

Das Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive: Acht Thesen und Handlungsmöglichkeiten

Teil 2

Nils B. Heyen und Thomas Reiß¹

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.

These 2: Die Steuerungs- und Entscheidungsebene des Gesundheitswesens weiß zu wenig über die Realität und Qualität des Versorgungsgeschehens.

Diese These geht in erster Linie auf den Innovationsfaktor „Wissens- und Technologiebasis“ zurück (vgl. Abschnitt 2.). Was

die Entwicklung neuer Technologien, die medizinische und pharmazeutische Forschung angeht, gibt es diesbezüglich zwar kaum etwas auszusetzen (vgl. Nusser 2009, S. 892 f.). Ganz anders sieht es jedoch im Bereich der Versorgungsforschung aus, auf die die These primär zielt. Hier muss die Wissensbasis nach wie vor als unzureichend bezeichnet werden, obwohl auf die Bedeutung der Versorgungsforschung und den entsprechenden Forschungsbedarf schon seit einigen Jahren hingewiesen wird (SVR 2009, S. 514 f.; Glaeske et al. 2010). Die Vernachlässigung der Versorgungsforschung kann auch an den Forschungsausgaben des Bundes abgelesen werden. So hat dieser im Jahr 2011, für das die aktuellsten IST-Zahlen vorliegen, nur 1,7 Millionen Euro für die Versorgungsforschung ausgegeben (BMBF 2013). Das sind weniger als 0,2 Prozent der Ausgaben des Bundes für Gesundheitsforschung und Medizintechnik insgesamt (1.026,8 Mio. Euro; ebd.). In den Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens (vgl. Abschnitt 3.) kam ebenfalls immer wieder zur Sprache, dass gerade die gesetzlichen Krankenkassen gewissermaßen auf ungenutzten Datenschatzen sitzen würden, aber auch andere Akteure routinemäßig Daten erheben, ohne sie systematisch auszuwerten. Wieder andere Akteure würden durchaus über versorgungsrelevantes Wissen verfügen, es aber aus Eigeninteresse gezielt unter Verschluss halten bzw. nur selektiv einsetzen. Um eine bessere und damit innovationsförderlichere Wissensbasis bezüglich der Versorgung im Gesundheitswesen zu erreichen, liegen folgende Handlungsmöglichkeiten nahe:

– *Verbesserung der Datenbasis und des Datenzugangs.* Durch das 2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz und die dazugehörige Datentransparenzverordnung können nun auch die Daten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für die Versorgungsforschung genutzt werden. Dazu werden diese vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) pseudonymisiert gespeichert und aufbereitet. Dies ist ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung der Datenbasis. Es wäre darüber hinaus überlegenswert, weitere bereits bestehende an-

¹ Wir danken Angelika Beier, Florian Blank, Thomas Brauner, Peer-Michael Dick, Axel Ekkernkamp, Lorraine Frisina Doetter, Thomas Gerlinger, Stefan Gronemeyer, Nils Hindersmann, 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 Wüstrich 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).

onymisierte Datenbestände an zentraler Stelle zusammenzuführen und zu prüfen, ob nicht das DIMDI hierfür als zentrale Gesundheitsdatenstelle ausgebaut werden kann. Besonderen Nutzen könnte etwa das Anlegen einer Prozessdatenbank bringen, die ähnlich dem sozio-oekonomischen Panel (SOEP) auch Längsschnittstudien erlaubt. Zu prüfen wäre außerdem, inwiefern eine Regelung sinnvoll wäre, durch die versorgungsrelevante Daten, deren Erhebung und Aufbereitung mit öffentlichen Geldern finanziert worden ist, nach einer gewissen Zeit auch öffentlich zugänglich zu machen sind. Schließlich wäre über die Entwicklung von Anreizen zum Offenlegen bereits vorhandener Daten bzw. vorhandenen Wissens nachzudenken. Dass bei all diesen Maßnahmen der Datenschutz oberste Priorität haben sollte, versteht sich von selbst.

- *Ausbau der Versorgungsforschung und systematische Nutzung von Routine-Daten.* Wie noch vor wenigen Jahren vom Gesundheitsforschungsrat empfohlen (GFR 2010), gilt es weiterhin, die Versorgungsforschung auszubauen, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Ergebnis- und Prozessqualität in der Versorgung. Dazu beitragen würde nicht zuletzt eine systematischere Nutzung der Routine-Daten vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), aber auch anderer Akteure. Dies könnte etwa über die Förderung von Kooperationen zwischen datenerhebenden Institutionen (z. B. Krankenkassen) und datenauswertenden Forschungsakteuren (z. B. Hochschulen) geschehen. Es ist aber auch darüber nachzudenken, wie Anreize so gesetzt werden können, dass Akteure die bei ihnen routinemäßig anfallenden Daten selbst auswerten bzw. zumindest ein Eigeninteresse an der Analyse dieser Daten entwickeln. Gerade mit dem Ziel einer mittel- und langfristigen Versorgungskalkulation scheinen vorhandene Daten noch zu selten ausgewertet zu werden. Auch bezüglich der hier genannten Handlungsmöglichkeiten sollte der Datenschutz, aber auch die Datentransparenz an erster Stelle stehen.
- *Verbesserung des Wissensmanagements.* Eine verbesserte Datenbasis und eine intensivere Nutzung von Daten allein führen bedauerlicherweise nicht automatisch dazu, dass auch die relevanten Entscheidungsträger über das zur Erledigung ihrer Aufgaben notwendige Wissen verfügen. Hierfür sind weitere Schritte erforderlich, wie zum Beispiel eine entsprechende Wissensaufbereitung und Wissensbereitstellung oder auch das Festlegen von wissensbezogenen Voraussetzungen für den Zugang zu bestimmten Entscheidungsgremien. Darüber hinaus gilt es, die bei den verschiedenen Akteuren ohnehin vorhandenen, insbesondere qualitativen Wissensbestände systematischer zu nutzen und in das Wissensmanagement zu integrieren (vgl. de Abreu et al. 2006). Nicht zuletzt das über den unmittelbaren Kontakt mit ratsuchenden Patienten generierte (qualitative) Wissen vieler Patientenorganisationen wird noch viel zu wenig genutzt. Allerdings stellt der vor kurzem erstmalig erschienene, an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung adressierte Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) bereits einen wichtigen Schritt in eben diese Richtung dar (vgl. UPD 2013).

