

Andreas Meusch

Fehlt der deutschen Gesundheitspolitik die politikwissenschaftliche Expertise?

Das Mitgliederverzeichnis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen gibt bereits einen ersten Anhalt: Während aktive Politiker prominent vertreten sind, kommt die Gesellschaft weitgehend ohne politikwissenschaftliche Expertise aus. Zwar bekennt sich das ein oder andere Mitglied dazu, auch politikwissenschaftliche Vorlesungen und Seminare besucht zu haben, aber sich als Politikwissenschaftler verstehen: wer – außer dem Autor dieser Zeilen – würde dies tun. Die nachfolgenden Überlegungen gehen deshalb der Frage nach, welche Bedeutung die Politikwissenschaft in der gesundheitspolitischen Diskussion hat.

Hier soll es nicht um Politikwissenschaft als Grundlagenforschung gehen, relevant ist die angewandte Politikwissenschaft als Form der Politikberatung. Die Diskussion soll in zwei Schritten geschehen: Im ersten soll die Bedeutung der Politikberatung im politischen System Deutschlands, im zweiten die Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Ansätzen der angewandten Politikforschung im Gesundheitswesen beschrieben werden, um dann daraus Schlussfolgerungen zu ziehen.

1. Die Bedeutung der Politikberatung in Deutschland

Wissenschaftliche Politikberatung hat im politischen System der Bundesrepublik Deutschland einen festen Platz, vor allem aus drei Gründen:

- Politik, Wissenschaft und die übrigen Subsysteme der Gesellschaft sind durch

unterschiedliche Referenzsysteme strukturiert. Aus systemtheoretischer Sicht bietet die Politikberatung deshalb erstens die Chance, die politikimmanenten Restriktionen zu überwinden, insbesondere die Orientierung der Politik an Macht und Wiederwahl und die damit verbundene Fixierung auf die nächsten Wahlen.

- In einem durch zahlreiche institutionelle und faktische Veto-Spieler gekennzeichneten politischen System bietet die Einbeziehung externen Sachverständigen zweitens die Option, Blockaden zu überwinden. Die Hartz-Gesetzgebung kann in diesem Kontext als ein Beispiel angesehen werden.
- Drittens kann die komplexe Realität der deutschen Gesellschaft zu Beginn des 21. Jahrhunderts ohne den Sachverstand der Wissenschaft kaum noch in praktische Politik übersetzt werden. Die Praxis der Politikberatung wird dennoch zunehmend kritisch gesehen. Win-

termann (2004) sieht in ihrer ineffizienten Ausgestaltung sogar eine Ursache für den Reformstau in Deutschland. Aus der Perspektive der Rational choice-Forschung wird ihr eigennutzinteressiertes Verhalten unterstellt: Erhöhung des Einkommens durch Beratungstätigkeit und Mehrung der wissenschaftlichen Reputation nennt Susanne Cassel (2003: 249 f.) aus dem Bundeswirtschaftsministerium als Faktoren, die wissenschaftliche Politikberater mit beeinflussen. Zu ergänzen ist die Verantwortung für die Stellen von wissenschaftlichen Mitarbeitern, die in der Regel mit dem Auftrag für ein Gutachten oder eine Beratertätigkeit verbunden sind. Dieser Faktor wird in seiner Bedeutung noch dadurch gesteigert, dass einige Universitäten bei der Vergabe ihrer Forschungsmittel die Lehrstühle begünstigen, die bereits aus eigener Kraft Drittmittel akquiriert haben.

Kritik an der Rolle der wissenschaftlichen Politikberatung ergibt sich auch durch ihren vermehrten Einsatz. „Besorgniserregend“ nennt deshalb Wilhelm (2005: 85) die Veränderungen der vergangenen Jahre nicht zuletzt wegen des „massiven Einsatzes“ von Kommissionen. Dies gilt auch und gerade im Gesundheitswesen, für das von einer „Hochkonjunktur der Politikberatung“ gesprochen werden kann (Henke 2006). Wenn klassische Politikberatung und der Einsatz von Kommissionen an ihre Grenzen stoßen, dann stellt sich die Frage, wie Konzepte der angewandten Politikforschung hier Abhilfe schaffen können.

2. Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Ansätzen der angewandten Politikforschung im Gesundheitswesen

Für die Politikberatung wie die angewandte Politikforschung, die sich mit der Vernetzung unterschiedlicher Politikarenen bzw. der Politik mit Wirtschaft und Gesellschaft widmet, erscheint gerade die Gesundheitspolitik als Eldorado:

- Die Sphären von Staat und Gesellschaft durchdringen sich in der Gesundheitspolitik in besonderer Weise und lassen sich nur theoretisch bzw. abstrakt unterscheiden.
- Ökonomische, medizinische, pharmazeutische und verwaltungspraktische Aspekte müssen in Gesetze gegossen werden. Besonders ausgeprägt sind die Verflechtungen mit dem Wirtschaftssystem.
- Gesundheitspolitisch relevant sind alle Ebenen, von der Kommune über die Kreise (über das Krankenhaus als Wirtschaftsfaktor und Teil der Daseinsvorsorge in der Kommunal- und Regionalpolitik gibt es bislang wenig politikwissenschaftliche Literatur), über die Länder (die als Teil der Daseinsvorsorge eigentlich für die Gesundheitspolitik zuständig sind), die Steuerung der Finanzen durch den Bund bis zur Europäischen Union, die über zahlreiche Urteile des Europäischen Gerichtshofes und die offene Methode der Koordinierung wachsenden Einfluss gewinnt. Eine umfassende Beschreibung dieser sich verstärkenden „Politikverflechtungsfallen“ (Scharpf 1995) in der Gesundheitspolitik steht jedoch aus.
- Vor allem aber ist Gesundheit eine Querschnittsaufgabe, die nur begrenzt durch das Gesundheitssystem beeinflusst werden kann. Familien, Kitas, Schulen und Betriebe beeinflussen die Gesundheit genauso, wie individuelle Lebensweisen und die Umwelt. Wird bereits das Versorgungssystem in einer komplex ausdifferenzierten Gesellschaft als „überkomplex“ (Henke 2006) beschrieben, so muss man wohl die Vernetzung des Gesundheitssystems mit den gesellschaftlichen Systemen als Ganzen als hyperkomplexes System begreifen.
- Die Steuerungsfähigkeit der Bundesregierung ist auch in der Gesundheitspolitik in die Krise geraten, seit die Kosten der Einheit bilanziert wurden (Beyme 2010: 162). Die Gesundheitspolitik wird nicht mehr durch hierarchische Entscheidungsfindungen geprägt, sondern es besteht, neben den Normsetzungskompetenzen des Bundes und der Länder, ein Nebeneinander verschiedener Formen sozialer Koordination: Recht, Wettbewerb sowie korporatistische Steuerung.
- Das deutsche Gesundheitswesen gilt als „stark reformresistent“ (Rosewitz/Webber 1990: 295), geprägt durch „Schwerfälligkeit und Immobilismus“ (317). Seine Binnenstruktur wirkt als „ausgesprochener Blockadefaktor“ (Döhler/Manow 1995: 141) und es herrscht eine „im internationalen Vergleich auffallende Strukturkonstanz“ (142).
