

Mehr Freiheit bei der Partnerwahl

Die Suche nach Möglichkeiten einer nachhaltigen Finanzierung der Krankenversicherung beherrscht seit Monaten die gesundheitspolitische Reformdebatte. Welcher Kompromiss auch immer am Ende eine Mehrheit im Gesetzgebungsverfahren finden wird – sicher ist, dass kein einziges Finanzierungsmodell in der Lage ist, für eine effektive und effiziente Verwendung der auch künftig stets knappen Finanzmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sorgen. Deshalb darf sich die Politik nicht mit einer Reform der Finanzierungsstrukturen begnügen, sondern muss den bislang eher zaghaft betretenen Weg struktureller Reformen auf der Leistungsseite in Zukunft konsequent voranschreiten.

Wettbewerb erhöht die Effizienz. Warum das deutsche Gesundheitssystem zu den teuersten der Welt zählt, ist hinlänglich bekannt: Wir zahlen beispielsweise für ein Doppelangebot an fachärztlichen Versorgungsstrukturen in den nach wie vor weitgehend voneinander abgeschotteten Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung, die überdies beträchtliche Überkapazitäten aufweisen. Zudem sind viele Versorgungseinrichtungen durch ökonomisch ineffiziente Betriebsstrukturen gekennzeichnet – allen voran die unwirtschaftliche Einzelarztpraxis. Im Arzneimittelmarkt gibt es bestenfalls eingeschränkten Preiswettbewerb, bei den Verordnungen einen hohen Anteil an teuren Schein-Innovationen und die Strukturen der Arzneimitteldistribution erinnern auf der Einzelhandelsebene an die mittelalterlichen Zünfte.

Wie aber können die Beiträge der Versicherten effektiver und effizienter eingesetzt werden? Die Politik kennt die Antwort auf diese Frage längst: durch mehr Wettbewerb im Vertrags- und Versorgungsgeschäft. In ihrer Rhetorik sind die meisten Gesundheitspolitiker schon lange überzeugte Wettbewerbsbefürworter, nur mit der Umsetzung hat es bislang nicht recht geklappt. Entweder war die Verlockung zu groß, selbst mit gesetzlicher Detailregulierung planwirtschaftliche Prozess-

Die Gesundheitsreform von 2004 eröffnete den Kassen Möglichkeiten für individuelle Verträge mit ausgewählten Leistungsanbietern. Wie die Regelungen erweitert werden müssten, damit der Wettbewerb in Schwung kommt, erläutern Klaus Jacobs und Sabine Schulze.

politik zu betreiben (beziehungsweise den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechendes Kollektivhandeln vorzuschreiben) oder aber der Mut war zu klein, der geballten Lobbymacht der Leistungsanbieter wirksam zu trotzen.

Handlungsspielräume sind zu eng. Infolge der vor gut zehn Jahren eingeführten, kaum eingeschränkten Kassenwahlfreiheit – flankiert durch den kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich – traten die Krankenkassen in den Wettbewerb um die Versicherten ein. Seitdem hat sich die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen von rund 1.200 (1994) auf heute 250 verringert. Die meisten Kassen haben sich dabei von bürokratischen Finanzierungsbehörden zu kundenorientierten Dienstleistern entwickelt oder sind zumindest erkennbar darum bemüht. Was die erhoffte Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung angeht, läuft der Kassenwettbewerb gleichwohl weitgehend ins Leere, denn die entsprechenden Anreize sind nicht hinreichend geschärft und die wettbewerblichen Handlungsspielräume viel zu eng.



Illustration: Maja Bechert, Hamburg



Über Selektivverträge mit Ärzten und Kliniken könnten sich Kassen im Wettbewerb profilieren.

Wenn man sich die wesentlichen Marktbeziehungen im Gesundheitswesen vor Augen führt (siehe Abbildung „Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen“), lässt sich das zentrale Defizit leicht ausmachen. Zwar sind die Beziehungen zwischen den Versicherten und den Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt infolge der freien Kassenwahl durch lebhaften Wettbewerb gekennzeichnet. Dieser bleibt jedoch überwiegend auf einen reinen Beitragssatz- und Servicewettbewerb beschränkt, weil nicht nur der Leistungskatalog weitgehend einheitlich ist (was in einem System mit solidarischer Finanzierung unvermeidlich ist), sondern auch bei der Art der Leistungserbringung – also beim „Wie“ der Versorgung – kaum Differenzierungsmöglichkeiten zugelassen sind.

