

Kuchinke, Björn A.

Working Paper

Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets

Diskussionspapier, No. 45

Provided in Cooperation with:

Ilmenau University of Technology, Institute of Economics

Suggested Citation: Kuchinke, Björn A. (2005) : Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets, Diskussionspapier, No. 45, Technische Universität Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre, Ilmenau

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/27941>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Diskussionspapier Nr. 45

Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets

Björn A. Kuchinke

Juni 2005

Abstract

Die Rahmenbedingungen auf deutschen Krankenhausmärkten haben sich mit den neueren Gesetzesänderungen erheblich gewandelt. Insbesondere das neue fallpauschalengestützte Entgeltsystem bestimmt das Handeln der Krankenhäuser bei gleichzeitig vorgegebenen Budgets. Durch diese Maßnahmen soll nach politischem Willen ein Qualitätswettbewerb installiert werden, der ein höchstmögliches Versorgungsniveau der Patienten gewährleisten soll. In der vorliegenden Arbeit wird zum einen untersucht, ob dieses Ziel mit den gesetzten ordnungspolitischen Vorgaben erreicht wird und welches Qualitätsniveau das einzelne Krankenhaus aus ökonomischer Sicht anstreben wird. Zum anderen wird danach gefragt, ob das industrieökonomische Kriterium der qualitativen Effizienz erfüllt wird.

Im Rahmen der Analyse wird zunächst ein oligopolistischer Akutkrankenhausmarkt für eine definierte, vollstationäre Behandlung als Referenzszenario modelliert. Es werden sowohl die krankenshausindividuelle als auch die gesamte Nachfrage nach definierten Krankenhausdienstleistungen in Abhängigkeit vom Parameter Qualität vorgestellt. Anschließend werden aufgrund des Modells Aussagen zum Zielerreichungsgrad hinsichtlich der genannten Kriterien gemacht.

Hierbei zeigt sich, dass sich die Qualitäten der Krankenhäuser ausschließlich nach den jeweiligen Budgets richten. Weder das politische Ziel der höchstmöglichen Qualität noch das volkswirtschaftliche Ziel der qualitativen Effizienz werden unter den Vorgaben verwirklicht. Ganz im Gegenteil kommt es zu einem politisch, vom Gesetzgeber willkürlich vorgegebenen Qualitätsniveau. Krankenhäuser mit einem höheren Qualitätsniveau als dem gewollten werden durch Verluste sanktioniert. Stationäre Einrichtungen mit einem niedrigeren Niveau werden zumindest kurzfristig durch zusätzliche Gewinne belohnt, langfristig jedoch durch einen Kapazitätsabbau bestraft. Abschließend werden wirtschaftspolitische Empfehlungen gegeben, wobei insbesondere Eigenbeteiligungen sowie flexible Fallpauschalen vorgeschlagen und diskutiert werden. In diesem Zusammenhang wird sich gegen die Budgetierung nach aktuellem Muster ausgesprochen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
1 Einleitung und Problemstellung	1
2 Krankenhausmarkt im Modell	2
2.1 Nachfrage in Abhängigkeit von der Qualität	2
2.2 Krankenhausmarkt bei gegebenem, einheitlichen Qualitätsniveau	5
2.3 Krankenhausindividuelle Nachfrage in Abhängigkeit von der Qualität	6
2.4 Gewinn und Verlust eines Krankenhauses bei alternativen Qualitätsniveaus	7
3 Ergebnisse und Auswirkungen	14
3.1 Grundsätzliche Einschätzung	14
3.2 Schlussfolgerungen	16
3.3 Stabilität der Ergebnisse	17
3.4 Probleme eingeschränkter Variationsmöglichkeiten der Qualität	19
3.5 Probleme der Länderbedarfspläne	21
3.6 Probleme der Informationen über die Qualität	21
3.7 Probleme hinsichtlich der Preise	24
4 Wirtschaftspolitische Empfehlungen	25
Literaturverzeichnis	28

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Nachfrage nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Abhängigkeit von der Qualität.....	4
Abbildung 2: Markt für eine Behandlung bei einheitlichem Qualitätsniveau	5
Abbildung 3: Krankenhausindividuelle Nachfrage bei einheitlichem Qualitätsniveau.....	6
Abbildung 4: Gewinn und Verlust bei alternativen Auslastungsgraden.....	8
Abbildung 5: Gewinnsituation eines Krankenhauses bei einheitlichem Qualitätsniveau - das Vier-Quadranten-Schema.....	12

1 Einleitung und Problemstellung

Von den Auswirkungen der letzten Gesetzesänderungen für das deutsche Gesundheitswesen sind insbesondere die Krankenhäuser betroffen. Als herausragende Neuerung ist hierbei die schrittweise Einführung eines neuen Entgeltsystems ab dem 1.1.2003 zu nennen. Nach dem Optionsjahr 2003, in dem die Krankenhäuser freiwillig am neuen Zahlungssystem teilnehmen konnten, ist die allein zulässige Abrechnungseinheit seit dem 1.1.2004 die *Fallpauschale*. Diese Pauschalen werden auf der Grundlage des Klassifikationssystems der *Diagnosis Related Groups (DRG)* zentral berechnet und ersetzen das bisher gültige Entgeltsystem der Pflegesätze.¹ Seit dem 1.1.2005 werden die bis zu diesem Zeitpunkt krankenhausspezifisch festgelegten Fallpauschalen schrittweise bis zum Jahre 2009 an einen landesweiten Durchschnittswert angepasst. Gleichzeitig ist bei allen Reformvorhaben wie in anderen europäischen Staaten am Kontrollmechanismus der *Budgets* festgehalten worden. Die Budgets werden separat für jedes Krankenhaus in bilateralen Verhandlungen zwischen der jeweiligen stationären Einrichtung und den entsprechenden Landesverbänden der Krankenkassen festgesetzt, wobei die jährlichen, gesetzlich zugelassenen *Steigerungsraten* zu beachten sind.²

Ein Ziel der Bemühungen des Gesetzgebers ist es durch diesen Hauptreformbestandteil einen *Qualitätswettbewerb* zu installieren.³ Da der Parameter Preis (DRG) im Krankenhauswettbewerb ausscheidet, sollen Krankenhäuser mit dem Wettbewerbsfaktor Qualität um Patienten streiten. Die Vorstellung ist, dass die Krankenhäuser mit der vergleichsweise höheren Qualität die Gewinner, die übrigen die Verlierer sind. Idealerweise soll so nach dem Wunsch der Politik den Erkrankten das qualitativ höchste Versorgungsniveau ermöglicht werden.

Der vorliegende Beitrag untersucht erstens die Frage, ob dieses politische Ziel mit den gesetzten Rahmenbedingungen erreicht wird und welches Qualitätsniveau von den Krankenhäusern ökonomisch sinnvoll bzw. rational gewählt wird. Zweitens erfolgt eine Überprüfung und Beurteilung vor dem Hintergrund des industrieökonomischen Partialkriteriums der qualitativen Effizienz, welches unter optimalen Bedingungen im Wettbewerbsprozess

¹ Ein Ausnahmereich vom neuen Entgeltsystem stellt z.B. die Psychiatrie dar. Im Folgenden werden die Begriffe Fallpauschale und DRG synonym verwendet.

² Die weiteren Regelungen werden im Laufe des Beitrags erläutert.

³ Zur Absicht der Politik bzw. des Gesetzgebers diese Ziele zu verfolgen und erreichen zu wollen vgl. z.B. DEUTSCHE BUNDESREGIERUNG (2002), S. 2, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2002), S. 53 ff. und SCHMIDT, U. (2004), S. 2.

erfüllt wird. Aus industrieökonomischer Sicht liegt *qualitative Effizienz* vor, wenn bei einem fixierten Kostenniveau die maximale Zahlungsbereitschaft abgeschöpft wird.⁴ Die produzierten Güter und Leistungen orientieren sich folglich optimal an den Bedürfnissen der Nachfrager.

Zur Beantwortung dieser Fragen wird zunächst ein oligopolistisches Grundmodell für einen sachlich, räumlich und zeitlich abgegrenzten Akutkrankenhausmarkt für vollstationäre Dienstleistungen entwickelt. Hierzu ist neben dem Angebot die Nachfrage nach einer definierten, vollstationären Krankenhausdienstleistung in Abhängigkeit von der Qualität unter dem ordnungspolitischen Status Quo inklusive Krankenvollversicherung darzustellen. Die letztendliche Wahl des krankenhausesindividuellen Qualitätsniveaus soll über die einzelwirtschaftliche Betrachtung der jeweiligen Gewinn- und Verlustsituation eines Krankenhauses aufgezeigt werden. Diese wird neben den Kosten(strukturen) maßgeblich durch die qualitätsabhängige, krankenhausesindividuelle Nachfrage beeinflusst.⁵ Durch die Variation der Annahmen des Modells wird deutlich gemacht, dass die Aussagen zum Zielerreichungsgrad hinsichtlich der genannten Kriterien und damit die darauf basierenden wirtschaftspolitischen Empfehlungen als stabil betrachtet werden können.

2 Krankenhausmarkt im Modell

2.1 Nachfrage in Abhängigkeit von der Qualität

Unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen ist für den Patienten der Preis einer Krankenhausbehandlung unerheblich, wenn ein entsprechender Krankenversicherungsschutz gegeben ist.⁶ Die Zuzahlungen bleiben konstant, da diese pro Pfl egetag definiert sind.⁷ Eine höhere Qualität der Behandlung senkt außerdem die Risiken bzw. die Belastungen für den Erkrankten. Der Behandlungsnutzen steigt. Deshalb ist der Patient daran interessiert, eine möglichst hohe Qualität bei der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

⁴ Vgl. KRUSE, J. (1985), S. 117 f. und KALLFASS, H. (1990), S. 9 ff.

⁵ Damit gilt das Modell auch für sogenannte *non-profit* Kliniken, die womöglich nicht ihren Gewinn maximieren, bei denen aber unterstellt werden kann, dass diese einen dauerhaften Verlust ebenfalls nicht tragen können.

⁶ Vgl. ANDERSEN, H., SCHWARZE, J. (2000), S. 49 und ZWEIFEL, P., TELSER, H. (2000), S. 2 f. In Deutschland sind nahezu 100 v.H. der Bevölkerung krankenversichert. Im April 1999 sind in Deutschland 150.000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz gewesen. Vgl. BMG (2000), Tabelle 10.1.

⁷ Zu den Regelungen bei einer Krankenhausbehandlung vgl. § 39 Abs. 4 SGB V. Im Übrigen sind die Zuzahlungen, bei einem Vergleich mit den Kosten der Behandlung bzw. mit den Ausgaben für eine Behandlung, als gering zu bezeichnen und stellen im Prinzip eine zu vernachlässigende Größe dar. Zu den durchschnittlichen Kosten je Pfl egetag vgl. BMG (2002 a), Tabelle 7.7.

Bei genauer Betrachtung kann unterstellt werden, dass der Patient eine möglichst gute *Ergebnisqualität* wünscht.⁸ Da das Ergebnis der Behandlung von vielen Faktoren abhängt, darüber hinaus Probleme bei der Messung des Ergebnisses bestehen und der gesamte Fallmix eines Krankenhauses betrachtet werden muss, wird der Patient nicht nur diese Qualitätskategorie betrachten.⁹ Vielmehr ist es auch im Sinne von DONABEDIAN wichtig, die *Struktur-* und die *Prozessqualität* mit einzubeziehen, weil diese die Voraussetzungen für eine gute Ergebnisqualität sind.¹⁰ Es wird folglich angenommen, dass eine möglichst hohe Struktur- und Prozessqualität präferiert wird, um letztendlich einen guten Heilungserfolg zu erzielen.¹¹

Jeder rational handelnde, informierte Patient wendet das Kosten-Nutzen-Kalkül an. Wird eine höhere Qualität als in der ursprünglich betrachteten Situation unterstellt, ergibt sich, dass *ceteris paribus* mehr Patienten eine entsprechende Behandlung durchführen lassen werden, und zwar in dem Krankenhaus, das die größte Differenz zwischen Nutzen und Kosten gewährleistet. Zu den relevanten Kosten, die für den Patienten anfallen, zählen z.B. Raumüberwindungskosten, Kosten der Informationsbeschaffung oder Opportunitätskosten, die etwa aus Wartezeiten resultieren. Werden die individuellen Nachfragen aggregiert, kann die Nachfrage nach einer Behandlung auf einem abgegrenzten Markt ermittelt werden. Demzufolge besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität und der gesamten Nachfrage nach einer bestimmten Behandlung auf einem sachlich und räumlich umrissenen Markt, der in Abbildung 1 durch N_0 idealisiert dargestellt ist.

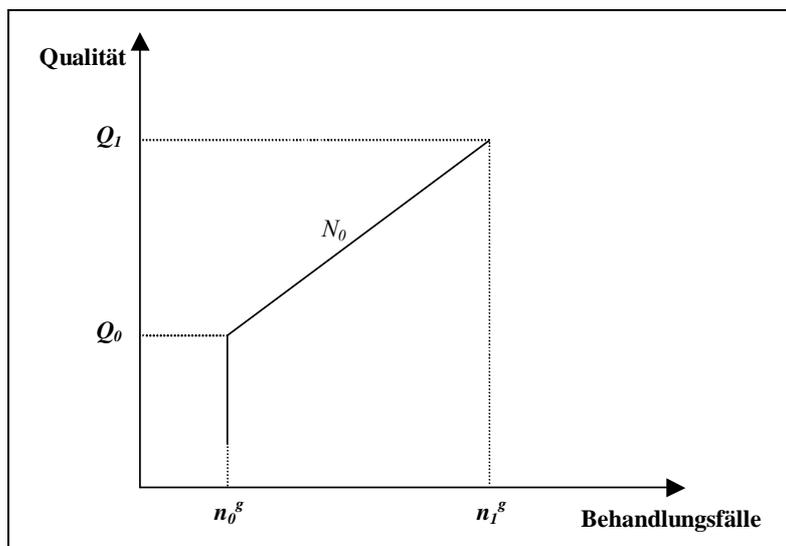
⁸ Vgl. VERHEES, H. (2000), S. 70. Diese spiegelt sich z.B. in den angesprochenen Heilungsquoten und Sterberaten wieder.