- Ein systematischer politischer Diskurs über die Probleme in ihrer Wechselwirkung findet praktisch nicht statt. Die Fokussierung auf Wahlen und die Wirkung gesundheitspolitischer Entscheidungen auf relevante Wählergruppen ersetzen zu häufig den strategischen Diskurs: Gesundheitspolitik gilt nicht als Gewinnerthema. Es ist ein Feld, mit dem man zwar keine Wahlen gewinnen, wohl aber verlieren kann.
- Der Verlust des Vertrauens in das Gesundheitswesen und in die Problemlösungskompetenz der Akteure ist längst eine politisch relevante Größe: Nur noch 18 % der Bevölkerung waren im Januar 2007 der Überzeugung, die Gesundheitspolitik gehe in die richtige Richtung. 2001 waren es immerhin noch 27 % (FORSA 2007). Es herrscht Ratlosigkeit: Von Forsa befragt, begreifen 88 % der Arbeiter nicht mehr, was die Regierung in der Gesundheitspolitik will. Angestellten, Selbstständigen oder Beamten geht es kaum besser: 74 % begreifen es nicht mehr. Überraschenderweise unterscheidet sich das Unverständnis bei Anhängern der Linkspartei (77 %) nicht gravierend von dem der Anhänger von CDU/CSU (73 %). Beide werden von Grünen und SPD noch übertroffen, von denen 79 % nicht mehr verstehen, was die Regierung will. Besonders auffällig: 86 % sprechen der Regierung ab, mit der Gesundheitsreform ein klares Ziel zu verfolgen, und zeigen sich überzeugt, dass es sich eher um ein „Hick-Hack zwischen den Parteien ohne erkennbares Konzept handelt“ (Klusen/Meusch 2007: 967).
- „In kaum einem Politikfeld gibt es so viel benevolentes Geschwätz, Heuchelei und vereinnahmendes Harmoniegetue wie im Gesundheitswesen“ (Schütze-Brief 2011 (91: 23) und Reformen werden nicht mehr als Schritt zur Verbesserung, sondern als Teil des Problems wahrgenommen, wie die Reaktionen auf das sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zeigen: „Belogen und ausgetrickst“ betitelt der Spiegel (Nr.4, 29.01.07) seinen Beitrag zur Verabschiedung der Reform im Deutschen Bundestag. Über dasselbe Ereignis berichtet der Branchendienst gid (2007 (5: 5) unter der Überschrift „Schwarzer Freitag“ und sieht darin einen „doppelten Tiefpunkt in der deutschen parlamentarischen Nachkriegsgeschichte“. Vertreter der Jungen Union und Andrea Nahles hatten noch nie so viel Gemeinsamkeit wie in der Einschätzung, keine Reform durchzuführen, wäre besser gewesen (Der Spiegel, Nr.5, 29.01.07).
- Die Politik scheint sich mit den steigenden Kosten arrangiert zu haben, solange sie nicht die Lohnzusatzkosten belasten. Als amtierender Gesundheitsminister sah es

