

Gäfgen, Gérard

**Working Paper**

## Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen

Diskussionsbeiträge - Serie A, No. 129

**Provided in Cooperation with:**

Department of Economics, University of Konstanz

*Suggested Citation:* Gäfgen, Gérard (1979) : Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen, Diskussionsbeiträge - Serie A, No. 129, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/78123>

**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.*

FAKULTÄT FÜR  
WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN UND STATISTIK  
UNIVERSITÄT KONSTANZ

---

DIE ALLOKATIONSWIRKUNGEN  
VERSCHIEDENER EIGENTUMSRECHTE  
IM KRANKENHAUSWESEN

Gérard Gäfgen

Serie A - Nr. 129

DISKUSSIONSBEITRÄGE

D-7750 Konstanz  
Postfach 7733

Serie A  
Volkswirtschaftliche Beiträge  
Nr. 129

DIE ALLOKATIONSWIRKUNGEN  
VERSCHIEDENER EIGENTUMSRECHTE  
IM KRANKENHAUSWESEN

Gérard Gäfgen

Serie A - Nr. 129

Ag 6631 79  
Wirtschaft  
Kiel

Oktober 1979

C. 91428

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite:</u>
I. Bedeutung und Methode der Analyse von Eigentumsrechten im Krankenhaus	1
1. Kennzeichnung der Methoden	1
2. Maßstäbe für die Beschreibung von Allokationseffekten	6
II. Regelungen und Entscheidungssubjekte in der Organisations des Krankenhauses	10
1. Besonderheiten des Leistungsprozesses im Krankenhaus und ihre organisatorischen Konsequenzen	10
2. Der Krankenhausträger und sein Aufsichtsorgan	12
3. Lage und Ziele des Verwaltungsleiters	17
4. Einfluß und Interessen der leitenden Ärzte	20
III. Umgebungsfaktoren für die Entscheidungen im Krankenhaus: Märkte und auferlegte Regulierungen	24
1. Der Markt für Krankenhausleistungen	24
2. Der Einfluß des Erstattungssystems	27
3. Die Art der Preisstellung und ihre vertragliche und gesetzliche Regelung	29
4. Die Stellung des Krankenhauses auf dem Markt für ärztliche und sonstige Führungskräfte und gegenüber potentiellen Konkurrenten	32

IV. Hypothesen über Besonderheiten des Allokationsprozesses in verschiedenen Krankenhaustypen	35
1. Die private Krankenanstalt	35
2. Das öffentliche Krankenhaus mit festbesoldeter Leitung	45
3. Das Versicherungs Krankenhaus	52
a) Das NHS-Krankenhaus	52
b) Das Vertragskrankenhaus	54
4. Das gemeinnützige Belegartzkrankenhaus	55
5. Das gemeinnützige deutsche Chefarztkrankenhaus	59
a) Eigentumsrechte und Verhalten des Chefarztes	59
b) Die Mitarbeiterbeteiligung	63
c) Die Übertragung der Eigentumsrechte des Chefarztes auf das Ärztekollektiv: Das Beispiel des Honorarpools	65
Fußnoten	69

# Die Allokationswirkungen verschiedener Eigentumsrechte im Krankenhauswesen

---

## I. Bedeutung und Methode der Analyse von Eigentumsrechten im Krankenhaus.

### 1. Kennzeichnung der Methoden.

Seit etwa zwei Jahrzehnten haben ebenso auffällige wie unerwünschte Entwicklungen im Krankenhauswesen zu mancherlei Untersuchungen und Eingriffen Anlaß gegeben. Viele Untersuchungen haben sich aber als wenig aufschlußreich erwiesen, da sie keine rechten Ansatzpunkte für geeignete Maßnahmen boten, ja die meisten Maßnahmen entbehrten einer theoretischen Fundierung und trugen nicht viel dazu bei, die unerwünschten Entwicklungen, wie den enormen Anstieg der Krankenhauskosten, die übermäßige Expansion der Krankenhäuser in manchen Ländern, die im Vergleich zur Nutzung übermäßige apparative Ausstattung, die schwer zu rechtfertigende Erhöhung des Einkommens der Krankenhausärzte u.dgl. mehr, aufzuhalten oder gar rückgängig zu machen. Typische Maßnahmen dieser Art, wie sie oft vorgeschlagen wurden, sind etwa der verstärkte Einsatz von Management-Techniken, die sich bei kommerziellen Unternehmungen bewährt haben, vor allem solche im Bereich des Rechnungswesens bis hin zum Betriebsvergleich. Dabei wird einfach vorausgesetzt, daß d a s Management auch von den verbesserten Informations- oder Kontrollmöglichkeiten auch den rechten Gebrauch machen kann. In Wirklichkeit ist hier nicht einmal die Vorfrage, ob denn Krankenhausverwaltungen hierzu hinreichend motiviert sind und ob sie sich mit ihren Anweisungen auch durchsetzen können, genügend abgeklärt. Allenfalls werden ergänzende Umorganisationen, vor allem in Richtung auf eine Entscheidungsbeteiligung verschiedener Gruppen im Krankenhaus, vorgeschlagen<sup>1)</sup>. Diese und andere organisato-

rische Vorschläge gehen aber von sehr einfachen Vorstellungen über die Wirkung einer Organisationsumgebung auf das Verhalten der Beteiligten aus. Bei Vorschlägen zur Gestaltung der stationären Versorgung im Rahmen des Gesundheitssystems wird sogar oft vorausgesetzt, daß ein bestimmter Betriebstyp auch bestimmte Wirkungen auf Leistungsprozesse und deren Wirtschaftlichkeit haben müsse; dies soll durch die typischen Grundanliegen eines solchen Typus - "Sinn" in der Sprache von Gerhard Weisser<sup>2)</sup> - bereits gewährleistet sein oder durch eine auferlegte Bindung, die von übergeordneten Stellen kontrolliert wird, zustande kommen<sup>3)</sup>. Auch Praktiker, die die Trägerschaft von Krankenhäusern vertreten, gehen zumeist davon aus, daß vorgegebene Betriebszwecke des Krankenhauses auch umgesetzt werden oder diese Umsetzung bei Auftreten neuer Situationen nur einiger ergänzender Maßnahmen bedarf. Erfahrungen in anderen Wirtschaftsbereichen sollten hier zur Vorsicht mahnen; beispielsweise haben die zahlreichen amerikanischen Untersuchungen zu sogenannten regulierten Industrien gezeigt, daß auferlegte Bindungen sehr komplexe und nicht beabsichtigte Wirkungen nach sich ziehen<sup>4)</sup>.

Demnach bedarf eine Politik der Einführung bestimmter Betriebstypen überhaupt erst eines verhaltenstheoretischen Fundaments, welches bisher noch nicht existiert. Die ökonomische Theorie der Einzelwirtschaften in ihrer herkömmlichen Form genügt hier nicht, und zwar nicht nur, weil sie vorwiegend auf gewinnorientierte Betriebe abstellt, sondern auch, weil sie sich der gleichen Fiktion wie die Betriebstypenpolitik bedient: daß sich ein ganzer Betrieb als solcher so verhalte, als ob er bestimmte Betriebsziele verfolgen, so daß aus diesen Zielen und der jeweiligen Situation ein Betriebsverhalten abgeleitet werden kann. Diese organisatorische Auffassung vom Betrieb ist von der ökonomischen Theorie auch auf die Analyse des Krankenhausverhaltens übertragen worden, immerhin unter Annahme von ganz anderen Zielen als denen der kommerziellen Unternehmung. Diesen Modellen vom Krankenhaus als Organismus mit bestimmten Zielen wie Pflegequalität, möglichst große Leistungsmenge, Gewinnerzielung für nicht-kommerzielle Zwecke kann man mit Philip Jacobs<sup>5)</sup> diejenigen Modelle gegenüberstellen,

die das Verhalten der am Krankenhaus beteiligten Individuen unter der Annahme untersuchen, daß diese das Krankenhaus als eine Umgebung auffassen, mit deren Hilfe und unter deren Zwängen sie ihre eigenen individuellen - aber nicht notwendig eigensüchtigen - Ziele zu verfolgen suchen. Die im Krankenhaus (KH) ablaufenden Prozesse resultieren also aus den Verhaltensweisen von Verwaltungsangehörigen, Mitgliedern der Aufsichtsorgane, Patienten, Ärzte und Pflegepersonen - eine Betrachtungsweise, die man als die eines methodologischen Individualismus kennzeichnen kann.

Damit ist bereits ein wichtiges Merkmal derjenigen Methode genannt, für welche sich die Bezeichnung Eigentumsrechtsanalyse eingebürgert hat. Diese Methode geht nämlich davon aus, welche Kompetenzen und Pflichten Individuen gegenüber anderen Rechtspersonen beim Umgang mit Gütern haben, also in welcher institutionellen Umgebung sie ihre Dispositionen treffen. Dies läßt sich für die verschiedensten Betriebsverfassungen, Marktverfassungen, ja ganze Wirtschaftsordnungen untersuchen. Die damit verfolgte Absicht ist gerade die, für alternative Regelungen angeben zu können, welche Konsequenzen diese - bezogen auf vorzugebende Beurteilungsmaßstäbe, z.B. Wirtschaftlichkeit - haben werden. Es wird dabei angenommen, daß die Individuen ihre jeweils besonderen und für sie typischen Ziele rational verfolgen; mangels einer wirklich allgemeingültigen psychologischen oder soziologischen Verhaltenstheorie bietet sich diese Perspektive als gangbarer Ausweg an. Formale Rationalität in diesem Sinne kann mit Maximierung einer Nutzenfunktion, welche die individuellen Ziele als Komponenten hat, gleichgesetzt werden, dies deshalb, weil Vereinfachungen, wie das Erstreben von Aspirationsniveaus (satisficing), nicht hinreichend eingegrenzte Ableitungen bestimmter Verhaltensweisen ermöglichen. Beobachtbare Veränderungen werden hierbei vorzugsweise auf Änderungen im institutionellen Rahmen und in anderen Umgebungsfaktoren zurückgeführt, um nicht willkürliche und leicht zu Tautologien führende Annahmen über Änderungen in den individuellen Zielgewichten bzw. Präferenzen machen zu müssen. Im Gegensatz zur herkömmlichen Wirtschaftstheorie müssen die Nutzenkomponenten im einzelnen spezifiziert werden, um empirisch verwendbare Ergebnisse abzuleiten. Ansonsten

aber kann die ja weit entwickelte Theorie der Optimierung unter Nebenbedingungen voll auf das individuelle Verhalten in Organisationen angewandt werden: Die die Organisation konstituierenden Regelungen wie auch das der Organisation übergeordnete Rechtssystem und die Reaktionsweisen anderer Individuen, mit denen kontrahiert werden muß, also z.B. auch Marktbedingungen, bilden die zahlreichen Restriktionen, unter denen individuelle Zielverfolgung abläuft. Zu diesen Einschränkungen gehören auch die in der Wirtschaftstheorie oft zu wenig beachteten Kosten der Definition, Überwachung und Durchsetzung von Rechten sowie Kosten der Information und der Verhandlungsführung im Zusammenhang mit den Transaktionen von Eigentumsrechten, oft zusammengefaßt unter der Bezeichnung Transaktionskosten.

Diese Besonderheit macht man sich am einfachsten klar anhand des vertrauten Paradigmas der Trennung von Eigentum und Leitung einer Unternehmung, aus dem heraus sich diese Vorgehensweise nach und nach entwickelt hat, und der Folgen dieser Trennung für die Betriebs- und Marktvorgänge in Kapitalgesellschaften. Die Anwendung auf das KH ist in dieser Hinsicht sogar besonders typisch: Der Träger des KH verzichtet in der Regel auf Ertragsrechte, er unterliegt äußeren gesetzlichen Bestimmungen und hat bei Durchsetzung der Betriebszwecke erhebliche Einschränkungen, insbesondere Transaktionskosten zu beachten. Die anderen bereits genannten am Leistungsprozeß des KH beteiligten Gruppen von Individuen haben aus ihrer Sozialisation, Professionalisierung und betrieblichen Rolle sich ergebende typische Zielsetzungen und unterliegen den Regeln der KH-Organisation, Beschränkungen in der Informationsbeschaffung und den Bedingungen von Nachfrage und Angebot (auf Märkten wie denen für Gesundheitsleistungen, für Arbeitskräfte etc.). Es bietet sich daher an, verschiedene Ausgestaltungen von Eigentumsrechten im KH in ihren Auswirkungen auf das Verhalten der Beteiligten und damit auf für wichtig erachtete Maßstäbe der betrieblichen Leistung zu untersuchen. Dazu müssen die individuellen Entscheidungsträger identifiziert und die möglichen Ausgestaltungen der regulatorischen sowie markt- und kostenmäßigen Restriktionen, denen sie unterworfen sind, beschrieben werden (unten

Abschn. II und III). Mit Hilfe des Instrumentariums der Optimierungstheorie soll dann für typische Konstellationen institutioneller Gestaltung und damit für verschiedenste Krankenhaustypen abgeleitet werden, wie die verschiedenen Regelungen den Umgang mit Ressourcen und damit die Ergebnisse des Leistungsprozesses beeinflussen (unten Abschn. IV). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann diese Aufgabe allerdings nur summarisch und vorläufig geleistet werden, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Die Zielfunktionen der Beteiligten sind recht komplex; dies gilt noch mehr für die Nebenbedingungen, welche die Umgebung beschreiben. Die Ableitung schon der Extremwertbedingungen erster Ordnung ist daher äußerst umständlich. 2. Je umfangreicher die Aufgabe der Maximierung der Nutzenfunktion unter Nebenbedingungen, umso weniger kann man damit rechnen, daß ohne willkürliche Zusatzannahmen und Vereinfachungen sich eindeutige Reaktionsweisen ableiten lassen. Auch die nach Samuelson sogenannte qualitative Analyse, d.h. die Bestimmung der Vorzeichen für die Beziehung zwischen Änderungen der Umgebungsvariablen und Änderung der individuellen Entscheidungsvariablen bzw. der Gesamtergebnisse, beinhaltet in diesem Falle ein ganzes Forschungsprogramm. 3. Erst bei vollständiger Bearbeitung im Sinne der Punkte 1. und 2. kommen Ergebnisse zustande, die sich mit empirischen Daten konfrontieren lassen und so den Erklärungswert der zugrunde liegenden Theorien dartun. 4. Die Vielfalt der relevanten institutionellen Möglichkeiten der organisatorischen Gestaltung des KH und seiner Umgebung verlangt eine Auswahl typischer Fälle, bei der sich einige Willkür und eine Beschränkung auf einige wichtige Merkmale nicht vermeiden läßt. Diese Auswahl erfolgt daher so, daß die gebildeten Idealtypen realen Fällen und vorgeschlagenen Formen des KH möglichst nahekommen.

Da in den Sozialwissenschaften eine in aller Breite anwendbare Theorie der Interaktion von Individuen mit verschiedenen Zielsetzungen nicht existiert und vielleicht grundsätzlich nicht entwickelt werden kann, sind grundsätzliche Vereinfachungen auch in dieser Hinsicht unvermeidlich. Die erste dieser Vereinfachungen, nämlich das Verhalten jeder Kategorie von Personen durch das eines typischen Repräsentanten dieser Gruppe zu ersetzen, ist nicht so

schwerwiegend, zumal sich Entscheidungsautorität im KH auch auf konkrete Personen konzentriert (Chefarzt, Verwaltungsleiter). Des weiteren müßten aber Prozesse der Konfliktaustragung, Verhandlung, gegenseitigen Beeinflussung und wechselseitiger Anpassung zwischen diesen Gruppen bzw. Personen berücksichtigt werden; Buchanan und Lindsay<sup>6)</sup> schlagen vor, hierbei vor allem die beiden Autoritätslinien der Trustees und der von ihnen beauftragten Administratoren einerseits sowie der Ärzteschaft andererseits zu berücksichtigen und die Entscheidungen als einen Austausch zwischen beiden Kategorien von Personen aufzufassen. Sie betonen aber zugleich die unterschiedlichen Gewichte dieser Beteiligten sowie das Interesse der Verwaltung an der Zufriedenheit des ärztlichen Stabes und zeigen so einen gewissen Ausweg auf: Zwar sind für die maßgeblichen repräsentativen Individuen verschiedene typische Zielfunktionen anzunehmen, jedoch kann die Berücksichtigung divergierender Ziele außerhalb der formalen Analyse so erfolgen, daß eine Person bei der Verfolgung ihrer Ziele Abstriche macht, die den Einfluß der Ziele anderer maßgeblicher Personen und die zwischen den eigenen Handlungsweisen und denen dieser anderen Personen bestehenden Interdependenzen berücksichtigen. Die einfachste Form ist die Veränderung von Zielgewichten oder die Einführung weiterer Ziele in die Zielfunktion eines Entscheidungssubjektes - am einfachsten eines solchen, welchem ohnehin ein dominierender Einfluß zugeschrieben werden kann. Diese unvermeidliche Vereinfachung ist zwar kaum auf ihre "Richtigkeit" zu überprüfen, jedoch lassen sich die mit ihrer Hilfe abgeleiteten Handlungsergebnisse auf ihre Bedeutung für die Gestaltung des KH und ihre Übereinstimmung mit auffälligen Beobachtungen überprüfen.

## 2. Maßstäbe für die Beschreibung von Allokationseffekten.

Dieser Gestaltung soll ja die Analyse letztlich dienen. Daher müssen auch die normativ für wichtig erachteten Gesichtspunkte der Beschreibung verschiedener Institutionalisierungen des KH-Wesens explizit gemacht werden. Bei den hier zu untersuchenden

Allokationseffekten handelt es sich vorwiegend um den Gesichtspunkt effizienter Leistungserstellung im KH. Dieser umfaßt die folgenden Dimensionen:

a) Effizienz der Inanspruchnahme: Werden zuviel oder zu wenig Krankenhausleistungen beansprucht? Dies ist ein Problem der richtigen Arbeitsteilung zwischen Teilen des Gesundheitssystems einschließlich der privaten Haushalte und - auf übergeordneter Stufe - der relativen gesellschaftlichen Bedeutung von Gesundheit überhaupt. Diese überbetrieblichen Gesichtspunkte werden wir im folgenden in der Regel außer acht lassen. Damit werden z.B. Überbeanspruchungen des KH im Gesamtsystem als Folge von unterschiedlichen Graden der Kostenerstattung für stationäre und ambulante Behandlung (etwa in den U.S.A.) nicht näher untersucht.

b) Allokationseffizienz im Krankenhausbetrieb: Werden die Input-Faktoren so kombiniert, daß jede Output-Einheit (vorläufig: jede Heilung eines Falles) mit den geringstmöglichen Kosten hergestellt wird? Hiergegen verstößt beispielsweise eine nicht produktiv begründete Präferenz der Entscheidungsinstanzen für bestimmte Inputs, z.B. bestimmte Apparate.

c) X-Effizienz (technische Effizienz): In Anlehnung an Leibenstein wird hier danach gefragt, ob aus der benutzten Input-Kombination auch das technisch mögliche Output-Maximum herausgeholt wird. Reibungsverluste im Faktoreinsatz oder mangelnder Leistungswille führen hier zur Verschwendung von Arbeitsstunden oder Hilfsmitteln. Praktisch ist dieser Fall oft von Fall b) schwer zu unterscheiden oder tritt mit ihm gleichzeitig auf; analytisch lassen sich beide aber auch im Falle der KH-Produktion voneinander unterscheiden, wie u.a. die bekannte Arbeit von Feldstein gezeigt hat<sup>8)</sup>.