Wettbewerb gibt es zudem in den Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern auf dem Behandlungsmarkt aufgrund der freien Arzt- und Klinikwahl. Allerdings: Nach welchen Kriterien sollen Patienten wählen? Vor allem wegen ungleich verteilter Informationen sind Patienten häufig in der Rolle der mündigen Konsumenten überfordert und auf Unterstützung durch kompetente Sachwalter angewiesen.

Kassen sind zu kollektivem Handeln gezwungen. Bleiben die Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern: Hier dominieren die Verpflichtung zu kollektivem Handeln und der Zwang zu Verträgen mit allen Leistungserbringern, die auf der Basis zentraler und zudem sektoraler Bedarfsplanung zugelassen sind (Kontrahierungszwang). Wahlmöglichkeiten als Voraussetzung für den Wettbewerb? Weitgehend Fehlanzeige! Damit bleibt aber auch der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt insoweit funktionslos, als sich die Kassen gegenüber den Versicherten nicht mit speziellen Leistungsangeboten profilieren und die Versicherten nicht nach ihren Präferenzen unter kassenindividuellen Angeboten wählen können. Hierdurch wird die Chance vertan, im wettbewerblichen Zusammenspiel der Märkte zu einer effektiveren und effizienteren Gesundheitsversorgung zu kommen. Wenn die Kassen nicht mehr zum Abschluss von Kollektivverträgen verpflichtet wären und stattdessen weitgehende Freiheit in der Wahl ihrer Vertragspartner erhielten, könnten sie im Interesse ihrer Versicherten medizinische und ökonomische Gestaltungsziele verfolgen und eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserstellung gewährleisten. Und nur unter solchen Bedingungen würde es sich für die Anbieter von Versorgungsleistungen lohnen, neue Betriebstypen für innovative Versorgungsformen zu entwickeln und als bevorzugter Vertragspartner von Kassen zugleich ihre Wettbewerbsposition am Behandlungsmarkt zu verbessern. Nutznießer wären bei hinreichender Transparenz in jedem Fall die Kunden, und zwar als Versicherte und als Patienten.

Bestehende Möglichkeiten wenig attraktiv. Aber man täte der Politik Unrecht, würde man ihr vorwerfen, den Vertragswettbewerb bislang ausschließlich rhetorisch gefördert zu haben. Mittlerweile gibt es im Sozialgesetzbuch V – vor allem seit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) – nicht weniger als zwölf Vorschriften, die Krankenkassen und Leistungserbringern Möglichkeiten zu selektiven

Vertragsabschlüssen eröffnen. Dazu gehören unter anderem Modellversuche, hausarztzentrierte und integrierte Versorgung, Rabattvereinbarungen mit Arzneimittelherstellern sowie Verträge mit Leistungserbringern im Ausland (siehe Tabelle „Selektivverträge: Was heute schon möglich ist“).

Diese vermutlich selbst für Insider überraschend große Zahl verweist jedoch bereits auf ein grundsätzliches Problem: Die Optionen für selektive Vertragsvereinbarungen folgen keinem Gesamtkonzept für mehr Vertragswettbewerb, sondern sind jeweils gleichsam ein Appendix der bestehenden plan- und kollektivwirtschaftlichen Regelungen des GKV-Leistungsgeschehens. Weil sie sich meist an deren Grundlogik orientieren, sind sie durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet und stellen einen bunten Strauß von Ein-

zellösungen dar. Dass sie in der Praxis zumeist nicht funktionieren, hat entsprechend unterschiedliche Gründe.