Philipp Rösler als Fortschritt an, stattdessen Steuerzahler und Versicherte zu belasten (Focus Online 12.11.10).

- Im OECD-Vergleich erzeugt das deutsche Gesundheitswesen bei überdurchschnittlichen Kosten eine ziemlich durchschnittliche Lebenserwartung, zugleich aber bei den Menschen selbst nur deutlich unterdurchschnittlich das Gefühl, gesund zu sein. Das Kopfschütteln über das US-amerikanische Gesundheitssystem ist in Deutschland ein Obligo in jedem ‚Gutmenschendiskurs‘. Eine OECD-Befragung ergibt jedoch, dass sich in den USA 90 % gesund fühlen, in Deutschland nur 64,7 % (OECD 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Wahrscheinlichkeit erfolgreicher Kommunikation aufgrund der Hyperkomplexität des Themas Gesundheit besonders gering ist. Von der Mikroebene (Beispiel Arzneimittel; vgl. Meusch 2011a) bis zur Systemebene (Meusch 2011b: 62 f) lässt sich das Dilemma der Gesundheitspolitik beschreiben als die Unfähigkeit, zu kommunizieren.

3. Wer liefert der Gesundheitspolitik Orientierung?

Nachdem wir den Optionenraum von Betätigungsfeldern angewandter Politikforschung im Gesundheitsraum so als strukturell unendlich beschrieben haben, soll im nächsten Schritt das Feld der Betrachtung auf den Aspekt der angewandten Politikforschung als Form der Politikberatung wieder eingengt werden:

- Welche Funktion hat die angewandte Politikforschung in dieser Politikarena bei der Erfüllung von Dienstleistungen, die für die Akteure relevant sind?
- Woher bezieht die Politik ihre Ideen und Visionen?
- Wer liefert Orientierung, die verhindert, in der Fülle der Alltagsentscheidungen die Richtung zu verlieren?

- Wer identifiziert und definiert die zu lösenden Probleme?
- Wer versorgt die Entscheider mit für sie relevanten Informationen?
- Wie laufen Konflikte ab, wer vermittelt wie?
- Welche kommunikativen Netzwerke bestehen?

Die Antwort ist: Es sind nicht die Politikwissenschaft und ihre Vertreter. Es fällt auf, dass in kaum einem Politikfeld die Lücke zwischen Politik und Politikwissenschaft so groß ist wie im Gesundheitswesen. Wer nach den Einflussreichen in der Gesundheitspolitik sucht, wird an anderer Stelle fündig:

- Da ist zunächst auf ein extrem erfolgreiches Projekt der Politikberatung zu verweisen, das selbst in anderen Politikfeldern kaum Beispiele hat: Die Enquetekommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 1990. Es nötigt einem Unbeteiligten Hochachtung und Respekt ab (hin und wieder auch Neid und Missgunst), mit welcher Konsequenz in den darauffolgenden Jahren eine dort formulierte Agenda durchgesetzt wurde. Zumindest bis zur Übernahme des Gesundheitsministeriums durch die FDP und dem damit verbundenen Generationswechsel prägte die Enquetekommission zwei Jahrzehnte deutscher Gesundheitspolitik. Es lohnt auch ein Blick auf die Beteiligten von damals. Die Liste der Mitarbeiter und Sachverständigen darf man getrost als den Gotha der gesundheitspolitischen Nerds werten. Wer dabei war, war durch hohen Sachverstand und Systemkenntnis ausgewiesen, er gehörte und gehört häufig noch heute dazu. Mit dem Ende der Großen Koalition im September 2009 und dem Ausscheiden von Franz Knieps als Abteilungsleiter des BMG beginnt die Spätphase der ‚Enquetianer‘. Allerdings ist nicht zu erkennen, ob die Nachfolger eine ähnlich

wirkmächtige Agenda haben und wer diese eventuell formulieren sollte.

- Gegen die Ärzte kann man in Deutschland keine Gesundheitspolitik machen. Diese Einsicht Adenauers ist noch immer entscheidungsmächtig (vgl. Meusch 2011: 72-74). Man ist geneigt, die professionelle Dominanz, mit der ihre Rolle im Gesundheitswesen beschrieben wird, den Ärzten auch für ihr „aggressives Lobbying“ (Döhler/Manow 1997: 88) zu attestieren. Ein professionelles ‚Chapeau‘ möchte man der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schon dafür zurufen, dass jene Abgeordnete, die in den großkoalitionären Bemühungen um das Gesundheitsreformgesetz 2003 das Argumentationspapier der KBV eins zu eins vertreten hatte (Speth 2004: 174), in der darauffolgenden schwarz-gelben Regierung zur parlamentarischen Staatssekretärin avancierte. Honi soit qui mal y pense: „Betrachtet man aber das große Ganze, ist das Rubrum Versorgungsstrukturgesetz eher eine Camouflage. Profiteure sind die Ärzte. Andreas Köhler (Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) hat sich wieder einmal als brillanter und durchsetzungsfähiger Lobbyist erwiesen, dem die niedergelassenen Ärzte ein Denkmal setzen sollten“, schreiben die professionellen Beobachter der Berliner Gesundheitspolitik, Lehr und Visarius, in ihrem Insiderdienst (Highlights 28/2011: 33). Nicht nur Giaimo (2002: 96) kommt zu dem Ergebnis, dass die Krankenkassen diesem Einfluss nicht viel entgegenzusetzen haben. Die Vetomacht der verfassten Ärzteschaft muss einem nicht nur aus demokratietheoretischen Überlegungen heraus Sorgen bereiten. Auch der Stand der politikwissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema gibt wenig Anlass zur Hoffnung, wenn in einem Standardwerk zu Politik und Regieren in Deutschland die Arena