Die Anwendung solcher Maßstäbe setzt naturgemäß voraus, daß die Output-Einheit des KH definiert ist. Angesichts der Vieltufigkeit des Prozesses der Erzeugung von Gesundheitszuständen mit Hilfe von Inputs der Gesundheitsbetriebe, darunter auch

der KH, kann für Zwecke der betrieblichen Analyse im KH nur eine Output-Einheit praktisch verwendet werden, welche mit den Kosten des Leistungsprozesses im KH in enger Beziehung steht, eigentlich aber ein Zwischenprodukt<sup>9)</sup> darstellt - und auch das von zweifelhafter Qualität: die Zahl der behandelten Fälle oder die Zahl der Pflagegetage. Es ist zwar grundsätzlich möglich, Gesundheitsniveauveränderungen als Folge von Behandlungen zu definieren, etwa als mit Wahrscheinlichkeiten gewogene Änderungen von aggregierten Funktionsniveaus<sup>10)</sup>, praktisch anwendbar sind solche Maße bisher aber nur bei der Analyse spezifischer Behandlungsmethoden von einzelnen Krankheiten. Für die Analyse von Kostenverläufen oder Input-Output-Relationen in KH muß man sich also mit den genannten Maßen niedriger Stufe zufrieden geben. Die Zahl der behandelten Fälle weist dabei eine engere Beziehung zu den Heilungs- bzw. Besserungsergebnissen auf, jedoch tragen hierzu auch ergänzende Maßnahmen der vor- und nachstationären Behandlung bei; auch ist die Mischung der Fälle, klassifiziert sowohl nach KH-Abteilungen<sup>11)</sup> wie nach Krankheiten wie schließlich nach der Schwere der Krankheiten, für verschiedene KH sehr heterogen. Ein abgeschlossener Fall von KH-Behandlung entspricht dem Produkt aus Verweildauer des Patienten und Intensität sowie Qualität der Behandlung, sofern medizintechnisch wirksam verfahren wird. Da sowohl Preise als auch Kosten leichter pro Pflagegetag formuliert werden können, wird im folgenden mehr die Output-Einheit Pflagegetag und weniger die Einheit Behandlungsfall herangezogen. Es ist dann allerdings erforderlich, zusätzlich von Behandlungsqualität (quality of care<sup>12)</sup>) sowie von der Intensität der Behandlungsschritte pro Zeiteinheit zu sprechen, da Effizienzverbesserungen bei der Produktion von Pflagegetagen natürlich nicht durch Verschlechterung der Pflegequalität (sofern diese zum Heilungserfolg beiträgt) erkauft werden dürften. Bei gegebenem Qualitätsniveau wird die Verweildauer von der Intensität der ärztlichen Maßnahmen pro Tag, die allerdings nicht beliebig steigerbar ist, beeinflusst; deswegen muß zur Beurteilung von KH-Leistungen, wenn man den Pflagegetag als Einheit wählt, als weitere Urteilsdimension die Verweildauer herangezogen werden, da sonst die Beziehung zur

eigentlichen Leistung, nämlich der Zahl der erfolgreich behandelten Fälle, fehlt. Von der Anzahl der Pflagetage hängt kurzfristig der Auslastungsgrad des KH bei gegebener Kapazität (gemessen als Bettenzahl) ab, langfristig - unter Einbeziehung von investiven Veränderungen - können mehr oder weniger Pflagetage auch eine Vergrößerung bzw. Verkleinerung des KH selbst bedeuten. Allokationswirkungen, wie sie im folgenden abgeleitet werden sollen, beziehen sich also auf die Gestaltung des Leistungsprozesses als Einsatz von Art und Menge verschiedener Inputs zur Erzeugung von Fallbehandlungen, Pflagetagen (mit zusätzlicher Berücksichtigung der Verweildauer), Pflegequalitäten und Intensität der Behandlung sowie auf die Bereitstellung und Nutzung von KH-Kapazitäten. Auf diese Weise lassen sich Tendenzen des Ressourceneinsatzes unter verschiedenen KH-Regimen einigermaßen operational beschreiben was bei Benutzung eines einheitlichen Koeffizienten aus Output- und Input-Einheiten als Effizienzmaß sicher nicht möglich wäre. Dies liegt auch im Interesse einer Auswertung empirischer Daten, die zwar im beschränkten Rahmen dieser Arbeit selbst noch nicht möglich ist, die aber grundsätzlich möglich sein sollte<sup>13)</sup>. Die abgeleiteten Tendenzen des Ressourceneinsatzes erlauben damit allerdings zumeist kein einheitliches Urteil über die Effizienz des Behandlungsprozesses in verschiedenen Typen von KH. Da Effizienz ohnehin, wie oben dargelegt, kein einheitlicher Maßstab ist und auch nicht der einzige Beurteilungsgesichtspunkt sein sollte, ist es sogar zweckmäßig, für die Beschreibung ordnungspolitischer Alternativen im Bereich des KH-Wesens einige weitere wichtige Merkmale zu benutzen. So dürfen z.B. distributive Gesichtspunkte nicht außer acht gelassen werden: Beispielsweise mag ein leistungsmäßig effizientes KH-Regime zu ungleichen Heilungschancen bzw. zu als unbillig angesehenen Behandlungsunterschieden bei gleichartigen Fällen je nach sozio-ökonomischen Merkmalen des Patienten führen; oder ein auf Einebnung der ärztlichen Einkommensunterschiede bedachtes KH mag bei der Einstellung von Ärzten eher zu diskriminierenden Praktiken neigen. Eigentlich müßte man also eine Fülle von Gesichtspunkten berücksichtigen, jedoch kann die vorliegende Studie nur von Fall zu Fall beispielhaft den einen oder anderen Effekt einer bestimmten eigentums-

rechtlichen Gestaltung des KH hervorheben und keine vollkommene vergleichende Evaluierung von KH-Typen vornehmen; geht es doch vorwiegend darum, zunächst einmal die grundsätzliche Bedeutung von Eigentumsrechten und die Fruchtbarkeit der Analyse von Eigentumsrechten in diesem Bereich darzutun. Vergleichende Analysen einzelner KH-Typen existieren bereits<sup>14)</sup>, ebenso Effizienzprüfungen ganz bestimmter Systeme<sup>15)</sup>, schließlich auch vereinfachende ökonomische Modelle des Krankenhauses<sup>16)</sup>; sie können, soweit dazu geeignet, hier mitverwertet werden, wo es darum geht, das Verhalten maßgeblicher Entscheidungsträger unter verschiedenen institutionellen Gegebenheiten zum Angelpunkt der Ableitung von Allokationseffekten zu machen.

## II. Regelungen und Entscheidungssubjekte in der Organisation des Krankenhauses.

### 1. Besonderheiten des Leistungsprozesses im Krankenhaus und ihre organisatorischen Konsequenzen.

Die Regelungen, denen das Verhalten der Entscheidungsträger im KH unterliegt, sind größtenteils eine Folge der besonderen Betriebsbedingungen des KH. Der Betriebszweck des KH ist insofern nur vage definiert, als die Benutzer des KH keine bestimmten Leistungen nachfragen, sondern nur ihre Beschwerden bzw. vorstationäre Diagnosen dem KH-Arzt als Information an die Hand geben, damit dieser die weiteren Schritte im diagnostisch-therapeutischen Gesamtprozeß festlegt - eine Folge der von Arrow<sup>17)</sup> für medizinische Leistungen allgemein als charakteristisch angesehenen Ungewißheit des Nachfragers hinsichtlich der Eignung medizinischer Leistungen für seinen Fall (zu der noch Ungewißheit über den Ausgang der Behandlung sowie vorher über das Auftreten von Krankheit überhaupt hinzutritt). Der in solchen Fällen bekannte Ausweg der Nutzung des Anbieters als "Agent" des Konsumenten durch Institutionalisierung von "Vertrauen" bedeutet für das KH, daß der KH-Arzt, auch im Namen des KH, ein Versprechen auf medizinisch indizierte Behandlung für gleich wel-

chen Verlauf des Krankheitsprozesses, also auch für jegliche auftretende Notfallsituation, abgibt. Nach diesen Gesichtspunkten gestaltet dann der Arzt den Behandlungsprozeß, während das KH die dazu notwendigen Ressourcen bereitzustellen hat. Diese Bereitstellung durch den KH-Träger bzw. dessen Beauftragte, während der ärztliche Stab dann über den Einsatz dieser Mittel verfügt, bedeutet eine besondere Art von verbundener Produktion durch zwei zu diesem Zweck vereinigte Betriebe mit jeweils eigenen Autoritätslinien - vereinfacht als "Verwaltung" und "Ärztenschaft" bezeichnet<sup>18)</sup>; denn im Gegensatz zu den in der Unternehmenstheorie zu meist angenommenen Verhältnissen unterliegt der Arzt kaum Weisungen einer als einheitliche Autoritätsquelle gedachten Krankenhausspitze. Der organisatorische Dualismus - wenn man einmal von den Versuchen absieht, das Pflegepersonal als eigenen dritten Faktor in der KH-Leitung vertreten zu lassen - führt zu den immer wieder zitierten Konflikten zwischen medizinischen Anforderungen und wirtschaftlicher Mittelbereitstellung<sup>19)</sup>, die wir hier als Verfolgung unterschiedlicher Ziele durch Ärzte und Verwaltung betrachten. Die ärztlichen Anforderungen richten sich dabei auch an andere medizinische Abteilungen mit Zuliefercharakter (z.B. Radiologie), an diagnostische und operative Einrichtungen (Sonografie, OP), die jederzeit dienstbereit sein sollten. Der Konflikt bezieht sich also nicht nur auf Menge und Qualität von Inputs schlechthin, an deren sparsamer Verwendung die Verwaltung interessiert ist, sondern auch auf die ständige Verfügbarkeit von Kapazitäten, bei der in Betrieben anderer Art zwischen den Kosten der Bildung von Warteschlangen und denen der Kapazitätsvorhaltung abgewogen wird, bei denen im KH aber der ärztliche Betriebszweig nur den ersteren Gesichtspunkt vertritt, zumal knappe Kapazitäten auch zur Konkurrenz zwischen verschiedenen Fällen bzw. deren behandelnden Ärzten um den primären Zugang zu bestimmten Einrichtungen führen können. Dies alles vollzieht sich in einer stark von ethischen Anforderungen geprägten Atmosphäre, welche die "Einzigartigkeit des Krankenhauses" unterstreicht: daß nämlich in diesem Betrieb ständig komplizierte Entscheidungen über Diagnose und Behandlung unter Ungewißheit über den Krank-

heitsverlauf und damit unter flexibler, manchmal dramatischer Anpassung an veränderte Umstände und Informationen stattfinden<sup>20</sup>). Die Ausgestaltung der Konflikte und die Mechanismen zu ihrer Lösung hängen im einzelnen von der Regelung der "Eigentumsrechte" im KH ab; so ist der dualistische Charakter des Betriebes naturgemäß da besonders ausgeprägt, wo Arzt und Krankenhaus ihre Leistungen getrennt in Rechnung stellen. Grundsätzlich wird jedoch in allen KH-Typen die Interaktion mehr oder minder oligopolistischen Typs zwischen den Beteiligten durch den Vollzug des Allokationsprozesses selbst gesteuert, indem dieser bestimmten Regelungen hinsichtlich Anweisungsbefugnissen, Zulieferpflichten, Prioritäten, Ausstattungsnormen etc. unterworfen wird - Regelungen, die teils ausdrücklich niedergelegt sind, teils als implizite Selbstverständlichkeiten gelten und sich als indirekte Zwänge für das Verhalten äußern. An diesen Besonderheiten knüpft die Organisation des KH an, die somit keine beliebigen Spielräume hat; vielmehr ergeben sich aus der hier skizzierten Natur des Leistungsprozesses bereits Beschränkungen, denen das Verhalten der Einzelnen im Umgang mit den Ressourcen des KH unterliegt und die daher im folgenden zu beachten sind.

## 2. Der Krankenhausträger und sein Aufsichtsorgan.

Als handelnde Subjekte, welche die Allokationsentscheidungen im KH treffen, wollen wir in Anknüpfung an die Darstellungen der dualistischen Organisationstendenz des KH unterscheiden: den Träger des KH, repräsentiert durch sein Aufsichtsorgan, und die leitenden Ärzte sowie den Verwalter, da wir in Anwendung der eingangs dargelegten Methode nicht einfach annehmen können, daß das Management eines Betriebes einfach die vom Träger gesetzten Betriebsziele verfolgt. Bei jedem dieser Entscheidungssubjekte müssen wir nach den typischen Zielen sowie nach den Kompetenzen und den Einschränkungen fragen, denen sein Handeln unterliegt. Da wir eine Einschränkung der zu behandelnden Typen von KH vornehmen müssen, wollen wir nur die folgenden Fälle von Trägerschaft und

damit verbunden von Aufsichtsgremien unterscheiden:

Träger des KH:	KH-Typ (Bezeichnung):	Aufsichtsführung durch:
Privatpersonen oder deren Ver- einigungen	Private Kranken- anstalt (Kurz- name: Privatklinik)	Inhaber als Chefarzt oder Eigentümerversammlung
Gemeinde	Kommunales Kranken- haus (allgemeiner: Öffentl. Krankenhaus)	Krankenhausausschuß des Gemeinderats und zuständ. Dezernent der Gemeindeverwaltung
(Sozial-) Versicherung	Krankenhaus des Versicherungsträgers (kurz: Versicherungs- krankenhaus)	Direktorium der Ver- sicherung und Mitglie- dervertretung der Ver- sicherung
Gemeinnützige Rechtsperson	Gemeinnütziges Krankenhaus	Aufsichtskuratorium (in den USA: Board of Trustees)

Dem Träger des KH können gewisse Ziele zugeschrieben werden, die aber in der Regel sehr vage definiert sind und erst der Auslegung, Operationalisierung und Gewichtung bedürfen. Typisch sind etwa Formulierungen wie "bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung", ergänzt mit weiteren Gesichtspunkten wie Versorgung nach dem neuesten Stand der Medizin unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit. Selbst die Privatklinik, die ja primär gewinnorientiert ist, wird noch eher als andere Privatunternehmungen auf langfristige Wahrung ihrer Funktionsfähigkeit und damit auf nicht-profitorientierte Gesichtspunkte bedacht sein müssen. Hinzu kommen gesetzliche Einschränkungen, etwa die Bindung staatlicher Subventionen an eine Betriebsführung nach dem Kostendeckungsprinzip. Die verbreitete Anknüpfung an das Bedarfsdeckungsprinzip verdeckt die Schwierigkeiten des Bedarfskonzepts, das die Hinnahme einer großen Zahl

von Faktoren beinhaltet, welche die Inanspruchnahme des KH ausmachen, und überdies noch - angesichts der stochastischen Natur dieser Inanspruchnahme - die Wahrscheinlichkeit einer Überfüllung des KH normativ fixieren muß<sup>21)</sup>. Hinzu kommt die Abhängigkeit des ärztlich formulierten Bedarfs von der Verfügbarkeit von KH-Kapazitäten u. dgl. mehr. Bedarfsdeckung bedeutet im wesentlichen daher nur Verbot der Gewinnorientierung, also Kostendeckung - die aber bei sehr unterschiedlichen Qualitätsniveaus stattfinden kann. Wie in manchen Tätigkeitsbereichen gemeinnütziger Unternehmungen anerkannt, kann aber Gewinnorientierung durchaus mit Gemeinwohlzielen vereinbar sein, wenn nämlich die Gewinne zu Investitionen für eine qualitativ oder quantitativ verbesserte Bedarfsdeckung verwendet werden. So konnte amerikanischen gemeinnützigen KH nachgewiesen werden, daß sie durch selbstgesetzte Preiserhöhungen Gewinne erzielten<sup>22)</sup>, ein Ergebnis, das sich allerdings auf Daten aus einer Periode enorm steigender Nachfrage stützt. Immerhin verlangt das Kostendeckungsprinzip in Situationen der Übernachfrage Preise nur in der Höhe, welche die Durchschnittskosten an der Kapazitätsgrenze deckt. Für andere Absatzlagen ist es bei gegebenem Qualitätsniveau mit dem Ziel möglichst großen Outputs (Mengenmaximierung) und demnach geringstmöglicher Kosten pro Leistungseinheit identisch. Für den Träger dürfte eine derartige Interpretation von größtmöglicher Versorgung nur tragbar sein, wenn zugleich Qualitätsgesichtspunkte beachtet werden. Den Zielen des Trägers tragen daher vielleicht diejenigen Modelle eher Rechnung, die eine Kombination von Mengen- und Qualitätsziel annehmen<sup>23)</sup>. Nehmen wir die Existenz eines Qualitätsindex  $Q$  an und benutzen wir als Mengenmaß die Zahl der Patiententage  $X$ . So kann die Nutzenfunktion  $N$  des Krankenhausträgers definiert werden als  $N = N(Q, X)$ . Bei einigermaßen effizienter Gestaltung der Pflegequalität und Verweildauer könnte man sogar annehmen, daß das Produkt aus  $Q$  und  $X$  (also die Summe qualitätsgewichteter Pflegetage) auch die größte Heilungswahrscheinlichkeit bei gegebener Fallzahl oder die größte Fallzahl bei gegebener Heilungswahrscheinlichkeit widerspiegelt - eine Annäherung an eine operationale Definition von philanthropischer Zielsetzung. Für das Versicherungs

krankenhaus würde das gleiche gelten mit der Einschränkung, daß die Behandlung nur Mitgliedern zugute kommen sollte. Die Vagheit der Trägerziele läßt es aber als wahrscheinlich erscheinen, daß andere interessierte Entscheidungsträger die genannten oder ähnliche Variablen propagieren, die dem Träger als ebenso einleuchtende Interpretation seiner Absichten erscheinen.

Auch die gesetzlichen Vorschriften bieten kaum einen Ansatz zu präziseren Formulierungen. Die Einführung gemeinwirtschaftlicher Bindungen bestehen z.B. oft nur aus Beschränkungen der Gewinnausschüttung (deutsches Steuerrecht in der Bauwirtschaft) oder der Kapitalertragsrate (amerikanische regulierte Industrien: public utilities). Unserer Methode nach sind sie auch eher als Verhaltensrestriktionen denn als Ziele des KH-Trägers aufzufassen. Die gesetzlichen Auflagen lassen in der Regel einen sehr weiten Rahmen, so verlangt etwa das deutsche Steuerrecht für die Anerkennung der Gemeinnützigkeit: Rechtsform einer juristischen Person, Erfüllung ausschließlich und unmittelbar der Allgemeinheit zugute kommender Zwecke, Aufstellung einer Satzung, keine verdeckte Gewinnausschüttung oder Begünstigung von Personen durch zweckfremde Verwaltungsausgaben oder unverhältnismäßig hohe Vergütungen. Der Träger ist weniger hierdurch als durch die besonderen Produktionsbedingungen des KH sowie die äußere Umgebung des KH (z.B. Finanzierungsmöglichkeiten, Erstattungssysteme), die unten im Abschn. III dargestellt ist, in seinen Handlungen beschränkt. Innerhalb dieses Rahmens erstrecken sich seine Kompetenzen auf Gründung/Stillegung und weitgehende Veränderungen des Betriebes, Investitionen, wichtige Personalentscheidungen usw., während er weite Spielräume der Gestaltung des laufenden Betriebs an Verwaltung und vor allem Ärzteschaft abgeben muß.

Abstriche an der Durchsetzbarkeit der vom Träger gesetzten Ziele sind bereits dann erforderlich, wenn sich die Mitglieder des Aufsichtsorgans mit diesen nicht voll identifizieren. Da diese Ziele ohnehin vage sind, ist zu beachten, daß ihre Interpretation erst durch diese Personen erfolgen kann. In der Privatklinik

verfolgen diese Personen ihr eigenes - wenn auch durch langfristige Erwägungen modifiziertes - Gewinninteresse, im öffentlichen KH dagegen werden die typischen Ziele der Kommunalpolitiker zur Geltung kommen, d.h. ideologische Präferenzen, die ja in der Gesundheitspolitik keine geringe Rolle spielen, sowie die Berücksichtigung von Wiederwahlchancen. Letztere hängen nicht von der Maximierung eines objektiven Indikators, der den Beitrag des KH zur Volksgesundheit widerspiegeln würde, sondern von der Vorstellung der Bevölkerung von einem Krankenhaus ab, das für sie in allen Notfällen Behandlung bester Qualität bereithält, während ein Interesse an wirtschaftlichem Betriebsablauf umso weniger durchschlägt, je weniger die Bevölkerung orientiert ist und je weniger sie den Zusammenhang zwischen hohen Pflegesätzen und hohen Beiträgen zur Krankenversicherung wahrnimmt. Das Image des KH hinsichtlich Qualität, medizinischem Status und Vollständigkeit der Abteilungen und sonstigen Einrichtungen wird in einem kommunalen Aufsichtsgremium am ehesten beachtet werden. Das Aufsichtsgremium des Versicherungskrankenhauses wird je nach Statuten stärker auf Kosteneinsparung bedacht sein, da die Höhe der Mitgliedsbeiträge einen Erfolgsnachweis für die Leitung der Versicherung wie auch für Beiratsmitglieder darstellt. Dies gilt aber viel weniger, wenn es sich um ein ganzes nationales Einheitssystem der Krankenversicherung handelt, da hier die Kosten des einzelnen KH ein nur geringes Gewicht haben. Das Kuratorium eines gemeinnützigen KH unterscheidet sich hiervon darin, daß sowohl Uneigennützigkeit als auch Prestigedenken den medizinischen Status des KH für die Mitglieder des Gremiums vordringlich erscheinen lassen. Beschränkungen in der Durchsetzbarkeit der Ziele eines Aufsichtsgremiums liegen selbst bei voller Identifikation mit dem öffentlichen Interesse und sorgfältiger Wahrnehmung der moralischen Verantwortung in der nur beschränkten Kenntnis der betrieblichen Zusammenhänge im KH und den fehlenden medizinischen Fachkenntnissen<sup>24)</sup>. Auch gegenüber dem Verwalter ist die Position des Aufsichtsgremiums erschwerend und zwar umso mehr, je weniger Erfolge und Mißerfolge der Verwaltung an klar definierten Zielmaßstäben gemessen werden können und je heterogener die Zielvorstellungen der Mitglieder der Auf-

sichtsorgane sind. Im Unterschied zur profitorientierten Firma muß das Krankenhaus zur Überwachung von Verwaltung und Ärzteschaft daher besondere Verfahren des "monitoring" und vielfältige Regeln entwickeln, wie sie u.a. von Clarkson<sup>25)</sup> beschrieben worden sind. Hiermit ergibt sich also schon eine recht eindeutige Folgerung aus unseren Grundannahmen der Eigentumsrechtsanalyse hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Kuratorium einerseits und Administration und Ärzteschaft andererseits.