These 3: Im Gesundheitswesen sind Wissensaustausch und Lernen im Hinblick auf Best-Practice-Beispiele und erfolgreiche Innovationen im Organisationsbereich mangelhaft. Es findet kein systematischer Transfer in die Versorgung statt.

Hinter dieser These steht vor allem der Innovationsfaktor „Wissenstransfer, Wissensaustausch und Lernen“, der im Innovationssystemansatz eine zentrale Rolle spielt (vgl. Abschnitt 2.). Ähnlich zur Wissens- und Technologiebasis (vgl. These 2) betreffen die Probleme auch hier weniger den Wissens- und Technologietransfer bezüglich der medizinischen und pharmazeutischen Forschung als vielmehr den Wissensaustausch sowie Lernprozesse in Bezug auf neue und erfolgreiche Modelle der Versorgung, der Kooperation zwischen verschiedenen Akteurstypen (vgl. These 4), der Prozessorganisation in Krankenhäusern oder der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen (vgl. These 7), um nur einige Beispiele zu nennen. Dass es an einem systemati-

schen Transfer solcher sozialen Innovationen oder Best-Practice-Beispiele in die Versorgung mangelt, wurde auch von den interviewten Experten des Gesundheitswesens betont. Dabei sind im Hinblick auf die Verbreitung von Best-Practice-Beispielen generell mindestens vier Probleme bzw. Voraussetzungen zu berücksichtigen: Erstens müssen die beteiligten Akteure bereit sein bzw. Anreize dafür sehen, ihr Wissen um die gute Praxis mit anderen zu teilen, also in gewisser Weise öffentlich zu machen; die Furcht, Wettbewerbsvorteile zu verspielen, und ein entsprechendes Interesse, das Wissen unter Verschluss zu halten, mag dem entgegenstehen. Das Best-Practice-Beispiel muss zweitens prinzipiell generalisierbar, das heißt auch in anderen Kontexten anwendbar sein. Drittens muss es bei den Akteuren, die es potenziell übernehmen oder nachahmen könnten, bekannt sein, und diese Akteure müssen viertens das gegebenenfalls über Anreize erst erzeugte Interesse und die Ressourcen mitbringen, die zur Implementierung des Modells in ihrem eigenen Kontext notwendig sind. Vor diesem Hintergrund ergeben sich folgende Handlungsmöglichkeiten:

- *Einrichtung einer zentralen Best-Practice-Sichtungs- und Bewertungsstelle.* Um Best-Practice-Beispiele im Gesundheitswesen zu sammeln, zu systematisieren, auf ihre Generalisierbarkeit zu prüfen, zu bewerten und gegebenenfalls öffentlich bekannt zu machen, bietet sich die Einrichtung einer zentralen und unabhängigen Best-Practice-Stelle an. Diese könnte beispielsweise am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), am Deutschen Cochrane Zentrum (DCZ) oder direkt beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) angesiedelt werden. In anderen Gesellschaftsbereichen wird mit derartigen Best-Practice-Einrichtungen bereits seit einigen Jahren auf internationaler Ebene experimentiert. Beispiele sind das European Crime Prevention Network (EUCPN), das jährlich eine Best-Practice-Konferenz veranstaltet und eine Best-Practice-Datenbank unterhält;² die United Nations Convention to Combat Desertification (UNCCD), im Zuge derer eine Berichtsplattform mit einem Best-Practice-Bereich eingerichtet worden ist;³ oder das World Economic Forum, das Best-Practice-Plattformen etwa in den Bereichen Soziales und Gender initiiert hat.⁴ Allen Unternehmungen gemein ist, dass Best-Practice-Beispiele zunächst entlang eines vorgegebenen Formats skizziert und eingereicht werden, dass diese dann von einem Gremium nach bestimmten Kriterien bewertet und bei positivem Ergebnis in die öffentliche Datenbank eingepflegt werden.
- *Verleihung eines Best-Practice-Awards.* Zusätzlich zur Einrichtung einer zentralen Best-Practice-Stelle könnte die Verleihung eines Best-Practice-Awards einen überzeugenden Anreiz für Akteure im Gesundheitswesen darstellen, ihre Best-Practice-Erfahrungen zu veröffentlichen und bekannt zu machen. Hierfür müssten zum einen die Kriterien zur Vergabe des Preises klar definiert und zum anderen der Preis entsprechend hoch dotiert sein. Wenn es gelänge, die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitswesen zu gewährleisten, etwa durch ein entsprechendes Vergabekriterium, könnte man den Preis durchaus auch international ausschreiben. Mit dem European Crime Prevention Award (ECPA)⁵ wird ein solcher Preis jährlich vom bereits erwähnten European Crime Prevention Network (EUCPN) vergeben. Aber auch im Gesundheitswesen gibt es erste Ansätze in diese Richtung, zum Beispiel den regelmäßig stattfindenden bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“.⁶
- *Entwicklung von organisatorischen bzw. prozessualen Leitlinien.* Eine Alternative zum Lernen von Best-Practice-Beispielen im Organisationsbereich wäre der Wissenstransfer über organi-

² Siehe <http://www.eucpn.org/> [29.07.2013].

³ Siehe <http://www.unccd-prais.com/> [29.07.2013].

⁴ Siehe <http://www.weforum.org/best-practices/creative-good> bzw. <http://www.weforum.org/gender-parity/closing-gender-gap> [29.07.2013].

⁵ Siehe <http://www.eucpn.org/eucp-award/> [29.07.2013].

