind Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wobei die Bundesländer – und in einigen Ländern die zwischengeschalteten Regierungsbezirke – ebenfalls gewisse Kompetenzen halten. Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung samt der Selbstverwaltung der einzelnen Professionen stellen wichtige Elemente in der Governance des deutschen Gesundheitssystems dar, da die Mehrzahl der Beschlüsse, die Auswirkungen auf die alltägliche Versorgung haben, in den verschiedenen Gremien, Zusammenschlüssen und Dachverbänden der Selbstverwaltungsakteure gefasst werden (Klenk 2012). Deren Interessen stehen sich dabei nicht selten konträr gegenüber, was zu hohem Beharrungsvermögen und oftmals langen Verhandlungsprozessen führt.

Geht es um die Governance des Gesundheitssystems, kommt man naturgemäß nicht umhin, auf die Themen Finanzierung, Vergütung und Steuerung von Qualität der Versorgung einzugehen: Nachdem über lange Zeit ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Höhe eingesetzter Mittel und der Menge und Qualität von Versorgung unterstellt wurde, lag das explizite Augenmerk anschließend lange Zeit vor allem auf höherer Effizienz in der Leistungsversorgung, während Qualität als gegeben angesehen wurde. Eng damit verbunden ist, dass die bisherigen Vergütungsregelungen vor allem einen Anreiz für die Menge der erbrachten Leistungen bieten, während Qualitätsaspekte erst an zweiter Stelle stehen. Seit ungefähr zwei Jahrzehnten wird Qualitätsaspekten jedoch zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt.

Diese Beispiele geben einen ersten Eindruck, wie unterschiedlich die Bereiche sind, die Governance zu berücksichtigen hat. Es wird auch deutlich, dass eine begrenzte oder auch undeutlich formulierte Zielsetzung negative oder nicht-intendierte Auswirkungen auf anderen Gebieten nach sich zieht. Entsprechend ist eine ausgewogene und klare Formulierung der Zielsetzung sowie deren Übersetzung in Maßnahmen der Governance in diesem komplexen Feld nicht immer einfach.

## Ergebnisse des Bürgerdialogs

Fehlentwicklungen in der Steuerung des deutschen Gesundheitssystems werden nicht nur von Gesundheitsprofessionen und Fachleuten wahrgenommen. Neben der Diskussion mit Experten, die in diesem Papier im Vordergrund steht, bildeten die Bürgerdialoge in der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ ein weiteres Standbein: Fast 700 Bürgerinnen und Bürger aus elf unterschiedlichen Orten und ländlichen Regionen in Deutschland haben in mehreren Schritten über die Zukunft der Gesundheitsversorgung diskutiert. Die erarbeiteten Positionen fordern, dass Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Förderung von Gesundheitskompetenzen mehr Gewicht erhalten sollen (Robert Bosch Stiftung 2020, 2021). Zudem sprechen sie sich für eine Reorganisation der Leistungserbringung, für eine einheitliche, solidarische Finanzierung sowie den verstärkten Einsatz digitaler Hilfsmittel zum Informationsaustausch und zur Kommunikation aus. Eine weitere zentrale Forderung ist, durch eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit bei Diagnose, Behandlung und Pflege sowie mit mehr Zeit für Patientengespräche eine bessere Versorgungsqualität zu erreichen. Eine Reihe der erarbeiteten Positionen bezogen sich auf Aspekte, die in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit der Governance des Systems stehen.

Bemerkenswerterweise ähneln die von den Bürgern genannten Punkte deutlich den in Fachkreisen diskutierten Mängeln und zeigen damit, dass Schwächen des Systems auch im Alltag von Bürgern und Patienten erfahrbar sind.



# Methodik

Aufgrund der Restriktionen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie fand dieses Think Lab – das 6. Think Lab der Neustart!-Initiative – als virtuelles Treffen statt. Ein erster, übergreifender Teil enthielt Impulsreferate von je 15 Minuten zu den nachfolgenden Themenbereichen gefolgt von einer kurzen Diskussion:

- „Prinzipien der Governance im Gesundheitssystem“ (Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch, Hochschulinstitut für internationale Studien und Entwicklung in Genf)
- „Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem“ (Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld)
- „Data Governance im europäischen Kontext“ (Lars Roemheld, Health Innovation Hub)
- „Qualität von Gesundheitsleistungen und Evaluation als Steuerungsinstrumente“ (Dr. Christof E. Veit, IQTIG)
- Governance in einer vernetzten Welt – Governance von und mit Daten (Interview mit Francesca Colombo, OECD; Jillian Oderkirk, OECD)

Die Impulsreferate gaben Orientierung für Entwicklungen und Rahmenbedingungen. Sie bildeten die Ausgangsbasis für die nachfolgenden Diskussionen. In einem zweiten Teil diskutierten Expertinnen und Experten folgende Themen (Zahl in Klammern ist Anzahl der Teilnehmer):

- Ebenen der Governance – Wo sollte was von wem entschieden werden? (6)
- Die Zukunft der Selbstverwaltung – Welche Rolle spielt die Selbstverwaltung im Gesundheitssystem der Zukunft und wie soll sie aussehen? (6)
- Instrumente der Governance – Instrumente für die Governance von Qualität und Evaluationen (7)
- Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Kommunikation (6)

Mit den jeweils sechs bis sieben Teilnehmern und Teilnehmerinnen nahmen insgesamt 21 verschiedene Experten an den jeweils ungefähr zweieinhalbstündigen Arbeitsgruppen teil. Sechs Teilnehmer waren ausschließlich zum ersten Teil der Impulsreferate zugeschaltet. Ein Interview mit zwei Experten wurde ergänzend geführt.

# Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Diskussionspunkte und Ergebnisse beleuchtet.

## Ebenen der Governance

### Expertendiskussion

Das deutsche Gesundheitssystem kennt viele Stakeholder, die in Kommunen, Landkreisen, zum Teil Regierungsbezirken, Bundesländern bis hin zur Bundesebene auf verschiedenen Ebenen verortet sind. Die Vorschläge aus den bisherigen Think Labs legen eine Änderung der Aufgabenteilung auf den jeweiligen Ebenen nahe (Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2021a). Sie möglichst funktional, effektiv und transparent zu skizzieren, war Ziel dieser Diskussionsgruppe.

Insgesamt wurde die Idee eines Gesamtplans begrüßt, der auf einigen wesentlichen Prinzipien fußt, die alle in der Initiative „Neustart!“ wiederzufinden sind (s. Hurrelmann et al. 2019). Der Blick in die Zukunft verlangt nach zukunftsfähigen und nachhaltigen Lösungen, damit die Ausgestaltung Bestand hat, finanzierbar bleibt, aber auch eine Antwort geben kann auf künftige Schwierigkeiten.

Auf einer etwas handfesteren Ebene unterstützten die beteiligten Experten die Idee einer stärker regional organisierten Versorgung, wie sie hinsichtlich der künftigen Organisation von Versorgungsleistungen und Prävention im Projekt diskutiert wurde (s. Robert Bosch Stiftung & Hertie School 2021a). Eine Umorientierung hin zu nachhaltigem Denken in regionalen bzw. lokalen Präventions- und Versorgungsnetzwerken ist anzuraten. Größere Auswirkungen werden erzielt durch die Einbettung in umfassendere Konzepte und Entwicklungsleitlinien wie dem Triple-Aim Ansatz, dem One Health Konzept oder den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen (SDGs). Auf diese Weise können unterschiedliche Ziele erreicht werden:

1. **Regionalität:** Regionale Versorgung und regionale Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können passformiger auf die Bevölkerungsstruktur, Alter, berufsbezogene Krankheiten, Gesundheitskompetenzen, Migrationshintergrund und weitere Merkmale bezogen werden. Gleichzeitig können Bürger direkter eingebunden werden, wie sie sich Gesundheitsversorgung vorstellen und auch wie sie selbst zur Verbesserung von Gesundheit und Leistungen beitragen können.

Des Weiteren ist ein integrativer Ansatz, der verschiedene Stakeholder und Professionen vernetzt und zusammenbringt, für die globale, europäische, nationale und regionale Ebene ein essentieller Ausgangspunkt. Konzepte wie Health in All Policies, One Health und Doughnut Economy können der Orientierung dienen und Integration und Nachhaltigkeit sicherstellen.

2. Die lokalen und regionalen Entscheidungsträger benötigen den nötigen **Entscheidungsspielraum und Kompetenzen**, um ihrer größeren Verantwortung nachzukommen und in regionale Versorgung umzusetzen. Hierzu gehört auch die **Erstellung eines strukturierten Zukunftsplans** für multiprofessionelle Versorgung inklusive sektorenübergreifender Kapazitätsplanung für die Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung, der medizinischen Primärversorgung sowie der Pflege und Rehabilitation.
3. Um der adäquaten Vergütung einer regionalen Versorgungsorganisation keine gegenläufigen Finanzierungsanreize gegenüber zu stellen, sprach sich diese Arbeitsgruppe auch für eine **regionale, systemische Vergütung** aus. Dies bedeutet zum einen, dass ein regionales Gesamtbudget empfohlen wird, das nicht einzelne Behandlungen, sondern die gesamte Behandlungskette eines Patienten im Sinne eines Bundled-Payments berücksichtigt. Zum anderen bedeutet ein regionales Budget auch, dass ein Anteil des Gesamtbudgets für **regionale Schwerpunktsetzungen oder aber auch Priorisierungen** genutzt werden kann.
4. Eine **Gesundheitsregion** kann in Fällen großer Landkreise oder Städte ähnlich wie diese zugeschnitten sein. In den meisten Fällen jedoch sind voraussichtlich eher größere Gesundheitsregionen nötig, die zudem nicht den bestehenden Gebietskörperschaften entsprechen müssen. Wichtig ist es vielmehr, hinsichtlich der **Lebenswelt der Bevölkerung sinnvolle Einheiten** zu finden.

Insgesamt bestand Einigkeit, dass Regionalität auch ihre Grenzen hat. Dies betrifft die Koordination und Vorhaltung von Aufgaben, die für kleinere Einheiten zu aufwändig sind, um sie alleine zu bewältigen, oder die etwa durch die Komplexität von Wohn- und Arbeitsrelationen eine **regionenübergreifende Kooperation** benötigen – spezialisierte Krankenhausversorgung oder Planungen für Katastrophenfälle und Epidemien mögen hier als Beispiele dienen. Die Planung von Krankenhäusern und deren Governance sollte größere geografische Einheiten und eine größere Bevölkerungsgrundlage in den Blick nehmen. Gute **Kommunikation und Koordination** über die Grenzen von Gesundheitsregionen hinweg ist essentiell, um Bedarfe und Versorgungsangebote miteinander abzustimmen und um die Akzeptanz der Bürger und Patienten zu gewinnen. Ähnliches gilt, wenn es um Standards etwa zur Versorgungsqualität geht. Die drei wichtigsten Punkte in diesem Zusammenhang sind:

1. Es braucht – bei aller regionalen Schwerpunktsetzung im Detail – **einheitlich auf Bundesebene festgelegte Richtlinien, Qualitätsstandards und Vergütungsrahmen**. Nur auf diese Weise ist es möglich, bundesweit hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und einen Wettbewerb um die besten Konzepte zur Gesundheitsversorgung zwischen Regionen zu initiieren.