### 3. Lage und Ziele des Verwaltungsleiters.

Der Verwalter gilt in der politischen Diskussion als diejenige Instanz, bei der Interesse an einer wirtschaftlichen Betriebsführung sich hauptsächlich konzentriert und von der aus dieser Gesichtspunkt am ehesten durchgesetzt wird. Dabei gilt schon für den angestellten Manager selbst bei einer gewinnorientierten Privatunternehmung, daß er nur in Grenzen überwacht werden und daher in gewissem Ausmaße auch Eigeninteressen verfolgen kann, sofern nicht besondere und kostspielige Maßnahmen zur Schaffung von Loyalität und zur Nutzung materieller Anreize getroffen werden. Dabei kann die Zusammensetzung der Verwaltungsspitze eine Rolle spielen, denn ein Regime des Eigentümers, der zugleich Verwalter ist, ein anderes, welches - wie ältere KH-Verfassungen - den ärztlichen Direktor dem Verwaltungsleiter überordnet, ein zeitgenössisches, welches die Gesamtleitung aus einem leitenden Arzt, der leitenden Pflegekraft und dem Verwaltungsleiter zusammensetzt<sup>26)</sup>, dürften sich auch unterschiedlich auswirken, wenn auch damit die Details des Einflusses des Verwaltungsfachmannes noch keineswegs festliegen. Für ihn charakteristisch ist der unter Berücksichtigung seiner Kompetenzen und der ihn betreffenden Handlungsbeschränkungen verbleibende diskretionäre Spielraum. Gegenüber dem Aufsichtsgremium kann er seine bessere Kenntnis der betrieblichen Zusammenhänge zur Geltung bringen und versuchen, seine Kompetenzen hinsichtlich der laufenden Geschäfte des KH (z.B. Kleininvestitionen, Beschaffung, Personaldisposition, Tarifvorschläge an das Aufsichtsgremium oder die Genehmigungsbehörde)

so zu gestalten, daß er die anderen Entscheidungsträger zufriedenstellt, dabei aber zugleich die ihm persönlich wichtigen Ziele fördert. Diese Möglichkeiten diskretionären Handelns als Folge der Trennung von Eigentum und Leitung und der hohen Transaktionskosten laufender Überwachung ist gerade für die Figur des angestellten Managers zuerst analysiert worden; bei Übertragung auf Betriebe mit schlecht definierten Zielen stellte sich dann eine nochmalige Erweiterung solcher Handlungsmöglichkeiten heraus.

Wegen der hauptamtlichen Verwaltungstätigkeit ist es nicht unrealistisch, bei Verwaltungsleitern primär ein pekuniäres Einkommensinteresse zu unterstellen. Daher wird man annehmen können, daß ein Verwaltungsleiter diejenigen Zielgrößen zu verfolgen sucht, die mangels anderer Maßstäbe auch als Kriterien für die Entlohnung von Führungskräften herangezogen werden. Von den hier schon erwähnten Zielgrößen wird dabei oft die langfristig produzierbare Leistungsmenge genannt (Zahl der produzierten Patiententage), da ja in der Tat die Produktivität von Manageraktivitäten mit der Betriebsgröße variiert. Mit größerem Output steigen aber auch das Prestige einer leitenden Kraft sowie die Möglichkeiten, vermehrt solche Arten von Inputs zu verwenden, die zugleich einen persönlichen Nutzen für den Manager abwerfen - ohne daß sich dies als persönliche Bevorteiligung nachweisen ließe<sup>27)</sup>. Genauer müßte man ein kurzfristiges Interesse an einem hohen Auslastungsgrad (niedrige Einheitskosten, diskretionär verwendbare Gewinne, Druck auf Erweiterungsinvestitionen) und ein damit zugleich verfolgtes langfristiges Interesse an einem KH mit großer Bettenzahl unterscheiden. Mit dem Prestigestreben gut vereinbar ist ein Interesse an hoher Pflegequalität, besonders wenn sie sich demonstriert in hochkarätiger Ausstattung des KH und dem KH einen hohen medizinischen Rang verleiht. Der wiederum verlangt nach hochqualifizierten und angesehenen Ärzten, die sich für das KH nur bei entsprechender Güte und Breite der Ausstattung gewinnen lassen<sup>28)</sup>. Da der Status eines KH ein relativer ist und von derjenigen medizinischen Technik abhängt, die in den medizinisch führenden Kliniken zur Anwendung kommt, verlangt schon die Status-Erhaltung eine dauernde Expansion in Qualität und Ausstattung. Im Extrem-

fall kann man also das Prestige- und indirekte Einkommensstreben des Krankenhausmanagements abbilden als eine Minimierung des Abstandes zum höchsterreichbaren Status unter beschränkenden Bedingungen<sup>29)</sup>. Zumindest aber muß das Statusstreben als eine der wichtigen Zielsetzungen einer KH-Verwaltung angesehen werden.

Das Aufsichtsgremium hat hiergegen keine starken Einwände mangels Information wie auch deshalb, weil der Zielrichtung nach diese Tendenzen seinen eigenen Vorlieben nur wenig widersprechen (Qualitäts- und Mengenorientierung). Das Interesse des Administrators, gute Ärzte für das KH zu gewinnen und sie am KH zu halten, bedeutet wiederum einen starken Einfluß der leitenden Ärzte auf die Beschaffungspolitik der Verwaltung. Da die Verwaltung für Unwirtschaftlichkeit leichter dann verantwortlich gemacht werden kann, wenn die Kosten pro Pfl egetag durch Unterauslastung hoch sind, ist sie an einer hohen Ausnutzung interessiert, die Ärzte hingegen an einer hohen Leistungsbereitschaft der KH-Einrichtungen, also an den bereits erwähnten Kapazitätsreserven. Um die Verwaltung zur Expansion von Quantität und Qualität zu veranlassen, werden die Ärzte daher vorhandene Einrichtungen auch möglichst nutzen. Es mag also sein, daß entsprechend der These von Harris<sup>30)</sup> der Tendenz zu wachsenden und besser ausgestatteten KH ein Konflikt der beiden Haupt-Autoritätslinien zugrunde liegt, der sich aber so auswirkt, als würde die Verwaltung selbst nach Größe und Qualität streben - wozu sie nach dem Gesagten durchaus Anlaß hat. Der diskretionäre Spielraum der Verwaltung wird durch Kontrollen der Wirtschaftlichkeit, Betriebsprüfungen und ähnliche Maßnahmen, wozu auch eine kontrollfreundliche Gestaltung des Rechnungswesens gehört, eingeengt. Maßnahmen sparsameren Ressourceneinsatzes müssen aber gegenüber der Ärzteschaft und dem in dieser Hinsicht nicht anders motivierten Pflegepersonal durchgesetzt werden, wobei die argumentative Position des Arztes außerordentlich stark ist. In empirischen Studien haben sich daher negative Budgetentscheidungen, besonders solche, die einen Abbau ärztlichen Personals vorsahen, als schwer realisierbar und nur durch Kompromisse steuerbar erwiesen<sup>31)</sup>. Viele Krankenhausmodelle sehen daher zwar den Manager als das eigentliche Entscheidungs-

zentrum an, unterstellen ihm aber Zielsetzungen, die weitgehend im Interesse der Ärzteschaft liegen.

#### 4. Einfluß und Interessen der leitenden Ärzte.

Nach den bisherigen Überlegungen werden Entscheidungen von Trägern und Verwaltung selten gegen die Zielsetzungen der Ärzteschaft verstoßen. Wir sehen diese repräsentiert in den leitenden Ärzten (des Gesamtkrankenhauses, der Fachabteilungen), im Belegarzt-KH auch in den Belegärzten, wobei Teile der Entscheidungskompetenzen auf untergeordnete Ärzte (Oberärzte) delegiert sein mögen. Assistenzärzte werden, wo nicht ausdrücklich ein anderes Kompetenzsystem eingeführt wird, hier zur Vereinfachung als passive Produktionsfaktoren behandelt. Für die zu untersuchenden Allokationseffekte muß nach unseren Vorüberlegungen die Gestaltung der Eigentumsrechte der leitenden Ärzte von besonderer Bedeutung sein. Diese Gestaltung bezieht sich auf die Entscheidungskompetenzen und ihre Einschränkungen sowie auf die Entlohnungsansprüche. Was die besonderen Befugnisse als System von "operating rules and property rights"<sup>32)</sup> angeht, so sind die leitenden Ärzte berechtigt, ohne Einschaltung der KH-Leitung über die Einweisung, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie über die Entlassung von Patienten zu entscheiden, also praktisch über den gesamten laufenden Ressourceneinsatz mit Ausnahme der bloßen hotelmäßigen Unterbringung des Patienten. Dies ergibt sich aus ihrer Rolle als Vertrauensagent des Patienten (vgl. oben Abschn. II.1.). Daß sie indirekt über die apparative und sonstige Ausstattung dadurch mitbestimmen, daß diese für die Ärzte hinreichend attraktiv gestaltet werden muß, wurde bei den Beschränkungen der Verfügungsmöglichkeiten des Verwalters schon erwähnt, ebenso ihr beratender Einfluß auf Entscheidungen des Trägerorgans. Insbesondere auf Erweiterungs- und Verbesserungsinvestitionen werden die Ärzte einen relativ starken Einfluß haben, ja eine empirische Studie von Mark V. Pauly<sup>33)</sup> zeigte, daß die Annahme der Maximierung des ärztlichen Einkommens eine bessere Erklärung für das Investitionsverhalten ergab als andere überprüfte

Investitionsfunktionen für KH. In vielen KH versuchen die Ärzte, eine Vermehrung der Bettenzahl, des Personals und der Ausstattungsqualität zu propagieren. Wo die Arztrechte sozusagen rationiert sind, nämlich nur eine begrenzte Zahl von Belegärzten zugelassen wird wie im amerikanischen frei-gemeinnützigen KH, entscheidet auch hierüber der Stab der affilierten Ärzte. Es mag sogar vorkommen, daß die KH unter einem standespolitischen Druck der Ärzteschaft stehen, wie in den Vereinigten Staaten, wo die American Medical Association ihren Mitgliedern empfiehlt, keine Verträge als festbesoldete KH-Ärzte abzuschließen<sup>34)</sup>.

Die Entlohnungsformen der leitenden Ärzte bilden eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale für Typen von KH, weil sie für die Ressourcenallokation im KH mit ausschlaggebend sind. Wir haben daher bei unserer Untersuchung von KH mit verschiedenen gestalteten Eigentumsrechten zu unterscheiden: die festbesoldete ärztliche Leitung, die Festbesoldung mit ergänzendem Bonussystem, die ihr in mancher Hinsicht nahekommende ärztliche Entlohnung in Form von Kopfpauschalen pro versicherter Person sowie die ärztliche Leitung mit eigenem Liquidationsrecht, in der Regel in Form von Einzelleistungsvergütungen. Wo Liquidationsrechte existieren, können sie sich auf die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen erstrecken wie im reinen Belegarzt-Krankenhaus oder nur auf einen Teil der Patienten, wie im deutschen Chefarzt-Krankenhaus. In diesen Fällen besteht ein Recht des ärztlichen Unternehmers (in den Vereinigten Staaten als *staff privileges* bezeichnet) auf die vom KH zur Verfügung zu stellenden Inputs, für die er eventuell gewisse Abgaben an das KH zu leisten hat: Das bedeutet eine Verstärkung des dualistischen Charakters des KH-Betriebs, da der Patient vom KH und vom Arzt getrennte Rechnungen erhält. Diese Rechte können sich auf weitere Teile der Ärzteschaft im KH erstrecken, wenn der Rechtsinhaber ärztliche Mitarbeiter freiwillig an seinen Einnahmen beteiligt; sie sind für die gesamte Ärzteschaft in differenzierter Form da vorhanden, wo satzungsmäßig oder gesetzlich ein solcher Honorarpool vorgesehen ist, der im einzelnen verschieden gestaltet sein kann<sup>35)</sup>. Ein Liquidationsrecht, das beim KH selbst liegt, bedeutet nur eine andere Form

der Preisstellung; für den Fall jedoch, daß partielle ärztliche Liquidationsrechte gegenüber Privatpatienten an das KH abgetreten werden, ergibt sich eine besondere Variante der Eigentumsrechtsgestaltung (sog. Herdecke-Fall).

Formal läßt sich das Einkommensregime für die leitenden Ärzte im Falle der Festbesoldung als ein fixes Einkommen  $Y = Y^*$ , das an einen gedachten Marktpreis für ärztliche Führungskräfte angelehnt wird, beschreiben. Im Falle der Liquidationsrechte ergeben sich die Einkommensmöglichkeiten  $Y$  als Differenz zwischen erzielbarem Gesamterlös  $PX$  (mit  $P$  als einem Gesamtpreis pro Patiententag) und den dem KH-Träger erwachsenden Personalkosten aus Personaleinsatz  $L$  und durchschnittlichem Lohnsatz  $l$  und sonstigen Realkosten  $S$ , die auch Kosten der Ausstattung umfassen sollen, mit einem Faktorpreis  $s$ , so daß  $Y = PX - (lL + sS)$ . Die von den Ärzten im Rahmen ihrer Kompetenzen getroffenen Dispositionen betreffen die Faktoreinsätze  $L$ ,  $S$  und  $A$  (mit  $A$  als Einsatz eigener Arbeitszeit), die bei gegebener Mischung der Fälle die Zahl  $Z$  der zu behandelnden Fälle und damit über die durchschnittliche Verweildauer  $D$  - ebenfalls ein ärztlicher Aktionsparameter - die Zahl der Patiententage  $X$  bestimmt:  $X = DZ = D \cdot \pi_1(L, S, A)$ . Zugleich wird auch ein bestimmtes Qualitätsniveau  $Q$  bestimmt, welches wir zur Vereinfachung als nur von  $L$  und  $S$  abhängig ansehen wollen:  $Q = \pi_2(L, S)$ . Der Behandlungserfolg  $E$  sei im Einzelfall von der Pflegequalität  $Q$  und der Verweildauer  $D$  abhängig, sofern  $X$ -effiziente Behandlungsweise vorausgesetzt werden kann; man kann sich ihn als Erhöhung der noch zu erwartenden Lebensdauer vorstellen, obgleich damit natürlich nur e i n e Dimension dieser Zielgröße angegeben wird. Stellen wir uns diese Erfolge als über alle Fälle summierbar vor, so wird  $E$  zum Gesamterfolgsindex:  $E = QDZ$ , was in etwa auch die Zielsetzung des KH-Trägers wiedergibt (vgl. oben Abschn. II.2.). Soweit die leitenden Ärzte über ihren eigenen Arbeitseinsatz  $A$  frei bestimmen, legen sie damit bei pro Periode insgesamt verfügbarer eigener Zeit  $T^+$  auch die ihnen für nicht professionelle Tätigkeiten verbleibende Zeit  $M$  fest:  $T^+ - A = M$ . Von dieser vereinfachten Beschreibung der einkommensmäßigen, produktionstechnisch-medizinischen und zeitlichen Restriktionen

werden wir im folgenden weiter Gebrauch machen.

Bleibt man bei der formalen Vereinfachung, so läßt sich eine Ziel-  
funktion N für die leitenden Ärzte mit den eingeführten Symbolen  
etwa wie folgt schreiben:  $N = N(Y, E, Q, M)$ . Sie habe positive,  
aber abnehmende partielle erste Ableitungen in allen Zielvariablen,  
somit auch abnehmende Grenzzraten der Substitution zwischen den  
Zielen und habe im übrigen ebenso wie die angegebenen Restriktionen  
diejenigen analytischen Eigenschaften, die zur Lösung einer Opti-  
mierungsaufgabe unter Nebenbedingungen mit Hilfe der Infinitesimal-  
rechnung erforderlich sind. Hinter dieser Formulierung stehen die  
folgenden Vorstellungen über die Bestrebungen der Ärzte, welche  
ihnen analog der Vorgehensweise bei den KH-Trägern und der Ver-  
waltung zugeschrieben werden. Ein erstes Motiv der ärztlichen  
Tätigkeit ist die Einkommenserzielung. Einkommen kann jedoch durch  
andere Ziele substituiert werden, so durch größere Behandlungs-  
erfolge E, in denen sich in erster Linie das von der Ärzteschaft  
so betonte altruistische Motiv des Helfens niederschlägt, aber  
auch Interesse an der professionellen Leistung. Da die Output-  
Variable X und das Qualitätsniveau Q in die Größe E eingehen,  
ergeben sich Interessen, die sich zumindest teilweise mit denen  
des Managements decken. Das Qualitätsniveau und der Behandlungs-  
erfolg spiegeln ebenso wie die Größe des KH, also das langfristig  
erzielbare X, den medizinischen Status eines KH wider, wobei  
einige der Größen dem Prestige Gesichtspunkt Rechnung tragen, ande-  
re professionellen Bestrebungen, wie der Erhaltung und Erweite-  
rung der eigenen beruflichen Fähigkeiten. Da das Qualitätsniveau  
von der Personal- und Sachausstattung, also von L und S abhängt,  
diese aber die Produktionsmöglichkeiten verbessern, haben sie  
über die mit einer verbesserten Ausstattung verbundene Hebung der  
Produktivität der ärztlichen Tätigkeit Z/A bzw. deren Grenzpro-  
duktivität  $\partial Z / \partial A$  auch Wirkungen auf das ärztliche Einkommen bzw.  
ermöglichen eine gewisse Substitution von ärztlichen Tätigkeiten  
durch apparative Hilfen und paramedizinisches Personal, womit  
wiederum mehr Einkommen Y oder mehr "Muße" oder "Freizeit" M  
erzielbar sind. M soll dabei alle für nicht-professionelle Akti-  
vitäten und Weiterbildung (ohne training-on-the-job) verfügbare

Zeit darstellen<sup>36)</sup>. Die einzelnen aufgeführten Zielvariablen stehen demnach in einem vielfachen Zusammenhang. Auch können sie, unter anderem aus diesem Grunde, nicht einfach bestimmten Motiven ärztlicher Tätigkeit zugeordnet werden. Das ärztliche Interesse an diesen oder ähnlichen Größen ist auch recht gut dokumentiert. Betrachten wir etwa Y und M als unkontrovers und ohne weiteres einsichtig, so ergibt sich E aus zahlreichen Äußerungen des ärztlichen Berufsstandes zu seinem Selbstverständnis und aus dem beruflichen Erziehungsprozeß, den jeder Arzt durchzumachen hat. Aus diesem ergibt sich aber auch ein Interesse an Q, da die ärztliche Ausbildung sich stark an der jeweils fortgeschrittensten Medizintechnik orientiert. Hinsichtlich technischer Fortschritte läßt sich beobachten, daß weniger Kosteneinsparung bei gegebenem Erfolgsniveau E oder Produktionsniveau X als Hebung von Q und E durch die Ärzte angestrebt wird - jedenfalls unter Umständen, bei denen hierdurch das eigene Einkommen Y nicht oder nur schwach tangiert wird. Das mit all diesen Bestrebungen verbundene Drängen der Ärzte nach einer Anhebung der Ausstattung L und S, das überdies noch mit dem schon erwähnten Interesse an sicherer Verfügbarkeit von Behandlungskapazität konform geht, wird als Phänomen der übermäßigen Ausstattung viel genannt und empirisch belegt<sup>37)</sup>. Gewiß ist hier eine Differenzierung von Gründen für eine Abbildung in Form bestimmter Zielvariablen schwer zu trennen von einer Darlegung technischer Zusammenhänge zwischen Größen; auch tut jede Benennung einer begrenzten Zahl von Zieldimensionen der Realität Gewalt an, aber eine wenn auch nur vorläufige Theoriebildung ist ohne die Trennung von Zielbestrebungen und Situationszwängen einerseits und Vereinfachungen in der Zahl der Variablen und der Art der Zusammenhänge andererseits nicht möglich.

