

Das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive: Acht Thesen und Handlungsmöglichkeiten

Teil 1

Nils B. Heyen und Thomas Reiß*

Zusammenfassung

Die Reformbedürftigkeit und Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens steht seit Jahren im Mittelpunkt politischer und wissenschaftlicher Debatten. Die Innovationsforschung hat hier bislang kaum eine Rolle gespielt, ermöglicht aber insofern einen neuen Blick auf das Gesundheitswesen, als sie nach Hemmnissen und Potenzialen von sowohl technisch-ökonomischen als auch organisatorisch-sozialen Innovationen fragt. Aus eben dieser Innovationssystemperspektive formuliert der Beitrag acht Thesen zum Gesundheitswesen und diskutiert eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten für dessen Weiterentwicklung.

*Abstract: The German Health Care System
seen from an Innovation Systems Perspective:
Eight Theses and Options for Action*

The need for reform and the future viability of the German health care system have been at the centre of political and academic debates for many years. So far, innovation research has been rather irrelevant in this context. Nevertheless, it allows for a new view of the health care system since it investigates the obstacles and potentials of both technical-economic and organisational-social innovations. From this innovation systems perspective, the paper presents eight theses on the German health care system and discusses a variety of options for action in order to develop the system further.

1. Ein neuer Blick auf das Gesundheitswesen

Die Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens, seiner Strukturen, Finanzierungs- und Steuerungsinstrumente, aber auch die Güte seiner gesundheitsbezogenen Er-

gebnisse werden immer wieder in Frage gestellt (etwa *Greß et al.* 2008; SVR 2005, 2007, 2009, 2012). Gleichzeitig steht das Gesundheitswesen vor enormen Herausforderungen, die in Zukunft zu bewältigen sind, sei es der demographische Wandel, die allgemeine Zunahme chronischer und psychischer Krankheiten, die Finanzierbarkeit oder der Fachkräftemangel (vgl. nur *Kickbusch* 2006). Entsprechend streiten verschiedenste Akteure aus Politik, Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft seit Jahren mit zum Teil bemerkenswerter Vehemenz über die Zukunftsfähigkeit und Reformbedürftigkeit des Gesundheitswesens. Klar ist: Um das deutsche Gesundheitswesen in seiner Leistungs- und Zukunftsfähigkeit zu verbessern bzw. den genannten Herausforderungen zu begegnen, bedarf es nicht zuletzt neuer Ideen und Lösungskonzepte.

Aus Innovationssystemperspektive ist damit der Begriff der *Innovation* angesprochen (vgl. einführend *Braun-Thürmann* 2005). Dabei ist zu betonen, dass dieser Begriff nicht nur *technisch-ökonomische* Innovationen wie neue Technologien, Produkte, Dienstleistungen oder Prozesse umfasst, sondern auch *soziale* Innovationen wie neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen (vgl. zu dieser Unterscheidung ebd., S. 16 ff.; *Howaldt/Jacobsen* 2010; *Howaldt/Schwarz* 2010). Insofern kann auch eine politische Reform des Gesundheitswesens eine (soziale) Innovation sein. Entsprechend allgemein soll der Begriff der Innovation hier verwendet und rein deskriptiv definiert werden: Innovationen sind alle Neuerungen im Gesundheitswesen, die für mindestens einen Teil der Akteure eine Verbesserung gegenüber dem Bestehenden darstellen.

Ganz allgemein fragt die *Innovationssystemperspektive* danach, wie Innovationen entstehen und sich durchsetzen (können) (vgl. *Bührlen* 2008). Aus einer solchen Perspektive das Gesundheitswesen zu betrachten, ist nun alles andere als üblich. In der Regel dominieren zwei andere Perspektiven die Debatten: Die *gesundheitswissenschaftliche* Perspektive zielt letztlich auf nichts weniger als „die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung

* Wir danken Angelika Beier, Florian Blank, Thomas Brauner, Peer-Michael Dick, Axel Ekkernkamp, Lorraine Frisina Doetter, Thomas Gerlinger, Stefan Gronemeyer, Nils Hinderstamm, Franz Knieps, Knut Lambertin, Bernhard Langer, Eckehard Linnemann, Wolfgang Meunier, Hans-Adolf Müller, Robert Paquet, Hartmut Reiners, Erhard Reinfank, Rolf Schmucker, Carola Sraier, Johann-Magnus Frhr. von Stackelberg, Ulrich Vorderwülbecke, Herbert Weisbrod-Frey, Michael Weller, Susanne Wiedemeyer und Thomas Würstich für ihre wertvollen, insbesondere im Rahmen von Interviews bzw. Workshops geleisteten Beiträge sowie der Hans-Böckler-Stiftung für die großzügige Förderung dieses Forschungsprojekts (Projektnr. S-2011-425-1 F).

durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung“ (Hurrelmann et al. 2012, S. 16); die politikwissenschaftliche Perspektive hat vor allem die politische Steuerbarkeit des Gesundheitswesens und die Beziehungen von Staat und Interessengruppen im Fokus (vgl. nur Bandelow 2006; Gerlinger 2009). Während also die beiden zuletzt genannten Perspektiven durch einen Gesundheits- bzw. Politikfokus charakterisiert sind, zeichnet sich die Innovationssystemperspektive durch einen Innovationsfokus aus und ermöglicht damit einen neuen Blick auf das Gesundheitswesen.

Vor diesem Hintergrund war es das erklärte Ziel eines von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten und vom Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung durchgeführten Forschungsprojekts, das deutsche Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive zu analysieren. Dabei sollten insbesondere solche Merkmale und Strukturen identifiziert werden, die seine Innovationsfähigkeit einschränken bzw. in denen noch weitgehend ungenutzte Innovationspotenziale liegen. Dieses Vorhaben fügt sich ein in auch international zu beobachtende erste Bemühungen, Erkenntnisse der Innovationssystemforschung auf nationale Gesundheitssysteme anzuwenden (vgl. Broerse/Bunders 2010; Broerse/Grin 2013; Schuitmaker 2013). Am Ende des genannten Projekts stand die Formulierung von acht Thesen zum deutschen Gesundheitswesen, die in diesem Beitrag vorgestellt und erläutert werden sollen. Zuvor jedoch soll der Innovationssystemansatz kurz skizziert und einige Faktoren benannt werden, die Innovationen in der Regel befördern (2.). Im darauf folgenden Abschnitt werden die Analyseschritte und das Vorgehen bei der Thesenentwicklung beschrieben (3.), bevor dann die Thesen selbst und die sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens im Mittelpunkt stehen (4.). Ein knappes Fazit beschließt den Beitrag (5.).

2. Der Innovationssystemansatz

Der Innovationssystemansatz hat sich in den 1970er und 1980er Jahren entwickelt und spätestens in den 1990er Jahren innerhalb der interdisziplinären Innovationsforschung etabliert (vgl. Edquist 1997, 2005; Koschatzky 2012; Lindner 2009, S. 7). Dabei wird in der Regel unterschieden zwischen nationalen Innovationssystemen (siehe etwa Freeman 1987; Lundvall 1992; Nelson 1993), regionalen (siehe etwa Cooke et al. 1997) und sektoralen bzw. technologischen Innovationssystemen (siehe etwa Breschi/Malerba 1997 bzw. Carlsson/Stankiewicz 1991). Während die Grenzen nationaler und regionaler Innovationssysteme in erster Linie räumlich definiert sind, richten sich die Grenzen sektoraler bzw. technologischer Innovationssysteme nach gegebenenfalls auch internationalen Wirtschaftssektoren bzw. Technologiefeldern.