2. Mit zunehmender Bedeutung europäischer und globaler Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, bei den nachhaltigen Entwicklungszielen und der Digitalisierung kommt der Bundesebene auch die **Kooperation mit internationalen Gremien, Behörden und anderen Ländern** zu.
3. Die momentane Corona-Pandemie zeigt eindrücklich, wie wichtig eine gut funktionierende Governance auf *allen* Ebenen für das komplexe Wirken im Gesundheitssystem ist. Das durch die Pandemie entstandene Momentum für Veränderung in verschiedenen Bereichen sollte nicht ungenutzt bleiben.

Nicht abschließend geklärt werden konnte im Rahmen des Think Labs, ob es eine koordinierende Stelle für das gesamte Gesundheitssystem geben und wie diese aussehen sollte. Diskutiert wurden u. a. eine Nationale Agentur für Gesundheit, alternativ aber auch eine Stärkung der bereits existierenden Institutionen wie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder des Robert Koch-Instituts (RKI).

### **Evidenz und Erfahrungen**

Ein Blick in die Literatur bestätigt, dass die Schaffung einer ausgewogenen Mehrebenenstruktur in der Governance gut durchdacht sein muss. Im Hinblick auf die richtige Größe von Gesundheitsregionen zeigen die finnischen Bestrebungen, dass Regionen nicht zu klein gewählt werden dürfen, um finanziell und organisatorisch tragfähig zu sein (Keskimäki et al. 2019). Ein Blick auf die Bevölkerungsgröße der Gesundheitsregionen in Ländern mit Regionalem Gesundheitssystem zeigt, dass sie in der Regel zwischen wenigen hunderttausend und zehn Millionen Einwohnern liegt (Bernal-Delgado et al. 2018; Statistiska centralbyrån 2020; Ferré et al. 2014; Olejaz et al. 2012; Sperre Saunes, Karanikolos & Sagan 2020; statista 2020a, 2020b, 2020c, 2020d). Mit einigen Ausnahmen wie beispielsweise Norwegen orientieren sich die Grenzen der Gesundheitsregionen jedoch an der Einteilung bestehender Gebietskörperschaften und sind vor allem mit der Krankenhausversorgung verknüpft. Für eine *Primärregion* empfehlen Hildebrandt et al. (2020) eine Größe von 100.000 bis 200.000 Einwohnern.

Die Beispiele italienischer sowie der frühen Jahre spanischer Regionalverantwortung für die Gesundheitsversorgung legen eine Zentralisierung von Regulierungen und Qualitätsvorgaben nahe, will man nicht nach Landesteil stark divergierende Ausgaben- und Qualitätsstandards im Ergebnis sehen (Bernal-Delgado et al. 2018; Ferré et al. 2014). Die in einigen Ländern Europas festzustellenden Bemühungen der (Re-)Zentralisierungen im Hinblick auf die Governance des Gesundheitssystems deuten in eine ähnliche Richtung: Um bei flächendeckend auftretenden Phänomenen und Problemen auch auf nationaler Ebene noch handlungs- und steuerungsfähig zu sein, sollten hier gewisse Weisungskompetenzen erhalten bleiben (Bernal-Delgado et al. 2018; Fredriksson & Winblad 2008; Fredriksson 2012; Terlizzi 2019). Gleichzeitig sollte gut über die Ausgestaltung der Zuständigkeiten in der regionalen Governance nachgedacht werden. Die Kombination aus Planungs- und

Budgetkompetenz wird in vielen Gesundheitssystemen als schwierig angesehen. Sie wird inzwischen selbst in einigen traditionellen Subsystemen des britischen National Health Service (NHS) formal getrennt (Cylus et al. 2015; Haarmann 2018, S. 246; North & Werkö 2002, S. 791), da es ansonsten zu einer Rollendopplung kommt: Einerseits sind Krankenkassen oder NHS-Behörden/-Agenturen Anwalt der Bürger gegenüber Leistungserbringern für Qualität. Gleichzeitig sind sie als zahlende Instanz an möglichst günstiger Leistungserbringung interessiert. Dies kann zu einem Rollenkonflikt führen.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Kommunen untereinander bzw. von verschiedenen Stakeholdern in dünn besiedelten Regionen gibt es verschiedene lokale Ansätze, Primärversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen. In den meisten Fällen basieren diese auf einer engen Zusammenarbeit zwischen Landkreis, Stadt, Krankenkasse(n), kassenärztlicher Vereinigung sowie gegebenenfalls dem lokalen Krankenhaus und dem Nahverkehrsträger (Kassenärztliche Vereinigung Hessen 2019; Hildebrandt et al. 2020; Westermann 2011). Die Bedeutung dieser Kollaboration ist auch wegen erhöhter Effizienz, besserer gesundheitlicher Outcomes und höherer Patientenzufriedenheit (s. Hildebrandt et al. 2015; Schmid, Günther & Baierlein 2020; Schubert et al. 2016) nicht zu unterschätzen, egal ob es sich dabei um einen eher einfachen oder umfassenden Ansatz handelt (Schmid et al. 2020). Was den Erfolg lokaler sowie regionaler Vernetzung angeht, verweist Bamba (2019) auf einen eindeutig positiven Effekt: In langfristigen Studien analysiert er vor Ort gestaltete und gesteuerte Konzepte zur Reduzierung sozialer Ungleichheit in Großbritannien. Hierbei wurde insbesondere auf Aspekte der Vernetzung von Leistungsanbietern und Stakeholdern, Gesundheitsförderung, der Zugänglichkeit zum Versorgungsangebot und dem Community Building geachtet. Als Resultat verbesserten sich verschiedene Gesundheitsmerkmale der Bevölkerung, während gesundheitliche Ungleichheit reduziert werden konnte.

Raynaud und Jané-Llopis (2014) argumentieren, dass gerade durch den Paradigmenwechsel von einer stark kurativ ausgerichteten Medizin hin zu einer stärker begleitenden Behandlung insbesondere von chronischen Krankheiten Netzwerke und Zusammenarbeit unabdingbar sind. Dieser Wechsel bedeutet eine Erweiterung des kurativen Handelns um Prävention und Gesundheitsförderung, eine Anerkennung von Lebensqualität als wichtigem Ergebnisparameter und von Patientinnen und Patienten als Experten ihrer eigenen chronischen Krankheiten. Reorganisationen in diese Richtung erfordern jedoch eine übergreifende, längerfristige Vision. Auch die Erfahrung mit der Integration von Prävention in die Primärversorgung zeigt, dass die Umstellung Zeit in Anspruch nimmt und unvorhergesehene Herausforderungen bereithalten kann (Breton et al. 2009).

## Zukunft der Selbstverwaltung

### Expertendiskussion

Eine Diskussion über die Governance des Gesundheitssystems kommt nicht umhin, auf die Selbstverwaltung einzugehen. Neben der berufsständischen Selbstverwaltung und der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkassen umfasst die gemeinsame Selbstverwaltung sowohl Dachorganisationen der Krankenkassen als auch gemeinsame Beschlussfassungskomitees, allen voran den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). In der gemeinsamen Selbstverwaltung werden zur Regulierung des Versorgungsgeschehens und der im System tätigen Akteure verabschiedet, insbesondere der Leistungskatalog inklusive Negativliste für Arzneimittel, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen, Gebührenordnungen und Honorarverträge in Form von Bundesmantelverträgen und vieles mehr.

In der Diskussion der Experten wurden sowohl Vor- als auch Nachteile dieser Art der Governance herausgestellt. Als Vorteile lassen sich insbesondere folgende Aspekte zusammenfassen:

- Selbstverwaltung bedeutet insgesamt eine Entlastung des Staates von Aufgaben, die hohe Kompetenz und Detailkenntnisse erfordern. Für staatliche Behörden sind dies Kompetenzen, die nicht einfach aufzubauen sind, langjähriger Erfahrung bedürfen und – wie diverse staatliche Gesundheitssysteme zeigen – schwierig zu erreichen sind.
- Die interne Beilegung inhärenter Konflikte ist ein entscheidendes Merkmal der Selbstverwaltung und dies erfüllt eine befriedigende gesellschaftliche Funktion.
- Trotz zum Teil entgegengesetzter Interessen tritt die Selbstverwaltung gegenüber anderen Akteuren häufig als Einheit auf. Dies führt zusätzlich zu Resilienz in dem Sinne, dass die Selbstverwaltung sich nicht leicht von wechselnden alltagspolitischen Themen anstecken lässt.
- Selbstverwaltung schafft durch die gemeinsame Verhandlung von Lösungen und die damit verbundene Kompromissfindung erhöhte Akzeptanz sowie eine kontinuierliche Konfliktlösung.

Als Nachteile werden benannt:

- Die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung haben hohe Demokratie- und Legitimationsdefizite (Braun, Klenk & Nullmeier 2017, 2008; Klenk 2012). Insgesamt spiegelt Selbstverwaltung wenig Diversität wider und lässt dabei einige Berufsgruppen wie etwa das Pflegepersonal und die direkte Repräsentation mancher Patientengruppen außen vor. Eine regionale Verankerung fehlt ebenso wie eine einfache Kontaktmöglichkeit.
- Trotz grundsätzlicher Gemeinwohlorientierung besteht dennoch die Gefahr der Ausrichtung an den jeweiligen Eigeninteressen der Akteure. Eine immer wieder gewünschte stärkere Gemeinwohlorientierung bleibt im Setting der Selbstverwaltung eine Herausforderung. Eine Tendenz zu Veränderungsresistenz der Selbstverwaltung und damit einhergehend eine Zögerlichkeit bei der Einführung von Innovationen sind die Folgen.
- Reformen in der Selbstverwaltung sind größtenteils von außen initiiert worden. Änderungen werden nach Einschätzung der Diskutanten nur auf massiven politischen Druck gelingen.

- Insgesamt wird kritisiert, dass Krankenversicherungen den ihnen zur Verfügung stehenden Rahmen nicht voll ausnutzen, z. B. was Selektivverträge und Qualitätsforderungen angeht. Andererseits wird auch zuerkannt, dass der Handlungsspielraum, den sie haben, mittlerweile stärker eingeschränkt ist und damit sinnvolle und übergreifende Lösungen schwierig geworden sind.

Im Laufe der Diskussion formte sich ein Blick auf die Zukunft heraus, der die Notwendigkeit auf Veränderung anerkennt, die jedoch von außen definiert und an die Selbstverwaltung herangetragen werden muss. Es besteht Bedarf an einer kompetenten, tatkräftigen Selbstverwaltung, da es bei allen Schwächen momentan keine überzeugende Alternative gibt, die die Selbstverwaltung und deren Kompetenz komplett ersetzen kann. Vielmehr ist eine enge Zusammenarbeit der Akteure nötig.