### III. Umgebungsfaktoren für die Entscheidungen im Krankenhaus: Märkte und auferlegte Regulierungen.

#### 1. Der Markt für Krankenhausleistungen.

Die Allokationsentscheidungen im Krankenhaus werden sowohl von den Zielfunktionen der Beteiligten wie von den ihnen aus den Besonder-

heiten des Leistungsprozesses und der KH-Organisation einschließlich der Zuweisung von Rechten und Kompetenzen erwachsenden Beschränkungen bestimmt. Darüber hinaus aber hängen die Handlungsmöglichkeiten von der Lage auf den - sehr unvollkommen funktionierenden - Absatz- und Beschaffungsmärkten sowie den hier wirksamen Institutionalisierungen und staatlichen Regulierungen ab. Beginnen wir mit dem Markt für die KH-Leistungen, also den Faktoren, welche die Einweisung in stationäre Behandlung bedingen. Ohne die umfangreiche Diskussion über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und deren Preis- und Einkommenselastizitäten aufgreifen zu wollen<sup>38)</sup>, suchen wir nur nach einer annehmbaren Vereinfachung der Einflußfaktoren. Dabei kann von einer sozialmedizinischen Häufigkeitsverteilung  $H$  der Krankheiten verschiedenen Schweregrades  $k$  in der Bevölkerung ausgegangen werden, die für eine Hospitalisierung infrage kommen, sagen wir von einem relativ geringen Krankheitsgrad  $k^+$  an. Damit ergibt sich eine erwartete Zahl von poten-

tiellen Einweisungen  $K$  pro Periode in Höhe von  $\int_{k^+}^{\infty} H(k)dk$ . Hierin

mögen die soziobiologischen Bevölkerungsmerkmale wie Alters- und Geschlechtsaufbau, aber auch Arbeitsbedingungen und Umgebungsfaktoren bereits enthalten sein. Nicht alle diese potentiellen Fälle gelangen auch zur stationären Behandlung, die für einen großen Teil dieser Fälle sicher unabweisbar ist, für andere jedoch substituiert werden kann durch ambulante oder halbambulante Behandlungsformen; da wir nicht auf die Gesamtnachfrage nach KH-Leistungen abzielen, sondern nur auf die Inanspruchnahme des einzelnen KH, sind dessen Leistungen auch substituierbar durch andere Einrichtungen stationärer oder quasistationärer Versorgung<sup>39)</sup>, ja wenn wir an den regionalen und fachlichen Einzugsbereich eines KH denken, gibt es vielerlei Fälle, die auch von anderen KH versorgt werden können. Das Ausmaß solcher Substitutionen wird u.a. von der Höhe des durchschnittlichen Behandlungspreises pro Fall in unserem KH abhängen, also dem Produkt aus Verweildauer  $D$  und durchschnittlichem Preis pro Pflegetag  $P$ . Die Reaktion der Inanspruchnahme auf den Preis dürfte besonders für einen Teil der-

jenigen Fälle gelten, für die eine medizinische Indikation für den Krankenhausaufenthalt gar nicht gegeben ist (und die in unserer Häufigkeitsverteilung  $H(k)$  eigentlich gar nicht auftauchen dürften)<sup>40)</sup>. Die vom einweisenden Arzt und dem Patienten formulierte Nachfrage dürfte daher für einen Teil der Fälle auf den Preis reagieren, da auch der Arzt als Agent des Patienten darauf Rücksicht nimmt. Damit läßt sich eine Preis-Absatz-Funktion für ein einzelnes Krankenhaus mit teilweise elastischen Bereichen problemgerecht formulieren. Zugrundezulegen ist dabei der vom Patienten zu tragende Preisanteil, also der um einen gedachten Versicherungsanteil  $vDP$  gekürzte Preis  $DP$ . Positiv wird die Nachfrage durch das Qualitätsniveau  $Q$  des KH beeinflusst, da davon der erwartete Heilungserfolg abhängt. Von einer Anzahl potentieller Patienten mit einem bestimmten Krankheitsgrad  $k$  wird demnach ein Bruchteil  $h_k$ , dessen Höhe u.a. von  $DP(1-v)$  und  $Q$  abhängt, das KH tatsächlich in Anspruch nehmen; also ein Bruchteil  $h_k(DP(1-v), Q, k)$ . Ein bekanntes Ergebnis von Untersuchungen zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist deren Abhängigkeit von der Höhe des Einkommens und dem Bildungsgrade, die übrigens stark miteinander korrelieren; eine weitere sozioökonomische Variable ist die berufliche Position, da von dieser die wesentlichsten Teile der Opportunitätskosten abhängen, die ein Krankenhausaufenthalt für den Patienten bedeutet. Für eine kleine Schicht von Selbständigen und in leitender Position Tätigen bedeutet dies ein ausgeprägtes Interesse an einer kurzen Verweildauer. Der Vorgang der Aufnahme bzw. Einweisung in ein KH wird dadurch kompliziert, daß das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte wie auch der aufnehmenden KH-Ärzte nicht nur von den Charakteristika des Patienten bestimmt wird, sondern auch von eigenen Einkommensinteressen, also auch von Honorierungsmodalitäten<sup>41)</sup>. Andere Ziele der Ärzte wie Sicherung des Heilungserfolges spielen ebenso eine Rolle und führen z.B. zur Entwicklung gewisser Einweisungs- und Entlassungsgewohnheiten<sup>42)</sup>, welche letztere also nicht  $Z$ , sondern  $X$  beeinflussen. Da die Ärzte je nach Auslastungsgrad des KH die einzuweisenden Fälle selektionieren, werden sie bei hohem Auslastungsgrad u eher leichtere Fälle zurückweisen, um freie Kapazität für ernstere

Fälle bereithalten zu können. Umgekehrt ist bekannt, daß viele verfügbare Betten, also geringe Auslastung  $u$  und hoher Bettenbestand  $B$ , dazu verführen, die Ansprüche an eine stationäre Indikation herabzusetzen, wengleich dieser Verfügbarkeitseffekt nicht unumstritten ist. Nicht alle diese Einflüsse können wir voll berücksichtigen. Wenn wir einige davon in einer Absatzfunktion für unser einzelnes KH zusammenfassen, andere in einem Sammelsymbol  $U$ , insbesondere für weitere Arzt- und Patientencharakteristiken, resümieren, so erhalten wir eine Beziehung der folgenden Art:

$$EZ = \int_{k^+}^{\infty} h_k(DP(1-v), Q, uB, k, U) H(k) dk, \text{ oder vereinfacht:}$$

$$EZ = K \bar{H} (DP(1-v), Q, uB, \bar{K}, U), \text{ mit } K = \int_{k^+}^{\infty} H(k) dk$$

wobei in der Vereinfachung der stochastische Charakter der Erwartungsgröße  $EZ$  nur in der Komponente  $K$  liegt und ein durchschnittlicher Schweregrad  $\bar{K}$  angenommen wird.

Will man deutlichmachen, daß die Nachfrage wesentlich von Substitutionsvorgängen beeinflusst wird, so könnte man noch die Behandlungspreise  $P_a$ , Qualitätsniveaus  $Q_a$  und Verfügbarkeiten  $u_a B_a$  alternativer Behandlungseinrichtungen ausdrücklich als Bestimmungsfaktoren mit aufführen. Unser Ergebnis ist vereinbar mit der Vorstellung von Eichhorn über die Preis-Absatz-Funktion des einzelnen Krankenhauses, die einen unelastischen Bereich mit unabweisbaren Fällen, einen elastischen Bereich niedriger Preise und einen Bereich der Abwanderung von Patienten bei sehr hohen Preisen aufweist<sup>43)</sup>.

## 2. Der Einfluß des Erstattungssystems.

Der Krankenhausbenutzer und der für ihn agierende Arzt können mit einem verringerten Behandlungspreis rechnen, falls ein Drit-

ter die dem Patienten entstehenden Kosten ganz oder teilweise übernimmt. Ihre Nachfrage wird entsprechend steigen, da inso- weit nur noch moralische Hemmungen als Bremsfaktor wirksam wer- den (moral hazard-Phänomen) und hohe Krankheitskosten eines einzelnen sich auf das Kostenniveau des Versicherungsträgers und damit auf eventuelle Beitragssätze, die der KH-Benutzer zu tragen hat, nur unmerklich auswirken. Sind nur KH-Leistungen versichert oder diese stärker versichert als andere Gesundheits- leistungen, so erfolgt obendrein eine Substitution; eine solche Sub- stitution von KH-Aufenthalten gegen andere Unterbringung wird durch die Existenz einer Krankenversicherung ohnehin schon ge- fördert. Dem niedergelassenen Arzt ist die Kostentragung durch Dritte zusätzlich noch deshalb willkommen, weil er auf diese Weise Heilungsrisiken auf das KH überwälzen kann, die er sonst aus Rücksicht auf die finanzielle Lage seines Patienten selbst zu tragen hätte. Die Preissetzung des KH ist bei Vollversiche- rung nicht durch die Nachfrage des Patienten limitiert, son- dern nur durch den Widerstand des Versicherungsträgers. Dieser wird nur dann sehr ausgeprägt sein, wenn der Anteil des einzel- nen Krankenhauses an den von der Versicherung zu erstattenden Kosten und damit an den Beitragssätzen der Versicherung relativ hoch ist (Fall der kleinen Gruppe)<sup>44)</sup>, während diese Hemmung beim Fall zahlreicher beteiligter KH, also dem Großgruppenfall im Sinne der Oligopoltheorie und der Olsonschen Gruppentheorie, fast entfällt. Bei einer lokal oder regional organisierten Einheitsversicherung, wie der gesetzlichen Krankenversicherung, oder bei der Institutionalisierung von Kollektivverhandlungen zwischen KH-Benutzern und Krankenhäusern werden solche Wider- stände aber erneut aufgebaut. Die Erstattungsform, also Abrech- nung des KH direkt mit dem Versicherungsträger (Sachleistungs- prinzip) oder über den Patienten, ist von relativ geringem Ein- fluß, wenngleich man sich von einer direkten Zahlungspflicht des Patienten wegen des vorübergehenden Liquiditätsentzuges einige Wirkung versprechen kann. Dagegen ergeben sich erhebliche Unterschiede in der Verordnung von KH-Leistungen zwischen Pau- schalzahlungen der Versicherung für ihre Mitglieder (ein Fall,

den wir unten unter das Versicherungs-KH subsumieren) und Einzelabrechnungen der auftretenden Behandlungsfälle.

Wegen des moral hazard-Effektes sind verschiedene Formen von Selbstbeteiligung des Versicherten entstanden. Diese Formen wie prozentualer Selbstbehalt (Coinsurance), pauschaler Selbstbehalt (Deductible), Fall- und Tages-Pauschalsätze sind in ihrer Wirkungsweise und Anwendbarkeit theoretisch gründlich untersucht<sup>45)</sup>. Es genügt daher hier, auf mögliche Differenzierungen des Versicherungseffektes hinzuweisen. Die Bedeutung von Marktrestriktionen oder Liquidationsrechten wird in jedem Fall in entscheidender Weise für Teile der Behandlungsfälle oder ihre Gesamtheit modifiziert, was man sich an den beiden Extremfällen: reine Selbstzahlung "out-of-pocket" durch den Patienten versus kostenlose KH-Behandlung im Rahmen eines nationalen Gesundheitssystems leicht veranschaulichen kann.

### 3. Die Art der Preisstellung und ihre vertragliche und gesetzliche Regelung.

Da das KH Bündel sehr heterogener Leistungen verkauft, kann der Behandlungspreis für den Benutzer sich aus Ausgaben sehr verschieden gebündelter Leistungen zusammensetzen. Eine gesonderte Preisstellung für die Unterbringung mit gewissen Grundleistungen, Sonderleistungen des KH und ärztlichen Leistungen ist ebenso möglich wie die Zusammenfassung zu einem Einheitspreis (Pauschalpflegesatz einschließlich Arztleistungen). Um ein Beispiel für unterschiedliche Allokationswirkungen zu geben, sei darauf verwiesen, daß die Pauschalierung es ermöglicht, bestimmte Fälle und bestimmte Einrichtungen zu subventionieren und hierzu die an deren Stelle entstehenden Überschüsse zu verwenden - ein weiter Spielraum für Input-Präferenzen, auf den Lee<sup>46)</sup> hingewiesen hat. Hierin liegt eine versteckte Preisdifferenzierung. Solche Differenzierungen (früher nach Pflegeklassen) sind aber eine alte Tradition der ganzen Gesundheitsindustrie und nicht nur der KH; auf dieser Möglichkeit beruht bei der Gewährung von

Liquidationsrechten gegenüber Selbstzahlern die Möglichkeit zur Erzielung hoher ärztlicher Einkommen ohne Belastung des Pflegesatzniveaus des KH. Neben dem Grad der Leistungsbündelung ist daher die Möglichkeit der Preisdiskriminierung ein wichtiges Merkmal der Preisgestaltung für KH-Leistungen sowie der Eigentumsrechte liquidierender Ärzte (diese würden z.B. durch ein Diskriminierungsverbot stark geschmälert). Das KH muß seine Preislisten (Tarife) im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten anhand von Vorkalkulationen seiner Kosten anfertigen; je stärker dieses prospektive Element der Preisstellung ausgeprägt ist, z.B. durch vertragliche Bindungen, umso vorsichtiger muß die KH-Leitung beim Umgang mit den betrieblichen Ressourcen disponieren. Unterstellte Standardkosten für bestimmte Dienstleistungen oder Fallarten, nach denen Vertragspartner die Erstattung vornehmen, vermindern den diskretionären Spielraum erheblich im Vergleich zu Formen der retrospektiven Erstattung faktisch nachgewiesener Kosten - eine Frage, die sich praktisch vor allem für Vertragskrankenhäuser von Versicherungsträgern stellt.

Viele Arten von KH oder gar sämtliche Krankenanstalten eines Landes sind in der Regel in ihrer Preisgestaltung nicht frei. So sind sie in der Bundesrepublik an die Bundespflegesatzverordnung gebunden, die im wesentlichen eine Pauschalierung nach Tagessätzen unter Anwendung des Selbstkostenprinzips und zwar in Form behördlicher Festsetzung vorsieht, wobei belegärztliche Leistungen nicht einbezogen werden und die getrennte Liquidation der ärztlichen Leistungen vereinbart werden kann<sup>47)</sup>. Solche Preisregulierungen bedeuten zwar eine Rechenschaftspflicht, Selbstkosten sind jedoch dispositionsbedingt, so daß ihre Erhöhung mit großer Sicherheit zur Genehmigung eines höheren Pflegesatzes in der nächsten Runde zu führen pflegt. Wenn wir also für den einen oder anderen Typ von KH Tendenzen zu wachsendem Ressourceneinsatz oder sinkender Auslastung im Zeitablauf feststellen, so bedeutet dies unter einer behördlich sanktionierten Selbstkostenpreisbildung einen höheren Pflegesatz für die nächste Periode. Beschränkungen einer Expansion der Kosten pro Pflage-tag gehen weniger von dieser Preisregulierung als von den anderen oben

behandelten Hemmungsfaktoren aus.

Die Preisbildung wird schließlich beeinflusst durch die Art der Subventionierung: Begrenzte Defizitübernahme im Rahmen eines Gesamtbudgets oder pro Leistungseinheit, Übernahme bestimmter Kostenarten und weitere Formen. Wir begnügen uns hier mit zwei für die Bundesrepublik wichtigen Fällen: 1) Die Gewährung von Steuererleichterungen am Beispiel der Befreiung der gemeinnützigen KH von der Körperschafts-, Gewerbe-, Vermögens-, Erbschafts- und Grundsteuer, zu der die Befreiung vieler medizinischer Leistungen von der Umsatzsteuer hinzutritt. 2) Die Übernahme bzw. Bezuschussung der Investitionskosten (Anschaffungskosten oder Zins- und Tilgungslasten für die Finanzierung von Investitionen) für diejenigen KH, die bestimmte Bedingungen erfüllen<sup>48</sup>).

Es braucht nicht betont zu werden, daß eine solche Subventionierung bestimmter Kostenarten Konsequenzen für die gewählte Faktorkombination haben muß, daß sie insbesondere zu vermehrtem Einsatz gerade kapitalintensiver Techniken und zu Verzerrungen zu Ungunsten des Fremdbezugs von Leistungen führt (wenngleich der Gesetzgeber bemüht war, den letztgenannten Effekt abzumildern). Da dieses Subventionsregime für fast alle wichtigen KH in der Bundesrepublik gilt, werden wir es nicht stets erneut behandeln, wenn wir Allokationseffekte in verschiedenen Typen von KH beschreiben. Die Verbindung der Investitionsfinanzierung mit der Krankenhausbedarfsplanung führt neben der Verzerrung in den Faktorproportionen auch noch zu einer Tendenz der KH-Leitungen, ihr Expansionsstreben gegenüber den Planungsinstanzen vorsorglich verstärkt zur Geltung zu bringen, zumal vielen von ihnen die Finanzierungsrisiken bei den Investitionen und die Kostendeckungsrisiken bei der Preisgestaltung stark herabgesetzt erscheinen müssen. Ob ein solches Regime der Preisgestaltung in Kombination mit den weiteren noch zu besprechenden Regelungen, die die unterschiedlichen KH-Typen ausmachen, günstige Wirkungen hinsichtlich Effizienz des Leistungsprozesses im KH haben kann, erscheint fraglich.

4. Die Stellung des Krankenhauses auf dem Markt für ärztliche und sonstige Führungskräfte und gegenüber potentiellen Konkurrenten.

Ineffizienzen im Leistungsprozeß eines Betriebes werden, wenn sie bekannt werden, der Betriebsführung angelastet. Diese steht daher unter dem Konkurrenzdruck anderer Führungskräfte, die über den Arbeitsmarkt beschafft werden können oder innerbetrieblich nachwachsen. Ein solches aus industriellen Verhältnissen gewonnenes Bild macht deutlich, daß eine durch derartige Mechanismen zu bewirkende Einschränkung diskretionärer Spielräume davon abhängt, wie eindeutig die Erfolgsmaßstäbe sind und wie leicht man eine leitende Persönlichkeit entlassen kann. Letzteres hängt von der Befristung der Verträge ab, die in vielen KH eine sehr langfristige ist; von eindeutigen Zielmaßstäben kann bei den vagen Betriebszielen des KH nicht die Rede sein. Der existierende Markt für ärztliche Führungskräfte wirkt also nur in geringem Maße einschränkend auf die Handlungsmöglichkeiten der KH-Leitung. Ein Angebot fähiger KH-Manager kann diese Sachlage angesichts des geringen Einflusses der Verwaltung und der Schwierigkeiten einer Erfolgszurechnung zu Management und Ärzteschaft nur wenig verändern; abgesehen davon sind derartige Qualifikationen als formell nachgewiesen in vielen Ländern noch nicht vorhanden. Erst wenn dies der Fall ist und dem KH-Manager ein klarer Zielbereich als Verantwortungsbereich zugeordnet wird, treten hier Gegenwirkungen auf. Hohe nicht-pekuniäre Vorteile - ausgedrückt in Variablen der ärztlichen Zielfunktion - und hohe Einkommen der leitenden Ärzte ziehen bei Vakantwerden von Stellen zwar viele Bewerber an, die Auswahl erfolgt aber vor allem nach Gesichtspunkten der medizinischen Qualifikation und nicht der Fähigkeit zu wirtschaftlicher Betriebsführung. Auswahlgremien von öffentlichen und gemeinnützigen KH (Gemeinderäte, Kuratorien) handeln zudem eher nach den persönlichen Sympathien ihrer Mitglieder als nach bestimmten vorgegebenen Maßstäben. Überspitzt ausgedrückt: Es werden eher Pfründen vergeben als durch Konkurrenz der Bewerber zum Verschwinden gebracht, wobei wir hier unter Pfründe wertneutral nur die Möglichkeit der Aneignung pekuniärer und nicht-

pekuniärer Vorteile ansehen. Für das Einstellungsgremium gelten vom Arbeitsmarkt her Restriktionen in Form der Angebotsbereitschaft der Ärzte. Diese richtet sich danach, was in anderen KH an Einkommen und Arbeitsbedingungen geboten wird und was alternativ durch Niederlassung als Facharzt verdient bzw. an pekuniären und nicht-pekuniären Nachteilen (Einkommensunsicherheit, weniger Freizeit) in Kauf genommen werden müßte. Diese Einschränkungen der Handlungsmöglichkeiten des KH-Trägers sind wichtig für das Ausmaß an Eigentumsrechten, welches den leitenden Ärzten zugestanden werden muß. An dieser Stelle sollte wohl auch auf die berufsständische Organisation und Mentalität der Ärzte hingewiesen werden, die kartellähnliche Wirkungen und entsprechende Einkommensniveaus mit sich bringt<sup>49</sup>).

Beschränkungen in der Ausnutzung von Gewinn- und Nutzenspielräumen erwartet man normalerweise auch von der direkten Konkurrenz gleichartiger Betriebe. Im KH-Wesen ist diese eingeschränkt durch die regionalen und fachlichen Unvollkommenheiten des Marktes für KH-Leistungen, der eine Substitution des Leistungsangebots eines KH durch das eines anderen nur begrenzt zuläßt, z.B. nur bei nicht zu weiter räumlicher Entfernung, bei gleicher fachlicher Breite und ähnlicher Ausstattung usw. Auch auf solch unvollkommenen Märkten führen schlechte Leistungen, falls dafür Maßstäbe vorhanden sind, zum Ausscheiden des Betriebes. Falls es einen Markt für bestehende Betriebe oder Anteile daran gibt, so erfolgt eine Bewertung der erbrachten Leistung auf diesem Markt.

Ferner können neue Betriebe, angelockt von den Möglichkeiten, die durch bestehende Betriebe nicht genutzt wurden, in diesen Markt eintreten. Im Krankenhauswesen gelten diese Mechanismen der Unternehmensbewertung und des Markteintritts potentieller Konkurrenten sowie des Ausscheidens ineffizienter Betriebe allenfalls für den sehr kleinen Sektor privater Anstalten, und auch hier nur, soweit diese nicht ebenfalls staatlicher Regulierung unterworfen sind. Selbst bei ihnen bestehen erhebliche Eintrittsbarrieren in Form mangelnder Information, hoher Risiken und fehlenden Know-hows potentieller Gründer und Kapitalgeber von Privatkliniken. Subventionierungen anderer KH-Typen verschaffen

diesen zudem eine Vorzugsstellung, die von privaten Anstalten nur durch nochmals erhöhte Kostenvorteile überwunden werden könnte. Der Markteintritt neuer öffentlicher KH folgt als politische Entscheidung ohnehin nicht ökonomischen Anreizen. Für gemeinnützige KH kann hingegen durchaus die Frage gestellt werden, ob sich nicht Träger für Neugründungen finden lassen, wenn existierende Häuser ein zu ungünstiges Verhältnis von Leistung - etwa gesehen als QX - und Kosten aufweisen. Grundsätzlich ist ein solcher Mechanismus, der dann dazu zwingen würde, das bestehende Qualitätsniveau und Leistungsprogramm kostengünstiger abzuwickeln, denkbar. Er beruht aber stets nur auf einem Reservoir potentieller "entrepreneurs", die gleichsam auf ihre Gelegenheit lauern. Solche Unternehmer in Philanthropie sind aber nicht stets und ständig vorhanden; die Entstehungsgeschichte des gemeinnützigen Sektors im Krankenhauswesen zeigt vielmehr, daß Gründungen vom zufälligen Ideenreichtum gemeinwohlorientierter Bürger oder Funktionäre und ihrem Zusammentreffen mit Gleichgesinnten oder von den Einfällen wohlhabender Stifterpersonen abhängen. Gründer oder Stifter haben vielfach sogar umgekehrt Bindungen für die KH-Leitung ersonnen, die Anpassungen an neue Umstände erschweren, so daß das Reservoir an Dienstbereitschaft gegenüber der Gemeinschaft insgesamt nicht dazu beiträgt, die Abweichung des KH von den Bedingungen einer effizienten Leistungserstellung stärker einzudämmen<sup>50)</sup>. Staatliche Regulierungen tun ein übriges, um Eintrittsbarrieren zu errichten, vor allem, wenn sie die Konzessionierung neuer Krankenhäuser oder zusätzlich noch die Erweiterung bestehender an Bedürfnisprüfungen binden oder durch Bedarfsplanungen einen geschlossenen Kreis von privilegierten Anstalten schaffen. Dies ist kein Einwand gegen die Planung eines in sich konsistenten Krankenhaussystems als solche; das Argument richtet sich nur gegen die Erwartung, daß Mechanismen der Leistungskonkurrenz auch unter solchen Bedingungen einfach weiterfunktionieren.