Es liegt auf der Hand, dass ein nationales Gesundheitssystem quer zu diesen Unterscheidungsebenen liegt: Zwar ist es national begrenzt, es umfasst aber nur einen ganz bestimmten, hoch regulierten gesellschaftlichen Teilbereich (Gesundheit) und ist dabei weder auf einzelne Wirtschaftsbranchen noch auf spezifische Technologien beschränkt. Ein nationales Gesundheitssystem ist folglich einerseits deutlich spezifischer als ein nationales Innovationssystem, andererseits aber auch umfassender als ein regionales und deutlich allgemeiner als ein sektorales oder technologisches Innovationssystem. Insofern ermöglicht die Innovationssystemperspektive also nicht nur einen neuen Blick auf das Gesundheitswesen (vgl. Abschnitt 1.), sondern nationale Gesundheitssysteme stellen auch umgekehrt einen neuen, weitgehend unbearbeiteten Gegenstand für die Innovationssystemforschung dar (vgl. jedoch erste Studien wie Broerse/Bunders 2010; Broerse/Grin 2013; Schuitmaker 2013).

Unabhängig von der Unterscheidung in nationale, regionale, sektorale und technologische Innovationssysteme gibt es eine Reihe von Erkenntnissen, die so allgemein sind, dass sie auf Innovationssysteme aller Art zutreffen. Da ist zuallererst die Einsicht zu nennen, dass Innovationsprozesse nicht, wie lange angenommen, einfach nur linear verlaufen, also Innovationen keineswegs automatisch am Ende einer linear gedachten Entwicklung

von Grundlagenforschung über Anwendungsforschung, Entwicklung, Design, Produktion bis hin zur Vermarktung stehen (vgl. Koschatzky 2012, S. 3 f.). Vielmehr sind Innovationsprozesse durch eine Vielzahl von Rückkopplungen zwischen den einzelnen Aktivitäten und beteiligten Akteuren gekennzeichnet, die es nahelegen, Innovation generell als Systemprozess zu konzipieren (vgl. Edquist 1997, S. 20 ff.). Systemprozess heißt, dass das Hervorbringen und die Diffusion neuer Lösungen wesentlich vom Zusammenspiel der verschiedenen Akteure im Innovationsprozess abhängen, seien es Akteure aus der Politik, Wirtschaft, Wissenschaft oder die Nutzer einer Innovation. Hinzu kommt, dass diese Akteure sich nicht im luftleeren Raum bewegen, sondern unter bestimmten Rahmenbedingungen agieren, miteinander in Beziehung stehen und somit Netzwerke bilden. Dementsprechend – so eine allgemeine Definition – umfasst ein Innovationssystem „all important economic, social, political, organizational, institutional, and other factors that influence the development, diffusion, and use of innovations“ (Edquist 2005, S. 182).

Welche dieser Faktoren im System besonders relevant sind und welche Form sie im konkreten Fall annehmen, kommt ganz auf das jeweilige im Fokus stehende Innovationssystem an. Gleichwohl lassen sich einige allgemeine und daher auch ziemlich abstrakte Faktoren identifizieren, die für die Entstehung und Verbreitung von Innovationen in der Regel förderlich sind. Neun derartige *Innovationsfaktoren* sollen im Folgenden etwas genauer vorgestellt werden.

2.1 Zusammenspiel der Akteure und Subsysteme

Dieser Innovationsfaktor leitet sich direkt aus der gerade erläuterten Erkenntnis ab, dass Innovation ein Systemprozess ist, der das effiziente Zusammenwirken ganz unterschiedlicher Akteure und Subsysteme erfordert. *Innovationsförderlich* ist es also, wenn die Subsysteme eines Innovationssystems ohne größere Reibungsverluste ineinandergreifen und ihre Funktionen erfüllen können, ohne die Funktionsfähigkeit der jeweils anderen zu stören (vgl. Smits/Kuhlmann 2004; Koschatzky 2012, S. 11). Innovationsförderlich ist es auch, wenn die Akteure Wege finden, ihre jeweiligen Ziele zu erreichen, ohne die anderen bei ihrer eigenen Zielerreichung zu behindern, bzw. wenn sie es schaffen, gemeinsame Ziele zu definieren und eine entsprechende Arbeitsteilung vorzunehmen (vgl. Lindner 2009, S. 25).

2.2 Kooperationen und Netzwerke

Kooperationen und Netzwerke spielen für das Innovationsgeschehen eine ganz zentrale Rolle, denn nur in den seltensten Fällen geht eine Innovation auf einen einzigen Akteur zurück (vgl. Soete et al. 2010; Edquist 2005, S. 185). Die Regel ist vielmehr, dass erst Kooperationen zwischen unterschiedlichen Akteuren – zum Beispiel zwischen Forschungseinrichtungen und Unternehmen – das Wissen und die Ressourcen zusammenführen, die für die erfolgreiche Durchsetzung von Innovationen erforderlich sind (vgl. etwa OECD 2006). Auch das in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung findende Konzept von „Open Innovation“ lässt sich auf diese Einsicht zurückführen (vgl. Dahlander/Gann 2010). Innovationsförderlich ist es demnach, wenn die für den Innovationsprozess relevanten Akteure gut vernetzt sind und entsprechende Kooperationen bestehen bzw. intensiviert und gefördert werden (vgl. Koschatzky 2012).

2.3 Wissens- und Technologiebasis

Eine gute Wissens- und Technologiebasis gilt als Grundvoraussetzung für die Leistungsfähigkeit eines Innovationssystems (vgl. Hekkert et al. 2007, S. 422). Entsprechend steht gerade bei der Untersuchung nationaler Innovationssysteme die Frage nach den Strukturen und der Ausgestaltung von Forschung und Entwicklung (FuE) im Vordergrund (vgl. Nelson 1993; Galli/Teubal 1997). Aber auch andere Wissensarten wie die sogenannte strategische Intelligenz tragen zur Wissensbasis bei und können Inno-

vationen befördern (vgl. *Smits/Kuhlmann* 2004). Umgekehrt hat sich gezeigt, dass unzureichende Forschungsinfrastrukturen bzw. fehlendes Wissen das Aufkommen von Innovationen erschweren (vgl. etwa OECD 2006).

2.4 Wissenstransfer, Wissensaustausch und Lernen

Es liegt auf der Hand, dass dieser Innovationsfaktor in engem Zusammenhang mit den zuvor skizzierten Faktoren Kooperationen und Netzwerke sowie Wissens- und Technologiebasis steht: Kooperationen und Netzwerke sind unter anderem deshalb so innovationsförderlich, weil sie interaktives Lernen und Wissensaustausch zwischen den Akteuren ermöglichen (vgl. *Hekkert et al.* 2007; *Hekkert/Negro* 2009), und natürlich setzt der Transfer von Wissen eine entsprechende Wissensbasis voraus. Lernprozesse verschiedenster Art stehen denn auch im Mittelpunkt des Innovationssystemansatzes (*Edquist* 2005, S. 184f.; *Soete et al.* 2010). Dabei gelten gute Bedingungen für Lernen, Wissens- und auch Technologietransfer – zum Beispiel über geeignete Plattformen (*Smits/Kuhlmann* 2004) – als besonders innovationsförderlich.