Das bedeutet jedoch nicht, dass alles beim Alten bleiben muss. Krankenkassen werden nach Meinung der Experten zukünftig eine größere Rolle spielen, insbesondere im Hinblick auf Qualität der Versorgung für ihre Mitglieder. Sie sollten auch innovationsfreudiger werden:

1. Hier sind sowohl die Ausweitung der **Möglichkeiten des Innovationsfonds als auch ein Testbetrieb in einer ganzen Region** denkbar. Mindestens ebenso wichtig ist, dass erprobte Innovationen vom Projektstatus mit den gewonnenen Erkenntnissen in den Regelbetrieb überführt werden.
2. Dazu benötigt die Selbstverwaltung trotz aller zentralen Richtlinien und Vorgaben **mehr Handlungsfreiheit**.

Gegenstand der Diskussion waren auch verbesserte Modelle der „Health Maintenance Organization“ (HMO) oder der direkte Betrieb von Kliniken, die Krankenversicherern mehr Möglichkeiten geben, Qualität unmittelbar zu steuern. Für die Finanzierung und Governance eines stärker regional organisierten Gesundheitswesens wurde für die Selbstverwaltung keine veränderte Rolle wahrgenommen. Folgende Veränderungen werden vorgeschlagen:

3. Steigerung der **Transparenz bezüglich der Entscheidungen**, mehr **Bürgernähe** auch in der Region und eine bessere **Zugänglichkeit**. Dies kann beispielsweise durch Sprechstunden und generell bessere (elektronische und fernmündliche) Erreichbarkeit und Information ermöglicht werden.
4. Verbessertes **Verständnis für gesundheitliche Zusammenhänge** bei den **Mitarbeitern der Selbstverwaltung**. Hierdurch kann es gelingen, die technisch-administrative Perspektive zu erweitern und Entscheidungsprozesse und Lösungen tragfähiger zu machen.
5. Mehr **Diversität in der Selbstverwaltung**, insbesondere zur größeren Legitimation der Selbstverwaltung. Zu denken ist hier an eine Beteiligung von Bürgern, Patienten und/oder der großen Berufsgruppe der Pflegenden in der Selbstverwaltung der Krankenkassen und an ihre Beteiligung mit Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss. Ergänzend könnten Maßnahmen wie Quotenregelungen getroffen werden.

### **Evidenz und Erfahrungen**

Die unbestrittenen Vorteile wie auch die Schwachpunkte der Selbstverwaltung (Hofmann, Spiecker (gen. Döhmann) & Wallrabenstein 2020; Schroeder 2009) werden seit langem diskutiert (Bogs 1977; Braun, Klenk & Nullmeier 2017, 2008; Gerlinger et al. 2016).

Verschiedene Vorschläge zu größerer Transparenz, Reform der Sozialversicherungswahlen, bessere Repräsentation der Versicherten, und eine größere Rolle bei der Qualitätssteuerung werden in der Literatur beschrieben (Braun et al. 2008; Greß et al. 2008; Hess 2009).

Die sehr spezifische Ausgestaltung der Selbstverwaltung in Deutschland erschwert Vergleiche mit anderen Ländern. Alle gewählten Reformwege in diesen Ländern sind mit Vor- und Nachteilen verbunden, sei es größerer staatlicher Einfluss in Belgien, Frankreich und Ungarn (Matthes 2012; Weyrauch 2012a, 2012b) oder die Professionalisierung der Selbstverwaltung mit einem optionalen Beratungsgremium von Versicherten ohne weitreichende Kompetenzen wie in den Niederlanden (Haarmann 2012). Während Professionalisierung die Handlungsfähigkeit positiv zu beeinflussen scheint, stellen nach Meinung der Experten weder sie noch größerer staatlicher Einfluss eine alleinige Alternative im Sinne der angemahnten größeren Transparenz dar. Sie können einer angesprochenen Ausweitung der Diversität und größerer Bürgernähe sogar im Wege stehen. Während diese Beispiele nahelegen, worauf bei der künftigen Ausgestaltung der Selbstverwaltung insbesondere zu achten ist, sind Positivmodelle mit einer substantielleren Bürger-/Versichertenbeteiligung. Auf Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung kann die Analyse der Erfahrungen mit formeller Bürgerpartizipation beispielsweise in Estland, Israel, Portugal oder Serbien einen Ausgangspunkt für die weitere Planung darstellen (de Almeida Simões et al. 2017; Bjegovic-Mikanovic et al. 2019; Habicht et al. 2018; Rosen, Waitzberg & Merkur 2015).



## Digitalisierung in einer vernetzten Welt – Governance von und mit Daten

### Expertendiskussion

In Deutschland wird das Risiko der Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten und deren weitere Nutzung häufig kritisch diskutiert und hinterfragt. Berücksichtigt man jedoch den allgemeinen Trend des demografischen Wandels, die steigenden Gesundheitskosten und die Bedeutung der Prävention sowie eines gesunden Lebensstils, dürfte der Nutzen, gesundheitsrelevante **Daten zu einem öffentlichen Gut zu machen**, deutlich die Risiken überwiegen.

Als ein Hindernis wurde die **siluartige Speicherung** der wichtigsten Daten bei verschiedenen Institutionen und Stakeholdern angesehen. Selbst auf Ebene der zuständigen Ministerien scheint es Informationslücken zu geben, die auf fehlendem Austausch beruhen und widerspiegeln, dass nicht geklärt ist, wem welche Daten gehören. Daneben ergeben die vorhandenen Informationen über den Gesundheitszustand der Bürger weder ein vollständiges Bild noch sind sie zeitnah verfügbar. Das macht es unnötig schwierig, die gesundheitlichen Bedarfe der Bevölkerung zu erfassen. Gerade in Zeiten wie der aktuellen Coronapandemie zeigt sich, wie wichtig besseres Datenmanagement wäre.

Die Experten plädieren für einen einfachen **Zugang für Forscher** (auch im öffentlichen Sektor) zu den Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenkassen. Momentan ist dies leider nicht der Fall. Es könnte dadurch **Versorgungsforschung** erleichtert und in Folge Gesundheitsversorgung verbessert werden. Zudem sind die Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen und Datenschutz zwei Seiten einer Medaille. Diskussionen zur Datennutzung werden innerhalb einzelner Interessengruppen geführt, was eine ganzheitliche nationale Politik für eine sinnvolle Nutzung von Daten erschwert. Die **gesetzlichen Grundlagen zum Schutz von Gesundheitsdaten** scheinen zudem in einem gewissen Grad offen für Interpretationen zu sein, was interessengeleitete Diskussionen befördert.

Andererseits wird eine Reihe gesundheitsrelevanter Daten in der Verwaltung an verschiedenen Stellen im Alltag erhoben und gespeichert. Sie könnten sinnvoll genutzt werden, nicht nur um Krankheiten zu heilen, sondern auch um die Gesundheit der Bürger zu fördern. Obwohl es im öffentlichen Sektor eines der am häufigsten artikulierten Probleme ist, scheint das Thema Datensicherheit **nicht kontinuierlicher Teil der Aus- und Weiterbildung für die öffentliche Verwaltung zu sein**. Darüber hinaus gibt es keine Richtlinien zur Kontrolle, wer auf welche Daten zugreift.

**Transparenz** im Hinblick auf Datenschutz und -nutzung ist eines der wichtigsten Themen in Deutschland. Im Vergleich zu anderen Ländern ist Datensicherheit ein stark, wenn nicht überbetontes Anliegen, das sich nicht mit den faktischen Erfahrungen in anderen Ländern deckt. So hat sich beispielsweise das finnische Patientenportal nach seiner Eröffnung in eine der meistbesuchten Webseiten entwickelt (Reponen 2019). Es sollte keine Polarisierung zwischen Nutzung von Daten und ihrem Schutz geben, beides ist miteinander vereinbar. Es gilt, das Vertrauen der Bürger in die Nutzung von Daten und damit in Entscheidungen der öffentlichen Hand zu gewinnen.

Ferner sollte die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) nicht als Hinderungsgrund dienen, um Daten ungenutzt zu lassen. Der rechtliche Rahmen erlaubt es den Ländern, ihre eigenen Datensätze zu erstellen und deren Ergebnisse sinnvoll zu nutzen, ohne deshalb den Datenschutz zu kompromittieren. Die **OECD-Empfehlungen zur Governance von Gesundheitsdaten** sind vollständig vereinbar mit der DSGVO. Es gibt eine Reihe von Länderbeispielen und Good Practices, die zeigen, wie sie vorteilhaft und zum Wohle der allgemeinen Gesundheit genutzt werden können. Auf der anderen Seite müssen die Länder, die schon vor Verabschiedung der DSGVO bei Datenweitergabe und -nutzung hinterherhinkten, nun noch mehr aufholen.

Der rechtliche Rahmen mag auf den ersten Blick wie das Hauptproblem aussehen, er ist jedoch nur die Spitze des Eisbergs. Der entscheidende Faktor für eine Verbesserung ist nach Ansicht der Experten eine Institutionenlandschaft, die verschiedene Datensätze und deren Verwaltung auf verantwortungsvolle Weise zusammenbringt und dabei die Sicherheit des Datenzugriffs, die Kommunikation der Daten mit dem Endnutzer (Öffentlichkeit) im Auge hat und somit das Vertrauen der Bevölkerung in die öffentliche Nutzung rechtfertigt.

Die Sammlung, der Zugriff und die Kontrolle von Patientendaten sollten **zentral für die jeweilige Nutzung autorisiert** und mit Opt-Out-Möglichkeit als Grundeinstellung zur Verfügung stehen. Die Erfahrung mit verschiedenen Einwilligungsformen zeigt, dass ein Opt-Out-Modell zu einer Lösung mit höheren Teilnahmeraten führt als Opt-In-Modelle, insbesondere bei elektronischen Gesundheitsakten. Zudem ist die Gesundheitsversorgung vielerorts auf die ein oder andere Art öffentlich finanziert. Anonyme, aggregierte Gesundheitsdaten in Gesundheitsinformationssystemen **sollten daher auch ein öffentliches Gut darstellen**, um Erkenntnisse für bessere Behandlungen gewinnen zu können, ohne dabei sensible Patientendaten individuell verfolgbar zu machen. Ein System kann nicht verbessert werden, ohne es zu messen.

Schließlich sind die Europäische Gesundheitsunion und der Europäische Gesundheitsdatenraum mutige Schritte in Richtung einer stärkeren Integration europäischer Datenetze. Um sie Wirklichkeit werden zu lassen, sollten zunächst einige Herausforderungen in Gesundheitsinformationssystemen innerhalb der EU überwunden werden. Als einer der ersten Schritte wird empfohlen, auf technischer Seite die Terminologie in den europäischen Ländern zu harmonisieren. Danach muss die Interoperabilität von Datensystemen hergestellt werden als Voraussetzung ihrer Skalierbarkeit. Auf der Seite der Implementierung von „Good Practices“ in der EU wäre ferner ein flexibler Rahmen sehr sinnvoll. Er sollte die lokalen Initiativen auf nationaler Ebene verbinden, kann aber auch zwischen Mitgliedsstaaten und europäischer Ebene anwendbar sein.