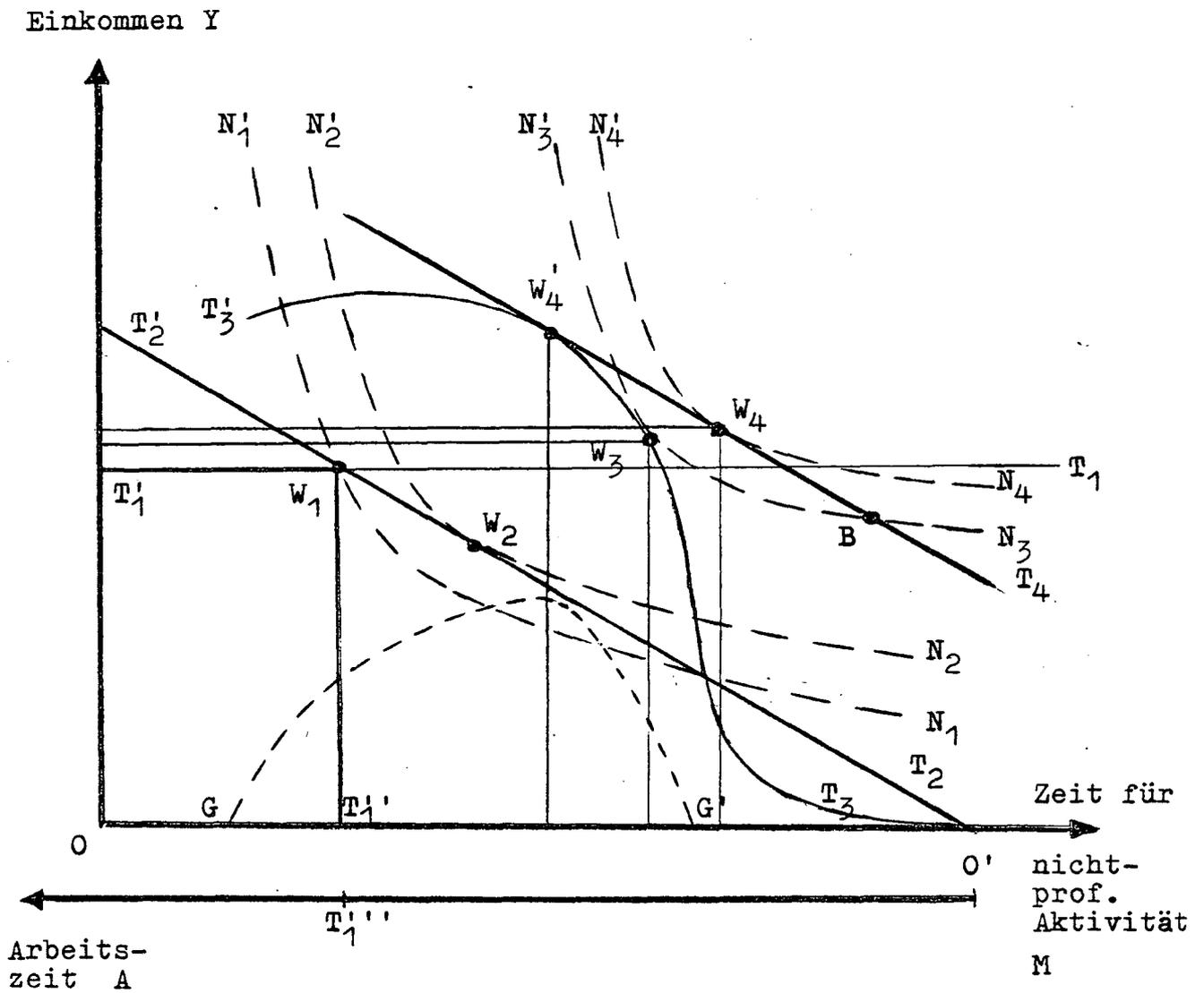
IV. Hypothesen über Besonderheiten des Allokationsprozesses in verschiedenen Krankenhaustypen.

1. Die private Krankenanstalt.

Als Extremfall, an welchem die Besonderheiten anderer KH dann durch Vergleich verdeutlicht werden können, sei zunächst die Rede vom Typus der Privatklinik, die vom ärztlichen Inhaber geleitet wird und sich ausschließlich selbstzahlenden Nachfragern gegenüber sieht. Wir nehmen nicht an, daß die Ärzte in verschiedenen KH unterschiedliche Zielvorstellungen haben, sondern nur, daß sie sich unterschiedlichen Situationen gegenübersehen, so daß wir auch in der Privatklinik die oben in Abschn. II.3. entwickelte ärztliche Zielfunktion  $N = N(Y, E, Q, M)$  unterstellen; die produktionstechnischen Möglichkeiten  $X = D\pi_1(L, S, A)$  und  $Q = \pi_2(L, S)$  - nicht aber die Art ihrer Ausnutzung - seien bei allen KH-Typen die gleichen, wie denn auch stets die Zeitrestriktion  $T^+ - A = M$  und die Restriktion für den jeweils verschieden appropriierbaren Gewinn des KH  $Y = PX - (lL + sS)$  gelten. Das KH sehe sich einer Absatzfunktion vom in Abschn. III.1. entwickelten Typ gegenüber, wobei der stochastische Charakter der Zahl eingewiesener Fälle EZ vernachlässigt werde und die Patienten beim Behandlungspreis DP noch die Dimensionen Verweildauer D und Tagespreis P unterscheiden:  $X = DZ = DK \bar{h}(D, P(1-v), Q, uB, \bar{K}, U)$ .

Nehmen wir die Faktorpreise s und l sowie die Größen  $T^+$ , K,  $\bar{K}$ , U und vorläufig auch uB und D als exogen vorgegeben an, so könnte der Chefarzt als reiner Privatunternehmer eine Kombination von P und Q und einen Faktoreinsatz wählen, die das Residualeinkommen Y maximieren. Wir stellen diesen Zusammenhang für eine Variation von P bei gegebenem Qualitätsniveau Q in Figur 1 auf der folgenden Seite dar, in welcher die Transformationskurve  $T_3 T_3'$  sich aus den Erlösmöglichkeiten einer aus der Nachfragegleichung abgeleiteten Preis-Absatzfunktion und einem ertragsgesetzlichen Verlauf der Produktionsfunktion  $\pi_1$  ergibt. Der gewinnmaximale Punkt ist dann  $W_4'$ . Seine Erreichung setzt voraus, daß die Zahlungsbereitschaft der Patienten durch Setzung eines entsprechenden Behandlungspreises pro Tag P (als Pauschalsatz oder indirekt

FIGUR 1



Freizeit-Einkommens-Entscheidungen unter verschiedenen  
Regelungen des ärztlichen Einkommens

Legende zu Fig. 1

- $N_i'N_i$  = verschiedene Nutzenniveaus  
(Indifferenzkurven)
- $T_i'T_i$  = verschiedene Transformationsfunktionen  
(Steigung = Zeitpreis einer Einkommenseinheit;  
Inverse = Geldpreis der Freizeit)
- $W_i$  = gewählte Freizeit-Einkommenskombination
- $i=1$  = festbesoldeter Chefarzt:  $T_1'T_1$  = ohne Arbeitszeitregelung  
 $T_1'T_1''$  = mit Mindestarbeitszeit  $O'T_1''$
- $i=2$  = Facharzt mit freigewählter Arbeitszeit auf Stunden-  
lohnbasis (nur zum Vergleich)
- $i=3$  = Chefarzt mit eigener Privatklinik
- $i=4$  = Chefarzt mit eigener Privatklinik und Hinzuziehung  
eines besoldeten Stellvertreters  
(Transformationslinie  $T_3'T_4$ )
- $GG'$  = Gewinnverlauf einer Privatklinik  
mit angestelltem Chefarzt

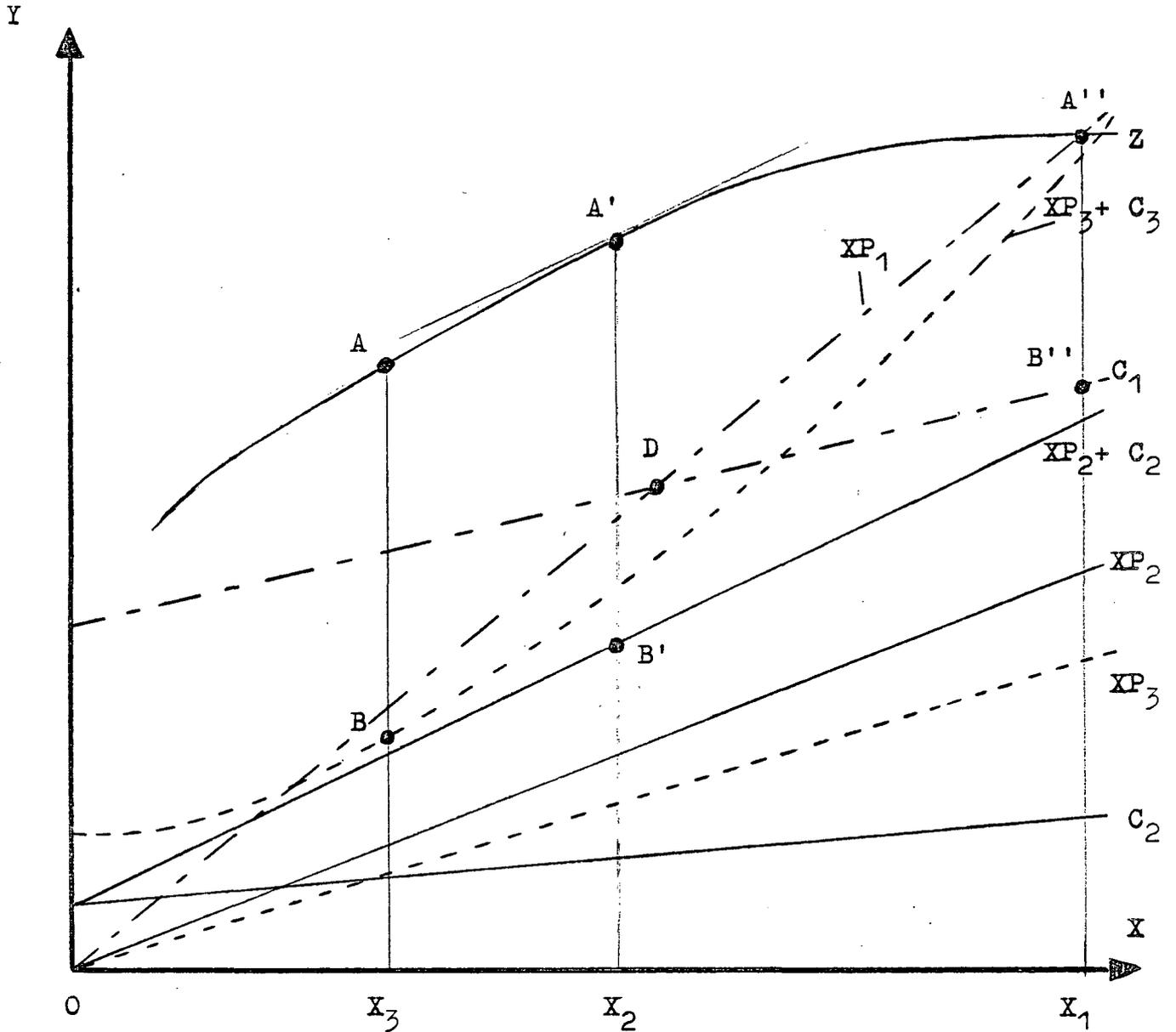
aus Unterbringungspreis und Preisen für Einzelleistungen zusammengesetzt) vollständig ausgenutzt wird. Ferner wird das Qualitätsniveau und die Leistungsmenge  $X$  vollkommen effizient produziert. Bei Einzelleistungsverrechnung werden hierzu Leistungen auch dann noch verordnet, wenn sie zur Erzielung des Heilungserfolges nicht unbedingt erforderlich sind, sofern die Nachfragebereitschaft des Patienten dies zuläßt. Diese Wirkungen werden allerdings abgeschwächt durch die nicht-pekuniären Ziele  $E$ ,  $Q$  und  $M$  des Arztes, von denen in der zweidimensionalen Darstellung der Fig. 1 nur die Zielvariable  $M$  aufgeführt ist<sup>51)</sup>. Die Existenz dieser anderen Ziele führt zur Abschwächung des Gewinnstrebens, im Beispiel durch Wahl des Punktes  $W_3$  anstelle von  $W_4$  auf einer höher indizierten Indifferenzkurve des Klinikinhabers. Wenn schon diese anderen Ziele durch Einkommensopfer erreicht werden, so ist das Interesse an einer effizienten Produktion an dem neuen Punkt  $W_3$  umso stärker; es wird nur dadurch abgeschwächt, daß die Überwachung des Produktionsprozesses selbst Kosten und vor allem eigene Zeit kostet, so daß vollkommene Effizienz, vor allem in Form von  $X$ -Effizienz, nicht erreichbar ist. Unterliegt die Privatklinik einem gewissen Konkurrenzdruck - auch durch potentiellen Markteintritt - so kann der Preis an  $Y$ , der für die marginale Verbesserung nicht-pekuniärer Ziele gezahlt wird, nicht allzu hoch sein; z.B. wird das Streben nach arbeitsfreier Zeit  $M$  dadurch begrenzt. Eine Verbesserung der Einkommensmöglichkeiten ergibt sich, wenn Preisdifferenzierung erlaubt ist und - durch die mangelnde Transparenz des Leistungsprozesses und der Marktverhältnisse für den Patienten - auch ermöglicht wird. Das Dilemma bei der Verfolgung der verschiedenen Ziele wird dadurch abgeschwächt. Das Qualitätsniveau spielt bei diesen Zielen eine besondere Rolle, weil es zugleich Absatzparameter ist: Seine Verbesserung verursacht Kosten, bringt berufliche Befriedigung und führt bis zu einem gewissen Punkt auch zu einer Erhöhung des Einkommens  $Y$ ; über diesen Punkt hinaus, an welchem die Mehrkosten  $C_Q$  der Herstellung von Qualität  $Q$  keinen Mehrerlös mehr erbringen, muß auch Qualität durch Einkommensopfer erkaufte werden. Ähnliches kann von  $E = QX$  gesagt werden, nur daß hier zu bedenken ist, daß  $E$  neben  $Q$  mehr dem langfristigen Erwerbsinteresse des Betriebes dient und

nicht unmittelbar absatzfördernd wirkt, so daß nur eine hier nicht vorgenommene langfristige Analyse den Zusammenhang von Y und E voll aufklären könnte. Das kurzfristige Periodeneinkommen Y wird, wenn X und Q gewisse Grenzen überschreiten, durch Verfolgung des Zieles E jedenfalls negativ tangiert. Eine Anhebung des Versicherungsgrades v mildert die Nachfragerrestriktion, erleichtert dadurch - bis auf den Widerstand von Versicherungsträgern, der in Abschn. III.2. beschrieben wurde - die Gewinnerzielung Y und erhöht die Bereitschaft zur Berücksichtigung anderer Ziele, da deren marginale Bedeutung annahmegemäß umso mehr zunimmt, je höher das erzielbare Einkommen Y bereits ist. Insgesamt ist in dieser Betriebsform die Neigung zur effizienten Produktion von Q und X ziemlich ausgeprägt, womit nicht schon gesagt ist, daß die medizinischen Erfolge, die eher durch E repräsentiert werden, besonders hoch sind, sondern nur, daß sie relativ kostengünstig erreicht werden. In distributiver Hinsicht, also was die Gleichmäßigkeit der Versorgung potentieller Patienten angeht, ist die Privatklinik nicht umsonst eigentlich nie propagiert worden: Sie zieht den zahlungskräftigen Patienten und Versicherungen, die hohe Preise tolerieren, vor. Die Preisdiskriminierung ermöglicht bekanntlich eine Ausdehnung der Versorgung auf Nachfrager mit geringerer Zahlungsbereitschaft, mildert also den Ungleichheitseffekt etwas ab. Jedoch soll hier nicht näher auf das kontroverse Gebiet der ärztlichen Preisdiskriminierung eingegangen werden, für deren Erklärung Gewinnmaximierung, Präferenz für wenig zahlungsfähige Patienten (Altruismus) und Informationsmängel herangezogen werden können<sup>52)</sup>. Nur für eine sehr starke Ausprägung der altruistischen Komponente würde größere Gleichheit der Versorgung in stärkerem Maße erreicht werden können. Dies gilt allgemein für preisliche Diskriminierungsrechte des KH oder der Ärzte, so daß im folgenden auf Preisdifferenzierungen nicht mehr weiter eingegangen wird.

Die bisher als medizinisch indiziert angenommene durchschnittliche Verweildauer D soll jedoch jetzt noch ergänzend als Entscheidungsvariable des behandelnden Chefarztes betrachtet werden, da sie ja den Erlös und die Kosten pro Behandlungsfall

entscheidend beeinflusst. Aus der angenommenen Form der Nachfragefunktion läßt sich ableiten, daß der Patient nicht indifferent gegenüber verschiedenen Kombinationen des Behandlungspreises  $DP(1-v)$  und der Verweildauer  $D$  ist. Vereinfacht können wir dies berücksichtigen, indem wir bei gegebenem Qualitätsniveau eine Nachfrage nach Behandlungstagen  $X$  - jetzt für einen einzelnen repräsentativen Patienten - in Abhängigkeit vom Tagespreis  $P$  unterstellen. Daraus ergibt sich ein Erlösverlauf für die Klinik bzw. ein Verlauf der Gesamtzahlungsbereitschaft des Patienten in Abhängigkeit von der Zahl der Pflagestage  $X$ . In Anlehnung an R. Taylor<sup>53)</sup> unterstellen wir in der Darstellung der Fig. 2 auf der folgenden Seite eine mit der Zahl der Pflagestage nur unterproportional zunehmende Zahlungsbereitschaft (wie bei Erlösfunktionen üblich). Wir rechnen dem Patienten nicht die - ohnehin nicht zu ermittelnden - "wahren" Kosten zu, sondern nehmen an, daß diese bis auf die ärztlichen Leistungen in einem konstanten Tagespflegesatz  $P_2$  abgegolten seien, dem Arzt selbst jedoch die in der Legende angegebenen Kosten erwachsen (dies um später andere Fälle mit dem der Privatklinik vergleichen zu können). In dem Verlauf der Zahlungsbereitschaft kommen recht plastisch die zunehmenden Grenzopportunitätskosten eines Selbstzahlers zum Ausdruck: z.B. entgangene Geschäftstätigkeit bei Selbständigen, verschlechterte Stellung im Betrieb bei leitenden Angestellten. Gehen wir nun zunächst wieder von einer Tendenz zur maximalen Ausnutzung der Zahlungsbereitschaft aus, so ergibt sich eine gewinnmaximale Verweildauer in Höhe von  $OX_2$ . Da wir für die Privatklinik auch eine Tendenz zu effizienter Produktion hergeleitet haben, ergibt sich der Wunsch nach Senkung der Verweildauer auch aus Überlegungen zur Senkung der Fallkosten, die für jedes Niveau von Qualität und gegebenem Behandlungserfolg möglichst niedrig sein sollten. Eine einfache Kostenfunktion des KH könnte wie folgt linear approximiert werden:  $C = F + fZ + bZD$  mit  $F$  = betriebsfixe und  $f$  = fallfixe Kosten, die unabhängig von der Verweildauer durch Aufnahme und diagnostische Anfangsmaßnahmen entstehen. Die Fallkosten  $C/Z = F/Z + f + bD$  werden dann von der Verweildauer negativ beeinflusst. Die Betriebsleitung

FIGUR 2



Veränderung der Verweildauer in Abhängigkeit vom Regime der ärztlichen Nutzung des Krankenhauses (bei festgelegten Pflegesätzen)

Legende zu Fig. 2

- X = Verweildauer in Pflegetagen
- Y = Geldbeträge oder monetäre Äquivalente
- P<sub>1</sub> = großer Pflegesatz zur Abgeltung aller Leistungen
- P<sub>2</sub> = kleiner Pflegesatz (ohne chefärztliche Leistungen)
- P<sub>3</sub> = Pflegesatz für Belegbetten
- C<sub>1</sub> = Kosten des Krankenhauses abzüglich Subventionen (fallfixe und zeitproportionale Kosten angenommen)
- C<sub>2</sub> = direkte und Opportunitätskosten des liquidierenden Chefarztes (fallfixe und angenommene zeitproportionale)
- C<sub>3</sub> = direkte und Opportunitätskosten des liquidierenden Belegarztes (fallfixe und abnehmende Risikokosten + zunehmende Kosten für entgangene Bettennutzung für andere Fälle und für entgangene Honorierung für ambulante Weiterbehandlung, Gesamtverlauf nur als möglicher Fall)
- AB = Maximaleinkommen des Belegarztes für stationäre Behandlung
- A'B' = Maximaleinkommen des Chefarztes mit Liquidationsrecht
- A"X<sub>1</sub> = Maximaler Erlös des Krankenhauses mit festbesoldeten Ärzten
- A"B" = Maximaler diskretionärer Gewinn des Krankenhauses
- D = Punkt kostendeckender Verweildauer (bei Kalkulation des Pflegesatzes P<sub>1</sub> unterstellt)

wird bemüht sein,  $D$  möglichst herabzudrücken und pro Periode möglichst viele Fälle pro Bett zur Behandlung zu bringen (vorausgesetzt, die Bettenkapazität ist im Verhältnis zur Nachfrage richtig bemessen, oder wir gehen von langfristiger Anpassung der Betriebsgröße aus). Der Behandlungserfolg  $E$  für den Einzelfall, der ja auch aus betrieblichen und berufsethischen Gründen als ein möglichst sicherer und möglichst weitgehender angestrebt wird, setzt einer Senkung der Verweildauer natürlich Grenzen. Diese können hinausgeschoben werden durch höhere Intensität (hier mit Qualität gleichgesetzt) der Behandlung, die aber selbst nach dem oben Gesagten limitiert wird durch Rücksichten auf die Einkommenserzielung und den Wunsch nach arbeitsfreier Zeit.