2.5 Wechselspiel von Push- und Pull-Faktoren

Insbesondere wissensintensive und komplexe Innovationen laufen oftmals nach einem sogenannten Double-Boom-Muster ab, das sich aus dem Wechselspiel von Push- und Pull-Faktoren ergibt (*Schmoch* 2007). Damit ist gemeint, dass der erste Bekanntheits- und Verbreitungsboom einer Innovation vor allem von Aktivitäten in Wissenschaft, Forschung und Entwicklung getrieben wird (sog. Science-/Technology-Push), während der auf eine Phase der Ernüchterung folgende zweite Boom eher auf Bedarfe bzw. die erhöhte Nachfrage nach der Innovation zurückgeht (sog. Demand-/Market-Pull). Generell besteht Konsens darüber, dass sowohl Push- als auch Pull-Faktoren Triebkräfte von Innovationen sein können (*Koschatzky* 2012, S. 2). Da aber traditionell die Science-Push-Seite im Vordergrund stand, ist es eher die Demand-Pull-, also die Nachfrage-Seite, die – nicht zuletzt in der Innovationspolitik – vernachlässigt wird (vgl. *Edquist* 1997, S. 21 f.; *Smits/Kuhlmann* 2004; *Edler* 2007). Als innovationsförderlich hat sich letztlich ein über den Zeitverlauf ausgewogenes Verhältnis von Push- und Pull-Faktoren erwiesen.

2.6 Komplette Problemlösungen

Dieser Innovationsfaktor leitet sich aus der Einsicht ab, dass in vielen Märkten reine Produkttechnologien gegenüber kompletten Problemlösungen an Bedeutung verloren haben (*Kinkel et al.* 2004): Um ihre Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, gehen Industrieunternehmen zunehmend dazu über, Innovationen breiter zu definieren und ihren Kunden neben dem Produkt auch eine Reihe produktbegleitender Dienstleistungen anzubieten. Solche Ergänzungsleistungen können in Bedarfsanalysen vor der Produktlieferung, in Beratungen und Schulungen bei der Inbetriebnahme oder in flankierenden Dienstleistungen wie Teleservice oder Wartungen bestehen (ebd.). Innovationsförderlich heißt in diesem Zusammenhang, das Kundenproblem oder allgemein den konkreten Bedarf nicht nur technologisch, sondern ganzheitlich anzugehen und in diesem Sinne komplette Problemlösungen in den Blick zu nehmen.

2.7 Innovationspolitik als Systempolitik

Innovationspolitik verfolgt ja per definitionem das Ziel, Innovationen zu befördern. Dem Innovationssystemansatz zufolge sollte sie hierfür von einem systemischen, ganzheitlichen Verständnis des Innovationsgeschehens ausgehen und insofern Systempolitik sein (*Lindner* 2009). Das bedeutet, dass sie sich nicht nur auf einzelne Fragmente fokussieren, sondern möglichst alle Subsysteme und Systemkomponenten berücksichtigen und einen entsprechend ausgewogenen Instrumentenmix zum Einsatz bringen sollte (vgl. *Enzing/Reiss* 2008; *Enzing et al.* 2008). Eine kohärente und konsistente Innovationspolitik sollte zudem den ge-

samten Innovationsprozess ins Auge fassen und nicht nur an dessen Anfang oder Ende ansetzen (vgl. OECD 2006, S. 181 ff.).

2.8 Ressortübergreifende Innovationspolitik

Während sich der gerade skizzierte Innovationsfaktor eher auf den Gegenstand bzw. das Objekt der Innovationspolitik bezieht, zielt der Terminus der ressortübergreifenden Innovationspolitik auf die staatlichen Akteure bzw. das Subjekt der Innovationspolitik. Aus der Perspektive des Innovationssystemansatzes handelt es sich bei Innovationspolitik nämlich um eine Querschnittsaufgabe, die stets mehrere Politikfelder umfasst (*Lindner* 2009). In der Regel sind dies Bildungs-, Forschungs- und Wirtschaftspolitik, je nach Innovationsfeld aber auch Umwelt-, Energie-, Gesundheits- oder Arbeitsmarktpolitik. Da die Verantwortlichkeiten für diese Politikfelder zumeist in unterschiedlichen Ministerien angesiedelt sind, sollte Innovationspolitik entsprechend ressortübergreifend angelegt sein. Daraus ergibt sich das Problem der Koordination der unterschiedlichen Ressorts und Politiken (ebd.; *Lindner* 2012). Die Erfolgchancen ressortübergreifender Innovationspolitik steigen mit dem Grad eben dieser Koordination (vgl. OECD 2006, S. 180 f.; *Enzing et al.* 2008, S. 286).

2.9 Public Governance

Public Governance wird hier verstanden als Bündel von Steuerungs- und Koordinierungsprozessen „unter Einbeziehung verschiedener gesellschaftlicher Akteure wie Bürger, Verbände und NGOs“ (*Klenk/Nullmeier* 2004, S. 10; vgl. *Linder* 2009, S. 4 ff.). Inwieweit die aktive Beteiligung solcher Akteure innovationsförderliche Effekte hat, ist zwar noch nicht abschließend geklärt. Gleichwohl weisen einige Studien daraufhin, dass Partizipation gesellschaftliche Bedarfe erfassen kann sowie neue Wissensquellen erschließt und insofern immer auch Innovationspotenzial mit sich bringt (etwa OECD 2006, S. 181 ff.). Außerdem spielt für die Durchsetzung und Verbreitung von Innovationen ihre Legitimität eine ganz entscheidende Rolle (vgl. *Hekkert et al.* 2007, S. 425). Auch hierzu können Beteiligungsprozesse einen wichtigen Beitrag leisten (vgl. *Abels/Bora* 2004).

In *Tabelle 1* sind die vorgestellten neun Innovationsfaktoren noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 1

Allgemeine Innovationsfaktoren

Innovationsfaktor	Erläuterung
1. Zusammenspiel der Akteure und Subsysteme	Ineinandergreifen der Subsysteme, blockadefreies Agieren der Akteure und Orientierung an gemeinsamen Zielen
2. Kooperationen und Netzwerke	Vernetzung von und Kooperationen zwischen unterschiedlichen Akteuren im Innovationsprozess
3. Wissens- und Technologiebasis	Forschung, Entwicklung und andere Wissensarten als Basis für die Leistungsfähigkeit von Innovationssystemen
4. Wissenstransfer, Wissensaustausch und Lernen	Transfer von Wissen und Technologien sowie Lernprozesse zwischen den Akteuren im Innovationssystem
5. Wechselspiel von Push- und Pull-Faktoren	Sowohl Science-Push – als auch Demand-Pull-Faktoren als Triebkräfte von Innovationen
6. Komplette Problemlösungen	Kombination von Produkt und produktbegleitenden Dienstleistungen als ganzheitliche Problemlösung

(Fortsetzung nächste Seite)

(Fortsetzung Tabelle 1)

Innovationsfaktor	Erläuterung
7. Innovationspolitik als Systempolitik	Berücksichtigung aller Subsysteme und Systemkomponenten, dabei ausgewogener Instrumentenmix
8. Ressortübergreifende Innovationspolitik	Innovationspolitik als Querschnittsaufgabe mit entsprechender ressortübergreifender Koordination
9. Public Governance	Partizipation zum Erfassen von Bedarfen, Erschließen neuer Wissensquellen und zur Schaffung von Legitimität

Quelle: Eigene Darstellung.