### Evidenz und Erfahrungen

Bezüglich der Nutzung und Nutzungsmöglichkeiten von Daten rangiert Deutschland im internationalen Vergleich im Hinblick auf verschiedene Aspekte nur auf den hinteren Plätzen (Oderkirk 2021). Die auf einer wiederkehrenden Umfrage in OECD-Mitgliedsstaaten basierende Studie zeigt, dass Daten in Deutschland nicht standardmäßig miteinander verknüpft analysiert werden und Möglichkeiten dazu bislang in mehrerer Hinsicht fehlen. Zeitnahe Schlussfolgerungen zu im Entstehen begriffenen Volksgesundheitsproblemen oder während einer Pandemie werden damit genauso erschwert wie ein Gesamtblick auf das Versorgungsgeschehen. Zudem ist die Datenverfügbarkeit für eine Reihe von Versorgungsbereichen beschränkt. Während für die existierenden Register Forschungseinrichtungen, im Falle des Krebsregisters sogar for-profit Unternehmen eine Nutzung beantragen können, findet mit Ausnahme von krankenhausbezogenen Daten kein Austausch von Inhalten mit anderen Datenhaltern oder Regierungsinstitutionen statt.

Die am 1. Januar 2021 in Deutschland eingeführte elektronische Gesundheitsakte (ePA) ist vor dem Hintergrund ein begrüßenswerter Schritt (gematik 2020). Patienten erhalten hierdurch die Möglichkeit, elektronisch Einsicht in ihre persönlichen Daten und Befunde zu nehmen und u. a. durch mobile Apps mit ihren Gesundheitsdienstleistern zu teilen. Erhöhte Kosteneffizienz, Patientenzentrierung und Belastbarkeit des Gesundheitssystems sind die zu erwartenden positiven Ergebnisse.

Im Folgenden werden einige Ansätze mit Potenzial skizziert:

- a. Im Sinne von Transparenz und Emanzipation sollte eines der Ziele digitaler Transformationsstrategien sein, dem **Patienten online den Zugriff auf die eigenen Informationen** und damit den Überblick zu seinem Gesundheitszustand zu ermöglichen. In Finnland beispielsweise wurden die langfristigen Prioritäten für die digitale Regierung 2006 in der „Strategie der Nationalen Wissensgesellschaft 2007 – 2015“ festgelegt. Vor diesem Hintergrund wurde eine landesweit harmonisierte elektronische Gesundheitsakte (Patient Data Repository) eingeführt (kanta 2020). Damit können Bürger in Finnland ihre von den Gesundheitszentren aufgezeichneten Daten auf einer Online-Plattform einsehen. Die Plattform folgt einem weitergehenden Ansatz als in Deutschland, ist in verständlicher Sprache gehalten und enthält eine klar umrissene Anleitung für Patienten und diejenigen, die sich um sie kümmern, selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Jormanainen et al. 2019). Diese Unterstützung zur Eigenverantwortung trägt erheblich zu einem verbesserten Gesundheitszustand und einer verbesserten Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt bei. Außerdem kann ein besseres Krankheitsmanagement erzielt werden. Die Einführung in Deutschland sollte deshalb vorangetrieben werden. Dabei können auch Länder, die Deutschland strukturell wesentlich ähnlicher sind, als Vorbild dienen. Österreich hat die „e-card“ als Versichertenkarte mit Rezept-, Krankschreibungs- und Überweisungsfunktionen 2006 eingeführt. Die „Elektronische Gesundheitsakte“ (ELGA) mit individuellem Zugriff durch Bürger und Patienten ging 2014 an den Start (Bachner et al. 2018, S. 123 ff.; Krüger-Brand 2006). Die Nutzung beider ist in der Bevölkerung weithin akzeptiert.

- b. Eine umfassende Strategie zur **Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten erfordert ein gezieltes Monitoring** auf Makroebene mit verbesserter Erfassung von individuellen Gesundheitsdaten, ihrer Analyse und Informationen zum Umgang und zur Entscheidungsfindung. Immerhin sind seit Einführung des Präventionsgesetzes die Ausgaben der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und auch die Anzahl an erreichten Personen gestiegen (Bauer et al. 2020). Krankenkassen geben vermehrt auch Anreize für gesundheitsförderliches individuelles Verhalten. Programme mit Bonuspunkten oder Übernahme von Teilbeträgen sind die häufigsten Anreize, um Mitglieder zu Sport-, Bewegungs- oder gesundheitsbezogenen Fortbildungskursen zu bewegen (s. u. a. AOK Nordost 2021; Barmer 2020; Die Techniker 2020). Einige Kassen bieten neuerdings auch die Subventionierung von Wearables wie Smartwatches oder Fitnessarmbändern sowie Unterstützung durch mobile Apps an. Laut nationaler Statistik finden 40 % der Menschen in Deutschland – vornehmlich die jüngere Bevölkerung – tragbare Technologien interessant (statista 2020e). Für die Zukunft ist zu erwarten, dass der Einsatz von mobilen Apps und Wearables zunehmen wird.
- c. Regionale Akteure können in ihrem **Bemühen um integrierte Versorgungslösungen** gestärkt werden, wenn Patientendaten sinnvoll zwischen Gesundheitsdienstleistern ausgetauscht werden und Kommunen mehr Handlungsspielraum erhalten. So hat das niederländische National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) das Toolkit „Prävention im Quartier“ entwickelt, das auf neun verschiedenen Stadtteiltypen basiert und den Kommunen helfen soll, einen integrierten Präventionsansatz durch maßgeschneiderte praktische Informationen umzusetzen (Storm et al. 2019). In ähnlicher Weise tragen Projekte zur Implementation von integrierter Versorgung in Deutschland dazu bei, Patientendaten im Vergleich zu konventionellen Versorgungsmodellen besser zu nutzen (optimedis 2020). Solche Möglichkeiten sollten ausgebaut und noch stärker genutzt werden. Ergebnisse sollten sich in einer verbesserten Gesundheit der Bevölkerung und in weniger gesundheitlicher Ungleichheit niederschlagen. Gleiches gilt für Netzwerke mit Projekten zur besseren Verzahnung und Nutzung von Versorgungsdaten (Medizininformatik-Initiative 2021).
- d. Ein Teil der Schwierigkeiten bei der Datennutzung ist auf die Interpretation der existierenden DSGVO zurückzuführen, die auch einige andere Länder als schwierig erfahren. Zudem gibt es aufgrund der föderalen Struktur Datenschutzbestimmungen gleich mehrfach. Oderkirk (2021) zeigt, dass der **Blick in andere EU-Länder** (z. B. Frankreich, Belgien) lohnen kann, die eine Lösung für diese Hindernisse gefunden haben.
- e. Dabei wird bei aller Betonung der Wichtigkeit des Datenschutzes deutlich, dass es nur für Daten aus dem Krankenhausbereich **Schulungen zu Datenschutz und Datensicherheit** gibt (Oderkirk 2021). Regelmäßige Schulungen insgesamt können hier zu größerer Transparenz, Vertrauen und einem verstärktem Bewusstsein über Möglichkeiten und Schwierigkeiten beitragen.

Die Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens entstehen, sollten Gegenstand von „Anticipatory Governance“ sein, eine Form der Technikfolgenabschätzung und des Forecastings, die sich aus den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten (Bürger, Patienten, Gesundheitsberufe, Krankenkassen etc.) mit den Vorteilen, Nachteilen und Bedenken auseinandersetzt, um zu einer sachlicheren Diskussion und Entscheidungsgrundlage zu gelangen (s. u. a. McQueen 2014; Özdemir & Knoppers 2014).

## Instrumente der Governance

### Expertendiskussion

Governance-Entscheidungen benötigen fundierte Grundlagen. Damit verbunden ist die Frage, was geeignete Instrumente für gute Governance sind und wie diese für eine möglichst effektive Nutzung ausgestaltet werden sollten. Qualitätsindikatoren stellen darin wesentliche Elemente dar. Messverfahren sollten in Strukturen eingebettet und Stakeholder sinnvoll einbezogen werden, um sicherzustellen, dass Bewertungen auf Basis von Indikatoren akzeptiert und umgesetzt werden. Einige Punkte lassen sich wie folgt feststellen:

1. Es gibt zwar mittlerweile eine Reihe von Qualitätsindikatoren, jedoch bleibt deren Aussage häufig ohne **Konsequenzen** und ihre Lenkungswirkung entfaltet sich nicht wie intendiert. Deshalb bedarf es klar definierter Mechanismen, wie vereinbarte Governance- und Qualitätsziele verfolgt werden und wie sie mit Vergütungsmodellen (wie z. B. Bundled-Payments), spezifischen Anreizen und ggf. auch Sanktionen zu verknüpfen sind.
2. Idealerweise wird zudem mit den gewählten Instrumenten ein **selbstlernender Optimierungsprozess** angestoßen, in dessen Rahmen Regulierungen zeitnah nachjustiert werden.
3. Die existierenden Qualitätsindikatoren sind bislang weitgehend eher technisch oder medizinisch gehalten oder beziehen sich auf die Zielsetzungen einzelner Gesundheitsakteure wie z. B. Krankenkassen. Noch decken sie nicht die Bandbreite an Informationen ab, die für weitreichendere Entscheidungen u. a. hinsichtlich Prävention und Versorgungsgeschehen erforderlich wären. Auch weisen sie derzeit noch wenig Bezug zur Lebenswirklichkeit der Patienten auf. Eine **breitere Datenbasis** für Governance mit Ergänzung der bisherigen Qualitätsindikatoren um Indikatoren, die systematisch die **Sichtweise von Patienten und Bürgern** abbilden, wäre eine wichtige Verbesserung. Ansätze wie die sogenannte sprechende Medizin könnten gestärkt werden.

Für eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung ist wesentlich, Datensammlung, -verwaltung, und -nutzung ebenso wie die getroffenen Governance-Entscheidungen transparent zu machen. Dies schließt die bessere Verständlichkeit von Indikatoren und die Transparenz über die Versorgungsqualität mit ein. Ein für **alle einsehbares Berichtssystem** könnte einen Beitrag leisten, die Gesundheitskompetenzen und die Eigenverantwortung der Nutzer zu stärken. Das kann wie folgt gelingen:

1. **Krankenkassen** können und sollten **als Qualitätsanwalt für ihre Mitglieder** eine deutlich stärkere Rolle spielen.
2. **Neue Vergütungsmodelle** wie Bundled Payments – also die Vergütung einer durchschnittlich zu erwartenden Menge Behandlungsfälle mit vorab definierten Qualitätsmerkmalen und über Leistungsanbieter hinweg – können Instrumente zur Implementation sein.
3. Auch das Instrument der **Selektivverträge** wurde bislang nur zögernd und bruchstückhaft eingesetzt.