⁶ Siehe <http://kommunale-suchtpraevention.de/> [29.07.2013].

satorische bzw. prozessuale Leitlinien analog zu den im Gesundheitswesen verbreiteten medizinischen Leitlinien (vgl. nur AWMF/ÄZQ 2001; *Perleth* et al. 2000). Analog zur evidenzbasierten Medizin als Grundlage medizinischer Leitlinien müsste hierfür freilich ebenfalls eine gewisse Evidenzbasis bezüglich der Organisation und Prozessgestaltung in der Versorgung erarbeitet werden. Bei eindeutiger Evidenzlage könnte sogar geprüft werden, ob nicht die Verbindlichkeit der Leitlinie entsprechend erhöht wird. Für die Koordinierung der Entwicklung solcher organisatorischer bzw. prozessualer Leitlinien käme erneut das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder das Deutsche Cochrane Zentrum (DCZ) in Frage.

These 4: In Akteurskooperationen generell, insbesondere aber in Kooperationen zwischen Akteuren unterschiedlicher Akteursgruppen steckt großes Innovationspotenzial. Dieses wird im Gesundheitswesen zu wenig genutzt.

Hintergrund der These ist zum einen der Innovationsfaktor „Kooperationen und Netzwerke“ (vgl. Abschnitt 2.) und zum anderen eines der im Zuge der Zielanalyse identifizierten Felder mit Innovationspotenzial (vgl. Abschnitt 3.). Dort zeigte sich nämlich, dass viele Akteure selbst aus unterschiedlichen Akteursgruppen offiziell dasselbe Ziel verfolgen (vgl. *Heyen/Reiß* 2013). Ein gemeinsames oder partnerschaftliches Vorgehen, also eine wie auch immer geartete zielspezifische Akteurskooperation liegt da nahe, auch wenn freilich in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob die Akteure wirklich dasselbe unter dem konkreten Ziel verstehen und ob sie sich in der Wahl der Mittel zur Zielerreichung überhaupt einigen könnten. In den Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens wurde jedenfalls eine Vielzahl von bisher eher selten zustande gekommenen Kooperationen diskutiert, zum Beispiel zwischen gesetzlichen Krankenkassen und (Industrie-)Unternehmen bezüglich der Patientenversorgung (vgl. These 8); zwischen Krankenkassen (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK) und Leistungserbringern (Kliniken) bezüglich der Erarbeitung eines Kriterienkatalogs zur Qualitätssicherung; zwischen Krankenkassen und Hochschulen sowie (Industrie-)Unternehmen und Hochschulen bezüglich der Versorgungsforschung (vgl. These 2); zwischen Hochschulen und Kliniken bezüglich der Hochschulabsolventen; zwischen (Industrie-)Unternehmen und Leistungserbringern bezüglich neuester Techniken und Methoden; zwischen nahe beieinander liegenden Kliniken bezüglich einer Spezialisierung und entsprechenden Arbeitsteilung; und zwischen Leistungserbringern und Patientenverbänden bezüglich der Versorgung gesellschaftlicher Randgruppen. Teilweise konnten die befragten Experten und Akteure bereits auf erste positive Beispiele verweisen, insgesamt zeigte sich jedoch, dass noch viel ungenutztes Innovationspotenzial in Akteurskooperationen im Gesundheitswesen liegt. Handlungsmöglichkeiten sind dementsprechend folgende:

– *Innovative und erfolgreiche Kooperationen bekannt machen.* Innovative Kooperationsmodelle werden seit einigen Jahren beispielsweise von gesetzlichen Krankenkassen und (Industrie-)Unternehmen erprobt – zwei Akteursgruppen, die in der Vergangenheit eher durch konflikthafte Beziehungen aufgefallen sind. So haben sich etwa das Pharma-Unternehmen Desitin Arzneimittel GmbH und die Krankenkasse Knappschaft-Bahn-See zusammengetan, um gemeinsam mit weiteren Akteuren im Bereich der Integrierten Versorgung das Norddeutsche Epilepsienetz aufzubauen.⁷ Dasselbe Unternehmen hat zudem in Kooperation mit der Krankenkasse DAK-Gesundheit einen bundesweiten Selektivvertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Epilepsie-Patienten initiiert.⁸ In einem anderen Fall haben ein Unternehmen und ein regionales Ärztenetzwerk die Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet, um im Bereich der Integrierten Versorgung zusammen mit Krankenkassen und Leistungserbringern die Versorgung im Kinzigtal zu optimieren.⁹ Und in Bremen kooperierte die B. Braun Melsungen AG mit der regionalen AOK und einem Krankenhaus in einem gemeinsamen Pilotprojekt zur ambulanten MRSA-Sanierung von Patienten im Vorfeld von operativen Eingriffen.¹⁰

Sollten sich derartige innovative Kooperationsversuche als erfolgreich erweisen, wären Nachahmer natürlich wünschenswert. Diese würden sich umso leichter finden lassen, je mehr die Kooperation für die beteiligten Akteure selbst einen Erfolg darstellt und je bekannter sie im Gesundheitswesen wird (vgl. These 3).

– *Förderung von Kooperationen und kooperationsfreundlichen Rahmenbedingungen.* Gefördert werden können Kooperationen und Netzwerke (vgl. *Hellmann/Eble* 2009) sowohl direkt als auch über Anreize setzende Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. In Bezug auf Letzteres ist beispielsweise an neue gesetzliche Regelungen im Bereich der besonderen Versorgungsformen wie der Integrierten Versorgung (vgl. *Hildebrandt* 2013) zu denken, so wie sie etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem letzten Sondergutachten angemahnt hat (SVR 2012, S. 309 ff.). Natürlich kommt aber auch eine direkte finanzielle Förderung etwa von nachhaltig angelegten Kooperationsinitiativen von Akteuren, die bisher nur selten zusammengearbeitet haben, zu bestimmten politisch gewollten Zielen in Betracht. Ein aktuelles Beispiel ist hier der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) initiierte Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“, in dessen Rahmen vor allem die Vernetzung regionaler Gesundheitsakteure zum Zwecke einer verbesserten medizinischen Versorgung gefördert wird (vgl. *George* 2009).¹¹ Bei entsprechend positiven Ergebnissen sollte dieser Ansatz weiterentwickelt und ausgebaut werden.¹²

These 5: Gesundheitspolitik ist derzeit in zweierlei Hinsicht beschränkt: Erstens wird sie vor allem vom Bundesgesundheitsministerium initiiert und gestaltet, obwohl Gesundheit auch für eine Vielzahl anderer Ressorts von Belang ist. Zweitens hat sie primär die Organisation und Finanzierung des Versorgungssystems im Blick.