⁹ Der Behandlungserfolg hängt u.a. von der Konstitution sowie der Mitarbeit des Erkrankten ab.

¹⁰ Vgl. DONABEDIAN, A. (1966), S. 167 ff., DONABEDIAN, A. (1980), Kapitel 3 sowie hierzu auch FOLLAND, S., GOODMAN, A., STANO, M. (2001), S. 200. Zu Gutscharakteristiken und zu Qualitätselementen vgl. allgemein z.B. FLICK, F. (1966), S. 29 und TIROLE, J. (1993), S. 99.

¹¹ Aufgrund dieses Zusammenhangs wird im Folgenden häufig nur von der Qualität gesprochen.

Abbildung 1: Nachfrage nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Abhängigkeit von der Qualität



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an KUCHINKE, B. (2004), S. 85.

Die Nachfragekurve N_0 in Abbildung 1 zeigt, dass die Zahl der Behandlungen in einer Behandlungsgruppe (g) von n_0^g auf n_1^g mit steigender Qualität von Q_0 auf Q_1 zunimmt. Die Menge n_0^g ist identisch mit der Zahl der *Akutupatienten*¹², da diese aufgrund ihrer Erkrankung immer die Behandlung durchführen lassen, und zwar unabhängig von der Qualität. Die Qualität Q_0 ist das niedrigste Qualitätsniveau, welches für die definierte Behandlung beobachtet werden kann und stellt für diesen Markt eine Art *Mindestqualität* dar.¹³ Die Menge n_1^g , die im eingezeichneten Fall beim höchstmöglichen Qualitätsniveau Q_1 erreicht wird, kann als *Sättigungsmenge* bezeichnet werden.¹⁴

Der ansteigende Verlauf der Nachfragekurve ab der Menge n_0^g ist dadurch zu erklären, dass aus dem Kosten-Nutzen-Kalkül heraus, bei einer Erhöhung der Qualität, Behandlungen vorteilhaft werden können und sich linear zunehmend mehr Patienten für die Behandlung entscheiden.¹⁵ Es wird davon ausgegangen, dass ein Patient vor und nach Erhöhung

¹² Auch diese Patienten sind an einer möglichst hohen Qualität der Behandlung interessiert.

¹³ Theoretisch könnten auch Qualitätsniveaus von null oder sogar negativ angenommen werden. Dies hat jedoch keine Bedeutung für die folgenden Ausführungen, noch zu zeigen ist.

¹⁴ Die Grundgesamtheit an Patienten, die potenziell eine bestimmte Behandlung nachfragen bzw. die Sättigungsmenge, ist durch die Niedergelassenen und die Krankenhausärzte festgelegt. Die Gründe, Ursachen und Auswirkungen einer Variation der Grundgesamtheit werden hier nicht diskutiert.

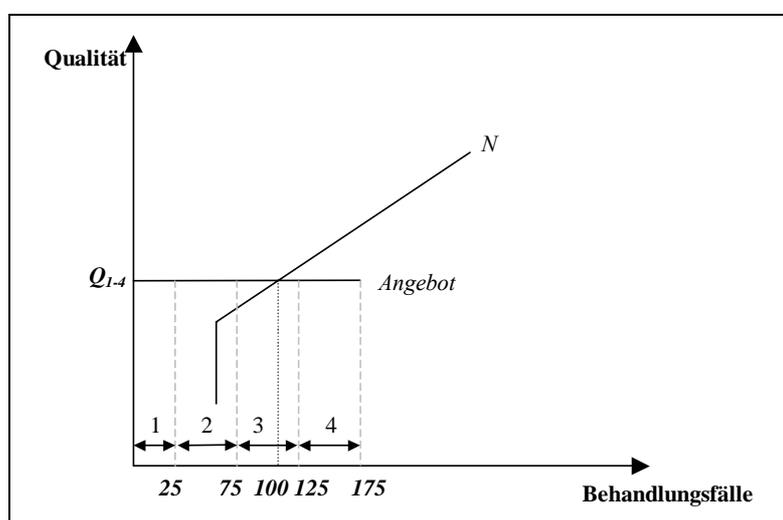
¹⁵ Es kann auch ein nicht-linearer Verlauf unterstellt werden. Dies hat jedoch keine Auswirkungen auf die nachfolgenden Aussagen.

der Qualität zumindest die gleichen, wenn nicht insgesamt geringere Opportunitätskosten hat, weil von diesem bereits vor der Erhöhung der Qualität alle Krankenhäuser, die eine geeignete Behandlung anbieten, in Betracht gezogen worden sind.¹⁶ Die Reisekosten, die je nach Klinikum unterschiedlich hoch sein können, würden für den Patienten bei Variation der Qualität beispielsweise genauso konstant bleiben, wie die Kosten der Informationsbeschaffung. Die Opportunitätskosten, die z.B. aus den Wartezeiten resultieren, werden im Normalfall sinken, wenn die Qualität steigt. Die Steigung der Nachfragekurve hängt damit eng vom Anstieg des Nutzens, der sich aufgrund der zunehmenden Qualität ergibt, und vom potenziellen Absinken der Opportunitätskosten ab.

2.2 Krankenhausmarkt bei gegebenem, einheitlichen Qualitätsniveau

Um nähere Aussagen über angebotene Qualität und qualitative Effizienz machen zu können, ist der Markt für eine definierte Behandlung näher zu betrachten. Die Gesamtnachfrage nach einer Behandlung bzw. einer Behandlungsgruppe in Abhängigkeit von der Qualität ist bereits in Abbildung 1 skizziert worden. Durch Hinzufügen des Angebotes der Krankenhäuser kann exemplarisch ein Markt dargestellt werden, wie nachfolgende Abbildung 2 verdeutlicht.¹⁷

Abbildung 2: Markt für eine Behandlung bei einheitlichem Qualitätsniveau



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an KUCHINKE, B. (2004), S. 156.

¹⁶ Der Markt ist demnach in sachlicher, räumlicher und zeitlicher Hinsicht definiert.

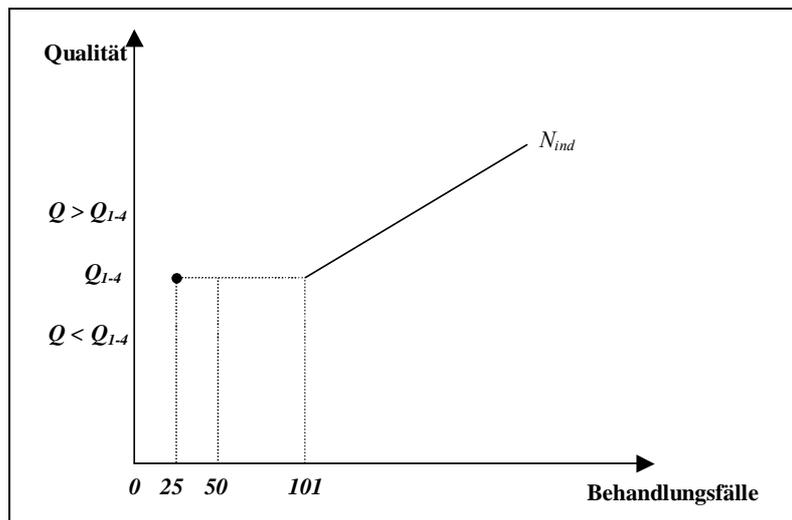
¹⁷ An dieser Stelle wird ein Zahlenbeispiel eingeführt, um die Darstellung anschaulicher zu machen. Das Beispiel bzw. der betrachtete Markt mit entsprechenden Zahlen ist frei gewählt. Die Auswirkungen einer Veränderung der Annahmen werden im Weiteren noch diskutiert.

Insgesamt sollen vier Krankenhäuser eine entsprechende Behandlung anbieten. Die Grafik verdeutlicht, dass die Krankenhäuser über unterschiedliche *Kapazitäten*¹⁸ verfügen, aber exakt die gleiche Behandlungsqualität aufweisen. Es wird unterstellt, dass im Bedarfsplan eine den Kapazitäten entsprechende Auslastung angenommen wird bzw. für alle Häuser verhandelt worden ist. Außerdem wird angenommen, dass genau dann alle Krankenhäuser im Betriebsoptimum produzieren.¹⁹ Das Krankenhaus 1 soll insgesamt in der betrachteten Periode 25 Patienten laut Plan behandeln. Für die Krankenhäuser 2 bis 4 ist eine Kapazität bzw. ein Output von jeweils 50 Behandlungsfällen zu erkennen. Insgesamt werden also 175 Behandlungen angeboten. Da im Beispielmarkt bei dieser von allen Häusern angebotenen Qualität lediglich 100 Behandlungen nachgefragt werden sollen, bestehen auf diesem Markt Überkapazitäten. Zusätzlich soll angenommen werden, dass sich die Nachfrage von 100 Behandlungen mit 25 Behandlungen gleichmäßig auf die vier Häuser verteilt.

2.3 Krankenhausindividuelle Nachfrage in Abhängigkeit von der Qualität

In Abbildung 3 ist die individuelle Situation der Krankenhäuser bezüglich der Nachfrage dargestellt, die sich bei alternativen Qualitätsniveaus des betrachteten Krankenhauses und gleichzeitig konstanten, einheitlichen Qualitäten aller weiteren Krankenhäuser gemäß Abbildung 2 ergibt.

Abbildung 3: Krankenhausindividuelle Nachfrage bei einheitlichem Qualitätsniveau



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an KUCHINKE, B. (2004), S. 157.

¹⁸ Die *Kapazität* ist gleichzusetzen mit der Menge, die mit einem gegebenen Produktionsapparat produziert werden kann. Die Kapazität wird auch als *gegebene Betriebsgröße* bezeichnet. Vgl. SCHUMANN, J., MEYER, U., STRÖBELE, W. (1999), S. 183.

¹⁹ Eine hiervon abweichende Regel beeinträchtigt nicht die folgenden Aussagen wie noch gezeigt wird.

Die individuelle Nachfragekurve N_{ind} in Abbildung 3, die für alle vier Krankenhäuser gleichermaßen gilt, verdeutlicht, welcher Anteil der Gesamtnachfrage bei unterschiedlichen Qualitätsniveaus unter sonst gleichen Bedingungen auf das einzelne Krankenhaus entfällt. Bietet das Krankenhaus die Qualität Q_{1-4} wie alle anderen Häuser an, steht dieses Klinikum einer Nachfrage von 25 Patienten gegenüber, wie durch den Punkt grafisch veranschaulicht wird.²⁰ Realisiert das Hospital eine marginal höhere Qualität, beträgt die Nachfrage 101 Patienten.²¹ Im Gegensatz dazu weist das gleiche Krankenhaus bei einem Qualitätsniveau, welches marginal unter Q_{1-4} liegt, eine Fallzahl von null auf.²² Auf die drei Konkurrenzkrankenhäuser würden sich gemäß Abbildung 2 und per Annahme insgesamt 100 Patienten gleichmäßig verteilen.

2.4 Gewinn und Verlust eines Krankenhauses bei alternativen Qualitätsniveaus

Der Gewinn bzw. der Verlust eines Krankenhauses ist zum einen abhängig von den Kosten. Zum anderen von der Anzahl der behandelten Patienten und damit ebenfalls von der angebotenen Qualität.²³ Zunächst wird die Gewinn- und Verlustsituation der vier genannten Krankenhäuser bei exemplarisch gegebenen Kosten und in kurzfristiger Betrachtung grafisch dargestellt.²⁴

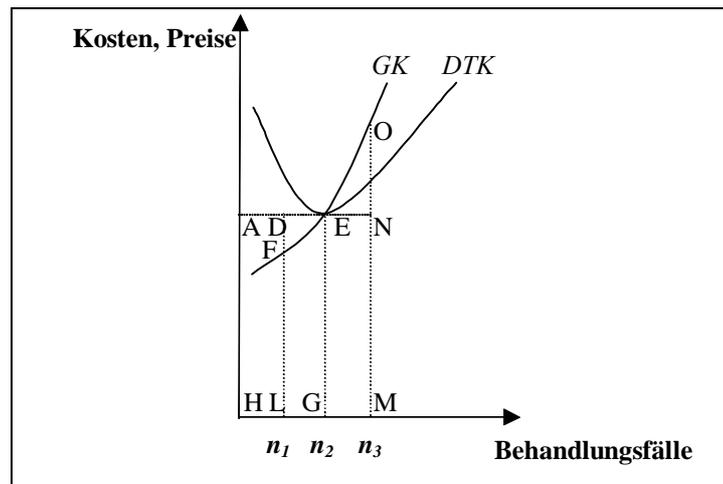
²⁰ Dieser Punkt kommt aufgrund der Übertragung des Ergebnisses aus Abbildung 2 auf die krankenhäusindividuelle Ebene zu Stande.

²¹ Die krankenhäusindividuelle Nachfrage in Höhe von 101 Behandlungen resultiert daraus, dass die Patienten das Krankenhaus mit der höchsten Qualität bevorzugen und über die angebotenen Qualitäten informiert sind. Durch die höhere Qualität entfällt jedoch nicht nur die gesamte Zahl an Patienten in Höhe von 100, die bei dem geringeren, bislang angebotenen Qualitätsniveau Q_{1-4} in Abbildung 2 zu beobachten ist, auf das betrachtete Krankenhaus. Es kommt durch die zu Grunde gelegte Qualitätserhöhung noch ein zusätzlicher, nicht akutkranker Patient hinzu, der erst ab dieser Qualität bereit ist, sich stationär versorgen zu lassen. Die Steigung der Nachfragekurve N_{ind} ist demnach eins. Somit erhöht sich die Nachfrage noch einmal um eine Behandlung auf 101.