3. Analyseschritte und Thesenentwicklung

Die im kommenden Abschnitt vorzustellenden acht Thesen zum Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive wurden entwickelt, um die Ergebnisse verschiedener Analyseschritte zu bündeln und auf den Punkt zu bringen. Gleichzeitig knüpfen sie natürlich an aktuelle Debatten zum Gesundheitswesen an und berücksichtigen die entsprechende Literatur. Im Folgenden werden die einzelnen Analyseschritte kurz beschrieben. Dabei wird auf die jeweiligen Ergebnisse nicht weiter eingegangen, stattdessen wird bei der Erläuterung der Thesen immer wieder auf die relevanten Analyseschritte und die entsprechenden Befunde rekurriert (vgl. Abschnitt 4.).

Ein erster, besonders umfangreicher Analyseschritt bestand in der Analyse der *offiziell* proklamierten Ziele zentraler Akteure im Gesundheitswesen. Zweck dieser *Zielanalyse* war in erster Linie die Aufdeckung von Innovationspotenzialen. Es wurden zunächst Selbstbeschreibungen der Akteure wie Internetauftritte, Positionspapiere oder Stellungnahmen gesichtet und im Hinblick auf Ziele untersucht. Außerdem wurden zur Ergebniskontrolle einige Interviews mit Experten des Gesundheitswesens zu den Zielen einzelner Akteursgruppen und Akteure geführt. Auf diese Weise sind insgesamt über 80 Akteure auf ihre Ziele hin untersucht worden. Systematisiert ergaben sich daraus über 140 verschiedene Ziele bzw. Zielkategorien. Analysiert wurden daraufhin Zielhäufigkeiten, Zielhierarchien, Zielkonflikte sowie die Akteursbeziehungen im Hinblick auf gemeinsame und konfligierende Ziele. Die Ergebnisse dieser Zielanalyse sind bereits an anderer Stelle veröffentlicht (Heyen/Reiß 2013).

In einem zweiten Analyseschritt wurden ausgewählte Akteure aus zentralen Akteursgruppen des Gesundheitswesens über *Interviews* in die Analyse einbezogen. Befragt wurden zehn Vertreterinnen und Vertreter der folgenden sechs Akteursgruppen: Patienten(verbände), Versicherte, Abhängig Beschäftigte, Leistungserbringer, Krankenversicherungen sowie Hersteller und Händler (vgl. ebd., S. 38 ff.). Im Mittelpunkt standen die im Zuge der Zielanalyse identifizierten *Innovationspotenziale* und die Diskussion der Frage, wie die Akteure diese Potenziale im Einklang mit ihren Zielen konkret nutzen könnten. Dabei thematisierten die Interviews auch die Ziele des jeweiligen Akteurs und konnten so für einen Abgleich mit den im Rahmen der Zielanalyse erhobenen offiziellen Akteurszielen genutzt werden. Da sie zudem explorativ angelegt waren, erbrachten sie eine Vielzahl zusätzlicher Hinweise und Einschätzungen, die in die Thesenentwicklung mit einfließen.

In einem dritten Analyseschritt schließlich wurde untersucht, inwiefern das Gesundheitswesen Faktoren aufweist, die für die Entstehung und Verbreitung von Innovationen im Allgemeinen förderlich sind. Dazu wurden die in Abschnitt 2. vorgestellten neun *Innovationsfaktoren* identifiziert und als (theoretische) Analysefolie für das Gesundheitswesen verwendet. Die Zielanalyse, die Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswe-

sens sowie allgemein zugängliche Daten und Literatur zum Gesundheitswesen dienten dabei als (empirische) Grundlage. Die Ergebnisse wurden in Form von faktorspezifischen Hypothesen festgehalten.

Für die angestrebte Entwicklung von Thesen zum Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive wurden alle Ergebnisse der drei Analyseschritte zusammengetragen und systematisiert. Darauf aufbauend wurden zunächst zehn Thesen formuliert und zu jeder These einige Handlungsmöglichkeiten identifiziert. Thesen und Handlungsmöglichkeiten wurden auf einem *Workshop* mit dem Projektbeirat und weiteren Experten des Gesundheitswesens vorgestellt und diskutiert. Anschließend durchliefen die überarbeiteten Thesen einen *schriftlichen Konsensusprozess* mit den Workshopteilnehmern. Die acht im folgenden Abschnitt erläuterten Thesen sind das Resultat dieses Prozesses. Dabei besteht zwischen Thesen und Innovationsfaktoren keine lineare Beziehung, nicht jede These geht also auf genau einen der neun Innovationsfaktoren zurück. Auf einem weiteren Workshop mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens wurden schließlich zu jeder These Handlungsmöglichkeiten für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens diskutiert bzw. neu erarbeitet. Auch sie werden in Abschnitt 4. vorgestellt.

4. Acht Thesen zum Gesundheitswesen und Handlungsmöglichkeiten

Um Missverständnissen vorzubeugen, sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die folgenden acht Thesen alle explizit auf Mängel, Verbesserungs- und Innovationspotenziale im Gesundheitswesen zielen. Dies ist auch so beabsichtigt, denn die Analyse des Gesundheitswesens war von Anfang an darauf angelegt, genau solche Mängel und Potenziale aus Innovationssystemperspektive zu identifizieren und daraus Handlungsmöglichkeiten abzuleiten (vgl. Abschnitt 1.). Was dadurch zwangsläufig zu kurz kommt, sind Aussagen über Exzellenz und bereits vorhandene Leistungsfähigkeit und Innovationskraft im Gesundheitswesen, wie sie etwa im Bereich der Medizintechnik zweifellos vorliegen, um nur ein Beispiel zu nennen (vgl. Lindner et al. 2009). Die Thesen stellen also in keinsten Weise eine ausgewogene, auf Stärken und Schwächen gleichermaßen eingehende Bewertung der Innovationsfähigkeit des Gesundheitswesens dar. Vielmehr fokussieren sie gezielt auf diejenigen Merkmale und Strukturen des Gesundheitswesens, die aus Perspektive der Innovationssystemforschung Innovationen hemmen bzw. in denen noch weitgehend ungenutzte Innovationspotenziale schlummern. Keinesfalls aber lässt sich daraus ein wie auch immer geartetes allgemein-negatives Urteil über das deutsche Gesundheitswesen ableiten.

Im Folgenden wird immer erst eine der acht Thesen zum deutschen Gesundheitswesen angeführt, sodann ihr Hintergrund erläutert und anschließend die sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens skizziert.

These 1: Das Gesundheitswesen ist von Interessenkämpfen, Verteilungskonflikten und ideologisierten Debatten geprägt. Diese Kultur des Gegeneinanders stellt mit Blick auf neue Praktiken, Organisationsformen, Regulierungen und Systemstrukturen ein Innovationshemmnis dar.