Sowohl neue Vergütungsmodelle als auch Selektivverträge sind vielversprechend bezüglich Kostenstabilisierung und Qualitätssteigerung.

### **Evidenz und Erfahrungen**

Kifmann (2017) führt die Erfahrungen mit selektivem Kontrahieren zusammen und konstatiert, dass diese zwar (kurzfristig) mehr Ressourcen benötigt, dafür aber bessere Qualität erzeugt. Ginneken, Schäfer und Kroneman (2011) sowie Siciliani, Chalkley und Gravelle (2017) weisen auf das Potential für Qualität und veränderte Rollenbeziehungen durch einen stärkeren, aber regulierten Wettbewerb (Managed Competition) hin. Hier spielen vielfältige Faktoren hinein, u. a. langfristig aufgebautes Vertrauen, Präferenzen von Patienten, Rollenvorstellungen, Kommunikationsfähigkeit, Gesundheitskompetenz. Nicht zuletzt kommt es vor allem auch auf die Ausgestaltung von Managed Competition an, was u. a. die Vergütung, den Freiheitsspielraum von Leistungserbringern und Krankenkassen und die Wechselmöglichkeiten für Patienten betrifft (s. Greß 2017). Die Autoren machen deshalb deutlich, dass das Verhältnis zwischen Patient oder Bürger, Leistungserbringer und Krankenkassen sensibel ist und diese Triade ein ausgewogenes, gut reguliertes Rahmenwerk erfordert. Die Spezialisierung insbesondere von Krankenhäusern sowie die Kooperation und Netzwerkbildung von Leistungsanbietern stehen Managed Competition jedoch nicht grundsätzlich im Wege, beide Ansätze können sich sogar ergänzen, wie Ineveld, Wijngaarden und Scholten (2018) anführen.

Schneider et al. (2016) legen eindrücklich dar, dass eine integrierte Versorgung selbst in der begrenzten Art der „Disease Management Programme“ (DMPs) leichte Verbesserungen der Gesundheitsindikatoren und der Kosten erzeugt. Die zu erwartende Reduktion von Folgekosten im höheren Alter ist hierbei noch nicht enthalten, so dass die konsequente Umsetzung weiteres Potenzial beinhaltet.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) hat sich bereits vor einiger Zeit mit den Chancen qualitätsorientierter Vergütung auseinandergesetzt. Neben den Möglichkeiten für eine erhöhte Ergebnisqualität verweist er auf die komplexen Einflussfaktoren, die auf gesundheitliche Outcomes wirken. Es kann die Vergütung von Leistungserbringern erschweren, wenn komplizierte Fälle nicht zum gewünschten Behandlungserfolg führen (Problem der „verursachungsgerechten Zuordnung von Ergebnissen“). Zu befürchten ist, dass Leistungserbringer eine nicht wünschenswerte Veränderung der Dokumentation und Risikoselektion als Ausweichstrategie vornehmen. Die Erfahrungen mit Bundled Payments als eine Option qualitätsorientierter Vergütung sind noch recht begrenzt. So ist noch wenig bekannt über längerfristige Qualitätsentwicklungen. Zudem sind diese Modelle bislang eher organisations- und wenig patientenorientiert ausgerichtet, meist mit der Einschränkung der freien Arztwahl. Die bisherigen Erfahrungen sind jedoch positiv im Hinblick auf die erzielte Kosteneinsparung und Qualität, insbesondere aber scheinen Kooperation und Integrationsanstrengungen der beteiligten Leistungsanbieter verstärkt zu werden (Llano 2013; Struijs & Baan 2011; Struijs, Dorst & Vries 2019).

Traxler (2019) zeigt die positiven Folgen für Lebensqualität und Gesundheits-Outcomes durch die Berücksichtigung von Präferenzen und Gewohnheiten von Patienten und Bürgern in der Organisation des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung selbst auf. Selbst kleine Einpassungen von Therapieelementen in Alltagsroutinen der Patienten können bereits viel bewirken. Auch die Erfahrungen mit den meist mithilfe von Fragebögen erhobenen PREMs (Patient-Reported Experiences) und PROMs (Patient-Reported Outcomes) sind positiv (Desomer et al. 2018) und können als patientenbezogene Indikatoren hilfreich für die Governance sein.



## Bürger- und Patientenbeteiligung, Kommunikation

### Expertendiskussion

Obwohl Bürger und Patienten die eigentlichen Zielgruppen des Gesundheitssystems und seiner Dienste sind, sind ihre Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Gestaltung des Systems jenseits von parlamentarischen Wahlen und über Patienten- und Verbraucherverbände begrenzt. Auch wird mehr Raum für Partizipation im individuellen Versorgungsgeschehen immer wieder von Expertenseite thematisiert. Die wichtigsten Punkte zur Verbesserung der Governance durch Beteiligung von Bürgern und Patienten können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die Experten des Think Labs sprachen sich für **neue Beteiligungsformen auf verschiedenen Ebenen** aus: Auf lokaler Ebene könnten gemeinsam mit Bürgern Schwerpunkte für Gesundheitsförderung und Versorgung gesetzt sowie Netzwerkpartner gewonnen werden, auf Länder- und Bundesebene grundsätzliche, organisatorische Fragen und übergeordnete Standards erörtert werden. Dabei wäre das Ziel nicht Beteiligungsmaximierung per se, sondern die sinnvolle Ergänzung und Vertiefung von Ansätzen der Versorgungsgestaltung durch die „Nutzer“.
2. Als mögliche *individuelle Beteiligungsform* wurde – gemäß den Empfehlungen der OECD (2017) – die Erhebung von **Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs)** via Fragebögen genannt. Als Beispiele für kollektive Beteiligung können themenspezifische Bürgerversammlungen, Gesundheitskonferenzen auf kommunaler, regionaler oder Bundesland- und Bundesebene genannt werden. Die **Repräsentation** durch Patienten- und Verbraucherverbände könnte zudem ausgeweitet werden. Idealerweise richtet sich die Beteiligungsform bzw. die Kombination verschiedener Formen nach dem Ziel und der Fragestellung der Beteiligung (s. Simmons et al. 2007; Tritter & McCallum 2006, S. Kap. 7).
3. Denkbar sind sowohl **freiwillige Formen** wie z. B. Bürgerversammlungen als auch **verbindlichere Ansätze** wie beispielsweise durch Zufallsauswahl rekrutierte Personen in Anlehnung an das Schöffen-System im Rechtsbereich. **Kontrovers wird die Frage nach dem Stimmrecht diskutiert**. Unabhängig davon ist **Kommunikation** essentiell, um zu hohen Erwartungen zuvorzukommen. Vor allem ist eine Klärung im Vorfeld erforderlich, was mit dem Beteiligungsformat erreicht werden soll und was mit den Ergebnissen geschieht.
4. Darüber sind die gesundheitsbezogene Kommunikation bzw. allgemeine Gesundheitskompetenz von Bedeutung. Bei Themen der Gesundheitsversorgung handelt es sich in der Regel um komplexe Themen, die zum Teil in ebenfalls komplexe Organisationen hineinreichen. Das Wissen darüber kann nicht einfach vorausgesetzt werden, da sowohl die Qualität der Informationen als auch Verständlichkeit und Aufbereitung in den Medien variieren und nicht immer gelungen sind. Eine **verbesserte Gesundheitskompetenz** der (Fach-)Journalisten kann daher einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Gesundheitskompetenzen der Bürger und Patienten leisten.

### **Evidenz und Erfahrungen**

Beteiligung kann grob unterschieden werden nach individuellen sowie kollektiven Formen der Beteiligung. Auch hängen Beteiligungsformen vom Ziel ab (s. z. B. Andersson 2014; Coulter 2005; für eine systematischere Übersicht über Beteiligungsdimensionen s. Abbildung 1). Als einfachste Stufe können dabei die Aufklärung und Informationsweitergabe angesehen werden. Hier werden gute Erfahrungen u. a. mit dem „Gesundheitskiosk“ in Hamburg (Korzilius 2018; Schnack 2019) und der Unabhängigen Patientenberatung gemacht, die noch ausbaubar sind.

„Shared Decision Making“ als individuelle Beteiligungsform im Versorgungsgeschehen trifft zunehmend auf ein besseres Verständnis ihrer Bedeutung bei guter Umsetzung (Joosten et al. 2008). Das Gleiche gilt für die Verwendung von PREMs, PROMs und Patientenpräferenzen. Ein Großteil der Evaluationen dieser Instrumente erfolgen im Zusammenhang mit spezifischen Indikationen. Eichhorn et al. (2015) zeigen, dass sie bei gutem Einsatz in bestimmten Settings und für bestimmte Patientengruppen auch in der stationären Praxis unabhängig von spezifischen Krankheiten zur Verbesserung der subjektiven Bewertung beitragen können. In der ambulanten Versorgung werden PROMs vorwiegend in der Betreuung und Behandlung chronischer Patienten verwendet (s. van Baalen 2018). Auch wenn es in einigen Ländern bereits eine Reihe validierter PROM-Fragebögen in Hausarztpraxen gibt (s. z. B. Weenink 2014; Nederlands Huisartsen Genootschap 2021), sind die Ergebnisse der verschiedenen Fragebögen bisher selten miteinander vergleichbar (Weenink 2014). Murphy, Salisbury und Hollinghurst (2014) argumentieren gar, dass der Einsatz von PREMs und PROMs aufgrund der großen Diversität primärmedizinischer Versorgung jenseits spezifischer Behandlungen schwierig umzusetzen sei. Bis zu einem flächendeckenden Einsatz in der allgemeinen primärmedizinischen Praxis ist in jedem Fall noch einige Entwicklungsarbeit zu leisten.

Darüber hinaus kann die Beteiligung der Bevölkerung an gesundheitsrelevanten Planungen positive Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit haben (Immergut, Roescu & Rönnerstrand 2019). Auf regionaler oder auf Ebene individueller Leistungserbringer führt Patientenbeteiligung laut Crawford et al. (2002) häufig zu kleineren Änderungen in der Kommunikation und der Organisation, die Situationen für Bürger und Patienten vereinfachen und zu besseren Resultaten in der Versorgung führen können.