²² Die Auslastung ist ebenfalls null. Die Fallzahl von null im betrachteten Haus ist dadurch erklärbar, dass alle Patienten die Konkurrenzkrankenhäuser aufgrund der höheren Qualität bevorzugen. Bei dem unterstellten niedrigeren Qualitätsniveau würde sich theoretisch zunächst eine Gesamtnachfrage in Höhe von 99 Fällen ergeben, wenn ausschließlich diese Qualität am Markt angeboten wird. Die Fallzahl von 99 ergibt sich durch eine Bewegung auf der Nachfragekurve N_0 in Abbildung 2. Dementsprechend würden sich die 99 Patienten auf die Anbieter gleich aufteilen. Da die Konkurrenzkrankenhäuser eine höhere Qualität anbieten als das entsprechende Hospital, beträgt die Nachfrage 100 Behandlungen und diese kann von den drei Hospitalern mit einer Gesamtkapazität von 125 Behandlungen auch befriedigt werden. Das Viertel von 99 Behandlungen, welches dem betrachteten Krankenhaus als Nachfrage bei gleicher Qualität gegenüber stehen würde, wird bereits in den anderen drei Krankenhäusern mit erstellt bzw. die dementsprechenden Patienten werden in den anderen Anstalten versorgt, so dass keine Nachfrage nach einer Behandlung bei niedrigerer Qualität mehr besteht.

²³ Die Begriffe Patienten und Behandlungsfälle werden im Folgenden synonym verwendet.

²⁴ Eine Erweiterung um die langfristige Sichtweise erfolgt in Gliederungspunkt 3. Die Abbildung 4 bezieht sich wiederum auf eine Behandlungsgruppe.

Abbildung 4: Gewinn und Verlust bei alternativen Auslastungsgraden

Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an KUCHINKE, B. (2004), S. 159.

In Abbildung 4 sind die Grenz- und Durchschnittskosten eines Krankenhauses eingetragen, das auf dem in Abbildung 2 dargestellten Markt anbietet.²⁵ Die Grafik zeigt, dass das betrachtete Krankenhaus, bei einer Kapazität und einem Erreichen der geplanten Fallzahl n_2 sowie bei gegebenen Kosten, einen Erlös in Höhe des ausgehandelten Budgets sowie einen Gewinn von null erzielt. Der Erlös entspricht dem Viereck $AEGH$. Es wird insofern unterstellt, dass bei Erreichen der geplanten Fallzahl im Betriebsoptimum produziert und das Budget ausgeschöpft wird.

Eine solche budgetausschöpfende Situation kann für das Krankenhaus 1 aus dem Beispiel mit der Kapazität von 25 Fällen in den vorhergehenden beiden Gliederungspunkten unterstellt werden. Gemäß Abbildung 3 entfällt bei dem angebotenen Qualitätsniveau exakt eine Nachfrage in Höhe der Kapazität auf das Krankenhaus. Die Kapazität von 25 Patienten, die in Abbildung 4 durch die Menge n_2 dargestellt wird, ist optimal ausgelastet, wie im Bedarfsplan vorgesehen bzw. wie mit den Kassen ausgehandelt.

Die gleiche Abbildung kann aber auch für die Darstellung der Situation der Krankenhäuser 2, 3 und 4 genutzt werden, wenn leichte Veränderungen bzw. Variationen hinsichtlich von n_1 und n_2 hingenommen werden. Aufgrund der Kapazität von 50 Behandlungen und der krankenhausesindividuellen Nachfrage in Höhe von 25 Patienten wird eine geringere Aus-

²⁵ Die tatsächliche Höhe der Kosten ist für die folgende Argumentation irrelevant, da das Budget den Kosten entspricht.

lastung als geplant erzielt. Die Kapazität bzw. die vorgesehene Zahl von 50 Patienten wird in Abbildung 4 durch n_2 dargestellt und die geringere Auslastung bzw. die tatsächliche Nachfrage durch n_1 .

Zu erkennen ist, dass diese Krankenhäuser bei gegebenen Kosten sowie gegebener Qualität einen sogenannten *Mindererlös*, d.h. eine Budgetunterauslastung erreichen, und gleichzeitig einen Gewinn erzielen. Hinsichtlich von Mindererlösen sind die Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) von zentraler Bedeutung. Die Regelungen der BPfIV galten bzw. gelten für die Häuser, die nach Pflegetagesätzen und nicht nach dem DRG-System mit den Krankenkassen abrechnen, sei es weil faktisch noch keine Umstellung auf das neue Entgeltsystem erfolgt ist oder weil keine DRG, wie etwa für psychiatrische Einrichtungen, vorgesehen sind. Für die stationären Einrichtungen, die nach DRG abrechnen, gelten die Inhalte des KHEntG.

Nach § 12 Abs. 4 BPfIV gilt, dass ein Mindererlös immer zu 40 v.H. ausgeglichen wird. Aufgrund des § 12 Abs. 4 Satz 4 BPfIV, der auf den § 18 b KHG hingewiesen hat, kann der Ausgleichssatz je nach Geschick des Krankenhausmanagements im Prinzip bei 100 v.H. liegen.²⁶ Dies gilt zumindest rein nach Gesetzestext bis zum Jahre 2004, in dem § 18 b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) aufgehoben worden ist.²⁷ Im KHEntG sind ähnliche Regelungen enthalten, wenn auch mit alternativen Ausgleichssätzen zwischen 40 v.H. und 95 v.H., wie § 3 Abs. 6 KHEntG für die Jahre 2003 und 2004 sowie § 4 Abs. 9 KHEntG für die Jahre 2005 und 2006 zeigen.²⁸ Da es für die nachfolgenden Aussagen als nicht relevant zu bezeichnen ist, ob immer ein tatsächlicher Ausgleich von 100 v.H. bei einem Mindererlös erreicht wird, wird zunächst vereinfachend von einem solchen, vollen Arrangement ausgegangen.²⁹ Der Ausgleich erfolgt hierbei jeweils über die Krankenkassen.³⁰

²⁶ Die genannten Paragraphen beinhalten, dass das Krankenhaus stets begründen kann, dass der Mindererlösausgleich notwendig ist, um zusätzliche Rationalisierungsinvestitionen durchzuführen, die nicht vom Land getragen werden.

²⁷ Ob dies bei den Budgetverhandlungen faktisch umgesetzt worden ist, sei dahingestellt.

²⁸ Auch hier lassen sich Regelungen zur Investitionsfinanzierung finden. Vgl. z.B. § 4 Abs. 8 KHEntG. § 4 Abs. 9 KHEntG findet auch im Jahre 2007 Anwendung, soweit keine weiteren gesetzlichen Regelungen in Kraft treten.

Zur Anwendung der Regeln vgl. generell auch TUSCHEN, K., BRAUN, T. (2003).

²⁹ Diese Aussage gilt, weil das Krankenhaus generell einen Anreiz hat das Budget auszuschöpfen, wie noch zu zeigen ist.

³⁰ Zum Ausgleichsmechanismus vgl. auch § 21 Abs. 2 BPfIV bzw. die genannten Vorschriften des KHEntG. Es ist als unerheblich anzusehen, dass ein Ausgleich unter Umständen erst in der nächsten Periode erfolgt.

Der theoretische Mindererlös wird in Abbildung 4 grafisch durch das Viereck *DEGL* dargestellt. Dieser wird ermittelt durch den Vergleich der Flächen *AEGH*, die den garantierten Erlös (das Budget), und *ADLH*, die den fiktiven Erlös bei einer geringeren Fallzahl abbilden. Der Gewinn ergibt sich daraus, dass bei einer geringeren Patientenzahl niedrigere totale Kosten anfallen und gleichzeitig der Mindererlös ausgeglichen wird.³¹ Die gesamte Kostenersparnis, die sich bei einer Reduktion der Produktionsmenge von n_2 auf n_1 ergibt, d.h. die Verringerung der variablen Kosten, kann jedoch anhand der Bewegung entlang der Grenzkostenkurve in Abbildung 4 von der Menge n_2 bis zur Menge n_1 nachvollzogen werden. Die eingesparten Kosten aus der Fallzahlreduktion sind grafisch mit der Fläche *FEGL* gleichzusetzen. Werden bei der Menge n_2 die gesamten Kosten, die dem garantierten Budget entsprechen und die das Viereck *AEGH* veranschaulicht, mit den eingesparten Kosten bei der Fallzahl n_1 verglichen, wird erkennbar, dass die eingesparten Kosten, grafisch durch die Fläche *FEGL* abgebildet, dem zusätzlichen Gewinn entsprechen.

Theoretisch kann auch eine Überauslastung unterstellt werden. Das wäre der Fall, wenn die Fallzahl n_3 in Abbildung 4 angenommen wird. In dieser Situation kommt es zu höheren totalen Kosten, einem *Mehrerlös*, d.h. einer Übertreffung des ausgehandelten Budgets, und einem Verlust. Auch im Falle eines Mehrerlöses greifen die Vorschriften der BpflV und des KHEntG wiederum in Abhängigkeit davon, ob die Häuser nach Pflgetagesätzen oder DRG abrechnen. Falls ein Mehrerlös vorliegt, ist dieser nach § 12 Abs. 4 BpflV bis zu einer Abweichung von 5 v.H. vom Budget zu 85 v.H. abzuführen; alle darüber hinaus gehenden Mehrerlöse zu 90 v.H.³² Analog lassen sich ähnliche Regelungen in den §§ 3 Abs. 6 und 4 Abs. 9 KHEntG für die Jahre 2003 bis 2006 finden. Wiederum sind dort leicht veränderte Ausgleichssätze zwischen 65 v.H. und 65 v.H. implementiert worden.³³

Der Mehrerlös ist bei einem analog zum Mindererlös angenommenen Ausgleich von 100 v.H. grafisch gleichzusetzen mit dem Viereck *ENMG* und ergibt sich aus dem Vergleich der Fläche *AEGH* mit der Fläche *ANMH*. Die zuletzt genannte Fläche stellt hierbei den fiktiven Mehrerlös bei der höheren Fallzahl n_3 dar. Der theoretische Mehrerlös wird jedoch

³¹ Es wird unterstellt, dass der Ausgleich zu 100 v.H. erfolgt. Bei einem geringeren Ausgleich als 100 v.H. ist der Gewinn dementsprechend geringer. Die folgenden Aussagen bleiben dennoch grundsätzlich bestehen.

³² Vereinfachend wird auch hier ein Ausgleich von 100 v.H. angenommen. Für die folgenden Aussagen ist es ebenfalls als nicht relevant zu bezeichnen, ob immer ein tatsächlicher Ausgleich von 100 v.H. erfolgt, wie noch gezeigt wird.

³³ Der Ausgleich erfolgt wie bei den Mindererlösen über die Krankenkassen.

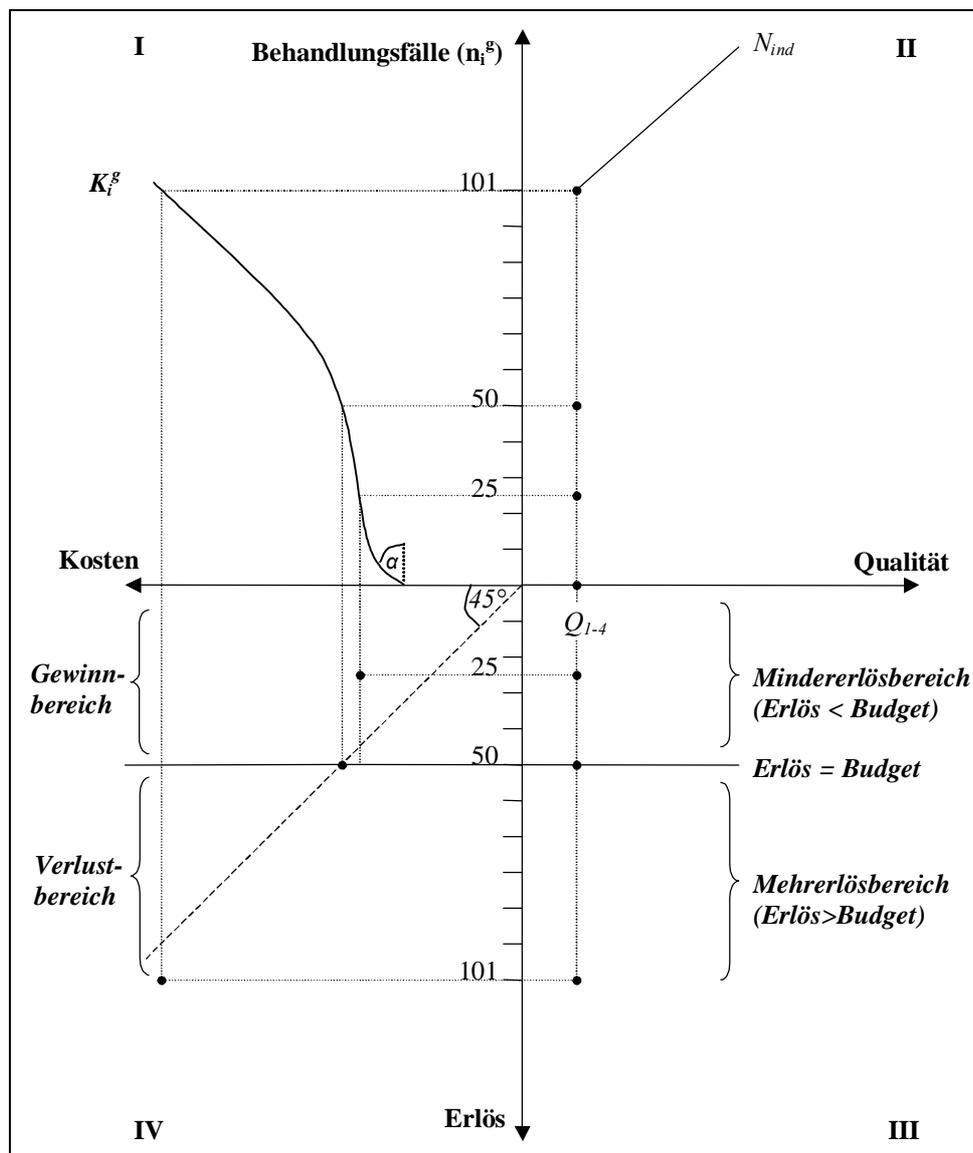
aufgrund der Ausgleichsregelung vom Krankenhaus nicht erzielt, sondern immer ein Erlös in Höhe des Budgets.