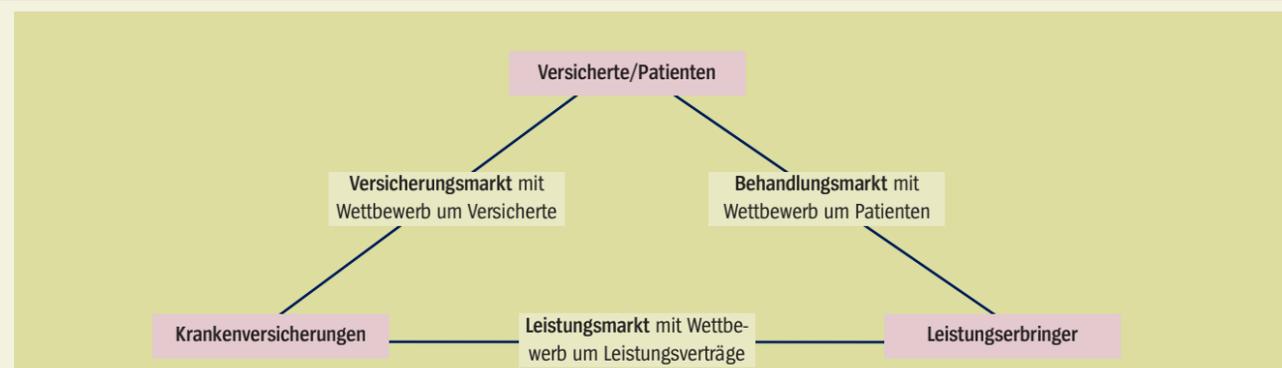
Kassen zahlen drauf. Dazu ein Beispiel: Seit dem GMG haben Kassen die Möglichkeit, mit Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Versorgung zu schließen. Sie beinhalten hochspezialisierte Leistungen sowie die Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen. Im Gesetz selbst sowie durch eine Ergänzung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist genau festgelegt, für welche Leistungen beziehungsweise Erkrankungen dies gilt. Das „Nähere über die Durchführung der Versorgung“ ist der selektivvertraglichen Regelung vorbehalten, deren konkrete Gestaltung damit vergleichsweise frei ist. Und auch zur Ver-

Selektivverträge: Was heute schon möglich ist*

GESETZLICHE REGELUNG	ZENTRALE INHALTE	PRAKTISCHE UMSETZUNG	HAUPTPROBLEME
Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)	Verträge zwischen Kassen und Hausärzten auf Basis von Gesamtverträgen mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Verpflichtung der Versicherten, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen (andere Leistungen nur nach Überweisung). Anspruch gegenüber der Kasse auf entsprechendes Angebot.	Einige Verträge geschlossen, vielfach mit Hausarztverbänden oder KVen (das heißt mit weithin unbeschränkten Beitrittsrechten für Ärzte). Verträge oft in Kombination mit Verträgen zur integrierten Versorgung.	Weitreichende Vorgaben der Gesamtverträge für Selektivvertragspartner (unter anderem auch zur Vergütung). Wenn Gesamtverträge keine Bereinigungsregelungen für Gesamtvergütung vorsehen, Gefahr von „Add-on-Finanzierung“.
Ambulante Versorgung im Krankenhaus (§ 116b Abs. 2-5 SGB V)	Verträge zwischen Kassen und Krankenhäusern über hochspezialisierte Leistungen bzw. zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Behandlungsverläufen aus vorgegebenem Katalog; Vergütung entsprechend „vergleichbaren vertragsärztlichen Leistungen“	Bislang kaum genutzt.	Keine Bereinigung der (ambulanten bzw. stationären) Kollektivvergütungen: „Add-on-Finanzierung“. Ohne Morbi-RSA: Probleme durch Selbstselektion von Schwerkranken (mit solchen Verträgen sind Kassen vor allem für Schwerkranken attraktiv).
Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)	Verträge zwischen Kassen und unterschiedlichen Leistungserbringern (Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser usw.) oder Managementgesellschaften über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.	Rege Nutzung wegen des Ein-Prozent-Budgets zur Anschubfinanzierung, von „einfachen“ Modellen (sektorübergreifende Leistungskomplexe) bis zu Modellen mit Populationsbezug (Gesamtversorgung für Versicherte mit bestimmten Indikationen oder Vollversorgung von Versicherten mit Übernahme der ökonomischen Gesamtverantwortung durch Anbieter)	Nach Ausschöpfung der Anschubfinanzierung Gefahr von „Add-on-Finanzierung“, wenn keine Bereinigung von Kollektivvergütungen erfolgt. Anbindung an sektorale Vorschriften erschwert Aufbau umfassenderer sektorübergreifender Versorgungskonzepte.
Arzneimittel-Rabattvereinbarungen (§ 130a Abs. 8 SGB V)	Verträge zwischen Kassen (oder Kassenverbänden) und Pharmaunternehmen über vom Umsatzvolumen abhängige Rabatte.	Einige Verträge geschlossen.	Absatzmengen eines bestimmten Herstellers sind für Kassen kaum steuerbar: Rabattpotenzial deshalb bei weitem nicht ausgeschöpft.