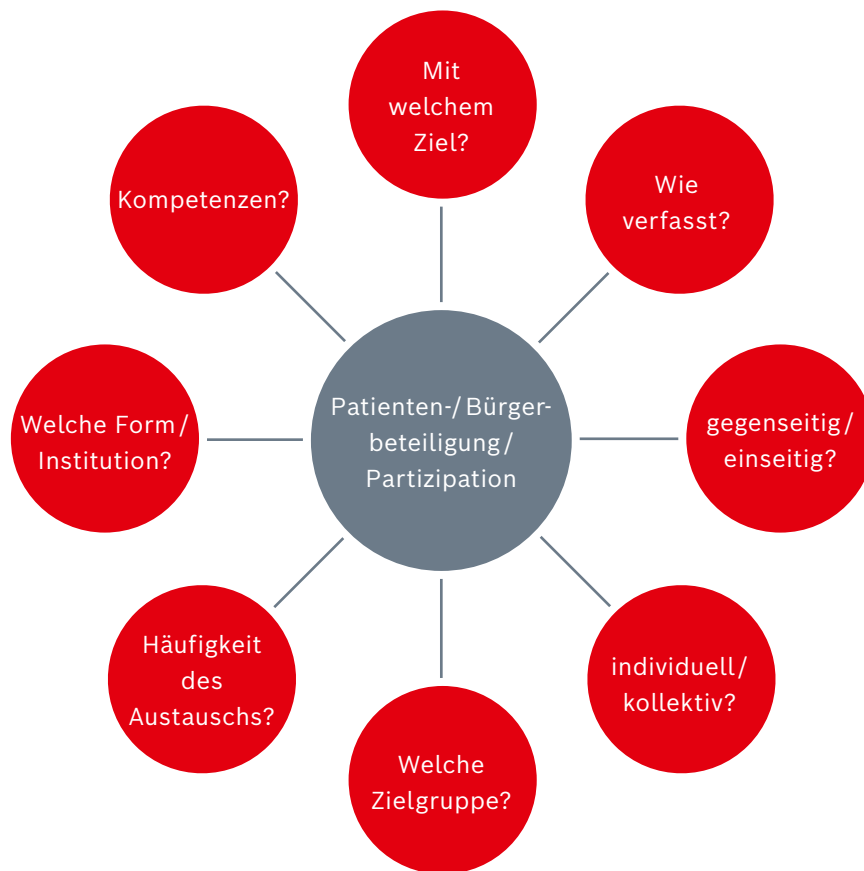


Abbildung 1 – Beteiligungsdimensionen (nach Haarmann 2018, S. 25)

Bei größeren Vorhaben ist Beteiligung umso erfolgreicher, je früher sie im Prozess ansetzt. Formate reichen von unverbindlichen, gemeinsamen Diskussionen mit Bürgern und Patienten bis zur Partizipation mit verbindlicher, gemeinsamer Entscheidungsfindung (Barnes, Newman & Sullivan 2007; Groenewegen et al. 2016; Potvin 2007; Tritter & McCallum 2006). Die Forschung legt nahe, dass eine Motivation zur Beteiligung umso besser gelingt, je überschaubarer die zu investierende Zeit ist und je relevanter das Thema persönlich empfunden wird. Als Herausforderung gilt, in der Beteiligung ein allgemeines Abbild der Bevölkerung zu erzielen, da Personen mit höherer Bildung, mehr Zeit und größerer Betroffenheit – zum Beispiel Personen im Ruhestand – häufig überrepräsentiert und Vollzeitbeschäftigte oder Personen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert sind (van de Bovenkamp 2010; Savornin Lohman 2000).

International gibt es einige gute Beispiele für kollektive Bürger- und Patientenbeteiligung, die sich in die folgenden Bereiche einteilen lassen:

Niederländische Dachverbände von krankheitsspezifischen **Patientenorganisationen** und den obligatorischen „Kundenräten“ primär aus der Langzeitpflege und -betreuung werden regelmäßig als krankheitsunspezifische Anwälte ihrer Mitglieder in Gesetzgebungsverfahren und bei größeren organisatorischen Veränderungen einbezogen. Sie unterstützen ihre Mitglieder durch Schulungen, Konzepte, Vorlagen und Informationen (van de Bovenkamp, Grit & Bal 2008). Eine italienische Graswurzelbewegung gründete die demokratisch gewählten sog. „Tribunale für Patientenrechte“ ab dem Jahr 1980 (Ferré et al. 2014; Markenstein 2000). Heute kümmern sie sich in ca. 500 lokalen Zentren im ganzen Land um Beschwerden von Patienten über ihre Behandlungserfahrung in Krankenhäusern und bei anderen Leistungsanbietern und versuchen sie zu lösen. Daneben suchen sie auch das Gespräch, um auf lokaler oder regionaler Ebene Verbesserungen in der Versorgung vorzuschlagen.

Auf **nationaler Organisationsebene** bindet Portugal verschiedenste Stakeholder inkl. Patientenvertreter verpflichtend in seinen nationalen Gesundheitsrat ein. Dieser arbeitet die wichtigsten Empfehlungen im Sinne einer deliberativen Demokratie aus, beschließt sie – soweit möglich – gemeinsam und dient damit als unabhängiges Beratungsorgan für den Gesundheitsminister (Almeida Simões, Augusto, Fronteira & Hernández-Quevedo 2017). Ähnliche Beispiele finden sich in Frankreich und Malta (s. z. B. Azzopardi-Muscat et al. 2017; Chevreul et al. 2015). Israel ist ein Beispiel für die Patienten-/Bürgerbeteiligung in den Verwaltungsräten großer Leistungserbringer, im nationalen Gesundheitsrat und in der einheitlichen, nationalen Krankenversicherung (Rosen, Waitzberg & Merkur 2015).

Auch in Deutschland gibt es Beispiele für **partizipatorische Entscheidungsfindung neben der Selbstverwaltung**. Hier sind u. a. die Bürgerbeteiligung zu Themen wie die Zukunft der Gentechnik (Schick Tanz & Naumann 2013) oder die Priorisierung von Gesundheitsleistungen (Bossert 2015) zu nennen. Die Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen finden auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene statt und zeigen, wie Bürger und Patientenvertreter sinnvoll eingebunden werden können (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen 2014). Kroning & Hopkins (2019) zeigen auf, dass auch die Beteiligung des Gesundheitspersonals nicht außer Acht gelassen werden sollte, da sie positiven Einfluss auf dessen Motivation und damit die Qualität der Versorgung haben kann.

Die genannten Beispiele machen deutlich, dass kollektive Bürger- und Patientenbeteiligung vielfältig und je nach Zielsetzung und Ausgestaltung sowohl auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene in verschiedenen Bereichen sinnvoll sein kann.

## Expertinnen und Experten am Think Lab 6

---

Prof. Dr. Nils C. Bandelow, Institute of Comparative Politics and Public Policy, TU Braunschweig

---

Dr. Jan Böcken, Bertelsmann Stiftung

---

Prof. Dr. Mirella Cacace, Katholische Hochschule Freiburg

---

Francesca Colombo, OECD

---

Birgit Dembski, BAG Selbsthilfe

---

Christina Derksen, Jacobs University Bremen

---

Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

---

Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung

---

Hans-Jürgen Firnkorn, ehem. Robert Bosch Stiftung

---

Birgit Fischer, Staatsministerin a.D., Health Consultant

---

Dr. Detlev Ganten, Charité, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften;  
World Health Summit

---

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

---

Dr. med. Bernhard Gibis, Kassenärztliche Bundesvereinigung

---

Matthias Gruhl, Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz a.D.

---

Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

---

Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG, Gesundes Kinzigtal GmbH

---

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Hertie School

---

Prof. Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch, Hochschulinstitut für internationale Studien und Entwicklung Genf

---

Dr. Wolfgang Klitzsch, Bundesverband Managed Care

---

Franz Knieps, BKK Dachverband e.V.

---

Maximilian Lückemann, Leibniz-Universität Hannover

---

Hans-Dieter Nolting, IGES Institut

---

Jillian Oderkirk, OECD

---

Dr. Nadine Reibling, Universität Siegen

---

Lars Roemheld, Health Innovation Hub Berlin

---

Dr. Gottfried Roller, Gesundheitsamt Kreis Reutlingen

---

Dr. Julia Serong, Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung, LMU München

---

Dr. Christof E. Veit, IQTIG

---

Die Affiliation entspricht dem Zeitpunkt des Think Labs.

## Literatur

Abimbola, Seye. (2020). Health system governance: a triangle of rules. *BMJ Global Health*, 5(8). doi: 10.1136/bmjgh-2020-003598

Almeida Simões, Jorge de, Augusto, Gonçalo Figueiredo, Fronteira, Inês & Hernández-Quevedo, 2017; 19(2) Cristina Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. (2017). *Portugal*. *Health Systems in Transition* (Nr. 19). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Andersson, Edward. (2014). Engagement in health: roles for the public and patients. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 33–47). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

AOK Nordost. (2021). AOK-Gesundheitskonto. AOK Nordost. <https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/aok-gesundheitskonto/#c8601>. Zugegriffen am 03.05.2021.

Azzopardi-Muscat, Natasha, Buttigieg, Stefan, Calleja, Neville & Merkur, Sherry. (2017). *Malta*. *Health Systems in Transition* (Nr. 19). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Baalen, Marrit van, Gommans, Tom & Berens, Menno. (2018). PROMs in de spreekkamer – Succes-en faalfactoren en lessen voor implementatie. Rotterdam: Rebel.

Bachner, Florian, Bobek, Julia, Habimana, Katharina, Ladurner, Joy, Lepuschütz, Lena, Ostermann, Herwig, Rainer, Lukas, et al. (2018). *Austria*. *Health Systems in Transition* (Nr. 20). WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Bambra, Clare. (2019). Governing Health Inequalities. In K. Hurrelmann, M. Shaikh, & C. Wendt (Hrsg.), *The Governance Report 2019* (S. 51–66). Oxford: Oxford University Press.

Barmer. (2021). Bonusprogramm. Barmer. <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/bonusprogramm/massnahmenkatalog/massnahmenkatalog-198048>. Zugegriffen am 03.05.2021.

Barnes, Marian, Newman, Janet & Sullivan, Helen C. (2007). *Power, participation and political renewal – Case studies in public participation* (S. 228). Bristol: The Policy Press.

Bauer, Susanne, Geiger, Laura, Niggemann, René & Seidel, Jan. (2020). Präventionsbericht 2020. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen; GKV-Spitzenverband.