Fällt die Fallzahl größer als geplant aus, sind die zusätzlichen Kosten aus der Erhöhung durch eine Bewegung auf der Grenzkostenkurve von der Menge n_2 bis zur Menge n_3 abzulesen. Diese werden durch die Fläche *EOMG* veranschaulicht. Der Verlust ergibt sich grafisch unter Berücksichtigung der Fläche *AEHG*, die dem Budget entspricht und mit den gesamten Kosten bei der Menge n_2 übereinstimmt. Der Verlust stimmt dann mit der Fläche *EOMG* überein, denn exakt diese zusätzlichen Kosten werden nicht über das Budget gedeckt.

Grundsätzlich lässt sich in Abbildung 4 der Gewinn und der Verlust bei einem gegebenen Qualitätsniveau bestimmen. Jedoch wird kein direkter Zusammenhang zur Qualität erkennbar, weil an der Ordinate die Kosten bzw. der Preis und an der Abszisse die Zahl der Behandlungsfälle abgetragen sind. Um den Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Ergebnis und der Qualität abbilden zu können, wird im Folgenden die Darstellung eines *Vier-Quadranten-Schemas* gewählt. In diesem Schema wird exemplarisch die Situation eines Krankenhauses vorgestellt, das auf dem beschriebenen Markt als Anbieter auftritt und eine Kapazität von 50 Behandlungen aufweist.³⁴

³⁴ Das Vier-Quadranten-Schema gilt damit nur für eine Behandlungsgruppe. Die gleiche Darstellung kann für Krankenhäuser mit alternativen Kapazitäten verwendet werden.

Abbildung 5: Gewinnsituation eines Krankenhauses bei einheitlichem Qualitätsniveau - das Vier-Quadranten-Schema



Quelle: *Eigene Darstellung* in Anlehnung an KUCHINKE, B. (2004), S. 162.

Abbildung 5 baut auf den Ausführungen zum Gewinn und Verlust bei unterschiedlichen Qualitäten auf. Im ersten Quadranten sind die gesamten, gegebenen Kosten des Krankenhauses bei alternativen Fallzahlen abgetragen.³⁵ Die Kosten steigen gemäß des bislang un-

³⁵ Die Kosten können bei gleicher Qualität in Krankenhäusern unterschiedlich sein.

terstellten ertragsgesetzlichen Verlaufs bei zunehmendem Auslastungsgrad an, der wiederum von der Qualität abhängt.³⁶

Quadrant II zeigt die in Abbildung 3 dargestellte krankenhausindividuelle Nachfrage in Abhängigkeit von der Qualität. Da bereits eine marginale Abweichung vom Qualitätsniveau Q_{1-4} die genannten Auswirkungen auf die Nachfrage hat, liegen die drei Nachfragepunkte auf einer senkrechten Linie.³⁷ Die prognostizierte Nachfrage liegt bei 50 Behandlungsfällen. Die Qualität ist in diesem Vier-Quadranten-Schema die entscheidende, vom Krankenhaus wählbare Variable.

Im Quadranten III ist der Erlös des Krankenhauses entsprechend der jeweiligen Nachfrage bzw. des entsprechenden Qualitätsniveaus als Punkt abgetragen. Zunächst handelt es sich um den hypothetischen Erlös, den das Krankenhaus bei einer bestimmten Fallzahl ohne Ausgleichsregelungen erzielt bzw. erzielen würde.³⁸ Da die Mehr- bzw. Mindererlösregelung besteht, realisiert das Krankenhaus immer einen Erlös in Höhe der waagerechten Linie, die dem Budget entspricht. Die Klammern deuten an, wann bzw. in welchen Bereichen ein Mehr- oder Mindererlös bei alternativen Qualitäten und Fallzahlen anfällt. Geringere Erlöse als erwartet werden bei einer marginal niedrigeren Qualität erzielt, die eine geringere Fallzahl als 50 bewirkt, und höhere Erlöse bei einer marginal höheren Qualität, bei der die Fallzahlen die Marke von 50 überschreiten. Die Differenz bzw. der Abstand des jeweiligen Punktes zum garantierten Budget entspricht dem jeweiligen Mehr- oder Mindererlös.

Im Quadranten IV sind die erzielten Gewinne bzw. Verluste eingezeichnet.³⁹ Die eingetragenen Punkte verdeutlichen zunächst die alternative Kombination von Kosten und Erlösen ohne Ausgleichsregelungen. Beide Größen hängen von der angebotenen Qualität bzw. von der Fallzahl ab. Da aber die Ausgleichsregelungen bestehen, ist wiederum die waagerechte Budgetlinie eingetragen, die den tatsächlichen Erlös kennzeichnet.

Die Klammern deuten an, bei welchen Kombinationen von Kosten und Erlösen ein Gewinn und bei welchen ein Verlust anfällt. Hierbei gilt zunächst, dass bei einem Qualitäts-

³⁶ Damit der Verlauf der gesamten Kosten im ersten Quadranten in Abbildung 3 mit den kurzfristigen Grenz- und Durchschnittskosten in Abbildung 4 übereinstimmt, muss der Tangens des Winkels α mit der Steigung der Gesamtkostenkurve im Punkt $n_2=50$ Patienten übereinstimmen. An diesem Punkt sind die durchschnittlichen Kosten minimal und die Grenzkosten schneiden die Durchschnittskosten. Vgl. hierzu z.B. SCHUMANN, J., MEYER, U., STRÖBELE, W. (1999), S. 162 f.

³⁷ Es wird immer noch unterstellt, dass die Patienten über die Qualität informiert sind.

³⁸ Im Beispiel ist vereinfachend angenommen, dass je Fall eine Geldeinheit von der Krankenkasse zu zahlen ist.

³⁹ Der Gewinn oder Verlust kann bei gleicher Qualität in Krankenhäusern aufgrund differierender Kosten unterschiedlich sein.

niveau, das die vorgeschriebene Patientenzahl bewirkt, im betrachteten Fall 50, ein Gewinn von null entsteht. Der rechnerische, hypothetische Erlös stimmt mit dem Budget überein. Im Beispiel wird aber beim angebotenen Qualitätsniveau Q_{1-4} aller Krankenhäuser nur eine nachgefragte Fallzahl von 25 erreicht. Folglich besteht eine Kombination von Kosten und hypothetischem Erlös, die oberhalb der 45-Grad-Linie liegt. Wenn keine Ausgleichsregelungen bestehen würden, hätte das Krankenhaus einen Verlust zu realisieren, dessen Höhe grafisch durch den Abstand des Punktes zur 45-Grad-Linie verdeutlicht wird. Aufgrund der Mindererlösregelung erzielt das Krankenhaus jedoch einen Gewinn. Der Gewinn lässt sich grafisch dadurch ermitteln, dass von der Kosten-Erlös-Kombination senkrecht auf die Budgetlinie gelotet wird. Der Gewinn bezeichnet den Abstand zwischen 45-Grad-Linie und Budgetlinie, weil grafisch genau diese Strecke die Kosten übersteigt.⁴⁰

Umgekehrtes gilt bei einem Qualitätsniveau, das zu einer höheren als der geplanten Behandlungszahl führt. Eine solche Situation ist für den Beispielfall eingetragen, dass ein Krankenhaus eine marginal höhere Qualität als Q_{1-4} anbietet und sich einer Nachfrage von 101 Patienten gegenüberstellt. Somit fällt ein Verlust an, der grafisch durch den Abstand vom entsprechend eingetragenen Punkt zur Budgetlinie gekennzeichnet wird.

3 Ergebnisse und Auswirkungen

3.1 Grundsätzliche Einschätzung

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen zunächst, dass es für das Krankenhaus *I* mit einer Kapazität von 25 Behandlungsfällen keinen Anlass gibt, ein von der Qualität Q_{1-4} abweichendes Niveau anzubieten. Das Budget wird ausgeschöpft und der wirtschaftliche Vorteil ist bei dem Qualitätsniveau Q_{1-4} kurz- und langfristig maximal, wenn die Insiderrenten mitberücksichtigt werden. Eine *Insiderrente* fällt nicht nur bei Auszahlungen bzw. Profiten an, die in einer idealen, effizienten Referenzsituation nicht zu realisieren ist, sondern auch bei zusätzlichen nicht monetären Vorteilen, wie etwa einem langsamen Arbeitstempo.⁴¹ Diese führen i.d.R. zu erhöhten Kosten, die wiederum aus historischen Gründen

⁴⁰ Die nähere grafische Ableitung lässt sich dadurch erklären, dass die Strecke auf der Kostenachse, die den Kosten von 25 Behandlungsfällen entspricht, zunächst an der Erlösachse abzutragen ist. Ein Punkt auf der 45-Grad-Linie wird erreicht, der aussagt, dass die Kosten den Erlösen entsprechen. Das Krankenhaus erzielt jedoch nicht diesen Erlös, sondern das vereinbarte Budget. Diese zusätzliche Zahlung über das Budget ist gleichzusetzen mit dem Gewinn und wird grafisch durch den genannten Abstand zwischen der 45-Grad-Linie und der Budgetgeraden dargestellt.

⁴¹ Vgl. KRUSE, J. (1985), S. 99 f. und FRANTZ, R. (1997), S. 21. Zu diesem Sachverhalt vgl. grundlegend LEIBENSTEIN, H. (1966).

in der aktuellen Situation über das Budget gedeckt werden können.⁴² Für das Krankenhaus macht es folglich Sinn, die Qualität beizubehalten und bei den nächsten Budgetverhandlungen womöglich auf eine Aufstockung der Kapazität und des Budgets im Rahmen der zulässigen Steigerungsraten zu drängen.

Eine Anhebung des Qualitätsniveaus würde in der gegebenen Beispielsituation zu einer höheren Patientenzahl und in der Konsequenz zu einem Verlust führen.⁴³ Die Verringerung des Qualitätsniveaus bewirkt zwar einen Gewinn, jedoch muss langfristig ein Abbau der vorgesehenen Kapazität im *Länderbedarfsplan*, in dem in Absprache zwischen Krankenkassen, den Krankenhäusern und dem jeweiligen Bundesland die vorzuhaltenden Kapazitäten, Standorte, medizinischen Abteilungen sowie die Investitionsmittel der Länder festgehalten werden, und folglich ein Rückgang des Budgets befürchtet werden.⁴⁴ Damit sinkt auch die Möglichkeit, Insiderrenten zu erzielen.⁴⁵

Alle anderen genannten Beispielkrankenhäuser 2, 3 und 4 mit einer Kapazität von 50 Behandlungsfällen erzielen einen positiven, zusätzlichen Gewinn, wie in Abbildung 5 zu er-

⁴² Insofern produzieren diese Häuser technisch ineffizient. Die kurzfristig dargestellten Kostenverläufe in Abbildung 4 liegen damit über der aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht eingezeichneten langfristigen Durchschnittskostenkurve.

⁴³ Die Aussage, dass ein höheres Qualitätsniveau als im Plan vorgesehen nicht sinnvoll ist und zu einem Verlust führt, muss relativiert werden, wenn das Krankenhaus das Ziel verfolgt, durch die hohe Qualität, mehr Privatpatienten oder Patienten aus dem Ausland zu behandeln. Diese Erlöse unterliegen nicht der Budgetierung, wie bereits ausgeführt worden ist. Jedoch besteht zu einem solchen Verhalten kein Zwang oder Anreiz, denn Krankenhäuser sind auf solche Erlöse bzw. Gewinne nicht angewiesen. Auf diesen Sachverhalt wird im Folgenden nicht weiter eingegangen und privat geführte Kliniken, die gleichzeitig ausschließlich Privatpatienten behandeln, also keinem Versorgungsauftrag nachgehen, als ein Ausnahmefall angesehen. Diese Patientengruppe macht darüber hinaus nur 10 v.H. aller Versicherten in Deutschland aus.

Bei einer höheren Qualität als im Plan implizit gefordert kommt es auch dann nicht zu einem Verlust, wenn ein Krankenhaus die im Vergleich zu den Planvorgaben zu hohe Nachfrage rationieren und über einen längeren Zeitraum verteilen kann. Die Zuteilung der Leistungen an die Patienten erfolgt krankenhausesindividuell über Warteschlangen, wobei die Kriterien der Leistungszuteilung vom Krankenhaus bestimmbar sind. Eine solche Rationierung hätte darüber hinaus eventuell den Vorteil, dass das entsprechende Krankenhaus gleichmäßiger ausgelastet ist. Aus volkswirtschaftlicher Sicht führt ein solches Zuteilungsverfahren zwangsläufig zu Ineffizienzen. Vgl. KUCHINKE, B. (2004), S. 192. Bei einer solchen Strategie ist allerdings zu beachten, dass eine höhere Qualität auch höhere Kosten bedeuten kann, die nicht über das Budget gedeckt werden. Insofern ist es fraglich, ob diese Strategie so möglich ist.

Ferner wird nicht weiter betrachtet, dass Krankenhäuser einen Verlust tragen wollen und auf eine längerfristige Erhöhung der Kapazität spekulieren. Um eine solche zu bewirken, reicht es aus die Normalauslastung zu erreichen.

⁴⁴ Vgl. hierzu auch EISEN, R., BRAUN, H. (1992), S. 142. Diese begründen das Beachten einer entsprechenden Kapazitätsauslastung mit der Streichung öffentlicher Zuwendungen. Es kann auch von einem *Trade-Off* zwischen Gewinn und Insiderrenten gesprochen werden. Vgl. KUCHINKE, B. (2004), S. 151.

Im gewählten Beispiel erreicht dieses Krankenhaus bei einem Qualitätsrückgang gemäß Abbildung 3 eine Nachfrage von null, so dass im Extremfall die Nichtberücksichtigung des Krankenhauses im nächsten Bedarfsplan die Konsequenz wäre. Die anderen drei Krankenhäuser können die Nachfrage beim gegebenen Qualitätsniveau befriedigen.