Der Fall der Privatklinik kann noch variiert werden, wenn man eine Unterstützung des Inhabers durch einen stellvertretenden Chefarzt annimmt. Die Eigentumsrechte des Eigentümer-Inhabers vermindern sich dann durch Verkürzung seines Einkommens um die Lohnansprüche des angestellten leitenden Arztes sowie durch die verschlechterten Möglichkeiten ihrer Durchsetzung, da der Stellvertreter sich die Inhaberinteressen nur so weit zu eigen macht, als er mit einer entsprechenden Kontrolle rechnen muß oder ihm hierzu besondere Anreize gewährt werden. Wir stellen diesen Fall in Fig. 1 durch die mit  $i = 4$  indizierten Größen und Linien dar. Unter Vernachlässigung der Durchsetzungsprobleme wird das KH dann am gewinnmaximalen Punkt  $W_4$  produzieren, so daß alle bisher angestellten Folgerungen aus gewinnmaximierenden Tendenzen hier insoweit Anwendung finden. Es wird angenommen, daß auf dem Arbeitsmarkt ein Preis für ärztliche Führungskräfte bei einer bestimmten Wochenarbeitszeit gegeben ist und daß sich Bewerber finden, die zu einem Bruchteil dieses Preises bereit sind, den Klinikinhaber um so viel Stunden wöchentlich zu entlasten, daß er von der Position  $W_3$  zu der vorgezogenen Position  $W_4$  gelangt: Er kann sich dann sowohl ein höheres Einkommen als auch mehr Freizeit leisten, da wir beide Größen als superiore Güter betrachten (was nicht zwangsläufig ist; denkbar wäre sogar ein gegenüber  $W_3$  vermindertes Einkommen zugunsten von mehr freier Zeit). Können leitende Ärzte nur zu vorgeschriebener voller

Arbeitszeit eingestellt werden (lumpiness), so hängt die Einstellung davon ab, ob auf der Geraden  $W_4T_4$  ein Punkt diesseits oder jenseits vom Kreuzungspunkt B mit der Linie des Nutzenniveaus  $N_3$  erreicht werden kann. Nicht in jedem Fall ist eben die Einstellung eines Stellvertreters lohnend, es sei denn, der oder die Eigentümer seien überhaupt nicht selbst ärztlich tätig. In diesem Falle würden sie darauf achten, daß auf der Linie GG' der gewinnmaximale Punkt erreicht wird. Die Probleme einer Durchsetzung und Überwachung werden aber in diesem Falle noch ausgeprägter sein, es müssen also Kontrollkosten einschließlich eigener Aufsichtstätigkeit in dem zuständigen Gremium angesetzt werden; denn der angestellte Chefarzt wird, solange er ein festes Einkommen bezieht, tendenziell die anderen ärztlichen Ziele stärker verfolgen als ein Arzt-Inhaber, der für ein Mehr bei anderen Zielen Opfer an seinem eigenen Einkommen bringen muß. Diese Situation eines Nullpreises (in Y-Einheiten) der Verfolgung derer Ziele - hier repräsentiert durch M - wird in der Fig. 1 durch die Transformationslinien  $T_1'T_1$  sowie  $T_1''T_1''$  wiedergegeben. Diese Ziele umfassen solche, die in Bezug auf Ressourceneinsatz besonders kostspielig sind, wie z.B. eine über gewisse Niveaus hinausgehende Pflegequalität Q und damit Ausstattung - was die Eigentümer der Klinik zu verhindern suchen, ohne daß ihnen dies in vollem Maße gelingt. Die private Krankenanstalt nimmt so einige Züge an, die sie näher an öffentliche oder gemeinnützige Kliniken mit festbesoldeter Leitung heranbringen. Zur Vermeidung solcher Tendenzen werden die Eigentümer, vor allem wenn darunter kein Arzt-Inhaber ist, dazu neigen, den angestellten Chefarzt an der Klinik zu beteiligen: Sie können ihn über ein Festgehalt hinaus am Gewinn beteiligen, so daß sich das Verhalten des KH wieder dem der inhabergeleiteten Klinik annähert. Sie können ihm aber auch Liquidationsrechte einräumen, so daß seine Position der des leitenden Arztes im Typus des gemeinnützigen deutschen Chefarztkrankenhauses nahekommt, welche unten im Abschn. IV.5. behandelt wird.

## 2. Das öffentliche Krankenhaus mit festbesoldeter Leitung.

Die für die Beschreibung der Privatklinik eingeführten Instrumente und Darstellungsweisen dienen uns nun dazu, das Allokationsverhalten in weiteren KH-Typen leichter ableiten zu können, zunächst für einen KH-Typ, der sich von dem der Privatklinik hinsichtlich Trägerschaft (Gemeinde) und ärztlichen Liquidationsrechten (festbesoldete Leitung) vollkommen unterscheidet. Die Nachfrage mag von vollversicherten Patienten ausgehen, aber auch von Selbstzahlern oder Teilversicherten, so daß sie noch teilweise preisreagibel bleibt. Die Entscheidungssubjekte verfügen hier über wesentlich schwächere Eigentumsrechte in der Nutzung des KH. Die Kompetenzen verteilen sich auch stärker auf Trägerorgane, Verwaltung und ärztliche Leitung, so daß die Zielsetzungen unklarer sind. Da die Verfolgung von Einkommensinteressen stark erschwert ist, kommen nicht-pekuniäre Zielsetzungen stärker zur Geltung. Da bei diesen aber die individuellen Unterschiede zwischen den beteiligten Personen größer sind, ist die Richtung des Verhaltens des KH auch aus diesem Grunde weniger bestimmt: Zwischen nichtprivaten KH wird man größere Unterschiede beobachten können als zwischen privaten<sup>54)</sup>. Die Beschränkung der pekuniären Möglichkeiten hat den bereits erwähnten Widerstand der ärztlichen Berufsorganisationen gegen Verträge mit festen Gehältern hervorgerufen; jedoch ist bei diesen Verträgen ja zu bedenken, daß das Gehaltsniveau mit dem Einkommen in alternativen Tätigkeiten konkurrieren muß. Wenn trotzdem das Festgehalt leitender Ärzte niedriger ist als das von niedergelassenen Fachärzten, so muß die Differenz sich aus den größeren Unsicherheiten der freien Praxis und aus den nicht-pekuniären Vorteilen, die das KH bietet, erklären. Für diese gibt es also ein monetäres Äquivalent, welches allerdings subjektiver Natur ist<sup>55)</sup>. Der Nullpreis der Verfolgung der berufsethischen und Statusziele, der in Fig. 1 durch die Transformationslinie vom Typ  $T_1T_1$  illustriert wird, läßt einen sehr starken Drang nach der Verfolgung von hohen Qualitätsstandards, versteckter Freizeit und medizinischen Erfolgen erwarten. Da das Aufsichtsorgan auch nicht pekuniär, sondern politisch

orientiert ist, kann auch von dieser Seite mit einer Orientierung an nach außen vorzeigbaren Merkmalen medizinischen Status und erfolgreicher Behandlungen gerechnet werden.

Nur insoweit, als auf den kommunalen Haushalt ein Defizitrisiko zukommt und damit die Verfolgung anderer kommunalpolitischer Zielsetzungen gefährdet erscheint, ist auch die Beachtung einer sicheren Kostendeckung zu erwarten. Auch hierfür gibt es keinen direkten Maßstab; versucht man sich an niedrigen Tagespflegesätzen zu orientieren, so können Ärzte und Verwaltung in längere Verweildauer ausweichen: Nach unserem Kostenbeispiel von Seite 40 können die Kosten pro Pflage tag  $C/X = (F/X) + (fZ/X) + (bZD/X) = (F/X) + (f/D) + b$  durch Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer  $D$  und Verringerung der Fallzahl  $Z$  gesenkt werden. Dies wird umso eher - und dann mit Billigung des Trägers - versucht werden, je mehr das KH Überkapazitäten an Betten aufgebaut hat. An der Erhöhung der Betriebsgröße und der Auslastung dieser erhöhten Kapazität ist der Verwalter schon aus langfristigen pekuniären Gründen interessiert. Da seine Interessen, wie in Abschn. II.3. gezeigt, in dieser Hinsicht mit denen der Ärzte harmonieren, und der Verwalter im Vergleich zum kaufmännischen Leiter einer Privatklinik einen größeren diskretionären Spielraum in der Zielauslegung und den Ausweichmöglichkeiten vor Kontrollen besitzt, kann er seinen Bestrebungen nach Vergrößerung des Output eher zur Durchsetzung verhelfen. Er kann etwa versuchen, bei Preisstellung für Einzelleistungen auf weniger notwendige, d.h. mit der Ausdehnung der Pflage tage verbundene, Leistungen Gewinne zu machen, um mit diesen die "necessities", darunter die Unterbringungsleistungen, zu subventionieren<sup>56)</sup>. Wenn dadurch weniger Mittel zur Verfügung stehen für die Hebung des Qualitätsniveaus, so steht diese Bestrebung allerdings im Gegensatz zum Interesse der Ärzte an einer verbesserten Ausstattung, die eher eine Quersubventionierung in umgekehrter Richtung nahelegt - wiederum ein Beispiel für die stärkere Unbestimmtheit des Verhaltens in diesem KH-Typ, hier wegen eines Konflikts über die Bedeutung der Qualitäts- und der Mengenziele.

Da alle wichtigen Entscheidungsträger, vor allem aber die Ärzte, am Qualitätsniveau interessiert sind, wird man eine höhere Pflegequalität in öffentlichen oder gemeinwirtschaftlichen KH als in privaten vermuten. Amerikanische Beobachtungen bestätigen dies<sup>57)</sup>. Obwohl auch die Leistungsmenge für die berufsethische Zielsetzung E der Ärzte von Bedeutung ist, dominiert für sie wegen ihrer mehrfachen Zielbedeutung die Qualitätsvariable. Bei dieser ist allerdings noch ungeklärt, ob es sich um ein im Durchschnitt vorhandenes Qualitätsniveau handelt, wie stark dann die Niveaus für verschiedene Arten von Fällen streuen dürfen, oder ob es gar nur auf ein Niveau für interessante Spitzenfälle ankommt, denen das KH seinen Ruf (z.B. auch durch Fachveröffentlichungen) verdankt. Letzteres steht in engem Zusammenhang mit der Fallzusammensetzung, da die leitenden Ärzte interessante, wenn auch für das KH kostspielige, Fälle bevorzugen, während die privaten Anstalten eher geneigt sind, solche Fälle fernzuhalten, was einen empirischen Vergleich der KH-Typen außerordentlich erschwert. Jedenfalls legt diese Überlegung nahe, daß die Pflegequalität in nicht-privaten Häusern auch stärker gestreut ist. Das Qualitätsstreben führt dazu, daß bestimmte Entwicklungen der medizinischen Technik besonders rasch und in starkem Ausmaße aufgegriffen werden, wobei besonders teure und leistungsstarke Apparate eingesetzt und ganze Abteilungen oder Spezialzentren geschaffen werden, die dann ausgenutzt werden wollen und deshalb statt nach Indikation einfach routinemäßig benutzt werden<sup>58)</sup>. Solche "Xerox-Effekte" sind aus der Beobachtung des klinischen Alltags ausreichend bekannt und nicht auf das KH beschränkt. Eine weitere Folgerung hieraus ist, daß Nachfragesteigerungen sich besonders stark in Qualitätsanhebungen und damit Kostensteigerungen niederschlagen und nur zum Teil in mengenmäßiger Expansion<sup>59)</sup>. Ferner wird man beobachten können, daß technische Fortschritte eher in Richtung Qualitätshebung als in Richtung Kostensenkung angewandt werden. Preissenkungen von Kostengütern, und das heißt auch eine input-gebundene Subventionierung wie im Deutschen KHG, führen nicht unbedingt zu Senkungen der Preise des KH, da die entstehende Manövriermasse an Kosteneinsparungen

zur Qualitätsverbesserung verwendet wird, welche unter Umständen sogar eine Preisanhebung ohne Einbuße an Nachfrage ermöglicht. Dieses Ergebnis unserer Überlegungen sowie des in FN 59 genannten Feldstein-Modells entspricht einem bekannten Theorem aus Williams' Theorie der nicht vom Eigentümer geleiteten Firma<sup>60</sup>). Diese unbestimmte Reaktion des Preises auf Kostenänderungen ist auch für politische Maßnahmen im KH-Wesen, etwa in der Subventionierungspolitik, von großer Wichtigkeit. Wenn das öffentliche KH dazu neigt, vermehrt "cadillac only"-Medizin zu praktizieren, bei der mit größerem Kapitaleinsatz höhere Qualität produziert wird, so muß man dort auch eine geringere Arbeitsproduktivität der Ärzte, gemessen in Patiententagen und evtl. auch in anderen Output-Maßen, erwarten, wofür es gleichfalls empirische Belege gibt<sup>61</sup>). Wiederum könnten jedoch Output-Maße, welche die unterschiedlichen Fallmischungen berücksichtigen, zu anderen Ergebnissen gelangen, da mehr schwere Fälle auch eine andere Ausstattung rechtfertigen.

Wenn eine Präferenz für bestimmte, insbesondere für kapitalintensive Methoden mit schwer teilbaren Faktoren besteht, so bedeutet dies produktionstheoretisch, daß ein gegebener Output  $X$  nicht zu den geringstmöglichen Kosten  $C$  produziert wird, sondern mit einer Faktorkombination  $(L, S)$ , welche den Nutzen als Funktion u.a. von  $Q(L, S)$  bei gegebenen Kosten  $C$  maximiert. Der Betrieb alloziert die Faktoren nicht effizient im Sinne der Mengenproduktion, da die Faktorallokation von der Linie effizienter Punkte in Richtung auf andere Faktorintensitäten (im Beispiel mehr  $S$ ) abweicht und so der Expansionspfad im Isoquantenfeld näher an der  $S$ -Achse verläuft. Ist die Präferenz für  $Q$  an sich, also weniger mit Rücksicht auf die Bedeutung von  $Q$  für den Heilerfolg, besonders stark, so kann dies dazu führen, daß vorhandene hochwertige Einrichtungen fast gar nicht genutzt werden. Auch hierfür gibt es empirische Beobachtungen, nämlich den bekannten Fall überflüssiger herzchirurgischer Apparate und Zentren<sup>62</sup>). An sich sagen unsere modellmäßigen Überlegungen voraus, daß öffentliche KH die Gesamtheit ihrer Ziele effizient verfolgen, also Kombinationen von Quantität, Qualität und

Behandlungserfolg zu jeweils minimalen Kosten produzieren. Wenn ihre Kosten pro Patiententag also höher als in Privatkliniken sind, so widerspricht diese Beobachtung dem ebenso wenig wie die niedrigeren Qualitätsindizes privater KH. Ineffizienz liegt allenfalls in der Hinsicht vor, daß nicht alle kostendeckend absetzbaren Qualitätsniveaus produziert werden, weil eventuell für bestimmte (Spitzen-)Niveaus direkte Vorlieben existieren.

Übermäßige Verfolgung der Qualitätsziele kann aber so viel dispositive Arbeit und Aufmerksamkeit absorbieren, daß unsere Annahme, Heilungserfolg sei gleichbedeutend mit einer qualitätsgewogenen Summe der Pflage, nicht mehr zutrifft. Im Vergleich zu den vorhandenen Möglichkeiten müssen dann Mißerfolge bei der Behandlung auftreten. Im Extremfall könnten dann sogar in privaten Entbindungsanstalten beispielsweise weniger Totgeburten pro Entbindungsfall als in öffentlichen KH auftreten<sup>63)</sup>. Dabei ist zu beachten, daß gering genutzte Einrichtungen mangels Übung der in ihnen tätigen Ärzte auch die höchste Komplikationsrate aufweisen, so daß Q sogar negativ auf E einwirkt<sup>64)</sup>. Auch gut genutzte, aber zu groß bemessene und daher ohne Not und gewohnheitsmäßig stets mit herangezogene Einrichtungen haben in Bezug auf E nicht nur eine Grenzproduktivität von Null, sondern vermehren die diagnostischen Schritte, damit das Risiko von Fehlern, und führen so zu weiteren an sich vermeidbaren Maßnahmen oder gar zu Behandlungsfehlern<sup>65)</sup>.

Auch auf die Verweildauertendenzen vom Standpunkt der leitenden Ärzte wollen wir in Analogie zum Fall der Privatklinik eingehen. Nicht nur der Verwalter eines unausgelasteten Hauses, sondern auch der leitende Arzt tendiert dazu, den Patienten länger im Hause zu behalten, da damit auf einfache Weise Risiken vermieden und weniger Arbeit pro Patiententag aufgewandt werden muß. In Fig. 2 auf Seite 41 ist der längste Aufenthalt, den der Patient auf sich zu nehmen bereit ist, durch die Strecke  $OX_1$  gekennzeichnet. An dieser Stelle macht das KH den größten diskretionären Gewinn pro Fall - der wegen des Kostendeckungsprinzips aber in die Erzeugung von noch mehr Qualität gesteckt wird - womit dann später die Selbstkostengrundlage für den bisherigen

Pflegesatz  $P_1$  gerechtfertigt ist, obwohl die geringere Zahl der Fälle bei verlängerter Verweildauer an sich zu einer Kostensenkung pro Pflage tag geführt hat. Nur ein Interesse des Arztes an der Behandlung vieler Fälle, also eine andere Auffassung von Behandlungserfolg als  $E = QX$ , steht diesen Bestrebungen entgegen, die an sich auch den Zielen M und Q entgegenkommen<sup>66)</sup>. In Abschn. III.4. haben wir über die Unvollkommenheiten der Konkurrenz durch Markteintritt gesprochen und davon auch im Bereich der privaten KH nicht allzu viel erwartet. Die sichtbare Ineffizienz in der Erzeugung von Pflage tagen und abgestufter Qualitätsniveaus, welche den öffentlichen und gemeinnützigen Sektor des KH-Wesens kennzeichnet, kann aber zur Folge haben, daß private ärztliche Unternehmer hier ihre Chance sehen, durch Errichtung eines neuen privaten KH billigere und einfachere Leistungen für eine beschränkte Auswahl von Fällen anzubieten. In den Vereinigten Staaten fällt in der Tat auf, daß dieser private Sektor sich ausdehnt, so daß von ihm ein gewisser Konkurrenzdruck ausgeht<sup>67)</sup>. Möglicherweise aber werden damit nur diejenigen Rosinen aus dem Kuchen gepickt, die im öffentlich-gemeinnützigen Sektor Gewinne abwarfen, mit denen die Behandlung schwererer Fälle subventioniert wurde. Es bleibe dahingestellt, ob es nicht besser wäre, die Kosten für solche schweren Fälle auf andere Weise abzudecken, damit nur da Konkurrenz entsteht, wo sie echte Anreizwirkungen entfaltet.

Die Tendenzen zu ineffizienter Behandlung und Kostenaufblähung, die wir für den unterstellten Extremtyp eines öffentlichen KH abgeleitet haben, berücksichtigen noch nicht, daß hier an die Stelle von Profitanreizen Kontrollen sowie negative und positive Sanktionen treten können und auch de facto institutionalisiert wurden. Kontrollen über das Rechnungswesen und den Betriebsvergleich, die sich an den Verwalter richten, haben ihre Mängel in den möglichen Gegenargumenten (Unvergleichbarkeit zu anderen Häusern etc.) und der Schwierigkeit, den Kontrolldruck an die leitenden Ärzte weiterzugeben. Kontrollen der Ärzte durch professionelle Gremien oder die KH-Kollegen selbst hinsichtlich des Behandlungserfolges (besonders einzelner Fälle), der Einhaltung von Kostengrenzen u.dgl. werden oft skeptisch beurteilt angesichts

der Erfahrungen mit Einrichtungen der "peer review", auch wenn die Profession selbst dies für das gegebene Mittel zur Einhaltung der ärztlichen Leistungsnormen und der Standesethik hält. Kostenhöchstgrenzen werden dabei allzu leicht zu Qualitätsmindestniveaus. Jedoch gibt es einzelne Beispiele erfolgreicher Vorkontrolle vor Gewährung von Versicherungsleistungen<sup>68)</sup>. Nachträgliche Kontrolle muß sich immer bestimmter Maßstäbe bedienen, um daraufhin dann Sanktionen anwenden zu können. Als negative Sanktion wurde gelegentlich die Nichtverlängerung terminierter Verträge für leitende Ärzte vorgeschlagen, doch bedingt dies einen Sicherheitszuschlag zum Gehalt. Auch finden sich Vorschläge einer Zerlegung in einen fixen und einen variablen Bestandteil der Bezüge, wobei der letztere sich nach der Patientenfrequenz richten soll, oder es wird ein Bonussystem eingerichtet, wie es sogar in einer Gruppe sowjetischer KH unter Gewährung erhöhter Verfügungsrechte für leitende Ärzte praktiziert wurde<sup>69)</sup>. Nicht ohne Beachtung solcher Stimuli und Restriktionen können die Allokationsprozesse im öffentlichen KH beurteilt werden. Auch sind ja neben den allokativen die distributiven Aspekte nicht zu vernachlässigen; denn zweifellos sichert diese Art von KH eher die Versorgung auch von undankbaren Fällen und zahlungsunfähigen Patienten - was aber ansonsten eher dem System der sozialen Sicherheit als dem öffentlichen Versorgungsauftrag des KH zuzuschreiben ist. Wenn von distributiven Aspekten die Rede ist, muß auch die Personalpolitik des KH wenigstens kurz erwähnt werden; denn das öffentliche KH braucht weniger auf die Leistungsfähigkeit einzustellender Personen zu achten und kann daher eher nach anderen Gesichtspunkten diskriminieren. Einfache Beobachtungen wie die von Quoten sozialer Minderheiten an verschiedenen KH - z.B. mehr weibliche Ärzte in privaten Häusern - sind hier nicht unbedingt aussagefähig. Dennoch könnte eine Beobachtung wie die erwähnte darauf zurückgehen, daß man Frauen allgemein weniger gern anstellt, private Anstalten aber eher bereit sind, sie zu niedrigerem Lohn dann doch zu beschäftigen.