Die These zielt insgesamt auf die Gesundheitspolitik des deutschen Staates. Dass auch eine Vielzahl nicht-staatlicher Akteure Gesundheitspolitik initiiert und gestaltet (vgl. *Rosenbrock/Gerlinger* 2006), bestreitet sie nicht. Der erste Teil der These geht auf den Innovationsfaktor „Ressortübergreifende Innovationspolitik“ zurück (vgl. Abschnitt 2.). Innovationsförderlich wäre demnach eine Gesundheitspolitik, die auch von solchen Politikfeldern getragen wird, die mit Gesundheit nur mittelbar zu tun haben, also zum Beispiel Bildungs-, Arbeits- oder Stadtentwicklungspolitik. Staatliche Gesundheitspolitik müsste dann entsprechend ressortübergreifend angelegt sein, weshalb sich wie bei der Innovationspolitik das Problem der Koordination der unterschiedlichen Ressorts und Politiken ergäbe. Freilich ist „Gesundheit in allen Politikbereichen“ im gesundheitspolitischen Diskurs keine neue Idee. Vor allem international wird sie seit einigen Jahren unter dem Begriff „Health in All Policies“ (HiAP) verhandelt (vgl. nur *Stahl* et al. 2006; *Kickbusch/Buckett* 2010; *McQueen* et al. 2012; *Leppo* et al. 2013). Gleichwohl kann von einer Realisierung dieser Idee in Deutschland bislang keine Rede sein.

Der zweite Teil der These fußt auf dem Innovationsfaktor „Innovationspolitik als Systempolitik“ (vgl. Abschnitt 2.). Hiernach wäre es innovationsförderlich, wenn Gesundheitspolitik von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ausgehen und möglichst alle Subsysteme und Systemkomponenten des Gesundheitswesens im Blick haben würde. Verstanden als umfassende Systempolitik dürfte sich Gesundheitspolitik nicht nur auf das Versor-

⁷ Siehe <http://www.norddeutsches-epilepsienetz.de/> [29.07.2013].

⁸ Siehe <http://www.desitin.de/?id=4648> [29.07.2013].

⁹ Siehe <http://www.gesundes-kinzigtal.de/> [29.07.2013].

¹⁰ Siehe http://www.aok.de/bremen/nachrichten/index_193641.php [29.07.2013].

¹¹ Siehe auch <http://www.bmbf.de/de/12547.php> [29.07.2013].

¹² Das Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung Karlsruhe führt gemeinsam mit dem Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg aktuell ein Begleitforschungsvorhaben zu den „Gesundheitsregionen der Zukunft“ im Auftrag des BMBF durch.

gungs- und Krankenversicherungssystem beschränken, sondern müsste darüber hinaus verstärkt weitere Teilbereiche des Gesundheitswesens einbeziehen, zum Beispiel den sogenannten Zweiten Gesundheitsmarkt, Gesundheitsbildung, Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebensbereichen und Aspekte sozialer Gesundheitsungleichheit. In eine ähnliche Richtung weisen Forderungen, Gesundheitspolitik müsse sich zur Gesellschaftspolitik erweitern (Kickbusch 2006; Huster 2012). Auch hiervon ist die Realität in Deutschland noch ein gutes Stück entfernt. Insgesamt liegen daher unter anderem folgende Handlungsmöglichkeiten nahe:

- *Verankerung gesundheitspolitischer Ziele auch in anderen Ressorts.* Gesundheit ist mit sehr vielen Gesellschafts- und Lebensbereichen verknüpft und tangiert daher auch eine Vielzahl von Politikfeldern und entsprechenden Ressorts. Zu nennen sind beispielsweise Schulen, Bildung und Kompetenzerwerb, Arbeitsbedingungen, Betriebe und Beschäftigung, Familienleben, Jugendkultur und Seniorenresidenzen, Mobilität, Wohnen und öffentlicher Raum – Schlagworte, die alle einen Gesundheitsbezug haben und gleichzeitig auf die Bundesministerien für Bildung und Forschung (BMBF), Arbeit und Soziales (BMAS), Wirtschaft und Technologie (BMWi), Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bzw. Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) verweisen.¹³ Zumindest in diesen Ressorts könnten gesundheitspolitische Ziele eine größere Bedeutung erlangen. Dass sie in den Bundesministerien für Gesundheit (BMG), Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) sowie Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) eine zentrale Rolle spielen, versteht sich ohnehin von selbst. Entsprechendes gilt auch für die Ebene der Bundesländer.
- *Aufbau und Koordination einer ressortübergreifenden Gesundheitspolitik.* Erste ressortübergreifende Initiativen mit Bezug zur Gesundheit gibt es bereits. Das BMELV etwa hat 2008 zusammen mit dem BMG den Nationalen Aktionsplan „INFORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ins Leben gerufen, mit dem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland bis 2020 nachhaltig verbessert werden soll.¹⁴ Das BMBF hat gemeinsam mit dem BMWi und dem BMG den Nationalen Strategieprozess „Innovationen in der Medizintechnik“ angestoßen,¹⁵ in dessen Schlussbericht im Übrigen ebenfalls ein „interministerieller Ansatz für systemische Innovationspolitik“ gefordert wird (MedTech 2012, S. 69). Außerdem haben die genannten drei Bundesministerien kürzlich „einen regelmäßigen Austausch und eine vertiefte Koordinierung der anstehenden Themen zur Gesundheitswirtschaft auf Leitungsebene“ vereinbart (BMWi et al. 2013).¹⁶ Solche Ansätze¹⁷ weisen in die richtige Richtung, sind allerdings noch recht selten. Gerade vom BMG könnte die Initiative häufiger ausgehen. Entsprechendes gilt auch hier wieder für die Ebene der Bundesländer. Auf Bundesebene könnte darüber hinaus geprüft werden, ob nicht die Einrichtung eines eigenen Kabinettsausschusses zur ressortübergreifenden Diskussion und Koordination der Gesundheitspolitik sinnvoll wäre. Vorsitzender eines solchen Bundesgesundheitsrates – analog zum Bundessicherheitsrat, ebenfalls ein Kabinettsausschuss – wäre der Bundeskanzler, die Geschäfte würden vom Bundeskanzleramt geführt (vgl. Busse/Hofmann 2010, S. 96 f.). Auch an eine regelmäßige Berichterstattung der Bundesregierung zur Gesundheitspolitik ist zu denken. Ein solcher Bericht könnte jährlich oder auch alle zwei Jahre Bilanz ziehen und über die zukünftige Ausrichtung der (ressortübergreifenden) Gesundheitspolitik Auskunft geben. So wie der Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung im Kabinettsausschuss Wirtschaft könnte auch er im entsprechenden Kabinettsausschuss politisch vorberaten werden (vgl. ebd.).
- *Beschränkung der Gesundheitspolitik auf das Versorgungssystem weiter auflösen.* Um von der Fokussierung auf das Versorgungs- und Krankenversicherungssystem wegzukommen, ist für viele Experten nichts weniger als ein grundsätzliches Umdenken in Gesundheitspolitik und Gesellschaft erforderlich (vgl. nur Kickbusch 2006; Bühlren et al. 2013). Wie die Entwicklung einer kooperativen, dialogischen Kultur im Gesundheitswesen