⁴⁵ Die Krankenhäuser sind darüber hinaus aufgrund der bestehenden Investitionsförderung nicht gezwungen Gewinne zu erwirtschaften.

kennen ist. Es liegt an diesen Krankenhäusern die Qualität zu verändern, wenn langfristig ein Kapazitätsabbau verhindert werden soll oder den Parameter Qualität konstant zu halten, um kurzfristig Gewinne zu realisieren.

Grundsätzlich macht eine Erhöhung des Qualitätsniveaus bis zu dem Punkt ökonomisch Sinn, an dem die Auslastung, wie im Länderbedarfsplan vorgesehen, erreicht wird.⁴⁶ Bei einer weiteren Anhebung drohen diesen Häusern Verluste.⁴⁷ Ein solches Qualitätsniveau, das die vorgeschriebene Auslastung bewirkt, ist im gegebenen Beispiel gemäß Abbildung 5 nicht möglich, denn entweder ist die Nachfrage bei einer Variation des Qualitätsniveaus null oder liegt mit 101 Patienten deutlich über der vorgesehenen Auslastung. Aufgrund dessen wird erkennbar, dass die Krankenhäuser gezwungen werden die Qualität konstant zu halten, Gewinne zu realisieren und gleichzeitig einen potenziellen Kapazitätsabbau in Kauf zu nehmen.⁴⁸

3.2 Schlussfolgerungen

Die Aussagen, dass Krankenhäuser die Qualität nicht variieren und dass ein Qualitätsniveau in Höhe von Q_{1-4} angenommen werden kann, hängen direkt von den gesetzten Annahmen des Beispiels ab. Mit dem vorgestellten Vier-Quadranten-Schema wird jedoch nicht der Zweck verfolgt, das exakte Qualitätsniveau auf einem abgegrenzten, vollstationärem Akutkrankenhausmarkt zu bestimmen. Vielmehr soll gezeigt werden, woran sich die Krankenhäuser bei ihrer Entscheidung hinsichtlich der angebotenen Qualität orientieren und welche Anreize bestehen.

Die bisherige Quintessenz ist im Wesentlichen, dass durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen implizit ein Qualitätsmaß gesetzt wird, das eine Auslastung laut Plan herbeiführen soll.⁴⁹ Dieses ist krankenhausindividuell und variiert z.B. je nach festgelegter Kapazität und damit auch nach dem Budget. Der Qualitätsmaßstab wird zentral, staatlich, implizit

⁴⁶ Es kann angeführt werden, dass Krankenhäuser in der Realität den theoretischen Punkt bzw. das Qualitätsniveau nicht kennen, bei dem die Auslastung laut Plan erreicht wird. Krankenhäuser agieren damit unter Unsicherheit. Zum Begriff der Unsicherheit vgl. z.B. FRANZ, W. (2000), S. 65 und RAU-BREDOW, H. (1992), S. 18. Dass Kliniken unter Unsicherheit entscheiden, ist im Vergleich zu Unternehmen in anderen Wirtschaftssektoren jedoch als üblich zu bezeichnen. Gerade die mit Unsicherheit verbundenen *trial-and-error-Prozesse* werden zumindest in der langen Frist zum vorgeschriebenen Qualitätsniveau führen, denn bei zu hoher Qualität entsteht ein Verlust und das Krankenhaus wird veranlasst, eine geringere Qualität anzubieten. Umgekehrtes gilt bei einer zu niedrigen Qualität, bei der zwar kurzfristig ein Gewinn, jedoch langfristig ein Kapazitätsabbau und damit eine Budgetreduktion droht.

⁴⁷ Vgl. Abbildung 4 und Abbildung 5.

⁴⁸ Bei einer geringfügigen Anhebung der Qualität drohen im Beispiel dauerhaft Verluste.

⁴⁹ Im theoretischen Extremfall ist die implizit geforderte Qualität von allen Krankenhäusern so gering, dass sich nur die Akutpatienten einer Behandlung unterziehen. Vgl. hierzu auch Abbildung 3.

durch den Plan definiert und kann damit nicht den tatsächlichen Präferenzen sowie Zahlungsbereitschaften der einzelnen Patienten entsprechen.⁵⁰ Die Qualitätsvorgabe stellt eine Qualitätsobergrenze dar, da deren Überschreiten Verluste erzeugt. Die Krankenhäuser werden darüber hinaus gezwungen, dieses Qualitätsmaß nicht zu unterschreiten, weil die damit verbundene kurzfristige Gewinnerzielung langfristig zu einer Sanktionierung durch Kapazitätsabbau führt. Durch den gegebenen Ordnungsrahmen werden im Ergebnis Anreize gesetzt, die weder ein höchstmögliches Qualitätsniveau im Sinne der Politik noch qualitative Effizienz bewirken.

3.3 Stabilität der Ergebnisse

Um die bisherigen Aussagen zu stärken, werden die Veränderungen überprüft, die sich bei alternativen Annahmen ergeben.⁵¹ Zunächst wird die Restriktion fallen gelassen, dass sämtliche Krankenhäuser die gleiche Qualität anbieten. Bei unterschiedlichen Qualitätsniveaus der Krankenhäuser würde sich eine abgestufte Angebotskurve ergeben. Die krankenhausindividuelle Nachfragekurve in Abbildung 3 bzw. 5 verändert sich in der Weise, dass je nach Gesamtanbieterzahl mehrere Punkte bzw. waagrecht verlaufende Nachfragegeraden entstehen. Bestimmte Krankenhäuser ziehen bei verschiedenen Qualitätsniveaus nach und nach die Nachfrage von anderen Krankenhäusern auf sich.⁵² Eine Anhebung der Qualität kann bei Unterauslastung immer noch potenziell zur vorgeschriebenen Auslastung führen. Eine Erhöhung der Qualität über das Niveau, das zur geplanten Fallzahl führt, bewirkt auch hier einen Verlust und kann daher nicht im Sinne des Krankenhauses sein.⁵³ Ebenso hat die Aussage Bestand, dass bei einer Abweichung der Qualität nach unten eine Kapazitätsreduktion droht.

Bei den bisherigen Ausführungen ist ferner implizit unterstellt, dass ein Krankenhaus bei einer Behandlung immer das gleiche Qualitätsniveau anbietet. Unterausgelastete Kranken-

⁵⁰ Vgl. STRATMEYER, P. (2000), S. 64 ff. und SVKAIG (2001), Tz. 493.

⁵¹ Mit der Auflösung der Annahmen sind diejenigen des Beispiels gemeint und nicht jene Rahmenbedingungen, die für alle Krankenhausmärkte per Gesetz festgelegt sind.

⁵² Im Übrigen wird die Grafik nicht dadurch in Frage gestellt, dass alternative Steigungen der Gesamtnachfragekurve in Abbildung 3 unterstellt werden.

⁵³ Die absolute Höhe des Gewinns oder des Verlustes ist nicht relevant. Mithin kann auch ein linearer Kostenverlauf unterstellt werden.

häuser können versuchen, eine höhere Qualität für die freien Kapazitäten bzw. nicht nachgefragten Mengen anzubieten.⁵⁴ Die Wirkung eines solchen Verhaltens auf die krankhausindividuelle Nachfrage und damit auf das ökonomische Ergebnis fällt dann wie bereits beschrieben aus. Wenn die Krankenhäuser in der Ausgangssituation kein einheitliches Qualitätsniveau anbieten, wird bei steigender Qualität nach und nach die Nachfrage anderer Krankenhäuser auf das betrachtete Hospital umgelegt.

Prinzipiell können demnach bislang unterausgelastete Teilkapazitäten ausgelastet werden. Ob ein solches Verhalten sinnvoll ist, hängt z.B. davon ab, inwieweit noch die Behandlungen nachgefragt werden, die im gleichen Hause mit einer geringeren Qualität angeboten werden, oder ob bei einem höheren Qualitätsniveau Verluste aus Budgetüberschreitungen anfallen. Eine sinnvolle Analyse dieses Sachverhaltes kann dadurch erfolgen, dass im Vier-Quadranten-Schema bestimmte Teilkapazitäten der gesamten Kapazität betrachtet und die Wirkungen auf das ökonomische Ergebnis bei alternativen Qualitäten sowohl für die Teilkapazitäten separat als auch insgesamt ermittelt werden. Ein solches analytisches Vorgehen führt zu dem Ergebnis, dass die Qualität für eine Teilkapazität so gewählt wird, dass der vorgegebene Auslastungsgrad erreicht wird. Die zentrale Aussage, dass das Qualitätsniveau nicht entsprechend der Patientenpräferenzen und Zahlungsbereitschaften gesetzt, sondern zentral bestimmt wird, hat damit auch Bestand, wenn verschiedene Qualitätsniveaus in einem Haus für die gleiche Behandlung bei der Analyse berücksichtigt werden. Deshalb kann im Folgenden nur von einem Qualitätsniveau gesprochen werden.

Ferner ist es unerheblich, ob andere Kapazitäten bzw. Auslastungsgrade, als die im Beispiel gewählten, unterstellt werden.⁵⁵ Diese könnten in Abbildung 5 eingetragen werden. Auf diese Weise kann der Fall konstruiert werden, dass ein Krankenhaus überausgelastet ist und insofern eine Qualitätsabsenkung durchführen wird, um Verluste zu vermeiden.⁵⁶ Grundsätzlich verändert sich nichts am Zusammenhang von Qualität und ökonomischem Ergebnis und damit an den Anreizen bezüglich der angebotenen Qualität.

⁵⁴ Beispielsweise kann auch eine höhere Qualität für Privatpatienten geboten werden, für die ein Teil der Kapazität bereitgestellt wird.

⁵⁵ Es kann der Fall auftreten, dass die Kapazität der drei Konkurrenzkrankenhäuser so gering ist, dass die Fallzahl beim Absenken der Qualität nicht null wird und im Extremfall sogar konstant bleibt.

⁵⁶ Unterschiedliche Auslastungsgrade ergeben sich ebenfalls, wenn die Annahme der Gleichverteilung der Patienten auf die Krankenhäuser aufgegeben wird. Prinzipiell erfolgt keine Gleichverteilung, wenn die Patienten ihren Präferenzen entsprechend dem Krankenhaus zugeordnet werden. Die Gleichverteilung wird im bestehenden System auch durch § 73 Abs. 4 SGB V beeinflusst. Dieser Paragraph besagt, dass der niedergelassene Arzt in das nächstmögliche Hospital mit entsprechender medizinischer Ausstattung einzuweisen hat.

Des Weiteren können weniger oder mehr Anbieter, als im Beispiel angenommen, auf einem Markt tätig sein.⁵⁷ Im Extremfall des Monopols würde ein Krankenhaus die gesamte Nachfrage auf sich ziehen. Die Nachfragekurve in Abbildung 3 ist dann von Beginn an ansteigend. Im Falle des Monopols führt eine Anhebung der Qualität über das vorgesehene Maß hinaus ebenfalls zu einem Verlust und umgekehrt zu Gewinnen, die in der Folge einen Kapazitätsabbau bewirken. Letztendlich würde demzufolge auch der Monopolist die mit dem Budget implizit vorgegebene Qualität anbieten.

Den anderen theoretischen Extremfall beschreibt die vollständige Konkurrenz. Bei dieser Marktform wird im Gegensatz zum zugrunde gelegten Oligopolfall unter anderem unterstellt, dass der einzelne Anbieter keinen Einfluss auf den Preis besitzt, d.h. der Preis ein Datum darstellt. Es kann nun argumentiert werden, dass das Modell der vollständigen Konkurrenz sowie die genannte Annahme auf den hier betrachteten Fall zu übertragen ist und das einzelne Krankenhaus keine individuelle Qualitätsvariation wie im angeführten Beispiel vornehmen kann. Hierzu ist zu bemerken, dass die Marktform der vollständigen Konkurrenz als theoretisches Referenzmodell zu betrachten ist, welches bezogen auf reale Krankenhausdienstleistungsmärkte keine Anwendung findet.⁵⁸ Insbesondere die zentrale Bedingung einer atomistischen Anbieterstruktur in diesem Modell wird nicht erfüllt. Zurzeit liegt keine Studie vor, die die Aussage, dass das Modell der vollständigen Konkurrenz keine Anwendung im Krankenhaussektor findet, falsifiziert.

Außerdem wird die Kernaussage, dass die Krankenhäuser zu einer Qualität tendieren, die eine Auslastung laut Plan herbeiführt, nicht durch die theoretische Unterstellung einer Situation der vollständigen Konkurrenz berührt. In diesem Fall kann letztendlich eine kollektive Qualitätsvariation angenommen werden, die zum gleichen Ergebnis führt. Bei einem kollektiven Qualitätsniveau sind folglich Ungleichgewichte, wie bei den Krankenhäusern 1, 2 und 3 des Beispiels dargestellt, in globaler Sicht wahrscheinlich.⁵⁹

3.4 Probleme eingeschränkter Variationsmöglichkeiten der Qualität

Bislang sind noch nicht die Möglichkeiten beschrieben worden, die Krankenhäuser unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen besitzen, um die Qualität überhaupt variieren zu

⁵⁷ Beim gewählten Beispiel handelt es sich um ein Oligopol.

⁵⁸ Die Marktform der vollständigen Konkurrenz kommt in der Realität bestenfalls bei Gütern vor, die an Börsen gehandelt werden können. Vgl. SCHUMANN, J., MEYER, U., STRÖBELE, W. (1999), S. 23.

⁵⁹ Aufgrund von Unterschieden in der Kostenstruktur, in der Kapazität usw. in den einzelnen Häusern wäre eine Planauslastung über alle Anbieter Zufall.

können. Dies ist zwingend erforderlich, wenn Aussagen zum Vorliegen von qualitativer Ineffizienz gemacht werden sollen. Zunächst ist folgender Umstand zu berücksichtigen: Eine Veränderung der Qualität wird nur erfolgen, wenn die Kosten entweder gleichzeitig konstant bleiben oder im Rahmen der erlaubten, vom Gesetzgeber bestimmten Steigerungsraten zunehmen. Die Krankenhäuser haben in einer Situation, in der kein Defizit anfällt, kein Interesse daran die Kosten zu senken, sondern werden im Gegenteil ihre Kosten mit den zulässigen Steigerungsraten anheben.⁶⁰ Ein Absenken der Kosten ist deswegen einzelwirtschaftlich unsinnig, weil dann in dynamischer Sicht auch die individuellen oder einheitlichen DRG und damit das Budget sinken werden.