Bernal-Delgado, Enrique, García-Armesto, Sandra, Oliva, Juan, Sánchez Martínez, Fernando Ignacio, Repullo, José Ramón, Peña-Longobardo, Luz María, Ridao-López, Manuel, et al. (2018). Spain: *Health system review*. *Health Systems in Transition* (Nr. 20). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Bertelsmann Stiftung. (2019). *Bürgerbeteiligung mit Zufallsauswahl*. Allianz vielfältige Demokratie. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

- Bjegovic-Mikanovic, Milena Vesna and Vasic, Vukovic, Dejana, Jankovic, Janko, Jovic-Vranes, Aleksandra, Santric-Milicevic, Milena, Terzic-Supic, Zorica & Hernández-Quevedo, Cristina. (2019). Serbia – Health system review. Health Systems in Transition (Vol. 21). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Bogs, Harald. (1977). *Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung*. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Bossert, Sabine. (2015). *Deliberative Bürgerbeteiligung in der deutschen Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung*. Universität Lüneburg, Lüneburg.
- Bovenkamp, Hester van de, Grit, Kor & Bal, Roland. (2008). Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid. Rotterdam: Institute Health Policy and Management.
- Bovenkamp, Hester M. van de. (2010). *The Limits of Patient Power*. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Braun, Bernard, Klenk, Tanja, Kluth, Winfried, Nullmeier, Frank & Welti, Felix. (2008). *Gutachten zur „Geschichte und Modernisierung der Sozialversicherungswahlen“*. Baden-Baden: Nomos.
- Braun, Bernard, Klenk, Tanja & Nullmeier, Frank. (2008). Selbstverwaltung in der Sozialversicherung – wie präsent sind die Versicherteninteressen? *ZeS-Report*, 13(1), 9 – 12.
- Braun, Bernard, Klenk, Tanja & Nullmeier, Frank. (2017). Sozialwahlen und Selbstverwaltung 2017. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 43(6), 36 – 43. doi: 10.5771/1611-5821-2017-6-36
- Breton, Mylaine, Lévesque, Jean-Frédéric, Pineault, Raynald, Lamothe, Lise & Denis, Jean-Louis. (2009). Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives. *Healthcare Policy/Politiques de sante*, 4(3), e159 – e178.
- Busse, Reinhard & Blümel, Miriam. (2014). *Germany – Health system review*. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Chevreur, Karine, Berg Brigham, Karen, Durand-Zaleski, Isabelle & Hernández-Quevedo, Cristina. (2015). *France: Health system review*. Health Systems in Transition (Nr. 17). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Coulter, Angela. (2005). What do patients and the public want from primary care? *British Medical Journal*, 331, 1199.
- Crawford, Mike J., Rutter, Deborah, Manley, Catherine, Weaver, Timothy, Bhui, Kamaldeep, Fulop, Naomi & Tyrer, Peter. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(7375), 1263. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1263
- Cylus, Jonathan, Richardson, Erica, Findley, Lisa, Longley, Marcus, O'Neill, Ciaran & Steel, David. (2015). *United Kingdom*. Health Systems in Transition (Nr. 17). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Desomer, Anja, Heede, Koen van den, Triemstra, Mattanja, Paget, John, Boer, Dolf de, Kohn, Laurence & Cleemput, Irina. (2018). Use of Patient-Reported Outcome and Experience Measures in Patient Care and Policy. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Die Techniker. (2020). So funktioniert TK-Fit. TK. <https://www.tk.de/techniker/magazin/digitale-gesundheit/spezial/tk-fit/belohnungen-fitnessprogramm-2066246?tkcm=ab>. Zugegriffen am 03.05.2021.

Eichhorn, Lars, Murday, A.-K, Kohnen, B., Guttenthaler, V., Türler, A., Baumgarten, Georg & Wittmann, Maria. (2015). Patientenzufriedenheit als Maßeinheit im Qualitätsmanagement – ein Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung. *Das Gesundheitswesen*, 79.

Ferré, Francesca, Belvis, Antonio Giulio de, Valerio, Luca, Longhi, Silvia, Lazzari, Agnese, Fattore, Giovanni, Ricciardi, Walter, et al. (2014). *Italy*. Health Systems in Transition (Nr. 16). European Observatory of Health Systems and Policies.

Fredriksson, Mio. (2012). *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.

Fredriksson, Mio & Winblad, Ulrika. (2008). Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden. *Social Science & Medicine*, 67(2), 271 – 279. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.025>

Fryatt, Robert, Bennett, Sara & Soucat, Agnes. (2017). Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Global Health*, 2(2). Abgerufen von e000343. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000343>

gematik. (2020). Die elektronische Patientenakte (ePA). gematik. Abgerufen von <https://www.gematik.de/anwendungen/e-patientenakte/>

Gerlinger, Thomas, Knötig, Nora, Lückenbach, Caspar Daniel, Staender, Johannes & Wüstrich, Thomas. (2016). Soziale Selbstverwaltung in Krankenkassen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Ginneken, Ewout van, Schäfer, Willemijn & Kroneman, Madelon. (2011). Managed competition in the Netherlands. *Eurohealth*, 16(4), 23 – 26.

Greß, Stefan, Höppner, Karin, Marstedt, Gerd, Rothgang, Heinz & Thamm, Marcus. (2008). Durchsetzung von Versicherteninteressen. In S. Greß, K. Höppner, G. Marstedt, H. Rothgang & M. Thamm (Hrsg.), *Einflussnehmen oder Aussteigen? Theorie und Praxis von Selbstverwaltung und Kassenwechsel in der GKV* (S. 19 – 89). Berlin: edition sigma.

Greß, Stefan. (2017). Managed Care. In F. Wagner (Hrsg.), *Gabler Versicherungslexikon* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer Gabler.

Groenewegen, Peter, Kroneman, Madelon, Erp, Kim van, Broeren, Rosida & Birgelen, Chantal van. (2016). *Kennissynthese: Patiëntenparticipatie in de eerste lijn*. Utrecht: Nivel & zorgbelang Brabant.



Haarmann, Alexander. (2012). Niederlande: Soziale Sicherung zwischen staatlicher Grundsicherung und For-Profit-Versicherern. In T. Klenk, P. Weyrauch, A. Haarmann, & F. Nullmeier (Hrsg.), *Abkehr vom Korporatismus?* (S. 367 – 438). Frankfurt a.M.: Campus.

Haarmann, Alexander. (2018). *The Evolution and Everyday Practice of Collective Patient Involvement in Europe*. Cham: Springer.

Habicht, Triin, Reinap, Marge, Kasekamp, Kaija, Sikkut, Riina, Aaben, Laura & Ginneken, Ewout Van. (2018). Estonia. Health Systems in Transition (Vol. 20). WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hess, Rainer. (2009). Herausforderungen an ein qualitätsorientiertes Gesundheitssystem – die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses. In N. C. Bandelow, F. Eckert, & R. Rösenberg (Hrsg.), *Gesundheit 2030* (S. 107 – 121). Wiesbaden: VS Verlag.

Hildebrandt, Helmut, Bahrs, Ottomar, Borchers, Uwe, Glaeske, Gerd, Griewing, Bernd, Härter, Martin, Hanneken, Jessica, et al. (2020). Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. *Welt der Krankenversicherung*, (7 – 8), 164 – 172.

Hildebrandt, Helmut, Pimperl, Alexander, Schulte, Timo, Hermann, Christopher, Riedel, Harald, Schubert, Ingrid, Köster, Ingrid, et al. (2015). Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(4), 383 – 392. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2120-y>

Hofmann, Claudia Maria, Spiecker (gen. Döhmann), Indra & Wallrabenstein, Astrid. (2020). *Mehrwert der Selbstverwaltung*. Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht. Berlin: Peter Lang. <https://doi.org/10.3726/b17550>

Hogg, Christine. (1999). *Patients, Power & Politics – From Patients to Citizens*. London, Seven Oaks, New Delhi: SAGE.

Hurrelmann, Klaus, Shaikh, Mujahed & Wendt, Claus. (2019). Health Policy and Health Governance. In K. Hurrelmann, M. Shaikh, & C. Wendt (Hrsg.), *The Governance Report 2019* (S. 17 – 26). Oxford: Oxford University Press.

Immergut, Ellen M., Roescu, Andra & Rönnerstrand, Björn. (2019). Innovative Governance and Health Reforms in Europe. In K. Hurrelmann, M. Shaikh, & C. Wendt (Hrsg.), *The Governance Report 2019* (S. 149 – 170). Oxford: Oxford University Press.

Ineveld, Martin van, Wijngaarden, Jeroen van & Scholten, Gerard. (2018). Choosing cooperation over competition; hospital strategies in response to selective contracting. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 1082 – 1092. <https://doi.org/10.1002/hpm.2583>

Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., Weert, G. H. de, Sensky, T., Staak, C. P. F. van der & Jong, C. A. J. de. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219 – 226. doi: 10.1159/000126073

Jormanainen, Vesa, Parhiala, Kimmo, Niemi, Anu, Erhola, Marina, Keskimäki, Ilmo & Kaila, Minna. (2019). Half of the Finnish population accessed their own data: comprehensive access to personal health information online is a corner-stone of digital revolution in Finnish health and social care: Englanti. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 11(4), 298–310. doi: 10.23996/fjhw.83323

kanta. (2020). Patient Data Repository. kanta. Abgerufen von <https://www.kanta.fi/en/professionals/patient-data-repository>. Zugegriffen am 04.01.2021.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen. (2019). Medibus: die mobile Hausarztpraxis. Abgerufen von <https://www.kvhessen.de/medibus/>. Zugegriffen am 18.12.2020.

Keskimäki, Ilmo, Tynkkynen, Liina-Kaisa, Reissell, Eeva, Koivusalo, Meri, Syrjä, Vesa, Vuorenkoski, Lauri, Rechel, Bernd, et al. (2019). Finland – Health system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kickbusch, Ilona & Gleicher, David. (2012). Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Abgerufen von [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf). Zugegriffen am 18.01.2021.

Kickbusch, Ilona & Gleicher, David. (2014). *Smart governance for health*. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 140–160). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kifmann, Mathias. (2017). Competition policy for health care provision in Germany. *Health Policy*, 121(2), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.014>

Klenk, Tanja. (2012). Deutschland: Korporatistische Selbstverwaltung zwischen Staat und Markt. In T. Klenk, P. Weyrauch, A. Haarmann, & F. Nullmeier (Hrsg.), *Abkehr vom Korporatismus?* (S. 53–118). Frankfurt a.M.: Campus.

Korzilius, Heike. (2018). Gesundheitskiosk Billstedt/Horn: Für mehr Gesundheitskompetenz. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(15). Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197414/Gesundheitskiosk-Billstedt-Horn-Fuer-mehr-Gesundheitskompetenz>. Zugegriffen am 05.01.2021.

Kroning, Maureen & Hopkins, Kathleen. (2019). Healthcare organizations thrive with shared governance. *Nursing Management*, 50(5), 13–15. doi: 10.1097/01.NUMA.0000557781.40049.2d

Krüger-Brand, Heike E. (2006). e-card: Österreich auf der Datenautobahn. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(3). Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/49873/e-card-Oesterreich-auf-der-Datenautobahn>. Zugegriffen am 05.03.2021.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2014). Gesundheitskonferenzen. Abgerufen von [https://www.lzg.nrw.de/ges\\_land\\_nrw/konf/index.html](https://www.lzg.nrw.de/ges_land_nrw/konf/index.html)

Llano, Rayden. (2013). Bundled Payments for Integrated Care in the Netherlands. In S. Merkur, A. Maresco, & D. McDavid (Hrsg.), *Eurohealth* (Nr. 19, S. 15–16). Brussels: European Observatory.

Markenstein, Loes F. (2000). Verbesserung der Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen – Konzepte und Schlüsselthemen. In H. Ettischer & K. Salice-Stephan (Hrsg.), *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung – Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen*, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (S. 82 – 89). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Matthes, Claudia. (2012). Ungarn: (Selbst-)Verwaltung zwischen Tripartismus und Etatismus. In T. Klenk, P. Weyrauch, A. Haarmann, & F. Nullmeier (Hrsg.), *Abkehr vom Korporatismus?* Frankfurt a.M.: Campus.