Hintergrund der These ist im Wesentlichen der Innovationsfaktor „Zusammenspiel der Akteure und Subsysteme“ (vgl. Abschnitt 2.). Zwar sind die Subsysteme des Gesundheitswesens – zum Beispiel Versorgung, Industrie und Wissenschaft – sehr wohl miteinander verzahnt und laufen nicht einfach nebeneinander her. Aber die Akteure selbst ziehen oftmals nicht an einem Strang, sondern vertreten einzig und allein ihre jeweiligen Partikularinteressen. Dass dies zu Frustrationen bei allen Beteiligten führt, haben auch die Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens gezeigt: Geht es um Geld, überwiegen die Verteilungskonflikte; geht es um Reformvorhaben und neue Systemstrukturen, überwiegen die ideologisierten Debatten vor bzw.

die Interessenkämpfe hinter den Kulissen; scheitern Gespräche oder Verhandlungen, wird die Schuld dem jeweils anderen zugeschrieben. Auch die Zielanalyse (vgl. Abschnitt 3.) hat deutlich gemacht, dass viele Akteure Ziele verfolgen, die im Widerspruch zueinander stehen. Die Regulierung entsprechender Konflikte erfolgt dabei größtenteils über die Instrumente Lobbyismus und Verhandlungen. Dialoge hingegen finden kaum statt. Aus Innovationssystemperspektive sind dies alles andere als innovationsförderliche Bedingungen, jedenfalls was *soziale* Innovationen angeht (vgl. Abschnitt 1. und 2.).

Da hier kulturelle Aspekte, soziale Praktiken und Strukturen angesprochen sind, ist es denkbar schwierig, spürbare Veränderungen an der beschriebenen Situation herbeizuführen. Erforderlich wäre eigentlich ein kollektives Umdenken der Akteure im Gesundheitswesen hin zu einer kooperativen, dialogischen Kultur. Aber ein solcher Prozess ist freilich nicht steuerbar, wenn nicht ohnehin utopisch. Gleichwohl bieten sich – ganz im Sinne einer Politik der kleinen Schritte – einige Handlungsmöglichkeiten an, die zu einer innovationsförderlichen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beitragen könnten:

- *Verteilungskonflikte und Machtstrukturen aufzeigen und transparent machen.* Ohne das Wissen um Verteilungskonflikte und Machtstrukturen im Gesundheitswesen fehlt politischen und anderen Entscheidungsträgern, aber auch der Öffentlichkeit bzw. Patienten und Versicherten eine wichtige Voraussetzung, um bestimmte Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen nach welchen Kriterien auch immer bewerten zu können. Es fehlt mit anderen Worten ein wichtiger Bestandteil ihrer „Gesundheitssystemkompetenz“ (Feufel et al. 2013). Solange dieses Wissen nicht in ausreichendem Maße vorhanden und öffentlich zugänglich ist, können alle Akteure sich besonders leicht hinter ideologischen Positionen verstecken. Es liegt folglich nahe, die Wissenschaft verstärkt mit der Aufgabe zu betrauen, dieses Wissen zu erarbeiten, also Konflikt- und Machtstrukturen im Gesundheitswesen offenzulegen und dabei auch auf von bestimmten Prozessen ausgeschlossene Dritte hinzuweisen.
- *Stärkere Berücksichtigung der Erkenntnisse der Friedens- und Konfliktforschung.* Die Friedens- und Konfliktforschung ist ein international etablierter Forschungszweig, der sich unter anderem mit der Entstehung, Transformation und Lösung von Konflikten beschäftigt (siehe nur *Webel/Galtung 2007; Bercovitch et al. 2009; Imbusch/Zoll 2010* oder auch *Lederach 2003*). Zwar stehen empirisch zumeist Konflikte zwischen ethnischen Gruppen und andere in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit relevante Konflikte im Vordergrund, die Erkenntnisse und Theoriebildung sind in der Regel aber abstrakt genug, damit sie auch für Konflikte in anderen Gesellschaftsbereichen wie dem Gesundheitswesen angewendet und von Nutzen sein können. Dies betrifft insbesondere die Methoden der Konflikttransformation, zu denen die Initiierung und Durchführung von Dialogprozessen (vgl. etwa *Graf et al. 2010*), aber auch Moderation und Mediation gehören (vgl. etwa *Glasi 2011*). Letztere haben ja ohnehin schon weite Verbreitung in der Gesellschaft gefunden und sind mittlerweile das Geschäft einer ganzen Beratungsbranche. Gerade mit Blick auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stellt sich die Frage, ob die Rolle eines (externen) Moderators nicht in vielen Fällen hilfreich sein könnte, und zwar bevor Verhandlungen scheitern oder eine offizielle Schlichtung einberufen wird. Um die Erkenntnisse und Methoden der Konfliktforschung und die entsprechenden Erfahrungen aus der Praxis im Gesundheitswesen sinnvoll nutzen zu können, bedarf es sicherlich einiger Anpassungsleistungen. Gleichwohl scheint mit ihrer Nichtberücksichtigung im Gesundheitswesen vor allem im Hinblick auf Dialogverfahren und Konfliktresolution viel Potenzial verspielt zu werden.
- *Förderung einer Dialogkultur.* Lohnenswert wäre es, das Gesundheitswesen einmal etwas genauer dahingehend zu untersuchen, auf welchen Ebenen welche Kommunikationskulturen und Konfliktstrukturen vorliegen, um dann in einem zweiten

Schritt zu prüfen, welche Methoden und Instrumente die Kommunikation zwischen den jeweiligen Akteuren verbessern könnten. Wo zum Beispiel bedarf es langfristiger angelegter Dialogprozesse, wo der Verhandlung, Mediation oder Schlichtung? Verhandlungen etwa könnten im Gesundheitswesen in vielen Fällen noch an Sachbezogenheit im Sinne des Harvard-Konzepts gewinnen (vgl. *Fisher et al. 2004*). Darüber hinaus mangelt es aber besonders auf höherer Ebene an offenen Dialogverfahren mit zentralen Akteuren. Im Jahr 2001 hat die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einen ersten Versuch in diese Richtung unternommen und einen sogenannten Runden Tisch ins Leben gerufen. Seine Bilanz scheint eher gemischt ausgefallen zu sein (*Rabbata 2002*), wengleich nach unserem Kenntnisstand bis heute keine ernsthafte Evaluation vorgenommen worden ist. Aber selbst wenn diese überwiegend negativ ausfallen würde, wäre das kein Grund, es mit einem verbesserten Verfahren nicht noch einmal zu versuchen (vgl. *Hartkemeyer/Hartkemeyer 2005*). Gerade mit Blick auf die grundsätzliche Ausrichtung des Gesundheitswesens, beispielsweise was Wettbewerbsorientierung oder Finanzierungsmodelle angeht, erscheint ein gesellschaftlich breit und mehrstufig angelegter Dialog sinnvoll. Als Beteiligte kämen hier nicht nur zentrale Akteure des Gesundheitswesens in Frage, sondern auch Intellektuelle, Experten aus anderen Gesellschaftsbereichen, Bürger und Unternehmen. Ergebnis eines solchen Dialogverfahrens könnte dann zum Beispiel eine Art Weißbuch für das Gesundheitswesen sein. Selbst die erneute Einberufung einer Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags zum Gesundheitswesen könnte – freilich nur unter bestimmten Bedingungen – einen Beitrag zu einer Kultur des Dialogs leisten.