Hieraus ist der Schluss zu ziehen, dass die Krankenhäuser per se ein geringes Interesse an einer Spezialisierung oder Prozessinnovation haben, weil dies zu einem Absenken der Kosten führen würde. Das Hauptaugenmerk liegt vielmehr auf der Produktinnovation, d.h. auf einer vertikalen und innovatorischen Produktdifferenzierung sowie auf der Optimierung.⁶¹ Im Extremfall senken die überausgelasteten Häuser die Qualität bei gleich bleibenden oder steigenden Kosten.⁶² Eine Qualitätsvariation wird nicht patientenbezogen durchgeführt und an der Zahlungsbereitschaft ausgerichtet, sondern am Budget, das es auszuschöpfen gilt. Eine Anlehnung der Qualität an die Patientenwünsche würde höhere Patientenzahlen als geplant bewirken. Steigen gleichzeitig die Kosten, werden die Verluste im Zeitablauf pro Periode anwachsen.⁶³

Darüber hinaus werden die potenziell möglichen Qualitätssteigerungen, die Kostenerhöhungen auslösen, durch die fixierten Budgets bzw. DRG und die dazugehörigen Steigerungsraten begrenzt. Qualitätserhöhungen werden maximal bis zu dem Punkt erfolgen, bei dem der Gewinn null ist. Diese Regelungen begünstigt ein politisch gewolltes, maximal nach oben begrenztes Qualitätsniveau. Die Möglichkeit und der Anreiz Produktinnovationen einzuführen, die höhere Kosten als die zugelassenen bewirken und eventuell von Patienten gewünscht werden, sind nicht gegeben.

⁶⁰ Sinkende Kosten machen sich in Abbildung 4 durch ein Absinken der kurzfristigen Kostenkurven bemerkbar. Die Gesamtkostenkurve im ersten Quadranten der Abbildung 5 dreht bzw. verschiebt sich nach rechts hin zur Achse, an der die Behandlungsfälle abgetragen sind. Eine Spezialisierung wird im Übrigen dadurch verhindert, dass die Kapazität nicht frei gewählt werden kann.

⁶¹ In Abbildung 4 verschieben sich die kurzfristigen Kostenkurven im Zeitablauf nach oben. Die Gesamtkostenkurve im ersten Quadranten der Abbildung 5 dreht bzw. verschiebt sich nach links hin zur Kostenachse.

⁶² Diese Häuser können auch die Verweildauer wesentlich verkürzen und höhere Kosten pro Pflage tag bewirken. Die geringere Qualität führt wiederum zu einer geringeren Fallzahl.

⁶³ Der Abstand zwischen der Budgetlinie und der 45-Grad-Linie in Abbildung 5 nimmt zu.

3.5 Probleme der Länderbedarfspläne

Die Länderbedarfspläne halten zusätzlich potenziell qualitativ effiziente Anbieter vom Markteintritt fern, denn nur im Plan aufgenommene Häuser dürfen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.⁶⁴ Umgekehrt wird staatlich festgelegt, welche Häuser am Markt sind und welche Qualitäten angeboten werden. Hierbei ist noch zu berücksichtigen, dass auf diese Weise die Verteilung der angebotenen Qualität im Raum durch die Fixierung der Standorte und der Investitionen in diesen Häusern maßgeblich beeinflusst wird.⁶⁵

Eine Ausrichtung der Qualität an den Präferenzen der Kunden wird verhindert, indem die Kapazitäten der Häuser zentral durch die Länderbedarfspläne festgelegt werden. Das bedeutet, dass im hypothetischen Fall ein Krankenhaus mit der von den Patienten individuell gewünschten Qualitätsanpassung nicht in einem zweiten Schritt seine Kapazität eigenwillig erhöhen kann, sondern Verluste macht.⁶⁶

Hinzu kommt, dass insbesondere die Veränderungen der Qualität, die einer Investition bedürfen, von der Entscheidung des Landes abhängig sind. Das Krankenhaus kann aus dieser Sicht nicht unabhängig über das angebotene Qualitätsniveau entscheiden und sich an veränderte Qualitätsanforderungen krankenhausesindividuell anpassen. Die Kosten, die aus einer Veränderung der Qualität herrühren, können vom Krankenhaus nur aufgebracht werden, wenn diese über die Entgelte finanziert werden.⁶⁷

3.6 Probleme der Informationen über die Qualität

Eine qualitative Effizienz kann auch deswegen nicht erreicht werden, weil aktuell kaum aussagefähige Qualitätsinformationen für den Patienten vorliegen.⁶⁸ Das liegt daran, dass die Qualitätssicherung der *Selbstverwaltung* aus Versicherungen und Leistungsanbietern übertragen ist und Krankenhäuser nur zu einer geringen Informationsbereitstellung ver-

⁶⁴ Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn ein gesonderter Versorgungsvertrag zwischen Kasse und Krankenhaus abgeschlossen worden ist.

⁶⁵ Vgl. in diesem Sinn auch REDEKER, K. (1992), S. 114.

⁶⁶ Daraus resultiert, dass ein mit dem angebotenen Qualitätsniveau ausgelastetes Krankenhaus per se keinen Anreiz zu einer Qualitätserhöhung hat.

⁶⁷ Eine Qualitätsveränderung ist damit zwangsläufig in der dynamischen Sicht an die Veränderung der beitragsstabilen Entgelte geknüpft.

⁶⁸ Es fehlen Institutionen, die Transparenz schaffen. Vgl. SAUERLAND, D. (1999 a), S. 270 ff. und SAUERLAND, D. (1999 b), S. 3 und S. 6.

pflichtet sind, auch wenn Versuche dagegen unternommen werden.⁶⁹ Es wird im Grunde lediglich das Experiment unternommen eine Mindestqualität zu definieren und sicherzustellen. Zu diesen Sicherungsmaßnahmen ist zu zählen, dass die Anstalten z.B. ein *internes Qualitätsmanagement* einzurichten haben.⁷⁰ Ferner existieren *Leit- und Richtlinien*.⁷¹ Die Art und Weise des Qualitätsmanagements ist den Krankenhäusern allerdings individuell vorbehalten, wobei Leit- und Richtlinien nicht bindend sind.⁷² Daher werden weder qualitativ noch quantitativ geeignete Instrumente eingesetzt, um Qualitäten messen und anzeigen zu können.⁷³

Im Jahre 2003 ist eine weitere Regelung in Kraft getreten, die offenbar den Zweck verfolgt, gleichfalls die gewünschte Mindestqualität näher zu definieren und sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat nämlich eine obere und eine untere Grenzverweildauer bei jeder Behandlung fixiert.⁷⁴ Die *obere Grenzverweildauer* legt die maximale Verweildauer eines Patienten aufgrund von Durchschnittswertberechnungen aus einer Stichprobe fest. Bei einer Überschreitung ist pro Tag ein bestimmter Betrag, der sich aus einem Vomhundertsatz der Fallpauschale ergibt, von der Krankenkasse zu entrichten. Umgekehrt wird eine *Mindestverweildauer* aufgrund der Stichprobenerhebung festgeschrieben. Eine Unterschreitung zieht eine Kürzung der Fallpauschale nach sich.

Durch die Regelungen wird eine extensive Verlängerung der Liegezeiten unterbunden und insofern ein nicht gewünschtes Absenken der Qualität verhindert, wenn der zu entrichtende Krankenkassenbetrag bei Überschreitung die Kosten pro Tag nicht übersteigt. Diese erscheinen allerdings als überflüssig, denn eine starke Liegezeitverlängerung führt im DRG-

⁶⁹ Vgl. § 137 SGB V nach Art. 1 Nr. 5 FPG. Vgl. ferner die §§ 137 b und c SGB V, in denen die näheren Regelungen der Selbstverwaltung zu Arbeitsgemeinschaften und Ausschüssen festgelegt sind.

⁷⁰ Vgl. die alte Fassung des § 137 SGB V vor dem Erlass des FPG. Diese Regelung besteht weiterhin, jedoch wird diese ergänzt. Vgl. Art. 1 Nr. 5 FPG. Ansonsten gelten die Vorschriften der §§ 135, 135 a, 136 SGB V, die allgemeiner gehalten sind und insbesondere die Zuständigkeiten einzelner Institutionen näher regeln.

⁷¹ Vgl. BUNDESÄRZTEKAMMER (1998), S. 1.

⁷² Die Leit- und Richtlinien werden darüber hinaus von der Selbstverwaltung erarbeitet. Vgl. §§ 135 ff. SGB V und DALICHAU, G., GRÜNER, H. (2002), Art.1, § 2, S. 11. Über Richtlinien werden allerdings die Behandlungen insgesamt festgelegt, die mit den Kassen abgerechnet werden können. Vgl. DALICHAU, G., GRÜNER, H. (2002), Art. 1, § 2, S. 18.

In einem gewissen Umfang wird häufig eine Art Selbstverpflichtung beim Klinikpersonal zu einer guten Qualitätserstellung unterstellt. Diese ist allerdings nicht messbar. Vgl. STRATMEYER, P. (2000), S. 63. Auch § 113 Abs. 1 SGB V ändert nichts an dieser Einschätzung, denn wird ein unabhängiger Prüfer hinzugezogen, muss dieser einvernehmlich bestimmt werden.

⁷³ Vgl. STRATMEYER, P. (2000), S. 53 ff., FIENE, M., KIRCHNER, H., OLLENSCHLÄGER, G. (2001), S. 8 ff., LAUTERBACH, K., STOCK, S. (2001), S. 21 ff. und SAUERLAND, D. (2001), S. 218 ff. Es findet keine Qualitätskontrolle durch unabhängige Dritte in den Häusern statt.

⁷⁴ Vgl. §§ 6, 7 KFPV.

Zeitalter zu einem Verlust. Eine übermäßige Liegezeitverlängerung ist von daher für ein Krankenhaus ökonomisch nicht sinnvoll.

Wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisqualität einer Behandlung bei einer verfrühten Entlassung ebenfalls sinkt, verhindert die Einführung einer unteren Liegezeitbegrenzung ein Absenken der Qualität und schränkt gleichzeitig die Möglichkeit der Krankenhäuser ein, durch sinkende Kosten Gewinne zu erzielen. Somit entsteht eine Art „Korridor“ bzw. ein Richtwert bei der Behandlungsdauer, der zentral unter Mithilfe der Selbstverwaltung vorgegeben wird. Dieser zentral vorgeschriebene Richtwert ist mit den gleichen Problemen behaftet wie andere vorgestellte Aspekte der zentralen Planung. Insbesondere gilt dies in der dynamischen Sicht.

Neben den Regelungen über die Grenzverweildauer sollen ab dem Jahre 2005 vor allem drei weitere flankierende Maßnahmen greifen.⁷⁵ Erstens sind Kriterien zu entwickeln, die *Mindestanforderungen* hinsichtlich der Struktur- und Ergebnisqualität festlegen.⁷⁶ Hierzu zählen nach Vorstellungen des Gesetzgebers etwa die Art und Anzahl des Personals und dessen Qualifikation.⁷⁷ Zweitens ist ein *Mindestmengen-Katalog* anzufertigen, der letztendlich festlegen soll, welche Mindestmenge an bestimmten Leistungen in einem Krankenhaus zu erbringen ist.⁷⁸ Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Qualität der Leistungen von der erbrachten Menge abhängen kann. Drittens ist nach § 137 Nr. 6 SGB V von jedem Krankenhaus im Abstand von zwei Jahren ein *Qualitätsbericht* vorzulegen.⁷⁹ Dieser ist nach dem Gesetz von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen und damit allgemein zugänglich.

Letztendlich wird eine Beurteilung dieser Regelungen bzw. ihrer Wirkungen erst möglich sein, wenn auf Erfahrungen in der Umsetzung zurückgegriffen werden kann. Schon jetzt muss allerdings bezweifelt werden, ob es aufgrund des Qualitätsberichtes aus Patientensicht erreichbar sein wird, eine Entscheidung für das Krankenhaus mit der gewünschten Qualität zu fällen. Dies hängt maßgeblich davon ab, welche Informationen in qualitativer und quantitativer Hinsicht veröffentlicht werden. Es ist eher anzunehmen, dass ein geringer Aussagegehalt bzw. ein geringer, für den Patienten verwertbarer Informationsgehalt zu erwarten ist. Dafür spricht auch die Tatsache, dass die Strafen bei Zuwiderhandlungen der

⁷⁵ Vgl. BMG (2002 b), S. 5 f. und 12 f. sowie SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2001), S. 28 f.

⁷⁶ Vgl. § 137 Nr. 2 SGB V.

⁷⁷ Vgl. BMG (2002 b), S. 6.

⁷⁸ Vgl. § 137 Nr. 3 SGB V.

⁷⁹ Der Bericht ist erstmalig im Jahre 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen.

Krankenhäuser gegen diese Regelungen nicht klar definiert sind. In § 137 Nr. 5 SGB V sind zwar Vergütungsabschläge vorgesehen, jedoch bleibt deren Höhe offen.