### 3. Das Versicherungs Krankenhaus.

#### a) Das NHS-Krankenhaus.

Lassen wir die Marktbeziehung zwischen Krankenhaus und Patient fallen, indem wir das KH zu einer Einrichtung des Trägers der Krankenversicherung machen und dabei annehmen, die Versicherung decke sämtliche Krankheitsrisiken voll ab, so gelangen wir zu einem KH-Typ, der dem des englischen nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) ähnelt. Wir sehen dabei von privatärztlichen Nebentätigkeiten der KH-Ärzte ab und betrachten sie ausschließlich als festbesoldet. Die Beschränkung im Ressourceneinsatz liegt nun nicht mehr in den vom Markt ermöglichten Pflegesätzen, sondern ausschließlich im bewilligten Budget des KH. Da ein solches System notwendig Nachfrageüberhänge aufweist, erfolgt die Einweisung von Patienten nur durch ärztliche Selektion nach medizinischen und persönlichen Charakteristiken des Patienten - was die Berücksichtigung auch sozialer Notlagen und persönlicher Sympathien durch die Ärzte zuläßt, sofern nicht zusätzliche Kontrollen dies verhindern. Auf diesen Rationierungsprozeß, die Aussonderung oder Einreihung in Warteschlangen etc., soll hier nicht weiter eingegangen werden; er erfordert die Entwicklung zahlreicher Kriterien und Prüfungsstadien für potentielle Fälle. Bei in kurzfristiger Betrachtung gegebenem Budget ist das Qualitätsstreben im Vergleich zum Fall unseres Abschn. IV.2. stark begrenzt, der Qualitätsinput für den einzelnen Fall kann aber angehoben werden, indem man eine geringere Anzahl von Fällen behandelt. Das setzt wiederum eine entsprechende Verlängerung der Verweildauer und eine Verschärfung der Einweiskriterien voraus. Nehmen wir an, der Verwalter müsse eine möglichst hohe Auslastung der Betten nachweisen, so können hohe Kosten für den Einzelfall nur aufgewendet werden, wenn die Fallzahl über eine Verlängerung der Verweildauer begrenzt wird. Wegen der Budgetbeschränkung wird die Produktion von Qualitätsniveaus möglichst effizient erfolgen; auch werden die Qualitätsniveaus eher in geeigneter Weise abgestuft und den besonderen Bedingungen der Fälle angepaßt, um mit knappen Mitteln einen guten Behandlungserfolg herauszuholen. Eine verlängerte Verweildauer bedeutet für das Personal auch

eine geringere Arbeitsintensität (versteckte Verfolgung der Zielgröße M). Da Konkurrenz wegen der alleinigen Zuständigkeit des KH für einen bestimmten Personenkreis fehlt, ist der Ansporn, Erfolge aufweisen zu müssen, relativ gering. Bei solchen Institutionen werden daher ergänzende Maßnahmen entwickelt werden, um etwa einen größeren Durchsatz an Fällen und günstigere Fallkosten zu erreichen, etwa indem man Fallzahlen und Fallkosten zu Leistungskennziffern macht, anhand derer die KH-Leitung beurteilt wird.

Auf längere Sicht werden Verwaltung und ärztliche Leitung versuchen, eine Erhöhung des Budgets zu erreichen, da sie hieran ein pekuniäres und berufliches Interesse haben: Das Streben nach besserer Ausstattung und höheren Bettenkapazitäten wird vollständig in den politischen Budgetprozeß verlagert, da es im Gegensatz zum öffentlichen KH auch um die Erstattung der laufenden Betriebskosten geht. Bürokratischen Institutionen wird oft Budgetmaximierung als Ziel unterstellt, aber die Budgetausdehnung erfordert stets eine Rechtfertigung vor den zuständigen Instanzen. Man könnte daher vermuten, daß der Anstieg der Kosten pro Pfllegetag in den Ländern mit nationalem Gesundheitsdienst geringer sein müßte - eine Hypothese, die aber umstritten und noch nicht endgültig geklärt ist. Die Art der Restriktionen, die in diesem KH-Typ eine Rolle spielen, läßt sich gut veranschaulichen an dem KH-Betrieb, den eine einzelne lokale Krankenkasse unterhält - ein Fall, wie er für die Frühzeit der Krankenkassen der englischen Arbeiterbewegung annähernd charakteristisch war. Die KH-Leitung hat hier das Budget gegenüber einem Mitglieoer Ausschuß zu vertreten, der seinerseits der Gesamtheit der Mitglieder Rechenschaft schuldet und der daher auf niedrige Beitragssätze zur Finanzierung des KH zu achten hat. Der Unterschied zum Fall derjenigen Versicherung, deren Patienten sich auf eine große Gruppe verschiedener KH verteilen (oben als Fall der großen Gruppe gekennzeichnet), ist offensichtlich.

b) Das Vertragskrankenhaus.

Die Bürokratisierung wird in dem KH, welches als Teil eines staatlichen Systems einer staatlichen Ressortverwaltung untersteht, wesentlich ausgeprägter sein als im Krankenhaus eines selbständigen und relativ kleinen Versicherungsträgers. Jedoch werden Versicherungs- und Krankenhaussystem sich kaum so abstimmen lassen, daß sich die Betriebseinheiten immer in ihrer fachlichen und regionalen Zuständigkeit genau entsprechen. Daher muß man auch an den Fall denken, daß die Versicherung mit einem selbständigen KH eines anderen Trägers Verträge schließt über die Bedingungen, zu denen ihre Mitglieder im KH Behandlung finden können. Nehmen wir eine Preisstellungsform von Tagespflegesatz und Rechnung für ärztliche und sonstige Einzelleistungen an, so werden die Tarife nun zum Gegenstand von Verhandlungen statt zum Aktionsparameter des KH wie im Fall IV.2. oder IV.1. Das setzt der Möglichkeit von Preiserhöhungen Schranken - ein Druck, der sich im KH fortpflanzt und die Bestrebungen nach Größe und Status in Grenzen hält. Aus der Praxis der Krankenkassen ist bekannt, daß bei Einzelleistungsvergütung ein Ausweichen in die Menge der abgerechneten Leistungen versucht werden kann; das Verhandlungssystem kann aber hierauf reagieren, indem Zusatzvereinbarungen getroffen oder Pauschalpflegesätze vereinbart werden. Die Probleme sind aus anderem Zusammenhang bekannt und sollen daher hier nicht weiter verfolgt werden.

Die weitestgehende Pauschalierung von Gesundheitsleistungen sind die pro-Kopf-Pauschalen. Ein Vertragskrankenhaus kann auch auf dieser Basis abschließen und sich verpflichten, sämtliche Mitglieder eines Gruppengesunderhaltungsprogramms gegen eine Gesamtzahlung frei je nach medizinischer Notwendigkeit zu behandeln. Erfahrungen mit Health Maintenance Organizations liegen im wesentlichen aus den Vereinigten Staaten vor. Vertragspartner sind dabei in der Regel Ärztegruppen, deren Mitglieder auch bestimmten KH affiliert sein können. Durch diese Organisationsform wird das Einweisungsverhalten der Ärzte in Richtung auf einen sparsameren Gebrauch der stationären Behandlungsmethoden beeinflusst<sup>70)</sup>. Daher

wird hier vielfach ein Ansatzpunkt gesehen, um die Ärzte generell für die Entwicklung der Gesamtkosten für KH-Behandlungen verantwortlich zu machen, z.B. berichtet Redisch von einem Plan des Blue Shield in Wisconsin, bei dem ärztliche Dienste pauschal honoriert werden und ein Pool für eventuelle Krankenhauseinweisungen gebildet wird, dessen Mittel, soweit sie ungenutzt bleiben, am Jahresende an die Ärzte rückverteilt werden<sup>71)</sup>. Der kritische Punkt ist hier wie so oft das Phänomen der großen Gruppe auf Seiten der Ärzteschaft: Sparsamkeit oder großer Zeiteinsatz des Einzelnen haben für die gesamte Gruppe, z.B. das gesamte Vertragskrankenhaus, nur einen geringen Effekt, so daß der Neigung jedes Einzelnen, sich als Trittbrettfahrer zu verhalten, Vorschub geleistet wird. Dagegen hilft Überschaubarkeit der Gruppe mit einer entsprechend besseren Zurechenbarkeit von Gesamtergebnissen auf den Einzelnen. Vor allem, wenn Elemente der Abrechnung ärztlicher Einzelleistungen gegenüber der Institution, welche die Pauschalzahlungen der Versicherten entgegen nimmt (amerikanische "foundation" oder ein KH), bestehen bleiben, scheinen die Wirkungen der fee-for-service-Abrechnung im Vergleich zum Effekt des Gruppenvertrages durchzuschlagen, da der Einzelne ja wieder nur durch kollegiale Kontrollgremien zu solidarischem Verhalten, welches eine ins Gewicht fallende Verteilung nicht verbrauchter Reste aus den pauschalisierten Gesamteinnahmen ermöglichen würde, gebracht werden kann<sup>72)</sup>. Die amerikanischen Versuche und neuen Sicherungsformen nehmen das gemeinnützige KH mit affiliertem Ärztetab als gegeben hin. Man müßte aber auch die Einbindung anderer KH-Formen in ein selbstverwaltetes Gesunderhaltungssystem untersuchen, was hier nur ein programmatischer Hinweis bleiben kann.

#### 4. Das gemeinnützige Belegarztkrankenhaus.

Der in Abschn. II.1. beschriebene Dualismus in der Organisation des KH ist dann besonders ausgeprägt, wenn das KH die Einrichtungen zur Verfügung stellt und dafür mit den Kostenträgern oder

Patienten abrechnet, die Ärzte jedoch diese Einrichtungen wie die einer Privatpraxis benützen dürfen und auch eine solche Praxis noch außerhalb des KH unterhalten. Sie haben dann das Recht der Belegung bestimmter Bettenkontingente und der Liquidation ihrer eigenen Leistungen. Die Nachfrage bestehe typischerweise aus Selbstzahlern und Versicherten; die Preisstellung der Ärzte geschehe nach Einzelleistungen, für die mit der sozialen Krankenversicherung Tarife ausgehandelt wurden; die Preisbildung gegenüber Selbstzahlern sei weitgehend frei einschließlich des Rechts auf Preisdiskriminierung. Die Grundform eines solchen KH ist eigentlich die historisch älteste: das Spital, in welchem niedergelassene Ärzte tätig sind. In moderner Version ist dieses Belegarzt-KH weitgehend in den amerikanischen voluntary hospitals realisiert. Nimmt man die geschilderten Beziehungen zur sozialen Krankenversicherung hinzu, so würde auch das deutsche gemeinnützige KH sich dieser Form weitgehend annähern, was den Vorschlägen von P. Herder-Dorneich zur Gewährung des Liquidationsrechts an alle Krankenhausärzte und zur Bildung krankenhausesärztlicher Vereinigungen entsprechen würde<sup>73)</sup>. Belegarztkrankenhäuser ermöglichen eine ziemlich vollständige Palette von Spezialbehandlungen, da die einzelnen Belegabteilungen klein sein können; dadurch können sie einige Skalenvorteile größerer Häuser wieder wettmachen, zumal sie Konsiliarvorteile der Ärzte untereinander mit einer besseren Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung kombinieren. Wegen dieser Vorteile finden sich Belegabteilungen auch innerhalb des unten zu behandelnden deutschen Chefarztkrankenhauses. Für diese sind unsere Überlegungen über das Belegarzt-KH analog anzuwenden.

Der Belegarzt kann seine Abteilung eigentlich führen wie eine Privatklinik, so daß für ihn bei gegebener Nachfrage und damit Zahlungsbereitschaft der Patienten unter Abzug der Kosten, die das KH dem Patienten in Rechnung stellt, eine Einkommensmaximierung wie beim Inhaber einer Privatklinik in Fig. 1 vorgestellt werden kann. Auf der Erlösseite ist er durch die Selbstzahlernachfrage restringiert sowie durch nicht sehr sicher greifende Wirtschaftlichkeitsvorschriften der Versicherung bzw. seiner

(kassen-)ärztlichen Vereinigung. Als Einzelner kann er leicht seine Erlöse auch aus den Versicherungsabrechnungen durch größere Leistungsmengen erhöhen, solange er nicht mit Sanktionen rechnen muß. Gegenüber den anderen Belegärzten bestehen in Randgebieten gewisse Konkurrenzüberschneidungen. Es überwiegen jedoch Vorteile aus der Komplementarität verschiedener Spezialisten bei der Behandlung ein und desselben Falles. Der gravierendste Unterschied zum privaten Chefarzt ist die mangelnde Verantwortung des einzelnen Belegarztes für die Kosten des KH. Die Ärzteschaft als Ganzes müßte daran interessiert sein, diese Kosten einzudämmen; der Vorteil, den der einzelne Arzt aus sparsamem Umgang mit den Ressourcen des KH ziehen kann, ist jedoch minimal, da die Einsparung sich auf sämtliche Abteilungen verteilt. Dies gilt nur insoweit nicht, als der Arzt auch bestimmte Einrichtungen allein nutzt und diese Nutzung durch das KH getrennt berechnet wird. Wo das nicht der Fall ist, hat der Arzt im Gegenteil jedes Interesse daran, seine Arbeit durch Inanspruchnahme von Personal und Apparaten des KH zu unterstützen und mit Hilfe dieser Ressourcen noch mehr ärztliche Einzelleistungen hervorzubringen und abzurechnen: Er hebt die Produktivität seiner Arbeit mit Mitteln, die andere zu zahlen haben, wird aber für die gestiegene Produktivität selbst entlohnt. So können steigende Realeinkommen bei leicht sinkender Arbeitszeit zustande kommen<sup>74)</sup> als Folge auffällig zunehmender Nutzung nichtärztlicher Ressourcen bei ärztlichen Behandlungen. Eine solche Steigerung der ärztlichen Produktivität durch Einsatz paramedizinischen Personals und anderer Hilfsmittel, also ein relativer Substitutionsvorgang, gilt zwar auch für die Arztpraxen; deren Kosten müssen aber die Inhaber selbst tragen, weshalb sie vor einer an sich von Reinhardt empirisch als profitabel geschätzten Substitution zurückschrecken<sup>75)</sup>. Dieses Gruppenphänomen nimmt wieder mit der Zahl der Belegärzte zu, da die Rücksichtnahme auf die Kosten des Gesamtkrankenhauses entsprechend abnimmt. Hinzu kommt, daß die Rechnungsstellung nach Einzelleistungen dazu verführt, kostenintensive ärztliche Dienste, darunter die neuartigen Techniken und Spezialabteilungen, in zunehmendem Maße dann zu ver-

ordnen, wenn vom Nachfrager kein Widerstand zu erwarten ist. Auch den Belegärzten fällt es also nicht schwer, ihrem Qualitätsstreben zu frönen, da sie dafür kaum Einkommenseinbußen hinnehmen müssen, ja im Gegenteil ihre Einnahmemöglichkeiten über die entstehende Erhöhung ihrer eigenen Arbeitsproduktivität noch verbessern. Die Position des Verwalters ist auch in diesem KH schwach, sieht er sich doch den Wünschen eines ganzen ärztlichen Stabes und nicht nur eines oder weniger leitenden Ärzte gegenüber. Der Stab der Belegärzte bildet nämlich zusammen oder wählt die ärztliche Leitung des KH. Entscheidet er auch noch selbst über die Aufnahme neuer Ärzte in diesen Stab, so verhindert er auch noch Konkurrenz durch nahe Substitute. Eine gewisse Wirkung geht nur von der Substitutionskonkurrenz anderer Ärzte außerhalb des KH und von anderen KH aus. Ein gemeinsames Interesse daran, daß die produzierten Leistungsmengen und Qualitätsniveaus mit möglichst geringem Ressourceneinsatz zustande kommen, könnte hier wie im öffentlichen KH vorausgesetzt werden. Das Gruppenphänomen verhindert dies jedoch in beiden Fällen mehr oder minder stark und ist wegen des Wettrennens nach Ressourcenunterstützung des eigenen Einkommenserwerbs im Belegarztkrankenhaus sicher ausgeprägter.

Um auch hier die Verweildauer zu berücksichtigen, sei wiederum auf die Darstellung in Fig. 2 auf Seite 41 verwiesen. Dem Patienten erwachsen täglich Kosten in Form eines sogenannten kleinen Pflegesatzes, der belegärztliche Leistungen nicht einschließt; der Belegarzt ist an der Abschöpfung der Differenz zwischen der KH-Rechnung und der Zahlungsbereitschaft des Patienten interessiert, jedoch erwachsen ihm selbst Kosten, die sich mit dem Verweilen seines Patienten im KH verändern: Je länger er den Patienten im KH beläst, umso geringer sind die Risiken eines Mißerfolges für den Arzt, desto eher könnten ihm aber Einnahmen aus anderweitiger Benutzung des Belegbettes entgehen; auch würde er ja für eine ambulante Weiterbehandlung ebenfalls liquidieren können. Es kann daher angenommen werden, daß der Belegarzt den Patienten aus dem KH entläßt, sobald ihm das Risiko eines Fehlschlages oder Rückfalls einigermaßen tragbar zu sein

scheint. Im Belegarztsystem ist mit kürzeren, aber sehr intensiven Behandlungen im KH zu rechnen und daher mit einem relativ großen "Durchsatz" an Patienten pro Bett und Jahr. Dieser Effekt senkt wiederum die Fallkosten, die ansonsten durch die Einkommens- und Statusinteressen der Belegärzte in die Höhe getrieben werden. Wie stark sich beide Wirkungen kompensieren, läßt sich nicht ohne weiteres sagen. Von Effizienz im weiteren Sinne, also dem Verhältnis zwischen Behandlungserfolg und Mitteleinsatz pro Fall, kann außerdem gerade im Belegarztsystem nur gesprochen werden, wenn die Verkettung von ambulanter Vor- und Nachbehandlung mit der stationären Behandlung als Ganzes in ihrer Erfolgs- und Kostenwirkung untersucht würde, was empirisch die Auswertung von kombinierten Falldaten aus Praxen und KH für verschiedene KH-Typen verlangen würde.

## 5. Das gemeinnützige deutsche Chefarztkrankenhaus.

### a) Eigentumsrechte und Verhalten des Chefarztes.

Im Gegensatz zum Belegarztkrankenhaus konzentrieren sich die Befugnisse im Chefarzt-KH auf den einzelnen Chefarzt des Hauses bzw. die kleine Gruppe der Chefärzte der großen Fachabteilungen. Die Liquidationsrechte sind auf die Gruppe der Privatpatienten eingeschränkt, soweit diese einem Vertrag zur gesonderten Berechnung der ärztlichen Leistungen unter Zahlung eines verminderten Pflegesatzes für die übrigen Leistungen des KH zustimmen. Die übrige Nachfrage gehe von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung aus, die in einem pauschalierten großen Tagespflegesatz sämtliche empfangenen Leistungen abgelte <sup>76)</sup>. Der Chefarzt erhält für die Betreuung der pauschal zahlenden Patienten kein spezielles Entgelt, sondern wird hierfür wie für die ärztliche Leitung des KH oder der Abteilung mit einem Festgehalt  $Y_f$  entlohnt. Insoweit ist er festbesoldeter Angestellter (im öffentlichen KH eventuell Beamter), während er gegenüber Selbstzahlern wie der Belegarzt als freier Unternehmer mit vom KH-Träger gestelltem Betrieb fungiert und aus dieser Tätigkeit ein variables Einkommen  $Y_v$  bezieht. Für die Wirkung dieser gespaltenen

Einkommensrechte und getrennten Aufnahme- und Behandlungsverträge der Privatpatienten sind die Größenverhältnisse  $Y_f/Y_v$  ausschlaggebend: Von den hohen Einkünften der deutschen Chefärzte (ohne solchen aus Ambulanz) - zwischen 100.000,- und 800.000,- DM im Jahre 1971 verglichen mit rund 115.000,- DM bei den niedergelassenen Ärzten<sup>77)</sup> - gehen 80 - 90 % auf die Erlöse aus der Behandlung von Selbstzahlern zurück, die nur etwa ein gutes Zehntel seiner Tätigkeit ausmacht (ca. 13 % der Bevölkerung sind privat gegen Krankheit versichert)<sup>78)</sup>. Die Einkünfte sind netto angegeben, also vorgeschriebene Abführungen an den Krankenhausträger für die Nutzung der KH-Einrichtungen (früher: "Bettenabgaben") sind abgezogen; wir berücksichtigen dies in Form eines prozentualen Abschlages  $\beta$  von den Bruttoerlösen.