(vgl. These 1) ist dies freilich nicht von heute auf morgen möglich. Allerdings wird bereits seit vielen Jahren die Forderung nach einer Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention erhoben. Sie findet sich auch immer wieder auf der gesundheitspolitischen Agenda – die bisher gegangenen Schritte können aber nur der Anfang sein (vgl. nur Schwartz et al. 2012; Hurrelmann et al. 2010). Neben dem Ausbau der Gesundheitsförderung in allen gesellschaftlichen Bereichen wäre auch eine breit angelegte Umsetzung der international unter dem Schlagwort „Health Impact Assessment“ (HIA; vgl. Kemm 2013) diskutierten Idee der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) bzw. Gesundheitsfolgenabschätzung von politischen Maßnahmen, die auf den ersten Blick keinen Bezug zum Gesundheitswesen haben, eine Prüfung wert (vgl. Fehr/Mekel 2013).

These 6: Sowohl Bedarfsorientierung als auch die Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten spielen im Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle. Stattdessen dominieren Experten, Professionen, Forschung und Technologieentwicklung.

Hinter dieser These stehen gleich zwei Innovationsfaktoren, nämlich „Wechselspiel von Push- und Pull-Faktoren“ sowie „Public Governance“ (vgl. Abschnitt 2.). Wie in vielen Innovationssystemen dominiert auch im Gesundheitswesen die Science-Push- gegenüber der Demand-Pull-Seite. Bedarfe von Patienten und Versicherten sind vielfach nur unzureichend bekannt (vgl. These 2) und werden beispielsweise auch bei der Bestimmung der Agenda zur klinischen Forschung nur selten berücksichtigt (vgl. Bühlren/Vollmar 2009, S. 10 f.). Innovationsförderlich wäre hier mehr Bedarfsorientierung. Das gilt auch für die Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen. Zwar hat sich diesbezüglich in den letzten Jahren Einiges getan (vgl. etwa Dierks et al. 2006). Gleichwohl befindet sich noch Vieles in der Erprobungs- und Entwicklungsphase, allenfalls erste Schritte zu mehr aktiver Teilhabe und Beteiligung sind bislang gegangen (vgl. nur Rosenbrock/Hartung 2012; Braun 2012; Bühlren et al. 2013, S. 39 ff.). Zudem mangelt es generell an Transparenz und Gesundheitskompetenz – dies aber sind wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Partizipation im Gesundheitswesen (vgl. nur Gigerenzer/Gray 2013; Kickbusch 2006). Zu den Handlungsmöglichkeiten gehören demnach folgende:

- *Abbau von Sektorengrenzen und Ausbau von Bürger- und Patientenangeboten.* Ein elementarer Schritt zu mehr Bedarfsorientierung im Gesundheitswesen wäre ein Versorgungssystem, in dem Patienten die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor kaum noch wahrnehmen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert dies seit Jahren und hat auch entsprechende Empfehlungen formuliert (vgl. jüngst SVR 2012). Abgesehen davon gilt es, allgemeine bedarfsorientierte Angebote für Bürger, Versicherte und Patienten auszubauen. Zu denken ist hier nicht nur an entsprechende Beratungsstrukturen, sondern auch an die Einrichtung eines organisierten Beschwerde-Managements bei den gesetzlichen Krankenkassen, auf die in den Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens wiederholt hingewiesen wurde.
- *Weitere Stärkung der Bürger- und Patientenpartizipation.* Ein Blick in andere Länder zeigt anschaulich, in welchen Berei-

¹³ Teilweise haben die Ministerien im Zuge der Bildung der neuen Bundesregierung im Dezember 2013 einen neuen Zuschnitt erhalten. Am Kern der hier erörterten Handlungsmöglichkeiten ändert sich dadurch freilich nichts.

¹⁴ Siehe <https://www.in-form.de/> [29.07.2013].

¹⁵ Siehe <http://www.strategieprozess-medizintechnik.de/> [29.07.2013].

¹⁶ Siehe auch die in erster Linie vom BMWi getragene „Exportinitiative Gesundheitswirtschaft“ unter <http://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/> [29.07.2013].