*Hier wird nur eine Auswahl der derzeit bestehenden Selektivvertragsoptionen des SGB V dargestellt. Darüber hinaus gibt es Modellvorhaben (§ 63ff.), Strukturverträge (§ 73a), Vergütungsverträge mit Reha-Kliniken (§ 115 Abs. 5), Verträge mit Krankenhäusern über die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f (§ 116b Abs. 1), Verträge über Hilfsmittel-Leistungserbringung mit niedrigeren Preisen (§ 127 Abs. 2), Verträge mit Apothekern über die Beteiligung an besonderen Versorgungsformen (§ 129 Abs. 5b), Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f) und Verträge mit Leistungserbringern im EU-Ausland (§ 140e). Zu einer umfassenden Analyse aller derzeit bestehenden Selektivvertragsoptionen siehe Cassel et al. 2006.

Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Wettbewerb mit Hindernissen: Zwar konkurrieren Krankenkassen auf dem Versicherungsmarkt um Mitglieder, doch profilieren können sie sich bisher nur über Beiträge und Service. Um den Wettbewerb um Versicherte zu beleben, müssen Kassen mehr Möglichkeiten für individuell gestaltete Versorgungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern (Selektivverträge) erhalten. Der

Leistungsmarkt wird bislang jedoch noch durch den Zwang zu einheitlichen und gemeinsamen Verträgen bestimmt. Auch auf dem Behandlungsmarkt, in den Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern, ist der Wettbewerb eingeschränkt, unter anderem weil die Patienten die Behandlungsqualität kaum beurteilen können. Quelle: Cassel et al. 2006

gütung der ambulanten Leistungen im Krankenhaus hat der Gesetzgeber lediglich vorgegeben, dass sie der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen habe. In den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ der Regierungsparteien vom 4. Juli 2006 heißt es nun, dass es „eindeutiger Regelungen zur Zulassung und Vergütung bedarf“, damit diese Regelung „konsequenter umgesetzt“ wird – eine Feststellung, die an der Realität vorbei geht.

Warum sind denn Verträge zwischen Kassen und Kliniken zur hochspezialisierten ambulanten Versorgung seltener Erkrankungen bis heute kaum zustande gekommen? Die Gründe liegen auf der Hand: Erstens führen solche Verträge zu einer bloßen „Add-on-Vergütung“ zu den Kollektivvergütungen. Obwohl ambulante Behandlungen im Krankenhaus ambulant-vertragsärztliche oder stationäre Leistungen ersetzen, sind bei den jeweiligen Kollektivvergütungen keinerlei Bereinigungen – also Abzüge – vorgesehen. Zweitens besteht für die Kassen die Gefahr, dass sie mit Verträgen über besondere Versorgungsangebote vor allem für schwerkranke Versicherte attraktiv werden. Ohne einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich kann dies jedoch keine Kasse riskieren, weil es sich sofort negativ auf ihren Beitragssatz auswirken würde.