des Gesundheitssystems dargestellt wird, ohne dass die KBV als zentraler Akteur dort auch nur erwähnt wird (Korte/Fröhlich 2004: 33).

- Die Pharmaindustrie dominiert klar die Arena der Arzneimittelpolitik und versteht, die Fragmentierung des politischen Systems zu nutzen, insbesondere die von Mayntz und Scharpf als „Querkoalition“ beschriebene Möglichkeit, über Bundesländer und den Bundesrat Veränderungen zu verhindern (Meusch 2011b: 398). Sie „führt den Krieg um die Köpfe mit der Schlagkraft einer modernen Armee und allen Tricks zur Manipulation der Öffentlichkeit, die Geheimdienste seit Jahrhunderten entwickelt haben“ (Langbein 2003: 137). Der Hinweis auf die Methoden der Geheimdienste lässt auch den Rückschluss zu, den die Praxis des Lobbyismus der Pharmaindustrie bestätigt: Sie kommt weitgehend ohne politikwissenschaftliche Beratung aus, der Einsatz von Methoden der angewandten Politikforschung ist eher zufällig und nicht systematisch.
- Nicht gering schätzen darf man auch die Bedeutung des Sachverständigenrates Gesundheit (früher Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Natürlich gibt es auch für dieses Gremium Beispiele für die Berechtigung des Lamentos von Politikberatern, dass sie nicht gehört würden. Es spricht jedoch wenig dafür, dass auch nur 10 % derjenigen, die in Interviews und Talkshows von „Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen“ schwadronieren, das entsprechende Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit aus dem Jahre 2000 gelesen haben. Als Mitglieder dieses wichtigsten wissenschaftlichen Beratungsgremiums im Gesundheitswesen finden Politikwissenschaftler aber praktisch nicht statt. Wenn die Bezeichnung „Think Tank“ auf eine Institution im Gesundheitswesen zutrifft, dann auf das WidO, das wissenschaftliche Ins-

titut der AOK. Wie erfolgreich und diskret hier Agendasetting betrieben wird, kann man an drei Publikationen sehen, die formal nicht vom WidO herausgegeben werden, für das es aber nicht nur die statistischen Grundlagen (zum Beispiel den von allen gesetzlichen Krankenkassen und der Apothekerschaft finanzierten, aber im WidO konzeptionell erarbeiteten GKV-Arzneimittelindex), sondern auch das konzeptionelle und intellektuelle Know-how liefert: die jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs- sowie die Krankenhaus- und Versorgungsreports. Mit diesen und anderen Publikationen wird nicht nur die fachliche Diskussion, sondern auch die politische Agenda im deutschen Gesundheitswesen geprägt. Insbesondere die subtilen Verbindungen des WidO des AOK Bundesverbands und relevanten Akteuren aus den einzelnen Allgemeinen Ortskrankenkassen sowie mit einer Reihe von wissenschaftlich fundierten Autoren, deren intellektueller Austausch wie aus dem Lehrbuch für angewandte Politikwissenschaft funktioniert, dominiert den Mainstream in der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem deutschen Gesundheitssystem.