¹⁷ Ein weiteres Beispiel ist das bereits 1999 vom BMU und BMG gestartete Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit (APUG), an dem mittlerweile auch das BMELV beteiligt ist. Siehe www.apug.de/ [29.07.2013].

chen die Praxis und Organisation von Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen noch Veränderungspotenzial hat (vgl. Prognos 2011): In England und Schottland etwa werden Patientenvertreter im Gesundheitswesen durch öffentliche Ausschreibungen rekrutiert, sie erlangen dadurch eine besondere Legitimation für ihre Tätigkeit. In Frankreich durchlaufen sie ein eigenes Akkreditierungsverfahren und es gibt ein öffentlich einsehbares Register aller akkreditierten Patientenvertreter. In Schottland und Frankreich ist zudem gesetzlich geregelt, dass Patientenvertreter auf allen Ebenen des Gesundheitswesens verpflichtend zu beteiligen sind, sie als gleichberechtigte Partner fungieren und entsprechend Stimmrecht in den Gremien haben (ebd.). Ein generelles Problem, das sich diesbezüglich stellt, ist freilich, inwiefern Patientenvertreter für die von ihnen mitgetragenen Entscheidungen im Zweifelsfall auch zur Verantwortung gezogen werden (können/sollen). Im Übrigen könnte über die verstärkte Nutzung von Bürgerforen (für Beispiele siehe *Stumpf/Raspe* 2011; *BMBF* 2011; *GfB* 2004) nachgedacht werden, etwa um neue Sichtweisen und Optionen zu bestimmten Themen zu generieren (vgl. *Bandelow et al.* 2012, S. 61 f.). Auch mit sogenannten regionalen Gesundheitskonferenzen unter Beteiligung von Bürgern und Patienten scheinen gute Erfahrungen gemacht worden zu sein (*George* 2009, S. 297). Bürger und Patienten könnten zudem stärker bei der Priorisierung von gesundheitsbezogenen Forschungsthemen einbezogen werden, so wie es in anderen Ländern wie Schweden oder den USA bereits üblich ist (vgl. *Bührten* 2010, S. 17). Schließlich sind Instrumente zu entwickeln, wie die Kompetenzen von Patienten und Bürgern im Hinblick auf Gesundheitspolitik und die Strukturen des Gesundheitswesens gestärkt werden könnten (vgl. *Feufel et al.* 2013; *Kickbusch* 2006). Der Aufbau entsprechender Kompetenzen in den Medien könnte hier einen entscheidenden Beitrag leisten (vgl. die Aufsätze in *Gigerenzer/Gray* 2013).

These 7: Die Ausbildung und Aufgabenverteilung der verschiedenen Gesundheitsberufe ist nicht optimal aufeinander abgestimmt.

Die These geht auf eines der im Zuge der Zielanalyse bestimmten Felder mit Innovationspotenzial zurück (vgl. Abschnitt 3.). Ausgehend von den identifizierten Konflikten zwischen den erhobenen offiziellen Akteurszielen wurde untersucht, welche Akteure sich besonders häufig in einem solchen Zielkonflikt befinden. Eine dieser (Ziel-)Konfliktlinien verläuft innerhalb der Akteursgruppe der Leistungserbringer, nämlich zwischen den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen auf der einen und den Ärztenverbänden auf der anderen Seite, und bezieht sich auf die Aufgabenverteilung in der Versorgungspraxis (vgl. *Heyen/Reiß* 2013). Da Konflikte nicht gerade innovationsförderlich sind (vgl. These 1) und in der Regel eine Menge Ressourcen verschlingen, eröffnet sich hier ein Feld mit großem Innovationspotenzial, das im Rahmen der Interviews mit Akteuren des Gesundheitswesens intensiv diskutiert worden ist (vgl. Abschnitt 3.). Zwar ist dieses Thema in den Debatten zum Gesundheitswesen nicht neu (vgl. *SVR* 2007, S. 41 ff.; *MetaForum* 2009, S. 14). Insgesamt spielt es aber eine eher randständige Rolle, von grundsätzlichen oder flächendeckenden Veränderungen in der Praxis ganz zu schweigen. Handlungsmöglichkeiten sind:

– *Förderung von berufsübergreifenden Elementen in Ausbildung und Praxis.* Zumindest ein Teil der zwischen den Berufsgruppen bestehenden Konflikte resultiert vermutlich daraus, dass gerade Angehörige ärztlicher und nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der Regel erst dann aufeinander treffen, wenn ihre Ausbildung und damit ihre primäre Kompetenz- und Habitusentwicklung bereits abgeschlossen sind. Die Folge scheint ein Denken (und Handeln) in Berufsgruppen, Hierarchien und Stereotypen zu sein. Abhilfe schaffen könnte hier eine deutlich früher einsetzende Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Disziplinen und Berufsgruppen bis hin zu einer in Teilen gemeinsamen Ausbildung (vgl. *Bosch Stiftung* 2011). Hierfür wiederum müssten die Medizinischen Fakultäten der Universitäten bereit sein, auch Ausbildungsverantwortung für nicht-

ärztliche Gesundheitsberufe zu übernehmen (vgl. *SVR* 2007, S. 99 f.), was letztlich auch von einer Intensivierung der Forschung in diesen Gesundheitsberufen begleitet werden könnte (vgl. *GFR* 2012). Darüber hinaus sind solche Praxismodelle zu fördern, in denen die verschiedenen Berufsgruppen im Alltag möglichst selten getrennt werden, also zum Beispiel die tägliche Visite im Krankenhaus gemeinsam als interdisziplinäres Team vornehmen.