Darüber hinaus ist die Möglichkeit, freiwillig Informationen zur Verfügung zu stellen, eingeschränkt, weil Krankenanstalten z.B. nur in begrenztem Maße werben dürfen.⁸⁰ Der Patient hat damit in der Realität Schwierigkeiten, das Krankenhaus mit der gewünschten Qualität auszumachen und seine Präferenzen durch Wahlentscheidungen anzuzeigen.⁸¹ Vielfach wird ausschließlich nach dem mehr oder weniger begründeten Ruf eines Krankenhauses entschieden.⁸²

Jedoch können nicht nur Informationsdefizite über die Qualität in quantitativer, sondern auch in qualitativer Hinsicht unterstellt werden. Exemplarisch wird die Regelung des § 73 Abs. 4 SGB V vorgestellt. Hiernach sind bei einer Verordnung einer vollstationären Behandlung die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser anzugeben, die eine entsprechende Behandlung anbieten. Das bedeutet, dass ein niedergelassener Arzt seine Empfehlungen von der geringsten Distanz zum Behandlungsort abhängig machen muss bzw. per Gesetz sollte. Die Empfehlung lässt daher prinzipiell für den Patienten keinen Rückschluss auf die angebotene Qualität der Krankenhausdienstleistung zu, wie zunächst intuitiv zu vermuten ist, und ist unabhängig von der Bereitschaft der Patienten zur Übernahme von Raumüberwindungskosten, um ein Krankenhaus mit einer höheren Qualität aufzusuchen.⁸³

3.7 Probleme hinsichtlich der Preise

Hinzu tritt das Problem, dass der Preis keinerlei *Signalfunktion* hat.⁸⁴ Die Qualitäten von Leistungen werden generell nicht über das System der DRG und somit nicht über die Fallpauschalen erfasst.⁸⁵ Der Preis, sei er krankenhausesindividuell oder einheitlich, lässt keine Rückschlüsse auf die Qualität der Leistung zu, da die DRG an den Kosten ausgerichtet

⁸⁰ Vgl. § 27 insbesondere Abs. 3 und Abs. 4 und § 28 MBO und die Regelungen in § 12 Abs. 2 HWG. Vgl. zu den Werbemöglichkeiten generell z.B. BARTH, D. (1999).

⁸¹ Diese Aussage hat auch vor dem Hintergrund der von einer Expertengruppe erarbeiteten *Patientencharta* Bestand, denn diese enthält lediglich allgemeine Empfehlungen für den Patienten. Vgl. BMJ (2002), S. 1 ff.

⁸² Vgl. HELMIG, B., MOOG, R., TSCHULIN, D. (1997), S. 7 ff.

⁸³ Darüber hinaus ist es als äußerst problematisch anzusehen, dass der Gesetzgeber über den § 39 Abs. 2 SGB V versucht, den Patienten an die Empfehlungen des Arztes zu binden. Bei einem Verstoß gegen die Empfehlungen droht nach diesem Paragraphen eine Kostenbeteiligung. Hierdurch werden die Möglichkeiten einer Orientierung des Patienten an der gewünschten Qualität ebenfalls deutlich verringert. Zur Bedeutung von Raumüberwindungskosten als Indikator für die Qualität von Krankenhausdienstleistungen vgl. die Studie von KESSLER, D. (2004).

⁸⁴ Vgl. NEUBAUER, G. (2000), S. 165.

⁸⁵ Die Höhe der Fallpauschale besitzt keine Signalwirkung über die Qualität.

werden.⁸⁶ Die DRG erhält das Krankenhaus unabhängig von der Qualität der angebotenen Leistung. In der zweiten Phase der Umstellung auf das neue Fallpauschalensystem werden darüber hinaus die Fallpauschalenwerte landesweit festgelegt. Dies kann als Versuch interpretiert und gewertet werden, ein landeseinheitliches, politisch gewolltes, zentral festgelegtes Qualitätsniveau über die Entgelte zu definieren. Der Gesetzgeber würde sich damit weiter vom industrieökonomischen Verständnis einer qualitativen Effizienz entfernen.⁸⁷

Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird erreicht, dass das theoretische, maximal erreichbare Qualitätsniveau prinzipiell landeseinheitlich nach oben begrenzt wird, denn die Höhe des Entgeltes determiniert die maximale Qualität. Insofern wird den unterschiedlichen Präferenzen und Zahlungsbereitschaften keine Rechnung getragen. Darüber hinaus hat die Aussage Bestand, dass bei einheitlichen Fallpauschalen die Krankenhäuser aus den genannten Gründen die Qualitäten anbieten, die zu einem Ausschöpfen des Budgets führen. Es ist hierbei unerheblich, ob die Budgets im betrachteten Zeitraum konstant bleiben, absinken oder zunehmen, weil stets keine Ausrichtung der Qualität an den Präferenzen des Patienten bewirkt wird.⁸⁸

4 Wirtschaftspolitische Empfehlungen

Die Ausführungen haben verdeutlicht, nach welchen Kriterien unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Krankenhäuser ihre Qualität bei definierten Behandlungen bestimmen. Die Krankenhäuser realisieren sowohl kurz- als auch langfristig ihr optimales wirtschaftliches Ergebnis, wenn ein Qualitätsniveau angeboten wird, das zu einer Auslastung führt, wie im Bedarfsplan vorgesehen. Es wird deutlich, dass dieses Qualitätsniveau zentral über die gesetzlichen Regelungen festgelegt und somit von staatlicher Seite versucht wird, dass zu konsumierende Gut vorzugeben. Die implementierten Anreize veranlassen die Krankenhäuser, das vorgesehene, anreizkompatible Qualitätsniveau anzubieten. Abweichungen hiervon sind nur nach unten zu erwarten, denn bei einem geringeren Qualitätsniveau werden die Anstalten in der beschriebenen Weise belohnt und bei einem höheren bestraft.⁸⁹ Es handelt sich damit bezüglich der angebotenen Qualität von Krankenhausdienst-

⁸⁶ Dies gilt auch in dynamischer Hinsicht.

⁸⁷ De facto können natürlich bei einem einheitlichen Fallpauschalenniveau Qualitätsunterschiede bestehen. Dies hängt z.B. von der vorgegebenen Kapazität ab.

⁸⁸ Die unterschiedliche Höhe der Budgets kann in Abbildung 5 eingetragen werden.

⁸⁹ Damit ist unerheblich, wie sich die Konkurrenzkrankenhäuser hinsichtlich der Qualität verhalten.

leistungen nicht um ein häufig von der Politik erwünschtes und beschriebenes „*race-to-the-top*“.⁹⁰

Eine volkswirtschaftlich wünschenswerte qualitative Effizienz in der industrieökonomischen Definition kann ebenfalls auf deutschen Krankenhausmärkten nicht erreicht werden, weil keine zwangsläufige Ausrichtung an der Zahlungsbereitschaft der Patienten stattfindet.⁹¹ Es wäre Zufall, wenn das vorgesehene und angebotene Niveau demjenigen entsprechen würde, das alle Patienten tatsächlich wünschen. Je nach Höhe der Entgelte und der geplanten Kapazität kann es vorkommen, dass die Qualität zu niedrig oder zu hoch ausfällt. Prinzipiell können alle Arten von qualitativer Ineffizienz auftreten. Insbesondere kann aus den genannten Gründen ein zu geringer Grad an Produktdifferenzierung angenommen werden.

Die tatsächliche Zahlungsbereitschaft, die generell die Präferenzen der Patienten widerspiegeln würde, spielt insbesondere aufgrund der Krankenvollversicherung und des einheitlichen Versicherungsniveaus keine Rolle. Daher sind die Patienten generell nicht in der Lage den Krankenhäusern anzuzeigen, welche Qualität individuell gewünscht wird. Die Patienten haben darüber hinaus Probleme, die Qualität überhaupt erkennen zu können. Die Krankenhäuser können und müssen in der Folge keine patientenorientierte Produktdifferenzierung vornehmen.

Die neuen gesetzlichen Bestimmungen bewirken zwar keine qualitative Effizienz, jedoch stellt sich im Vergleich zu den bisherigen Vorschriften eine Verbesserung ein. Zum einen wird das Mindestqualitätsniveau über die Mindestanforderungen und -mengen näher definiert sowie konkretisiert. Zum anderen steigt durch die Veröffentlichungspflicht der potenzielle Informationsgrad der Patienten. Damit wird zumindest im Ansatz die Bewertung von Kliniken und deren angebotener Qualität ermöglicht.

Um das ökonomisch wie gesellschaftlich sinnvolle Qualitätsniveau herauszufiltern, ist es notwendig, die Zahlungsbereitschaft der Patienten offenzulegen. Ansonsten kommt es zu

⁹⁰ Vgl. KUCHINKE, B. (2004), S. 172 ff.

⁹¹ Die Aussage, dass keine qualitative Effizienz erreicht wird, hat Bestand, wenn die Krankenhäuser sich nicht an das vorgeschriebene Qualitätsniveau halten und Verluste oder Gewinne realisieren. In diesem Fall erfolgt ebenfalls keine Orientierung an der Zahlungsbereitschaft.

Ineffizienzen und zu Wohlfahrtsverlusten. Hierzu sind idealerweise erstens die Instrumente der Eigenbeteiligungen und Prämienrückerstattungen in das Versicherungssystem zu implementieren.⁹² Bei den Eigenbeteiligungen ist es sinnvoll, diese nicht wie zur Zeit mengenabhängig, sondern preisabhängig zu gestalten. Ansonsten spielt der Preis der Behandlung im Kalkül der Patienten nicht die ökonomisch wünschenswerte Rolle und die Nachfrage wird nicht durch die Zahlungsbereitschaft für die Dienstleistung bestimmt.⁹³

Zweitens ist es zwingend erforderlich, dass die Signalfunktion des Preises auf Krankenhausmärkten installiert wird. Das bedeutet, dass die einheitlichen DRG genauso abzulehnen sind wie starre Budgets mit einer Mehr- und Mindererlösausgleichsregelung.⁹⁴ Krankenhäusern muss die Gelegenheit gegeben werden sich durch alternative Preise am Markt profilieren zu können. Dies schließt natürlich mit ein, dass bei einem schlechten Preis-Leistungs-Verhältnis eine Sanktionierung durch die Patienten erfolgt. Hierdurch kommt es zu einem *payer-driven-competition*, der die staatlichen Planungen ersetzt, und zu einer qualitativen Effizienz führt.⁹⁵

⁹² Zuzahlungen werden auch als *Effektivpreis* bezeichnet. Zu diesem Begriff und den Wirkungen vgl. z.B. BREYER, F. (1984), S. 12, FOLLAND, S., GOODMAN, A., STANO, M. (2001), S. 173 und BREYER, F., ZWEIFEL, P., KIFMANN, M. (2005), S. 221 f. u. S. 225.

⁹³ Parallel oder aber alternativ hierzu ist es denkbar, dass durch ein *selektives Kontrahieren* von Krankenkassen mit Leistungsanbietern die Aufdeckung der Zahlungsbereitschaften erfolgt. Diese ist allerdings als indirekt zu bezeichnen, denn die Patienten würden sich dann über die Wahl der Versicherung für bestimmte Anbieter und damit für ein bestimmtes Preis-Leistungs-Verhältnis entscheiden. Vgl. KUCHINKE, B. (2004), S. 199 u. 210.

⁹⁴ Diese stellen im Grunde *staatliche administrierte (Kosten-)Festpreise* dar. Vgl. BREYER, F. (1992), S. 103.

⁹⁵ Zu diesem Begriff vgl. auch CHILINGERIAN, J., SHERMAN, H. (1987), S. 283 ff., ROBINSON, J., LUFT, H. (1987), S. 3241 ff. und DRANOVE, D., SHANLEY, M., WHITE, W. (1993), S. 181 ff.

Literaturverzeichnis

- ANDERSEN, HANFRIED H. und JOHANNES SCHWARZE (2000): Innovative Versorgung im Qualitätswettbewerb: Welche Präferenzen haben die Versicherten der GKV?, in: Sozialer Fortschritt, 49. Jg., Nr. 2-3, S. 48-56.
- BARTH, DIETER (1999): Mediziner-Marketing. Vom Werbeverbot zur Patienteninformation, Berlin u.a.
- BREYER, FRIEDRICH (1984): Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen: Eine empirische Analyse von Daten aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin u.a.
- BREYER, FRIEDRICH (1992): Preisbildung und Vergütung im stationären Sektor, in: Andersen, Hanfried H., Klaus-Dirk Henke und Johann-Matthias von der Schulenburg (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1, Berlin, S. 83-110.
- BREYER, FRIEDRICH, PETER ZWEIFEL und MATHIAS KIFMANN (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin u.a.
- BUNDESÄRZTEKAMMER (1998): Zur Frage der Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen, abgerufen im Internet (19.11.2002) unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/90Verbindlich.html>, Köln.
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ (BMJ, 2002): Bundesjustizministerin Däubler-Gmelin zur Übergabe der Patientencharta: Wer seine Rechte als Patient kennt, kann sie auch nutzen, mit Anlage Patientencharta, abgerufen im Internet (19.11.2002) unter: <http://www.bmj.bund.de/ger/service/pressemitteilungen/10000616/?sid=6ca610bd7f1a8adab8e2adf6e1506bb0>, Berlin.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (BMG, 2000, Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, abgerufen im Internet (5.4.2001) unter: <http://www.bmggesundheit.de/themen/gkv/taschenbuch/start.htm>, Bonn.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG, 2002 a, Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG, 2002 b): Informationen zum Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG), abgerufen im Internet (13.9.2002) unter: <http://www.bmggesundheit.de/bmg-frames/index.htm>, Bonn.
- CHILINGERIAN, JON A. und H. DAVID SHERMAN (1987): For-Profit vs. Non-Profit Hospitals: The Effect of the Profit Motive on the Management of Operations, in: Financial Accountability and Management, Nr. 3, S. 283-303.