- *Ausrichtung an einem gemeinsamen Leitbild.* Leitbilder sollen angesichts einer zunehmend als offen und gestaltbar wahrgenommenen Zukunft Orientierung geben (vgl. *Giesel 2007*). Und wer sich auf ein gemeinsames Leitbild einigen kann, hat bereits eine gute Basis für eine weitere Zusammenarbeit geschaffen. Für das Gesundheitswesen könnte ein Leitbild ganz unterschiedliche Formen annehmen und auch auf vielfältige Weise entwickelt werden – nicht zuletzt durch einen Dialogprozess der oben angedeuteten Art. Eine Möglichkeit bestünde zum Beispiel darin, das Leitbild auf den Zielen der zentralen Akteure im Gesundheitswesen aufzubauen. Je klarer die Ziele von den Akteuren selbst definiert und operationalisiert würden, desto besser. Im Zuge unserer eigenen Zielanalyse (vgl. Abschnitt 3. und folgende *Abbildung*) wurden insgesamt zwölf übergeordnete, untereinander nicht weiter subsumierbare Ziele identifiziert (vgl. *Heyen/Reiß 2013*).

Qualitätssicherung & -verbesserung	Versorgungssicherheit	Prävention & Gesundheitsförderung	Begrenzung der finanziellen Belastung der Versicherten
Solidarität & Gerechtigkeit	Effizienz(steigerung)	Transparenz	Stärkung der Patientenrechte
Selbsthilfe, Selbstbestimmung & Eigenverantwortung	gute Arbeitsbedingungen	Autonomie & Einfluss der Akteure	wirtschaftlicher Erfolg

Quelle: Heyen/Reiß 2013.

Zwölf übergeordnete Ziele im Gesundheitswesen

Wenn es richtig ist, dass sie die entscheidenden Ziele aller Akteure im Gesundheitswesen abbilden, dann könnten sie ganz im Sinne eines Leitbilds in den Strategien und Aktivitäten der Akteure eine viel größere Berücksichtigung finden. Denn wenn beispielsweise jede Innovation im Gesundheitswesen vor ihrer Einführung daraufhin abgeklöpft werden würde, ob sie auch möglichst keinem der zwölf Ziele entgegensteht, dann würde dies ihr Konfliktpotenzial senken und damit zugleich die Chan-

cen ihrer erfolgreichen Durchsetzung und Verbreitung erhöhen. Umgekehrt formuliert: Hätten alle Akteure im Gesundheitswesen neben ihren selbst gesetzten Zielen auch die zwölf übergeordneten Ziele gleichsam als Hintergrundfolie im Blick, könnten womöglich Hindernisse besser antizipiert, Konflikte vermieden, Ressourcen effizienter eingesetzt und somit neue Innovationspotenziale erschlossen werden (vgl. *Heyen/Reiß* 2013).

Literatur

- Abels, G./Bora, A.* (2004): Demokratische Technikbewertung, Bielefeld.
- Abreu, N. de/Blanckenburg, C. von/Dienel, H.-L./Legewie, H.* (2006): Think support: Qualitatives Wissensmanagement. Neue wissenschaftliche Dienstleistungen im Wissenscoaching und in der Wissensstrukturierung, Berlin.
- AWMF/ÄZQ – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften/Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001): Leitlinien-Manual, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 95, Supplement I. Online unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publikationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html> [29.07.2013].
- Bandelow, N.* (2006): Gesundheitspolitik. Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden, in: Schmidt, M./Zohlnhöfer, R. (Hrsg.), Regieren in der Bundesrepublik Deutschland. Innen- und Außenpolitik seit 1949, Wiesbaden, S. 159–175.
- Bandelow, N./Eckert, F./Rüsenberg, R.* (Hrsg.) (2009): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden.
- (2012): Wie funktioniert Gesundheitspolitik? In: Klein, B./Weller, M. (Hrsg.), Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden, S. 37–62.
- Bercovitch, J./Kremenyuk, V./Zartman, W.* (Hrsg.) (2009): The SAGE Handbook of Conflict Resolution, London.
- B-LUE – B-LUE Management Consulting GmbH (2011): Versorgungsmanagement 2.0. Herausforderung und Chance für GKV und Pharmaunternehmen, Hamburg/Köln. Online unter: <http://www.b-lue.com/content/33.0.html> [29.07.2013].
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011): Bürgerreport. Hightech-Medizin – welche Gesundheit wollen wir? Berlin. Online unter: <http://www.buergerdialog-bmbf.de/hightech-medizin/> [29.07.2013].
- BMBF – Datenportal des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (2013): Ausgaben des Bundes für Wissenschaft, Forschung und Entwicklung nach Förderbereichen und Förderungsschwerpunkten, Tabelle 1.1.5. Online unter: <http://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/K11.gus> [29.07.2013].
- BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie/Bundesministerium für Bildung und Forschung/Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bundesministerien arbeiten bei Gesundheitswirtschaft eng zusammen, gemeinsame Presseerklärung vom 28. Juni 2013. Online unter: <http://www.bmw.de/DE/Presse/pressemitteilungen,did=582850.html> [29.07.2013].
- Bosch Stiftung – Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011): Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Stuttgart. Online unter: <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/37206.asp> [29.07.2013].
- Braun, B.* (2012): Partizipation von Patienten und Versicherten. Gefordert – gewünscht – gelebt – behindert!? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2012, S. 52–58.
- Braun-Thürmann, H.* (2005): Innovation, Bielefeld.
- Breschi, S./Malerba, F.* (1997): Sectoral Innovation Systems. Technological Regimes, Schumpeterian Dynamics, and Spatial Boundaries, in: Edquist, C. (Hrsg.), Systems of Innovation. Technologies, Institutions and Organizations, London/New York, S. 130–156.
- Broese, J./Bunders, J.* (Hrsg.) (2010): Transitions in Health Systems. Dealing with Persistent Problems, Amsterdam.
- Broese, J./Grin, J.* (Hrsg.) (2013): Toward Sustainable Transitions in Healthcare Systems, Abingdon (im Erscheinen).
- Bührlen, B.* (2008): Innovation im Rahmen des Gesundheitssystems, in: Bührlen, B./Kickbusch, I. (Hrsg.), Innovationssystem Gesundheit. Ziele und Nutzen von Gesundheitsinnovationen, Stuttgart, S. 27–40.
- (2010): Nutzer- und Bürgerbeteiligung bei Innovationsprozessen im Gesundheitswesen, in: TAB-Brief Nr. 37, S. 16–19. Online unter: <http://www.tab-beim-bundestag.de/de/publikationen/tab-brief/index.html> [29.07.2013].
- Bührlen, B./Hegemann, T./Henke, K.-D./Kloepfer, A./Reiß, T./Schwartz, F.* (2013): Gesundheit neu denken. Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen, Stuttgart.
- Bührlen, B./Vollmar, H.* (2009): Biomedizinische Innovationen und klinische Forschung – Wettbewerbs- und Regulierungsfragen. Innovationsreport, TAB-Arbeitsbericht Nr. 132, Berlin. Online unter: <http://www.tab-beim-bundestag.de/de/publikationen/berichte/ab132.html> [29.07.2013].
- Busse, V./Hofmann, H.* (2010): Bundeskanzleramt und Bundesregierung. Aufgaben, Organisation, Arbeitsweise, Heidelberg et al.
- Carlsson, B./Stankiewicz, R.* (1991): On the nature, function, and composition of technological systems, in: Journal of Evolutionary Economics 1, S. 93–118.
- Cooke, P./Gomez Uranga, M./Etxebarria, G.* (1997): Regional innovation systems. Institutional and organisational dimensions, in: Research Policy 26, S. 475–491.
- Dahlander, L./Gann, D.* (2010): How open is innovation? In: Research Policy 39, S. 699–709.
- Dierks, M.-L./Seidel, G./Horch, K./Schwartz, F.* (2006): Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32, Berlin.
- Ebert-Stiftung – Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung. Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Bonn. Online unter: <http://library.fes.de/inhalt/digital/fes-publikation.htm> [29.07.2013].
- Edler, J.* (Hrsg.) (2007): Bedürfnisse als Innovationsmotor. Konzepte und Instrumente nachfrageorientierter Innovationspolitik, Berlin.
- Edquist, C.* (1997): Systems of Innovation Approaches. Their Emergence and Characteristics, in: ders. (Hrsg.), Systems of Innovation. Technologies, Institutions and Organizations, London/New York, S. 1–35.
- (2005): Systems of Innovation. Perspectives and Challenges, in: Fagerberg, J./Mowery, D./Nelson, R. (Hrsg.), The Oxford Handbook of Innovation, Oxford, S. 181–208.
- Enzing, C./Giessen, A. van der/Molen, S. van der/Lindner, R./Senker, J.* (2008): Dynamics in biotechnology policy-making in Europe in the period 1994–2006, in: International Journal of Biotechnology 10 (4), S. 283–302.
- Enzing, C./Reiss, T.* (2008): The effectiveness of biotechnology policies in Europe, in: International Journal of Biotechnology 10 (4), S. 327–340.
- Fehr, R./Mekel, O.* (2013): Health impact assessment in Germany, in: Kemm, J. (Hrsg.), Health Impact Assessment. Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress, Oxford, S. 156–167.
- Feufel, M./Antes, G./Steurer, J./Gigerenzer, G./Gray, M./Mäkelä, M./Mulley, A./Nelson, D./Schulkin, J./Schünemann, H./*