– *Erarbeitung einer verbesserten Arbeitsteilung, auch durch Einführung neuer Berufe.* Ein grundsätzlicher Ansatzpunkt für die Entwicklung einer neuen Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen wäre es, hinsichtlich verschiedener Indikationen jeweils die gesamte Versorgungskette daraufhin zu analysieren, welche Arbeiten anfallen und welche gesundheitsberuflichen Kompetenzen zu deren optimalen Erledigung notwendig sind. In der Praxis haben solche Überlegungen in Kombination mit Kostendruck und Ärztenknappheit vereinzelt schon zu entsprechenden Umstrukturierungen geführt, zumindest was die Delegation ärztlicher Leistungen angeht (vgl. etwa *Flintrop et al.* 2008). Darüber hinaus ermöglicht eine neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen von Modellvorhaben nun auch eine – üblicherweise als Substitution bezeichnete – Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Angehörige nicht-ärztlicher Berufsgruppen zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde unter ganz bestimmten Bedingungen (vgl. *G-BA* 2011). Allerdings wird es voraussichtlich noch einige Jahre dauern, bis diesbezüglich erste Erfahrungen aus der Praxis vorliegen. Davon abgesehen sind in den letzten Jahren auch neue Berufe an der Schnittstelle von ärztlicher und nicht-ärztlicher Tätigkeit entstanden. Dazu zählen grundständige Ausbildungsgänge, etwa zum operationstechnischen (OTA), anästhesietechnischen (ATA) oder chirurgisch-technischen Assistenten (CTA), aber auch Fachweiterbildungen für Pflegekräfte, etwa zum chirurgischen Operationsassistenten (COA) (vgl. *Gerst/Hibbeler* 2010). Außerdem bieten Fachhochschulen in Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen mittlerweile einen Bachelor-Studiengang zum sogenannten Arztassistenten an, nach dem angloamerikanischen Vorbild des „Physician Assistant“ (PA).¹⁸ Des Weiteren haben die befragten Akteure im Gesundheitswesen beispielhaft auf Kliniken hingewiesen, in denen eigenes Personal zu Codier-Fachkräften für die Dokumentation oder zu Case-Managern ausgebildet bzw. umgeschult wurde. Schließlich gibt es Fälle, in denen Service-Fachkräfte aus der Gastronomie oder qualifizierte Hotelfachkräfte nach einer spezifischen Schulung im stationären Speisenmanagement und Patienten-Service zur Entlastung des Pflegefachpersonals eingesetzt worden sind.¹⁹ Unter der Voraussetzung, dass sowohl die angestrebte Optimierung der Arbeitsorganisation erreicht als auch die Qualität der Versorgung gewährleistet wird, sind all dies innovative Schritte und damit wert, im Hinblick auf eine weitere Verbreitung im Gesundheitswesen geprüft zu werden. Für den dazu notwendigen Wissenstransfer und entsprechende Lernprozesse bieten sich Handlungsmöglichkeiten an, wie sie schon unter These 3 diskutiert worden sind.²⁰

These 8: Obwohl sie nicht zu den klassischen Leistungserbringern gehören, sehen auch Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen ihre Rolle im Gesundheitswesen zunehmend im Versorgungsmanagement und nicht mehr nur in einer isolierten Technologieentwicklung. Das hat Innovationspotenzial, die Implikationen sind aber bisher nur unzureichend reflektiert worden.

¹⁸ Siehe beispielsweise <http://www.dhbw-karlsruhe.de/allgemein/studiengang-arztassistent> [29.07.2013].

¹⁹ So geschehen im Universitätsklinikum Heidelberg, siehe <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/universitaetsklinikum-heidelberg-einsatz-von-hotelfachkraeften.html> [29.07.2013].

²⁰ Für eine Plattform, auf der konkrete Modell-Projekte zur neuen Arbeitsteilung in Krankenhäusern präsentiert werden, siehe die vom BMG-Beirat getragene Internetseite <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick.html> [29.07.2013].

Tabelle 2

Thesen und Handlungsmöglichkeiten

Acht Thesen zum Gesundheitswesen aus Innovationssystemperspektive
<p><i>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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verteilungskonflikte und Machtstrukturen aufzeigen und transparent machen – Stärkere Berücksichtigung der Erkenntnisse der Friedens- und Konfliktforschung – Förderung einer Dialogkultur – Ausrichtung an einem gemeinsamen Leitbild
<p><i>These 2: Die Steuerungs- und Entscheidungsebene des Gesundheitswesens weiß zu wenig über die Realität und Qualität des Versorgungsgeschehens.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung der Datenbasis und des Datenzugangs – Ausbau der Versorgungsforschung und systematische Nutzung von Routine-Daten – Verbesserung des Wissensmanagements
<p><i>These 3: Im Gesundheitswesen sind Wissensaustausch und Lernen im Hinblick auf Best-Practice-Beispiele und erfolgreiche Innovationen im Organisationsbereich mangelhaft. Es findet kein systematischer Transfer in die Versorgung statt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Einrichtung einer zentralen Best-Practice-Sichtungs- und Bewertungsstelle – Verleihung eines Best-Practice-Awards – Entwicklung von organisatorischen bzw. prozessualen Leitlinien
<p><i>These 4: In Akteurskooperationen generell, insbesondere aber in Kooperationen zwischen Akteuren unterschiedlicher Akteursgruppen steckt großes Innovationspotenzial. Dieses wird im Gesundheitswesen zu wenig genutzt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Innovative und erfolgreiche Kooperationen bekannt machen – Förderung von Kooperationen und kooperationsfreundlichen Rahmenbedingungen
<p><i>These 5: Gesundheitspolitik ist derzeit in zweierlei Hinsicht beschränkt: Erstens wird sie vor allem vom Bundesgesundheitsministerium initiiert und gestaltet, obwohl Gesundheit auch für eine Vielzahl anderer Ressorts von Belang ist. Zweitens hat sie primär die Organisation und Finanzierung des Versorgungssystems im Blick.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Verankerung gesundheitspolitischer Ziele auch in anderen Ressorts – Aufbau und Koordination einer ressortübergreifenden Gesundheitspolitik – Beschränkung der Gesundheitspolitik auf das Versorgungssystem weiter auflösen
<p><i>These 6: Sowohl Bedarfsorientierung als auch die Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten spielen im Gesundheitswesen eine untergeordnete Rolle. Stattdessen dominieren Experten, Professionen, Forschung und Technologieentwicklung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Abbau von Sektorengrenzen und Ausbau von Bürger- und Patientenangeboten – Weitere Stärkung der Bürger- und Patientenpartizipation
<p><i>These 7: Die Ausbildung und Aufgabenverteilung der verschiedenen Gesundheitsberufe ist nicht optimal aufeinander abgestimmt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Förderung von berufsübergreifenden Elementen in Ausbildung und Praxis – Erarbeitung einer verbesserten Arbeitsteilung, auch durch Einführung neuer Berufe
<p><i>These 8: Obwohl sie nicht zu den klassischen Leistungserbringern gehören, sehen auch Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen ihre Rolle im Gesundheitswesen zunehmend im Versorgungsmanagement und nicht mehr nur in einer isolierten Technologieentwicklung. Das hat Innovationspotenzial, die Implikationen sind aber bisher nur unzureichend reflektiert worden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Evaluation und Setzung eines qualitätssichernden Rahmens – Erfolgsbeispiele bekannt machen und nachahmende Vorhaben fördern

Quelle: Eigene Darstellung.