McQueen, David. (2014). Value base, ethics and key challenges of health governance for health protection, prevention and promotion. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 129 – 140). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Medizininformatik-Initiative. (2021). Vernetzen. Forschen. Heilen. Medizininformatik-Initiative. Abgerufen von <https://www.medizininformatik-initiative.de/de/start>. Zugegriffen am 20.05.2021.

Murphy, Mairead, Salisbury, Chris & Hollinghurst, Sandra. (2014). Can the outcome of primary care be measured by a Patient Reported Outcome Measure? *British Journal of General Practice*, 64(629), 647 – 648. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240143/>. Zugegriffen am 07.04.2021.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2021). Kwantitatieve feedback van patiënten met behulp van vragenlijsten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap. Abgerufen von <https://www.nhg.org/themas/publicaties/kwantitatieve-feedback-van-patientenervaringen-met-behulp-van-vragenlijsten>. Zugegriffen am 07.04.2021.

North, Nancy & Werkö, Sophie. (2002). Widening the Debate? Consultation and Participation in Local Health Care Planning in the English and Swedish Health Services. *International Journal of Health Services*, 32(4), 781 – 798.

Oderkirk, Jillian. (2021). Survey results: National health data infrastructure and governance. OECD Health Working Papers. Paris: OECD – Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee. <https://doi.org/10.1787/55d24b5d-en>

OECD. (2017). Recommendations to OECD Ministers of Health From the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics. Paris: OECD.

OECD. (2019). Recommendation of the Council on Health Data Governance. OECD Legal Instruments. Paris: OECD.

Olejaz, Maria, Juul Nielsen, Annegrete, Rudkjøbing, Andreas, Okkels Birs, Hans, Krasnik, Allan & Hernández-Quevedo, Cristina. (2012). *Denmark*. Health Systems in Transition (Nr. 14). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

optimedis. (2020). Regional Healthcare Networks Drive Medical Care. Abgerufen von <https://optimedis.com/>

Özdemir, Vural & Knoppers, Bartha M. (2014). From government to AG: responding to the challenges of innovation and emerging technologies. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 11 – 33). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Potvin, Louise. (2007). Managing Uncertainty Through Participation. *Health and Modernity*, 10, 103 – 128.

Raynaud, Olivier & Jané-Llopis, Eva. (2014). Partnering for health governance transformation. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 95 – 105). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Reponen, Jarmo. (2019). Finnish National EHR infrastructure and Digital Health Research in Oulu. Oulu. Abgerufen von [https://www.espon.eu/sites/default/files/attachments/1\\_Reponen\\_0.pdf](https://www.espon.eu/sites/default/files/attachments/1_Reponen_0.pdf)

Robert Bosch Stiftung. 2019. Bürgerreport 2019. Reformvorschläge aus den Bürgerdialogen. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung. 2021. Bürgerreport 2020. Reformschritte aus Bürgersicht. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2019. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Diskussionspapier – Think Lab 1. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020a. Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Diskussionspapier – Think Lab 2. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020b. Patienten-Typologien im Gesundheitssystem von morgen. Diskussionspapier – Think Lab 3. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021a. Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem der Zukunft. Diskussionspapier – Think Lab 4. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021b. Finanzierung und Vergütung eines nachhaltigen Gesundheitssystems – Ansätze und Möglichkeiten. Diskussionspapier – Think Lab 5. Stuttgart.

Rosen, Bruce, Waitzberg, Ruth & Merkur, Sherry. (2015). *Israel – Health system review*. (S. Merkur, Hrsg.) Health Systems in Transition (Nr. 17). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Rothgang, Heinz, Cacace, Mirella, Frisina, Lorraine, Grimmeisen, S., Schmid, Achim & Wendt, Claus. (2010). *The State and Healthcare*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Ruiz-Cantero, María Teresa, Guijarro-Garvi, Marta, Bean, Donna Rose, Martínez-Riera, José Ramón & Fernández-Sáez, José. (2019). Governance commitment to reduce maternal mortality. A political determinant beyond the wealth of the countries. *Health & Place*, 57, 313 – 320. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.05.012>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Savornin Lohman, J. de. (2000). Evaluatie – Wet medezeggenschap cliënten zorgsector. In J. de Savornin Lohman (Hrsg.), *Den Haag: Zorgonderzoek Nederland*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Schick Tanz, Silke & Naumann, Jörg (Hrsg.). (2013). *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik*. Heidelberg: Springer VS.

Schmid, Andreas, Günther, Sarah & Baierlein, Jochen. (2020). Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Schnack, Dirk. (2019). Hamburg „Gesundheitskiosk“ wird weiter finanziert. *ÄrzteZeitung*. Abgerufen von <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Hamburger-Gesundheitskiosk-wird-weiter-finanziert-404874.html>

Schneider, Antonius, Donnachie, Ewan, Tauscher, Martin, Gerlach, Roman, Maier, Werner, Mielck, Andreas, Linde, Klaus, et al. (2016). Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open*, 6(6). doi: 10.1136/bmjopen-2016-011621

Schroeder, Wolfgang. (2009). Soziale Selbstverwaltung: Von der klassischen Beteiligungs- zur professionalisierten Effizienzinstitution? In W. Schroeder & R. Paquet (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform* (S. 188 – 197). Wiesbaden: VS Verlag.

Schubert, Ingrid, Siegel, Achim, Köster, Ingrid & Ihle, Peter. (2016). Evaluation der populationsbezogenen „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ (IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 117. doi: 10.1016/j.zefq.2016.06.003

Siciliani, Luigi, Chalkley, Martin & Gravelle, Hugh. (2017). Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*, 121(2), 103 – 110. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.11.011>

Simmons, Richard, Birchall, Johnston, Doheny, Shane & Powell, Martin. (2007). Citizen governance: opportunities for inclusivity in policy and policy making? *Policy & Politics*, 35(3), 457 – 478.

Sperre Saunes, Ingrid, Karanikolos, Marina & Sagan, Anna. (2020). *Norway*. Health Systems in Transition (Nr. 22). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

statista. (2020a). Number of inhabitants in Norway in 2020, by region. Abgerufen von <https://www.statista.com/statistics/586908/population-in-norway-by-region/>. Zugegriffen am 16.12.2020.

statista. (2020b). Population of Spain in 2020, by autonomous community. Abgerufen von <https://www.statista.com/statistics/445549/population-of-spain-by-autonomous-community/>. Zugegriffen am 16.12.2020.

statista. (2020c). Resident population of Italy in 2020, by region. Abgerufen von <https://www.statista.com/statistics/617497/resident-population-italy-by-region/>. Zugegriffen am 16.12.2020.

- statista. (2020d). Quarterly number of inhabitants in Denmark from Q1 2019 to Q4 2020, by region. Abgerufen von <https://www.statista.com/statistics/572982/population-in-denmark-by-region/>. Zugegriffen am 16.12.2020.
- statista. (2020e). Wie interessant finden Sie persönlich die folgenden Gesundheitstrends? destatis. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/674700/umfrage/umfrage-zur-bewertung-aktueller-gesundheitstrends-in-deutschland-nach-alter/>. Zugegriffen am 16.12.2020.
- Statistiska centralbyrån. (2020). Folkmängd i riket, län och kommuner 30 september 2020 och befolkningsförändringar 1 januari–30september 2020. Abgerufen von <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals-och-halvarsstatistik-kommun-lan-och-riket/kvartal-13-2020/>. Zugegriffen am 16.12.2020.
- Storm, Ilse, Post, Nikkie, Verweij, Antonia & Leenaars, Karlijn. (2019). A toolkit with nine district types to support municipalities in taking an integrated approach to prevention. *Archives of Public Health*, 77(56). <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0378-5>
- Struijs, Jeroen N. & Baan, Caroline A. (2011). Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 990–991.
- Struijs, Jeroen N., Dorst, H. van & Vries, E. F. de. (2019). Integrated care by payment reforms: The case of Dutch birth care. Tilburg University. Abgerufen von <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/integrated-care-by-payment-reform-the-case-of-dutch-birth-care>. Zugegriffen am 07.01.2021.
- Terlizzi, Andrea. (2019). Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse, and institutions. *Social Policy & Administration*, 53, 974–988. doi: 10.1111/spol.12458
- Tomson, Göran, Påfs, Jessica & Diseberg, Anders. (2014). The challenges of multilevel governance: the impact of global and regional processes on health and health systems in Europe. In I. Kickbusch & D. Gleicher (Hrsg.), *Smart governance for health and well-being: the evidence* (S. 49–69). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Traxler, Christian. (2019). Behavioural Insights for Health Governance. In K. Hurrelmann, M. Shaikh, & C. Wendt (Hrsg.), *The Governance Report 2019* (S. 135–148). Oxford: Oxford University Press.
- Tritter, Jonathan Quetzal & McCallum, Alison. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76, 156–168.
- United Nations – Economic and Social Commission for Asia & Pacific (ESCAP). (2009). What is Good Governance? Bangkok. Abgerufen von <https://www.unescap.org/sites/default/d8files/knowledge-products/good-governance.pdf>. Zugegriffen am 08.04.2021.
- Weenink, Jan-Willem, Braspenning, Jozé & Wensing, Michel. (2014). Patient reported outcome measures (PROMs) in primary care: an observational pilot study of seven generic instruments. *BMC Family Practice*, 15(88). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-88>

Westermann, Thomas. (2011). Hausärztliche Versorgung gestärkt. Altmark Zeitung. Abgerufen von <https://www.az-online.de/altmark/seehausen/hausarztliche-versorgung-gestaerkt-1455949.html>. Zugegriffen am 18.12.2020.

Weyrauch, Philine. (2012a). Belgien: Auf dem Weg zu einer tripartistischen Selbstverwaltung. In T. Klenk, P. Weyrauch, A. Haarmann, & F. Nullmeier (Hrsg.), *Abkehr vom Korporatismus?* (S. 179–240). Frankfurt a.M.: Campus.

Weyrauch, Philine. (2012b). Frankreich: Von der sozialen Demokratie zum Regulierungsstaat. In T. Klenk, P. Weyrauch, A. Haarmann, & F. Nullmeier (Hrsg.), *Abkehr vom Korporatismus?* (S. 287–364). Frankfurt a.M.: Campus.

WHO. (2014). *Health Systems Governance for Universal Health Coverage*. Geneva: World Health Organization.

## Impressum

Das Diskussionspapier Think Lab 6 „Die Governance des zukünftigen Gesundheitssystems“ erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

### Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH  
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart  
www.bosch-stiftung.de

### Kontakt in der Stiftung

Irina Cichon  
Telefon +49 711 46084-139  
irina.cichon@bosch-stiftung.de

### Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH  
Stuttgart, 2021  
Alle Rechte vorbehalten.

### Redaktion

Dr. Alexander Haarmann, Hertie School gGmbH  
Tugce Schmitt, Hertie School gGmbH  
Prof. Dr. Mujaheed Shaikh, Hertie School gGmbH

### Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

### Zitierhinweis

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.  
Die Governance des zukünftigen Gesundheitssystems.  
Diskussionspapier – Think Lab 6. Stuttgart.





[bosch-stiftung.de](http://bosch-stiftung.de)