- DALICHAU, GERHARD und HANS GRÜNER (2002): Gesundheitsstrukturgesetz. Kommentar zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung mit Rechtssammlung, Loseblattsammlung in zwei Bänden, Stand Juli 2002, Starnberg.
- DEUTSCHE BUNDESREGIERUNG (2002): Leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen, abgerufen im Internet (12.2.2004) unter:
<http://www.bundesregierung.de/artikel-,413.53613/Leistungsgerechte-Verguetung-d.htm>, Berlin.
- DONABEDIAN, AVEDIS (1966): Evaluating the Quality of Medical Care, in: *Milbank Memorial Quarterly Fund*, Vol. 44, Part II, S. 166-203.
- DONABEDIAN, AVEDIS (1980): Explorations in Quality assessment and monitoring, Vol. I, The Definition of Quality and approaches to its assessment, Michigan.
- DRANOVE, DAVID, MARK SHANLEY und WILLIAM D. WHITE (1993): Price and Concentration in Hospital Markets: The Switch from Patient-Driven to Payer-Driven Competition, in: *The Journal of Law and Economics*, Vol. 36, No. 1, S. 179-204.
- EISEN, ROLAND und HELMUT BRAUN (1992): Die Ausbreitung einer neuen Medizintechnologie. Das Beispiel der Nierenzertrümmerung (ESWL) in der (alten) Bundesrepublik Deutschland, in: Oberender, Peter (Hrsg.): *Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge*, Bd. 14, Baden-Baden, S. 135-156.
- FIENE, MICHAEL, HANNA KIRCHNER und GÜNTER OLLENSCHLÄGER (2001): Probleme bei der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien, in: Gerlinger, Thomas u.a. (Hrsg.): *Jahrbuch für kritische Medizin: Leitlinien*, Bd. 35, Hamburg, S. 8-18.
- FLICK, FRIEDRICH KARL (1966): *Der Qualitätswettbewerb im marktwirtschaftlichen System*, Wiesbaden.
- FOLLAND, SHERMAN, ALLEN C. GOODMAN und MIRO STANO (2001): *The Economics of Health and Health Care*, 3. ed., New Jersey.
- FRANTZ, ROGER S. (1997): *X-Efficiency: Theory, Evidence and Applications*, 2. ed., Norwell, Massachusetts.
- FRANZ, WOLFGANG (2000): Wirtschaftspolitische Beratung: Reminiszenzen und Reflexionen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 1. Jg., Heft 1, S. 53-71.
- HELMIG, BERND, RALPH MOOG und DIETER K. TSCHULIN (1997): *Determinanten der Krankenhaus-Wahl*, Freiburg.
- KALLFASS, HERMANN H. (1990): *Großunternehmen und Effizienz*, Göttingen.

- KESSLER, DANIEL P. (2004): Can Ranking Hospitals on the Basis of Patients' Travel Distances Improve Quality of Care?, FTC Working Paper 273, abgerufen im Internet (12.2.2004) unter: <http://www.ftc.gov/be/workpapers/wp273.pdf>, Washington.
- KRUSE, JÖRN (1985): Ökonomie der Monopolregulierung, Göttingen.
- KUCHINKE, BJÖRN A. (2004): Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland - eine industrieökonomische Untersuchung, Gesundheitsökonomische Beiträge, Nr. 43, Baden-Baden.
- LAUTERBACH, KARL W. und STEPHANIE STOCK (2001): Zwei Dogmen der Gesundheitspolitik - Unbeherrschbare Kostensteigerungen durch Innovation und demographischen Wandel? Gutachten für den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung Bonn, abgerufen im Internet (19.2.2002) unter: http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/Gutachten_Prof_Lauterbach_Gesundheitssystemanalyse.pdf, Köln.
- LEIBENSTEIN, HARVEY (1966): Allocative Efficiency vs. X-Efficiency, in: American Economic Review, Vol. LVI, No. 3, S. 392-415.
- NEUBAUER, GÜNTER (2000): Anforderungen an ein leistungsorientiertes Krankenhausesgeltsystem, in: das Krankenhaus, 92. Jg., Nr. 3, S. 163-167.
- RAU-BREDOW, HANS (1992): Zur theoretischen Fundierung der Institutionenökonomie, München.
- REDEKER, KONRAD (1992): Krankenhäuser im Wettbewerb, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9. Jg., Nr. 2, S. 113-116.
- ROBINSON, JAMES C. und HAROLD S. LUFT (1987): Competition and the Cost of Hospital Care, 1972 to 1982, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 23, S. 3241-3245.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (SVKaiG, 2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, abgerufen im Internet (10.12.2002) unter: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>, Berlin.
- SAUERLAND, DIRK (1999 a): Zur Notwendigkeit einer anreizorientierten Gesundheitspolitik, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 48. Jg., Nr. 3, S. 265-294.
- SAUERLAND, DIRK (1999 b): Gesundheitspolitik durch staatlich gesetzte Fehlanreize?, Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge Münster, Nr. 298, Münster.
- SAUERLAND, DIRK (2001): Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 2. Jg., Nr. 2, S. 265-294.

- SCHMIDT, ULLA (2004): Gesundheit "made in Germany", abgerufen im Internet (12.2.2004) unter: http://www.die-gesundheitsreform.de/presse/reden/04-06-02_namensbeitrag_schmidt_ftd.html, Bonn.
- SCHUMANN, JOCHEN, ULRICH MEYER und WOLFGANG STRÖBELE (1999): Grundzüge der mikroökonomischen Theorie, 7. Aufl., Berlin u.a.
- SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2001): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG), abgerufen im Internet (23.9.2002) unter: http://www.dkgev.de/1_pub.htm, Düsseldorf.
- STRATMEYER, PETER (2000): Die Mythen von der Krankenhausqualitätssicherung, in: Gerlinger, Thomas (Hrsg.): Jahrbuch für Kritische Medizin: Kostendruck im Krankenhaus, Bd. 33, Hamburg, S. 53-71.
- TIROLE, JEAN (1993): The Theory of Industrial Organisation, 6. ed., Cambridge.
- TUSCHEN, KARL HEINZ und THOMAS BRAUN (2003): Erlösausgleiche nach dem KHEntG - aus der Sicht des Gesetzgebers, in: das Krankenhaus, 95. Jg., Nr. 10, S. 774-779.
- VERHEES, HANS GÜNTER (2000): Qualitätsmanagement im Krankenhaus, in: Wille, Eberhard und Manfred Albring (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt am Main u.a., S. 69-77.
- ZWEIFEL, PETER und Harry Telser (2000): Rationierung oder Selbstbindung im Gesundheitswesen?, in: Neue Zürcher Zeitung vom 29.01.2000, 57. Jg., abgerufen im Internet (21.04.2001) unter: <http://www soi.unizh.ch/staff/telser/nzz000129.html>, Zürich.

Gesetzestexte und Verordnungen

- GESETZ ÜBER DIE ENTGELTE FÜR VOLL- UND TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSLEISTUNGEN (KRANKENHAUSENTGELTGESETZ - KHEntG, Art. 5 des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002 (BGBl. I, S. 1412 ff.).
- GESETZ ÜBER DIE WERBUNG AUF DEM GEBIETE DES HEILWESENS (HEILMITTELWERBEGESETZ - HWG) in der Fassung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I, S. 3068 ff), zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes zur Reform des Markenrechts und zur Umsetzung der Ersten Richtlinie 89/104/EWG des Rates vom 21.12.1988 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Marken (Markenrechtsreformgesetz) vom 25.10.1994 (BGBl. I, S. 3082 ff.).

GESETZ ZUR WIRTSCHAFTLICHEN SICHERUNG DER KRANKENHÄUSER UND ZUR REGELUNG DER KRANKENHAUSPFLEGESÄTZE (KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ - KHG) in der Fassung vom 10.4.1991 (BGBl. I, S. 886 ff.), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002 (BGBl. I, S. 1412 ff.).

MUSTERBERUFSORDNUNG (MBO) in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch die Beschlüsse des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock, abgerufen im Internet (19.11.2002) unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/Mbopdf.pdf>, Köln.

SOZIALGESETZBUCH: FÜNFTES BUCH (GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG - SGB V) vom 20.12.1988 (BGBl. I, S. 2477 ff.), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen und zur Änderung anderer Gesetze vom 27.4.2002 (BGBl. I, S. 14671 ff.).

VERORDNUNG ZUM FALLPAUSCHALENSYSTEM FÜR KRANKENHÄUSER (KFPV) vom 19.9.2002 (BGBl. I, S. 3674 ff.).

VERORDNUNG ZUR REGELUNG DER KRANKENHAUSPFLEGESÄTZE (BUNDESPFLEGESATZVERORDNUNG - BPfIV) vom 26.9.1994 (BGBl. I, S. 2750 ff.), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002 (BGBl. I, S. 1412 ff.).

**Diskussionspapiere aus dem Institut für Volkswirtschaftslehre
der Technischen Universität Ilmenau**

- Nr. 15 *Kallfass, Hermann H.:* Vertikale Verträge und die europäische Wettbewerbspolitik, Oktober 1998. In veränderter Fassung erschienen als: „Vertikale Verträge in der Wettbewerbspolitik der EU“, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 49. Jg., 1999, S. 225-244.
- Nr. 16 *Steinrücken, Torsten:* Wirtschaftspolitik für offene Kommunikationssysteme - Eine ökonomische Analyse am Beispiel des Internet, März 1999.
- Nr. 17 *Kallfass, Hermann H.:* Strukturwandel im staatlichen Einfluss, April 1999.
- Nr. 18 *Czygan, Marco:* Wohin kann Wettbewerb im Hörfunk führen? Industrieökonomische Analyse des Hörfunksystems der USA und Vergleich mit Deutschland, Dezember 1999.
- Nr. 19 *Kuchinke, Björn:* Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung, September 2000.
- Nr. 20 *Steinrücken, Torsten:* Der Markt für „politische Zitronen“, Februar 2001.
- Nr. 21 *Kuchinke, Björn A.:* Fallpauschalen als zentrales Finanzierungselement für deutsche Krankenhäuser: Eine Beurteilung aus gesundheitsökonomischer Sicht, Februar 2001.
- Nr. 22 *Kallfass, Hermann H.:* Zahlungsunfähige Unternehmen mit irreversiblen Kosten, ihre Fortführungs- und Liquidationswerte, März 2001.
- Nr. 23 *Kallfass, Hermann H.:* Beihilfenkontrolle bei Restrukturierungen und Privatisierungen, April 2001.
- Nr. 24 *Bielig, Andreas:* Property Rights und juristischer Eigentumsbegriff. Leben Ökonomen und Juristen in unterschiedlichen Welten?, Juni 2001.
- Nr. 25 *Sichelstiel, Gerhard:* Theoretische Ansätze zur Erklärung von Ähnlichkeit und Unähnlichkeit in Partnerschaften, Juni 2001.
- Nr. 26 *Bielig, Andreas:* Der „Markt für Naturschutzdienstleistungen“. Vertragsnaturschutz auf dem Prüfstand, Juli 2001.
- Nr. 27 *Bielig, Andreas:* Netzeffekte und soziale Gruppenbildung, Januar 2002.

- Nr. 28 *Kuchinke, Björn A.; Schubert, Jens M.:* Europarechtswidrige Beihilfen für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland, April 2002. In veränderten Fassungen erschienen als: Beihilfen und Krankenhäuser, in: *Wirtschaft und Wettbewerb*, 52. Jg., Juli/August 2002, S. 710-719, Defizitausgleich öffentlicher Krankenhäuser aus öffentlichen Kassen: Verstoß gegen europäisches Recht?, in: *führen und wirtschaften im Krankenhaus*, 19. Jg., Nr. 5, S. 524-530.
- Nr. 29 *Bielig, Andreas:* Messung von Nachhaltigkeit durch Nachhaltigkeitsindikatoren, Februar 2003.
- Nr. 30 *Steinrücken, Torsten:* Die Legitimation staatlicher Aktivität durch vertragstheoretische Argumente: Anmerkungen zur Kritik an der Theorie des Gesellschaftsvertrages, März 2003.
- Nr. 31 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Heterogene Standortqualitäten und Signalstrategien: Ansiedlungsprämien, Werbung und kommunale Leuchtturmpolitik, April 2003.
- Nr. 32 *Steinrücken, Torsten:* Funktioniert ‚fairer‘ Handel? Ökonomische Überlegungen zum alternativen Handel mit Kaffee, Juli 2003.
- Nr. 33 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Die Wiederentdeckung der Zweitwohnsitzsteuer durch die Kommunen - zu Wirkungen und Legitimation aus ökonomischer Sicht, September 2003.
- Nr. 34 *Rissiek, Jörg; Kressel, Joachim:* New Purchasing & Supply Chain Strategies in the Maintenance, Repair and Overhaul Industry for Commercial Aircraft, September 2003.
- Nr. 35 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Europäische Beihilfekontrolle und Public Utilities - Eine Analyse am Beispiel öffentlicher Vorleistungen für den Luftverkehr, Dezember 2003.
- Nr. 36 *Voigt, Eva; GET UP:* Gründungsbereitschaft und Gründungsqualifizierung - Ergebnisse der Studentenbefragung an der TU Ilmenau, April 2004.
- Nr. 37 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Levelling the playing field durch staatliche Beihilfen bei differierender Unternehmensmobilität, Mai 2004.
- Nr. 38 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian:* Sekundärwirkungen von Unternehmensansiedlungen - Eine Beurteilung staatlicher Aktivität beim Auftreten paretorelevanter Nettoexternalitäten, Juni 2004.
- Nr. 39 *Kallfaß, Hermann H.:* Wettbewerb auf Märkten für Krankenhausdienstleistungen - eine kritische Bestandsaufnahme, Juni 2004.
- Nr. 40 *Engelmann, Sabine:* Internationale Transfers und wohlfahrtsminderndes Wachstum, September 2004.

- Nr. 41 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian: Zum Einfluss von Ausländern auf die Wirtschaftsleistung von Standorten - Ist Zuwanderung ein Weg aus der ost-deutschen Lethargie?, Oktober 2004.*
- Nr. 42 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian: Wer ist wirklich reich? - Zu Problemen der Wohlfahrtsmessung durch das Bruttoinlandsprodukt, April 2005.*
- Nr. 43 *Steinrücken, Torsten; Jaenichen, Sebastian: Wo bleiben die Subventionssteuern? - Probleme des Beihilfenrechts und ein alternatives Regulierungskonzept, Mai 2005.*
- Nr. 44 *Jaenichen, Sebastian; Steinrücken, Torsten; Schneider, Lutz: Zu den ökonomischen Wirkungen gesetzlicher Feiertage - Eine Diskussion unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitszeitpolitik, Juni 2005.*
- Nr. 45 *Kuchinke, Björn A.: Qualitätswettbewerb zwischen deutschen Akutkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung von DRG und Budgets, Juni 2005.*
- Nr. 46 *Kuchinke, Björn A; Walterscheid, Heike: Wo steht der Osten? Eine ökonomische Analyse anhand von Wohlfahrts- und Happinessindikatoren, Juni 2005.*