Integrierte Versorgung belebt Vertragswettbewerb. Ein grundsätzlich positives Beispiel gibt es aber auch: die Verträge zur integrierten Versorgung. Durch die Befreiung von zahlreichen

Gesetzesvorschriften werden in diesem Bereich große Freiräume für die Vertragsgestaltung geschaffen. Diese betreffen auch die Vergütung, die von den Vertragspartnern frei ausgehandelt werden kann und gegebenenfalls die Gesamtbudgetverantwortung für die teilnehmenden Versicherten einschließt. Als besonders wichtig hat sich die so genannte Ansubfinanzierung erwiesen: Zur Förderung der integrierten Versorgung kann jede Kasse im Zeitraum von 2004 bis 2006 bis zu jeweils einem Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen einbehalten. Damit besteht allein bei dieser einzelwirtschaftlichen Vertragsoption eine – wenn auch quantitativ und zeitlich begrenzte – Möglichkeit der Refinanzierung und damit der Vermeidung von Doppelvergütungen.

Gefahr der Mengenausweitung beachten. Dass die Regelungen zur integrierten Versorgung intensiv genutzt werden, lässt sich leicht belegen: Zum 31. März 2006 gab es mehr als 2.200 Integrationsverträge, an denen rund 3,5 Millionen Versicherte teilnahmen. Allerdings darf diese beachtliche Zahl nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Großteil der bislang geschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung eher kleinteiliger Natur sind. Zumeist betreffen sie sektorübergreifende Leistungskomplexe, in denen in der Regel Kombinationen von Einzelleistungen aus verschiedenen Versorgungssektoren zusammengefasst sind. Sie werden dann – meist ergänzt durch gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen – zu einer gegenüber dem sektoralen Status quo insgesamt preisgünstigeren Komplexpauschale angeboten. So gibt es beispielsweise einen Leistungskomplex, der die stationäre Akutversorgung mit Hüft- oder Knieendoprothesen und die stationäre beziehungsweise ambulante Anschlussrehabilitation umfasst. Wie bei jeder fallbezogenen Vergütung besteht jedoch auch hier das Problem der medizinisch nicht begründeten Mengenausweitung.

Investoren brauchen mehr Sicherheit. Deutlich weniger verbreitet ist bislang ein Vertragstypus der integrierten Versorgung, der das Problem der Mengenausweitung vermeidet, indem der vereinbarte Versorgungsauftrag populationsbezogen definiert und vergütet wird. Solche Verträge können indikationsspezifisch sein – etwa für Versicherte mit Rheumaerkrankungen oder psychischen Beeinträchtigungen –, aber auch das gesamte Leistungsspektrum der GKV umfassen. Allerdings erfordert die Entwicklung entsprechender Vertrags- und Vergütungsstrukturen einer integrierten Vollversorgung, vor allem aber auch der dazu erforderlichen medizinbetrieblichen Strukturen erheblichen Investitionsbedarf, den angesichts unklarer Refinanzierungsmöglichkeiten nach Ablauf der auf nur drei Jahre befristeten Ansubfinanzierung bislang kaum ein Investor zu tragen bereit war. Daran ändert auch die von der Bundesregierung geplante Verlängerung der Ansubfinanzierung um ein weiteres Jahr nichts. Wenn die Mittel ausgeschöpft sind beziehungsweise die Regelung ausgelaufen ist, stellt sich die Bereinigungsfrage erneut. Die bisherige gesetzliche Regelung, wonach die Kollektivvertrags-Partner in diesem Fall eine Bereinigung der Gesamtvergütung sowie



Die Ansubfinanzierung hat sich als Motor für den Abschluss von Selektivverträgen bewährt.

Kürzungen vereinbarter Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel entsprechend der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten vorzunehmen haben, bleibt viel zu unbestimmt.

Aktuelles Gutachten zum Vertragswettbewerb. Was ist also zu tun? Ein aktuelles Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes gibt konkrete Antworten (Cassel et al. 2006, siehe Lesetipps und Kasten „Gutachten: Was den Wettbewerb voran bringt“). Wenn der Gesetzgeber den Weg zu mehr Vertragswettbewerb konsequent weitergehen will, sollte er an die Regelungen zur integrierten Versorgung anknüpfen und diese für alle – also auch für rein sektorale – Formen von selektiven Versorgungsverträgen öffnen. Weil sich die pragmatische Form der Ansubfinanzierung als wirksamer Motor für das Zustandekommen von weitgehend frei ausgehandelten Verträgen in der integrierten Versorgung erwiesen hat, sollte diese Regelung um weitere fünf Jahre verlängert und – allein schon wegen der inhaltlichen Erweiterung von Selektivverträgen um Verträge zur sektoralen Versorgung – auf zwei Prozent verdoppelt werden. Um Aufsichtsbehörden und Sozialgerichte nicht weiter unnötig zu beschäftigen, sind zugleich Klarstellungen zur Verwendung der Mittel aus der Ansubfinanzierung erforderlich, die unmissverständlich Vorfahrt für Selektivverträge signalisieren.