- Wennberg, J./Wild, C. (2013): Wie verbessern wir die Gesundheitsversorgung: durch bessere Systeme, bessere Patienten oder beides? In: Gigerenzer, G./Gray, M. (Hrsg.), *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*, Berlin, S. 117–134.
- Fisher, R./Ury, W./Patton, B. (2004): *Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik*, Frankfurt/M.
- Flintrop, J./Merten, M./Gerst, T. (2008): Delegation ärztlicher Leistung: Mangel macht vieles möglich, in: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (19), S. A979–981.
- Freeman, C. (1987): *Technology Policy and Economic Performance. Lessons from Japan*, London.
- Galli, R./Teubal, M. (1997): Paradigmatic Shifts in National Innovation Systems, in: Edquist, C. (Hrsg.), *Systems of Innovation. Technologies, Institutions and Organizations*, London/New York, S. 342–370.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. Online unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/77/> [29.07.2013].
- George, W. (2009): „Gesundheitsregionen“ und „Regionale Gesundheitsversorgung“, in: Hellmann, W./Eble, S. (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen*, Berlin, S. 293–307.
- Gerlinger, T. (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Rehder, B./Winter, T. von/Willems, U. (Hrsg.), *Interessenvermittlung in Politikfeldern. Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung*, Wiesbaden, S. 33–51.
- Gerst, T./Hibbeler, B. (2010): Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus. Hilfe oder Konkurrenz? In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (13), S. A596–599.
- GfB – Gesellschaft für Bürgergutachten (Hrsg.) (2004): *Bürgergutachten für Gesundheit*, München/Landshut. Online unter: <http://www.buergergutachten.com/herunterladen/buergergutachten/buergergutachten-fuer-gesundheit/> [29.07.2013].
- GFR – Gesundheitsforschungsrat (2010): *Empfehlung: Stand und Perspektiven der Versorgungsforschung in Deutschland*. Online unter: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/empfehlungen.php> [29.07.2013].
- GFR – Arbeitsgruppe Gesundheitsfachberufe des Gesundheitsforschungsrates (Hrsg.) (2012): *Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland*, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 137, Supplement Nr. 2, S. S29–S76.
- Giesel, K. (2007): *Leitbilder in den Sozialwissenschaften. Begriffe, Theorien und Forschungskonzepte*, Wiesbaden.
- Gigerenzer, G./Gray, M. (Hrsg.) (2013): *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*, Berlin.
- Glaeske, G./Rebscher, H./Willich, S. (2010): *Versorgungsforschung: Auf gesetzlicher Grundlage systematisch ausbauen*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (26), S. A1295–1297.
- Glasl, F. (2011): *Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater*, Bern et al.
- Graf, W./Kramer, G./Nicolescou, A. (2010): Complexity Thinking as a Meta-Framework for Conflict Transformation. In *Search of a Paradigm and a Methodology for a Transformative Culture of Peace*, in: Ratković, V. (Hrsg.), *Culture of Peace. A Concept and a Campaign Revisited*, Klagenfurt et al., S. 58–81.
- Greß, S./Maas, S./Wasem, J. (2008): *Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem*, Arbeitspapier 154 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. Download: <http://www.boeckler.de/6299.htm?produkt=HBS-004171> [29.07.2013].
- Hartkemeyer, J./Hartkemeyer, M. (2005): *Die Kunst des Dialogs. Kreative Kommunikation entdecken*, Stuttgart.
- Hekkert, M./Negro, S. (2009): Functions of innovation systems as a framework to understand sustainable technological change. Empirical evidence for earlier claims, in: *Technological Forecasting and Social Change* 76, S. 584–594.
- Hekkert, M./Suurs, R./Negro, S./Kuhlmann, S./Smits, R. (2007): Functions of innovation systems: A new approach for analysing technological change, in: *Technological Forecasting and Social Change* 74, S. 413–432.
- Hellmann, W./Eble, S. (Hrsg.) (2009): *Gesundheitsnetzwerke initiieren. Kooperationen erfolgreich planen*, Berlin.
- Heyen, N./Reiß, T. (2013): *Innovationspotenziale im Gesundheitswesen. Ergebnisse einer Analyse offizieller Akteursziele*, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 1/2013, S. 37–45.
- Hildebrandt, H. (2013): *Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme*, in: *Public Health Forum* 21 (1), S. 2.e1–2.e4.
- Howaldt, J./Jacobsen, H. (Hrsg.) (2010): *Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma*, Wiesbaden.
- Howaldt, J./Schwarz, M. (2010): *„Soziale Innovation“ im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts*, Bielefeld.
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2010): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Bern.
- Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (2012): *Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland*, in: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim/Basel, S. 15–51.
- Huster, S. (2012): *Gesundheits- als Gesellschaftspolitik*, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 12 (2), S. 24–30.
- Imbusch, P./Zoll, R. (Hrsg.) (2010): *Friedens- und Konfliktforschung. Eine Einführung*, Wiesbaden.
- Kemm, J. (Hrsg.) (2013): *Health Impact Assessment. Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford.
- Kickbusch, I. (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*, Gamburg.
- Kickbusch, I./Buckett, K. (Hrsg.) (2010): *Implementing Health in All Policies*. Adelaide 2010, Adelaide.
- Kinkel, S./Lay, G./Wengel, J. (2004): *Innovation: Mehr als Forschung und Entwicklung. Wachstumschancen auf anderen Innovationspfaden*, PI-Mitteilung Nr. 33 des Fraunhofer ISI, Karlsruhe. Online unter: http://www.isi.fraunhofer.de/isi-de/i/publikationen/mitteilung_pi.php [29.07.2013].
- Klein, B./Weller, M. (Hrsg.) (2012): *Masterplan Gesundheitswesen 2020*, Baden-Baden.
- Klenk, T./Nullmeier, F. (2004): *Public Governance als Reformstrategie*, Düsseldorf. Online unter: <http://www.boeckler.de/6299.htm?produkt=HBS-002972&chunk=34> [29.07.2013].
- Koschatzky, K. (2012): *Fraunhofer ISI's Systemic Research Perspective in the Context of Innovation Systems*, in: Fraunhofer ISI (Hrsg.), *Innovation System Revisited. Experiences from 40 Years of Fraunhofer ISI Research*, Stuttgart, S. 1–24.
- Lederach, J. (2003): *The Little Book of Conflict Transformation*, Intercourse.
- Leppo, K./Ollila, E./Peña, S./Wismar, M./Cook, S. (Hrsg.) (2013): *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, Helsinki.