- Wer nur einen Ort in Deutschland besuchen kann oder will, an dem er Antworten auf die oben gestellten Fragen findet, dem sei daher der Besuch in der Rosenthaler Straße 31 in Berlin empfohlen. Wenn man dort, am Sitz der AOK, über die Flure geht, wird man aber höchstens aus Versehen einen Mitarbeiter mit politikwissenschaftlicher Expertise treffen.
- Wenn man in Deutschland von Politikberatung spricht, dann darf außerdem der Name einer weiteren Institution nicht fehlen, die auch in der Gesundheitspolitik eine zunehmend wichtigere Rolle spielt: Die Bertelsmann Stiftung. Im Sinne von „think big“ werden gleich ganze Gesundheitssysteme anderer Länder mit dem Carl-Bertelsmann-Preis

ausgezeichnet, weil man in Gütersloh der Meinung ist, in Deutschland müsse man das Gesundheitswesen in diese Richtung verändern. Mit einer Vielzahl von Aktivitäten will man nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch das gesamte System wettbewerblicher ausrichten. Mit Brigitte Mohn wirkt dort allerdings eine studierte Politikwissenschaftlerin an prominenter Stelle mit. Es überrascht daher also nicht, dass die Aktivitäten der Stiftung erkennen lassen, dass angewandte Politikforschung hier kein Fremdwort ist.

Wenn man hier also ein Zwischenresümee ziehen will, dann gilt es festzuhalten, dass die Politikberatung im deutschen Gesundheitswesen bewusst unpolitisch und sachlich daher kommt sowie weitgehend ohne Politikwissenschaftler stattfindet. Bei ihren „Schwimmübungen im Haifischbecken Gesundheitswesen“ (Norbert Blüm) wird die Politik überwiegend von Ökonomen, Juristen, Medizinern, Pharmakologen sowie Gesundheits- und Pflegewissenschaftlern beraten. Insbesondere die Ökonomen sind auf die Rolle der Rettungsschwimmer abonniert und haben hier den Medizinern in den vergangenen Jahren den Rang abgelaufen. Politikwissenschaftler sind die Ausnahme und stehen eher beobachtend am Beckenrand. Das von Leif/Speth (2003: 10) konstatierte Hinterherhinken der Politikwissenschaft hinter der Wirklichkeit des Lobbying gilt auch und noch immer für die Gesundheitspolitik. Bandelows (2004: 94) theoretische Einsicht, „aus systemtheoretischer Perspektive kann sich zunächst ein prinzipieller Pessimismus gegenüber Versuchen der politischen Lösung der Probleme des Gesundheitswesens ergeben“, scheint weite Teile der akademischen Politikforschung resignieren zu lassen. Fast könnte man meinen, die Politikwissenschaftler sitzen in Auerbachs Keller und klagen mit Goethe: „Ein garstig Lied. Pfui! Ein Gesundheitspolitik-Lied“.

4. Fazit

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer Vielzahl von Interessen, die außerhalb seiner selbst liegen, voran realen oder vermeintlichen Arbeitsmarktinteressen. Anders und pointierter gesagt: Das deutsche Gesundheitswesen ist partiell ein Spielball von Interessen, die außerhalb seiner selbst liegen. Es ist strukturell ein System organisierter Verantwortungslosigkeit. Es werden über die Gesetzliche Krankenversicherung zu viele Ziele auf einmal angestrebt, außerdem haben Ereignisse wie die Schließung der City-BKK in 2011 gezeigt, dass die Steuerungswirkung rechtlicher Verpflichtungen auch für Körperschaften öffentlichen Rechts nachgelassen hat. Die Akteure und Akteursgruppierungen haben außerdem gravierende Defizite in der Kommunikation. Dies sind Probleme, die weniger einer rechtlichen und ökonomischen denn einer politikwissenschaftlichen Analyse zugänglich sind. Der Bedarf nach politikwissenschaftlicher Expertise als Beitrag für die Lösung der anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen ist also durchaus gegeben. Mit der Methodik der angewandten Politikforschung stehen Werkzeuge zur Verfügung, mit deren Hilfe man das strategische Defizit, das die deutsche Gesundheitspolitik kennzeichnet, zumindest ein Stück weit verringern kann.