Kollektivvergütung bereinigen. Entscheidend für den künftigen wirtschaftlichen Erfolg von vertragswettbewerblichen Steuerungsstrukturen ist vor allem die Lösung der Bereinigungsfrage. Solange selektivvertraglich vereinbarte Leistungen zusätzlich zu Kollektivvergütungen bezahlt werden, können keine Wirtschaftlichkeitsreserven in der Leistungserbringung erschlossen werden. Dies ist erst möglich, wenn selektivvertragliche Vereinbarungen nicht nur auf der Grundlage von Kollektivvertragsabschlüssen getroffen werden, sondern diese

– zumindest partiell – ersetzen. Deshalb muss es eindeutige Vorschriften für eine „schiensamtssichere“ Vergütungsbereinigung geben: Kassen, die Versorgungsleistungen selektivvertraglich vereinbaren, müssen einen gesetzlichen Anspruch auf die Bereinigung der Kollektivvergütungen haben, und zwar in dem Umfang, den die selektivvertraglich vereinbarten Leistungen im jeweiligen Kollektivsystem gekostet hätten.

Planwirtschaft vergeudet Beitragsmittel. Für die Versicherten bedeutet das Angebot an selektiv vereinbarten Versorgungsformen eine Erweiterung ihrer individuellen Wahlmöglichkeiten. Wenn sie an den spezifischen Qualitäts- und Effizienzgewinnen entsprechender Angebotsformen teilhaben wollen, müssen sie sich allerdings für eine bestimmte Zeit an diese Programme binden, damit bei den Vertragspartnern hinreichende Planungssicherheit besteht. Schließlich sollten die Kassen die Möglichkeit erhalten, Selektiv-Verträge auch mit solchen Leistungsanbietern zu schließen, die keine Zulassung im Rahmen der sektoralen Kollektivsysteme haben beziehungsweise anstreben – auch dies würde die Wettbewerbsdynamik noch einmal deutlich erhöhen.

Dass das System der Gesundheitsversorgung als größte Dienstleistungsbranche des Landes auch im 21. Jahrhundert noch immer weitgehend durch Plan- und Kollektivwirtschaft bestimmt wird, ist ein Anachronismus ersten Ranges. Im Ergebnis werden dadurch Jahr für Jahr Milliarden Euro an Beitragsmitteln vergeudet. Die Ankündigungen der großen Koalition zum konsequenten Ausbau der Wettbewerbsorientierung der GKV waren vielversprechend, aber jetzt sind Taten gefragt. Was in den Eckpunkten der Regierungsparteien vom 4. Juli 2006 zu „strukturellen Reformen im Ausgabenbereich“ steht, wird dem eigenen Anspruch nicht einmal ansatzweise gerecht. ■

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des WIdO. Sabine Schulze ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de

Lesetipps

- Dieter Cassel, Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Sabine Schulze, Jürgen Wasem: **Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung**, Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Bonn, Juli 2006.
- Ingwer Ebsen, Stefan Greß, Klaus Jacobs, Joachim Szecsenyi, Jürgen Wasem: **Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung**. In: AOK im Dialog, Band 13, Bonn 2003, S. 145-307.
- Klaus Jacobs und Sabine Schulze: **Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**, in: Dieter Cassel (Hrsg.): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge Band 44, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden 2004, S. 89-110.
- **Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung**. Zeitgespräch mit Beiträgen von Dieter Cassel und Klaus Jacobs, Stefan Greß und Jürgen Wasem, Andreas Köhler, Norbert Klusen, in: Wirtschaftsdienst, Heft 5/2006, S. 283-298.