- Lindner, R.* (2009): Konzeptionelle Grundlagen und Governance-Prinzipien der Innovationspolitik, Arbeitspapier des Fraunhofer ISI, Karlsruhe.
- (2012): Cross-Sectoral Coordination of STI-Policies. Governance Principles to Bridge Policy-Fragmentation, in: Fraunhofer ISI (Hrsg.), Innovation System Revisited. Experiences from 40 Years of Fraunhofer ISI Research, Stuttgart, S. 275–287.
- Lindner, R./Nusser, M./Zimmermann, A./Hartig, J./Hüsing, B.* (2009): Medizintechnische Innovationen. Herausforderungen für Forschungs-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik. Politik-benchmarking, TAB-Arbeitsbericht Nr. 134, Berlin. Online unter: <http://www.tab-beim-bundestag.de/de/publikationen/berichte/ab134.html> [29.07.2013].
- Ludwig, W.-D.* (2013): Zweites Vorwort zum Innovationsreport 2013, in: Windt, R./Boeschen, D./Glaeske, G., Innovationsreport 2013, Bremen. Online unter: <http://www.tk.de/tk/themen/050-publikationen/innovationsreport-2013/520604> [29.07.2013].
- Lundvall, B.-Å.* (Hrsg.) (1992): National Systems of Innovation. Towards a Theory of Innovation and Interactive Learning, London.
- McQueen, D./Wismar, M./Lin, V./Jones, C./Davies, M.* (Hrsg.) (2012): Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences, Copenhagen.
- MedTech – Lenkungsreis für den Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ (Hrsg.) (2012): Schlussbericht, Berlin. Online unter: <http://www.strategieprozess-medizintechnik.de/> [29.07.2013].
- MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ (2009): Innovation für mehr Gesundheit, Abschlussdokument, Karlsruhe. Online unter: <http://www.metaforum-innovation.de/metaforum-inno-de/inhalte/publikationen.php> [29.07.2013].
- Müller, H.* (2012): § 140 b: Industriebeteiligung in Versorgung und Versorgungsverträgen – Chancen und Risiken – Was muss, was kann, was darf nicht? Kodexfragen bei Industriekooperationen, Vortrag auf dem 18. Pharma-Gipfel 2012 in Berlin.
- Nelson, R.* (Hrsg.) (1993): National Innovation Systems. A Comparative Analysis, Oxford.
- Nusser, M.* (2009): Chancen der Gesundheitswirtschaft zukünftig besser nutzen. Potenziale, Herausforderungen, Hemmnisse und Handlungsoptionen, in: Goldschmidt, A./Hilbert, J. (Hrsg.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche, Wegscheid, S. 882–909.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (Hrsg.) (2006): Innovation in Pharmaceutical Biotechnology. Comparing National Innovation Systems at the Sectoral Level, Paris.
- Perleth, M./Jakubowski, E./Busse, R.* (2000): „Best Practice“ im Gesundheitswesen – oder warum wir evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment brauchen, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 94, S. 741–744.
- Pfizer – Pfizer Deutschland GmbH (2007): Versorgungsforschung. Analysen für eine bessere Patientenversorgung, Karlsruhe.
- Porter, M./Guth, C.* (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen, Berlin/Heidelberg.
- Prognos (2011): Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen. Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen, Düsseldorf. Online unter: [http://www.prognos.com/Publications.520+M58d097a3b7d.0.html?&tx_atwpubdb_pi1\[showUid\]=289](http://www.prognos.com/Publications.520+M58d097a3b7d.0.html?&tx_atwpubdb_pi1[showUid]=289) [29.07.2013].
- Rabbata, S.* (2002): Runder Tisch: Mit Ecken und Kanten, in: Deutsches Ärzteblatt 99 (18), S. A1205–1206.
- Rebscher, H.* (2012): Gesundheitspolitik als Ordnungspolitik, in: Völker, I./Dormann, F. (Hrsg.), Soziale Ordnungspolitik im 21. Jahrhundert. Festschrift für Ulf Fink zum 70. Geburtstag, Stuttgart/New York, S. 131–137.
- Reiners, H.* (2011): Krank und pleite? Das deutsche Gesundheitssystem, Berlin.
- Rieser, S.* (2011): IV-Vertrag Schizophrenie: Pharmatochter ist Vertragspartner, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (4), S. A146–148.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T.* (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern.
- Rosenbrock, R./Hartung, S.* (Hrsg.) (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern.
- Schmoch, U.* (2007): Double-boom cycles and the comeback of science-push and market-pull, in: Research Policy 36, S. 1000–1015.
- Schuitmaker, T.* (2013): Persistent problems in the Dutch health care system. Learning from novel practices for a transition in health care with the UPP framework, Amsterdam. Online unter: <http://dare.uva.nl/record/435617> [29.07.2013].
- Schumpelick, V./Vogel, B.* (Hrsg.) (2012): Gesundheitssystem im Umbruch, Freiburg et al.
- Schwartz, F./Walter, U./Siegrist, J./Kolip, P./Leidl, R./Dierks, M.-L./Busse, R./Schneider, N.* (Hrsg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München.
- Smits, R./Kuhlmann, S.* (2004): The rise of systemic instruments in innovation policy, in: International Journal of Foresight and Innovation Policy 1 (1/2), S. 4–32.
- Soete, L./Verspagen, B./Weel, B. ter* (2010): Systems of Innovation, CPB Discussion Paper No. 138, The Hague.
- Stähl, T./Wismar, M./Ollila, E./Lahtinen, E./Leppo, K.* (Hrsg.) (2006): Health in All Policies. Prospects and potentials, Helsinki.
- Stumpf, S./Raspe, H.* (2011): Lübecker Bürgerkonferenz: Über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen, in: Deutsches Ärzteblatt 108 (7), S. A316–318.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, in: Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode, Drucksache 15/5670.
- (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007, in: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/6339.
- (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Gutachten 2009, in: Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/13770.
- (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10323.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2013): Monitor Patientenberatung 2013, Berlin. Online unter: <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/monitor.html> [29.07.2013].
- Webel, C./Galtung, J.* (Hrsg.) (2007): Handbook of peace and conflict studies, Abingdon.
- Wosch, S.* (2012): Umbruch in der Pharmabranche. Warum die Pharmaindustrie auf neue Geschäftsmodelle setzen sollte, in: Innovationsmanager, Heft 4/2012, S. 48–49.