Literaturverzeichnis

Bandelow, Nils C., 2004: Governance im Gesundheitswesen. Systemintegration zwischen Verhandlung und hierarchischer Steuerung, in: Lange, Stefan/Schimank, Uwe (Hrsg.): Governance und gesellschaftliche Integration, Wiesbaden, 89-110.
Beyme, Klaus von, 2010: Vergleichende Politikwissenschaft, Wiesbaden.
Cassel, Susanne, 2003: Politikberatung und Politikerberatung. Zum Dilemma wissenschaftlicher Politikberatung

in Deutschland, in: Korte, Karl-Rudolf/Hirscher, Gerhard (Hrsg.): Information und Entscheidung. Kommunikationsmanagement der politischen Führung, Wiesbaden, 146-162.

Deutscher Bundestag, 12.02.90: Endbericht der Enquetekommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ BT-Drs. 11/6380. Döhler, Marian/Manow, Philip, 1995: Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt am Main, 140–168. Diess. 1997: Strukturbildung von Politikfeldern: Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen. Forsa 2007: Die Bürger und die Gesundheitsreform: Wahrnehmung und Einschätzungen, P090.8 01/07.

Giaimo, Susan, 2002: Markets and medicine: the politics of health care reform in Britain, Germany and the United States, Michigan.

Henke, Klaus Dirk, 2006: Sachverständigenräte: Gute Ideen setzen sich langfristig durch, in: Deutsches Ärzteblatt, (103) 6.

Klusen, Norbert/Meusch, Andreas, 2007: Das GKV-WSG: Ein Projekt zur Förderung der Politikverdrossenheit?, in: Ulrich, Volker/Ried, Walter (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille, Baden-Baden 2007, 965-984.

Korte, Karl-Rudolf/Fröhlich, Manuel, 2004: Politik und Regieren in Deutschland: Strukturen, Prozesse, Entscheidungen (Grundkurs Regieren), Paderborn.

Langbein, Kurt, 2003: Die Pharmalobby. Der Mut zur Überdosis Macht, in: Leif, Thomas/Speth, Rudolf (2003): Die stille Macht – Lobbyismus in Deutschland, Wiesbaden, 137-143.

Leif, Thomas, Speth, Rudolf, 2003: Anatomie des Lobbyismus. Einführung in eine unbekanntere Sphäre der Macht, in: Die stille Macht – Lobbyismus in Deutschland, Wiesbaden, 7-32.

Merkel, Wolfgang, 2001: Sozialpolitik, in: Korte, Karl-Rudolf/Weidenfeld, Werner, 2001: Deutschland TrendBuch. Fakten und Orientierungen, Opladen, S. 289-326.

Meusch, Andreas, 2011a: Der doppelte compliance-gap: Warum das deutsche Gesundheitswesen die Qualität der Arzneimitteltherapie stärker auf der Mikroebene steuern muss, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen 2011 (4), 76-82.

Meusch, Andreas, 2011b: Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 33), Baden-Baden.

OECD 2011: Health at a glance, OECD indicators, Paris.

Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas, 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt am Main, New York, 317.

Speth, Rudolf, 2004: Politikberatung als Lobbying, in: Dagger, Steffen et al. (Hrsg.): Politikberatung in Deutschland: Praxis und Perspektiven, Wiesbaden, 164-177.

Weidenfeld, Werner, 1999: Gefangene im globalen Netzwerk, in: Süddeutsche Zeitung, Feuilleton-Beilage vom 31.07./01.08.99.

Wintermann, Ole, 2004: Reformstau: Beratungsresistenz oder Versagen der Politikberatung? Wirtschafts- und sozialpolitische Beratung im internationalen Vergleich, in: Priddat, Birger P. (Hrsg.): Risiken der Politikberatung. Der Fall der Ökonomen. Baden-Baden.

Autor:

Dr. Andreas Meusch

Mühlenkamp 33

22303 Hamburg

mail@andreas-meusch.de