Hintergrund dieser letzten These ist zum einen der Innovationsfaktor „Komplette Problemlösungen“ (vgl. Abschnitt 2.) und zum anderen das in Akteurskooperationen liegende Innovationspotenzial, das im Zuge der Zielanalyse identifiziert (vgl. Abschnitt 3.) und in den Interviews mit Experten und Akteuren des Gesundheitswesens – insbesondere mit Blick auf (Industrie-)Unternehmen und gesetzliche Krankenkassen – diskutiert worden ist (vgl. These 4). Tatsächlich befindet sich die Pharma-Branche im Umbruch, weg von den früher so erfolgreichen Blockbuster-Medikamenten hin zu einem weitaus differenzierteren Portfolio, das zunehmend auch Dienstleistungen und neue Geschäftsmodelle einbezieht (Wosch 2012). Nicht zuletzt das 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) stellt die Branche vor große Herausforderungen – für manche Beobachter offenbart sich spätestens jetzt die „Innovationskrise“ der Pharma-Industrie (Ludwig 2013). Es birgt zugleich aber auch Chancen, indem es Pharma-Unternehmen neue Möglichkeiten im Versorgungsmanagement einräumt (vgl. B-LUE 2011). Dies gilt auch für die Medizintechnik-Branche, bezüglich derer ebenfalls ein „Paradigmenwechsel vom Produkthersteller zum Anbieter von

System- und Prozesslösungen“ diagnostiziert wird (MedTech 2012, S. 12). Dabei darf bei diesen Entwicklungen nicht vergessen werden, dass das Ziel der Unternehmen der wirtschaftliche Erfolg bleibt. Inwieweit sich dies auch in der Praxis des Versorgungsmanagements mit entsprechenden Qualitätszielen vereinbaren lässt, ist angesichts mangelnder Erfahrungen und Evaluationen eine noch weitgehend offene Frage. Als Handlungsmöglichkeiten bieten sich folgende an:

- *Evaluation und Setzung eines qualitätssichernden Rahmens.* Entscheidend ist, dass die in der Praxis bereits umgesetzten Vorhaben einer unabhängigen und transparenten Evaluation unterzogen werden. In Niedersachsen zum Beispiel hat die Managementgesellschaft I3G GmbH – eine Tochter des Pharma-Unternehmens Janssen-Cilag – zusammen mit ihrem Tochter-Unternehmen Care4S GmbH, der AOK Niedersachsen und Leistungserbringern ein Integriertes Versorgungssystem für Patienten mit Schizophrenie aufgebaut.²¹ Teilweise ist dies auf

²¹ Siehe <http://www.care4s.de> [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.
- Broeze, J./Bunders, J. (Hrsg.) (2010): *Transitions in Health Systems. Dealing with Persistent Problems*, Amsterdam.
- Broeze, 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].
- Elder, 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./Nicolescu, 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. Wachstumchancen 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./Wisnar, 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./Wisnar, 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.
- Stahl, 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.

Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen: Ein Literaturüberblick zu Ausgestaltung und Wirkung

Barbara Hofmann, Peter Kupka, Gerhard Krug, Thomas Kruppe, Christopher Osiander, Gesine Stephan, Michael Stops und Joachim Wolff¹

Zusammenfassung

Der Beitrag thematisiert die Frage, wie Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen in Deutschland funktionieren und wie wirksam sie sind. Dazu betrachten wir Ergebnisse verschiedener empirischer Studien, die sich mit dem konkreten Vermittlungsprozess befassen. So zeigt sich beispielsweise, dass Modellprojekte mit einem besseren Betreuungsschlüssel zu mehr Vermittlungen führen. Auch Sperrzeiten und Sanktionen bewirken einen schnelleren Übergang von Leistungsbeziehern in Beschäftigung, wobei nachteilige Effekte auf die Qualität der Arbeitsverhältnisse nicht ausgeschlossen sind. Zukünftige Forschungsbedarfe sind die Wirkungen von Beratungssequenzen und mögliche „Spillover-Effekte“, d. h. die Auswirkung der intensiveren Beratung bestimmter Personen auf andere Gruppen.

Abstract: Counselling and Job Placement Activities for Job Seekers: An Overview of Literature on Models and Effects

This article addresses the question of how counselling and job placement activities for job seekers function in Germany and how effective these services are. We look at a variety of different studies dealing with counselling processes. Findings indicate that model projects with a better caseworker-to-client ratio result in more job placements. Sanctions and cut-off periods from benefits lead to faster transitions into employment, although negative effects on the quality of jobs cannot be ruled out. Further research might consider the effects of key counselling sequences and possible “spillover effects”, meaning that more intensive counselling of particular groups might have an impact on the employment chances of other groups.

1. Einleitung

Die Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen ist Kernaufgabe der aktiven Arbeitsmarktpolitik, die sich in dem Spannungsfeld von „Fördern und Fordern“ bewegt. Dieses Spannungsfeld ist kein Abstraktum der Arbeitsmarktpolitik, sondern vollzieht sich konkret in der Beratung und Auseinandersetzung zwischen Vermittlungsfachkräften und Arbeitslosen (Göckler 2006, S. 41). In ihrer Interaktion erfolgt die konkrete Umsetzung der Arbeitsmarktförderformen, die durch institutionelle Rahmung, Bedingungen des Arbeitsmarktes, aber auch durch individuelle Präferenzen der Fachkräfte moderiert wird. Letzteres hat Lipsky (1980, 2010) durch die Figur des Street-Level Bureaucrat zum Ausdruck gebracht.

¹ Wir bedanken uns bei Marie Stärk für die Durchsicht des Textes und bei einem anonymen Gutachter für wertvolle Hinweise zur Überarbeitung des Manuskripts.