Der Spielraum für die Erlösmöglichkeiten des Chefarztes läßt sich leicht angeben: Er wird einerseits durch die Zahlungsbereitschaft der Selbstzahler gemäß unserer Nachfragefunktion in Abhängigkeit vom Qualitätsniveau  $Q$ , dem Gesamttagespreis der Behandlung  $P_T$  und dem Versicherungsgrad  $v$  bestimmt, andererseits von der Kostelage des KH, aus der sich nach dem Selbstkostenprinzip der Pflegesatz für beide Arten von Patienten errechnet; für Kassenpatienten gilt:  $P_K = (lL + sS)/X + (Y_f/X_K)$ . Für Selbstzahler gilt als Tagespflegesatz  $P_S$  nur der erste Summand von  $P_K$ . Die variablen Einkunftsteile des Chefarztes bestimmen sich somit als  $Y_v = [P_T X_S - (lL + sS)/(X_S/X)](1 - \beta)$ , wobei die Suffixe S und K auch für die Pflegeetage X "Selbstzahler" und "Kassenpatienten" bezeichnen. Verglichen mit den Einkommensdeterminanten des Inhabers einer Privatklinik,  $Y = PX - (lL + sS)$ , ist das Interesse an einer Nachfrageausnutzung und Kostenminimierung durch den Abgabeprozentsatz  $\beta$  abgeschwächt - der aber nur einer Erhöhung des durchschnittlichen Einkommensteuersatzes um etwa  $\beta/2$  gleichkommt - sowie auf einen Kostenanteil beschränkt, der dem Anteil der Selbstzahler an den Gesamtpatienten  $X_S/X$  entspricht. Dieser Kostenanteil teilt sich nochmals, wenn mehrere (Abteilungs-) Chefärzte vorhanden sind. Daher lassen sich die Ableitungen aus Fig. 1 über das Verhalten des Inhaber-Chefarztes analog anwenden. Die Form der Preisstellung ist dabei nur von geringer Bedeutung,

denn der einkommensmaximale Tagespreis für den Arzt  $P_Y$  ergibt sich als Differenz zwischen  $P_T$  und  $P_S$ ; er kann bei Abrechnung der Einzelleistungen erreicht werden durch Setzung entsprechender Vielfacher der Sätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, die hierfür einen großen Spielraum läßt oder durch Erbringung und vor allem Definition von genügend vielen Einzelleistungen (ein sehr wichtiges Eigentumsrecht). Hinzu kommt das Recht auf Preisdifferenzierung nach der Einkommenslage des Patienten, welches voll ausgenützt werden kann. Dem KH-Träger ist diese Möglichkeit der Abschöpfung bei den Selbstzahlern deshalb willkommen, weil sie es ermöglicht, die Festgehälter  $Y_f$  niedrig zu halten. Wenn erlaubt, nutzen sie auch selber die Möglichkeiten der Preisdifferenzierung durch Bildung von Pflegeklassen aus. Wo dies nicht mehr erlaubt ist, ist die KH-Verwaltung dennoch bestrebt, Zusatzleistungen über Grenzkosten zu verkaufen, um damit einen diskretionären Spielraum für die Verfolgung anderer Ziele zu gewinnen.

Der Chefarzt hat in diesem System ein deutliches Interesse an einem niedrigen Pflegesatz und entsprechend niedrigen Kosten, teilt aber die gewonnenen Vorteile mit den anderen Chefärzten und mit den Krankenkassen. Was das erstere angeht, so wird es sich in der Regel um den Fall der kleinen Gruppe handeln, bei der die Wirkungen des eigenen Verhaltens sowohl für den Handelnden deutlich spürbar sind als auch von anderen Beteiligten gut kontrolliert werden können. Der Zeithorizont des Chefarztes erstreckt sich auf die Laufzeit seines Vertrages, während er in der Privatklinik deutlich länger ist. Damit ist nicht ein besonderer Weitblick des Inhaber-Chefarztes gemeint, sondern nur eine bekannte Folge seines Eigentumsrechts auf Veräußerung des gesamten Betriebes, die nur bei hohem Ertragswert zu günstigen Bedingungen erfolgen kann. Deshalb wird der private Chefarzt an der langfristigen Gestaltung der Produktionsverhältnisse im KH ein ausgeprägteres Interesse haben und auch eher eine optimale Betriebsgröße anstreben, während das Interesse des Chefarztes im gemeinnützigen KH sich eher - in Harmonie mit den Zielen des Verwalters - auf Größe und Vollständigkeit an sich

richtet. Privatkliniken werden langfristig, soweit die Unvollkommenheiten des Marktes dies zulassen, an den "besten Wirt" gehen, gemeinnützige KH aber von Chefärzten geleitet werden, die eher nach der Art der Chefärzte öffentlicher KH ausgewählt werden (vgl. oben Abschn. IV.2.). Weniger als der festbesoldete Chefarzt des öffentlichen KH, aber mehr als der Inhaber-Chefarzt, wird der Chefarzt des gemeinnützigen KH nicht-pekuniäre Ziele verfolgen. Qualitätssteigerungen, die über das hinausgehen, was auf dem Wege der Nachfragebeeinflussung noch zur Erhöhung von  $Y_v$  dient, kosten ihn nicht so viel wie den privaten Chefarzt. Man wird daher in solchen Kliniken bessere Ausstattungen als in Privatkliniken erwarten, die aber auch besser genutzt werden als in den öffentlichen KH.

Aus dem Gesichtspunkt der Nachfragebeeinflussung durch Qualitätsangebote heraus könnte der Chefarzt versucht sein, seinen Einfluß bei Beschaffung und Investition in der Richtung geltend zu machen, die den Charakteristiken seiner Selbstzahlerpatienten eher entspricht als denen des Patientendurchschnitts (soziale und Morbiditätsmerkmale sind für diese Patientenkategorien nach allen Erkenntnissen der Sozialmedizin sicher verschieden). Das Recht auf Privatliquidation wird daher vom distributiven Beurteilungsstandpunkt nicht so günstig sein wie das Regime der Festbesoldung, besonders dann nicht, wenn der Chefarzt den Privatpatienten einen unverhältnismäßig hohen Anteil seiner Arbeitszeit und der seiner Mitarbeiter widmet - ein Verhalten, dem die berufsethische Zielorientierung E und eine professionelle Verhaltenskontrolle entgegenwirken. Bei der Einstellung von Mitarbeitern sowie der Einweisung und Behandlung von Patienten sowie bei der Rechnungsstellung ist der Chefarzt dieses Typs weniger gewinnorientiert; denn es kostet ihn weniger, persönlichen Sympathien nachzugeben, auch wenn er dadurch weniger tüchtige Mitarbeiter oder weniger zahlungskräftige Patienten gewinnt. Diese Diskriminierungskomponente ist jedoch viel weniger ausgeprägt als beim festbesoldeten Chefarzt. Berücksichtigen wir auch hier wiederum Tendenzen zur Beeinflussung der Verweildauer, so ergibt sich eine aus Fig. 2 auf Seite 41 abzuleitende Annäherung an die für die Privat-

klinik hergeleitete Verweildauer  $X_1$  und weg von der im Extremfall für das öffentliche KH zu erwartenden Verweildauer  $X_2$ . Man wird also auch geringere Fallkosten und einen höheren Durchsatz an Patienten erwarten als im KH des Abschn. IV.2. oder IV.3., dabei wegen des eher eingeschränkten Qualitätsstrebens aber nicht notwendig einen höheren Tagespflegesatz. Diese Wirkung dürfte dem Träger willkommen sein, da er mit der gleichen Bettenzahl eine größere Anzahl von Fällen zu geringeren Fallkosten behandelt sieht und mit geringeren Kapazitäten und damit Mitteln für Erweiterungsinvestitionen auskommt - sofern er sich in seinen Ausbauplänen darauf eingestellt hat. Bei Überkapazitäten ergibt sich hingegen ein Konflikt mit dem Wunsch von Träger und Verwaltung nach höherer Auslastung u, die ja bei gegebenem Pflegesatz nach den Ableitungen in Fig. 2 auch diskretionäre Gewinne für das Management mit sich bringt. Die Kürzung der Verweildauer bezieht sich nur auf die Privatpatienten, was Kompromisse für den Gesamtdurchschnitt der Verweildauer zuläßt, zugleich den tatsächlichen Beobachtungen entspricht, aber auch Folgerungen für die Berechnung der Tagespflegesätze für beide Patientenkategorien hat, die in praxi wohl bisher nicht ganz beachtet worden sind: Die fallfixen Kosten der Privatpatienten verteilen sich auf weniger Tage, was, wenn es unberücksichtigt bleibt, zu einer Subventionierung der privatärztlichen Tätigkeit aus Mitteln der Krankenkassen führen kann.

b) Die Mitarbeiterbeteiligung.

Bisher haben wir das Problem der Durchsetzung der Kosteneinsparungs- und Effizienzhebungsinteressen des Chefarztes noch nicht berücksichtigt. Es führt dazu, daß der Chefarzt entweder einen Teil seines Arbeitseinsatzes A der Kontrolltätigkeit widmen muß, so daß seine Arbeitsproduktivität sinkt, oder daß er zusätzliche Personalaufwendungen tätigen muß, um Mitarbeiter mit Kontrollaufgaben zu betrauen. Er kann etwa zu diesem Zweck Teile seines Einkommens abzweigen. In der Einkommensgleichung und den technischen Restriktionen wirkt sich dies beispielsweise in einer Senkung des Arbeitseinsatzes um einen Betrag A' in der

Produktionsfunktion bei gleichbleibendem A in der Zeitrestriktion aus mit entsprechenden Wirkungen auf den Output X und die Freizeit M, oder das Einkommen  $Y_v$  wird gekürzt um einen Beteiligungsbetrag des beauftragten Mitarbeiters. In Fig. 1 müßte eine Verschiebung der Produktions- und Absatzmöglichkeiten  $T_3, T_3'$  nach unten kombiniert werden mit einer Geraden analog  $T_4, W_4$ , welche die Möglichkeit der "Anheuerung" von Mitarbeitern für zusätzliche Kontrollaufgaben durch Mehrarbeit zu bestimmten Stundensätzen abbildet.

Da es sich um eine Abzweigung aus dem Chefarzteinkommen handelt, kann die Zahlung solcher Beträge auch als ein Mittel zur Steigerung der Motivation der Mitarbeiter zu einer stärkeren Beachtung effizienter Produktion angesehen werden statt als Bezahlung einer Kontrolltätigkeit. Selbstkontrolle und Motivierung sind also gleichbedeutend und von Fremdkontrolle durch den Chefarzt oder ausdrücklich Beauftragte oder gar eigens angestellte Personen zu unterscheiden. Die produktive Wirkung einer Ergebnisbeteiligung wird bei vielen Ordnungsvorschlägen vorausgesetzt, ist aber in der Wirtschaftstheorie bisher kaum behandelt worden. Produktionstheoretisch ist sie deshalb schwierig zu behandeln, weil ein Einkommensrecht hier zugleich Produktionsfaktor ist. Man kann dies für unseren Fall wie folgt formulieren, wenn man die Bettenabgabe  $\beta$ , die Verschiedenheit der Tagessätze  $P_i$ ,  $i = T, S, K$  und den Selbstzahleranteil  $X_S/X$  außer acht läßt, was an der Grundtendenz des Ergebnisses nichts ändert. Zu maximieren ist dann ein Einkommen  $Y_v = (1-g)(PX - lL - sS)$  unter der Nebenbedingung, daß P gegeben sei und  $X = \pi(L, S, A, g)$  mit  $g =$  Anteil der Mitarbeiter am erzielten Gesamthonorar Y. Als eine der Extremwertbedingungen erster Ordnung ergibt sich dann:

$\partial Y_v / \partial g = (1-g)P(\partial X / \partial g) - (PX - lL - sS) = 0$ . Bezeichnen wir das Verhältnis  $Y_v / XP$  als Überschußrate R, so ergibt eine Umformung  $(1-g)(P/X)(\partial X / \partial g) = R$ . Da die Größe  $g \partial X / X \partial g$  gleich der Produktionselastizität des Beteiligungssatzes g ist:  $\epsilon(X, g)$ , ergibt sich für den gewinnmaximalen Beteiligungssatz  $g_0 = \frac{1}{1+R\epsilon}$ .

Eine andere Formulierung würde ein faktor-neutrales Effizienz-niveau N von g abhängig machen, so daß die Produktionsfunktion

zu schreiben wäre als  $X = N(g)\pi(L,S,A)$ . Der gewinnmaximale Beteiligungssatz - analog wie im ersten Fall abgeleitet - verändert sich dann zu  $g_0 = \frac{\epsilon'(N,g)}{1+\epsilon'(N,g)}$  mit  $\epsilon'(N,g)$  als Effizienzelastizität des Beteiligungssatzes. Man könnte die verbesserte Arbeitsmotivation auch als faktorvermehrend für den Faktor Arbeit L ansehen; die entsprechende Formulierung der Produktionsfunktion wäre:  $X = \pi\{N(g)L,S,A\}$  und der optimale Beteiligungssatz würde sich ändern zu  $g_0 = \frac{\epsilon'(N,g)N}{\epsilon'(N,g) \cdot N + (R/L)}$ . Über die Größenordnung der hier unterstellten Effekte und ihre geeignete Spezifikation ist nichts bekannt, so daß hiermit nur ein erster Ansatz aufgezeigt sei. Es wird hier auch nur ein Einkommensinteresse des Chefarztes berücksichtigt, das im Gegensatz zu den vorgebrachten ethischen Begründungen einer freiwilligen Beteiligung der Mitarbeiter steht - was über die Gültigkeit unserer Annahmen nichts besagt. Es müßte aber aus diesem Grunde untersucht werden, ob eine Einbeziehung des Einkommens des KH-Personals in die ethische Zielvariable der ärztlichen Zielfunktion nicht auch sinnvoll sein könnte. Als Erklärung der bloßen Existenz freiwilliger Beteiligung der Mitarbeiter hingegen kann unsere Formulierung durchaus genügen.

- c) Die Übertragung der Eigentumsrechte des Chefarztes auf das Ärztekollektiv: Das Beispiel des Honorarpools.

Wird die Mitarbeiterbeteiligung durch Gesetz und/oder Satzung festgeschrieben<sup>79)</sup>, so entsteht eine Poolung der Honorare. Als Vorform hierzu kann man die Gewährung von Liquidationsrechten gegenüber Privatpatienten an alle (Fach-)Ärzte des KH ansehen. Diese Form ist aber nur schwer oder nur teilweise praktikierbar: 1) Es müssen Abstufungen für die Liquidationsrechte formuliert werden. 2) Viele Leistungen werden im Team erbracht, womit sich Zurechnungsfragen sogar schon auf der Ebene der Einzelleistungen stellen. 3) Die begrenzte Zahlungsbereitschaft der Patienten kann sehr leicht überfordert werden, da jeder auf Kosten anderer am Fall beteiligter Kollegen dem einzelnen Patienten möglichst viel in Rechnung stellen möchte (free riding auf der Absatzseite als Gruppenphänomen).

Daher bietet sich der gemeinsame "Verkauf" aller zusammen an einem Fall erbrachter Leistungen zur Vermeidung der genannten Schwierigkeiten an, wobei es hier nur der Optik halber von Bedeutung ist, ob die Rechnungsstellung durch einen für den Fall besonders zuständigen Arzt, den zuständigen Chefarzt oder durch eine neutrale Stelle im KH erfolgt. Es besteht jetzt jedenfalls ein gemeinsames Interesse der Ärzteschaft an einem möglichst hohen Überschuß, der wiederum vereinfacht als  $Y_V = PX - lL - sS$  dargestellt sei. Die Grenze einer gemeinsamen effizienten Leistungsproduktion sei in Fig. 1 wiederum durch  $T_3T'_3$  dargestellt; da es bei zunächst als gegeben angenommener Zahl der KH-Ärzte keine Anstellungen Festbesoldeter gibt, wird tendenziell am effizienten Punkt  $W_3$  produziert; die Abstriche, die zugunsten nicht-pekuniärer Ziele von diesem Punkt zu machen sind, werden jedoch wesentlich ausgeprägter sein als etwa beim in Abschn. a) oben beschriebenen Chefarztregime. Wenn der Einzelne seinen Leistungsbeitrag zugunsten von versteckter Freizeit  $M$  reduziert oder weniger sorgsam mit den eingesetzten Ressourcen umgeht, verteilt sich die Wirkung auf alle Mitglieder des Pools; der Eigenpreis für das Anstreben nicht-pekuniärer Ziele ist also sehr gering, so daß sich Tendenzen entwickeln können, die denen des KH mit festbesoldeten Ärzten nahekommen, und daher hier nicht erneut beschrieben werden müssen (vgl. oben Abschn. IV.2.). Zusätzlich entstehen Konflikte über die Verteilung der Honorarsumme, da eine Bewertung der Leistungsbeiträge der beteiligten Ärzte nicht nur schwierig ist, sondern auch niemand motiviert ist, die Honoraranteile in leistungsstimulierender Weise zu bemessen. Deshalb werden konventionelle Maßstäbe, die alle mehr oder minder anerkennen, herangezogen - Maßstäbe, die sich an die zu schaffende oder überkommene Organisationsstruktur, z.B. an die Hierarchie des Ärztestabes, anlehnen. In der Diskussion um die KH- und die Honorarreform wird der letztere Einwand oft vorgebracht. Mit der gesetzlichen Benennung von Maßstäben wie Leistung, Befähigung, Verantwortung<sup>80)</sup> ist wenig gesagt, da Leistung kaum meßbar ist, Befähigung durch formelle Bildungs- und Karrierestufen repräsentiert wird und Verantwortung wieder vielfach mit hierarchischer Position

gleichzusetzen ist. Jedenfalls liegen hier stets latente Verteilungskonflikte mit den bekannten Folgen von Koalitionsbildung u.dgl. vor, welche zu den anderen genannten Wirkungen des Phänomens der großen Gruppe hinzukommen<sup>81)</sup>.

Zum Gruppenphänomen gehört auch die Regelung der Gruppenzugehörigkeit und damit die Beeinflussung der Gruppengröße selbst, da der Neueintritt in die Gruppe sowohl die Produktionsmöglichkeiten hinsichtlich der verschiedenen ärztlichen Ziele als auch den Honoraranteil des Einzelnen beeinflusst. Aus der ökonomischen Theorie der Genossenschaften hat man deshalb hilfsweise die langfristige Zielsetzung entlehnt, daß das Einkommen pro Kopf maximiert werden soll, und diese Vorstellung auf das Ärztekollektiv übertragen. Diese bekannte Überlegung von Mark Pauly und Michael Redisch<sup>82)</sup> bezog sich zwar - unter sehr starker Vereinfachung - auf das amerikanische voluntary hospital, ist aber wohl eher auf das Ärztekollektiv unter dem Regime des Honorarpools anwendbar. Die Überlegung kann mit einfachen Ertragsverläufen eines unter monopolistischen Bedingungen verkaufenden Betriebes begründet werden: Das Maximum des um Faktorkosten gekürzten durchschnittlichen Erlösproduktes (Nettoarbeitsprodukt pro Arzt) ist da gegeben, wo dies gleich dem Grenzerlösprodukt ist. Ein solcher Betrieb wird alle Faktoren wie ein gewinnmaximierender Betrieb anheuern (Grenzerlösprodukt = Faktorpreis), nur den gewinnbeteiligten Faktor nicht. Er wird daher auch z.B. auf Änderungen der Faktorpreise anders reagieren: Die Erhöhung von Löhnen für am Pool nicht beteiligtes Personal senkt das Nettoarbeitsprodukt pro Arzt bei jeder Arztzahl und führt so zu einer Erhöhung der optimalen Mitgliederzahl des Pools, also auch zu einer Produktionserhöhung. Es fragt sich, ob solche inversen Reaktionen bei KH eines solchen Regimes auch tatsächlich zu beobachten sind. Eine Anpassung der Ärztezahl hängt natürlich von den Regelungen des Zugangs zur ärztlichen Tätigkeit in diesem KH ab. Ist dieser Zugang frei, so werden so lange Ärzte eintreten, wie das Nettoarbeitsprodukt pro Arzt im KH höher ist als der in einer alternativen ärztlichen Tätigkeit erzielbare Lohn; die Wirkung ist also die gleiche wie bei einem gewinnorientierten, vollständiger Konkurrenz unter-

liegenden Betrieb. Daher wird der Ärztstab des KH bestrebt sein, Informationen über das dort erzielte Durchschnittshonorar zurückzuhalten, um den Druck von Fachärzten, zur KH-Tätigkeit zugelassen zu werden, zu verringern und den Zugang zur ärztlichen Tätigkeit möglichst in eigener Kompetenz zu regeln. Gelingt dies, so können exklusive Ärztegruppen zu Einkommen von einer Höhe gelangen, die ebenso schwer zu rechtfertigen ist wie die faktisch erzielten Einkommen der leitenden Ärzte unter dem einfachen Chefarztregime.

Schlußbemerkungen: Die dargestellten KH-Typen sowie die ausgewählten Wirkungen verschiedenster Regelungen sind einigermaßen willkürlich. Vermutungen über die Effekte einzelner Regelungen mögen wegen der mangelnden modelltheoretischen Durchformulierung oder wegen unbrauchbarer Hilfsannahmen sogar falsch sein. Es kam aber in dieser Studie darauf an, die Bedeutung der eigentumsanalytischen Perspektive aufzuzeigen und die Notwendigkeit einer sorgfältigen Modellierung und empirischen Überprüfung mit nachfolgender Korrektur der theoretischen Annahmen darzutun. Nur auf diese Weise kann es gelingen, institutionelle Varianten des KH-Wesens auf ihre Folgen, die sie für gesellschaftliche Zielsetzungen wie effiziente Produktion von oder gleichmäßige Versorgung mit Gesundheitsleistungen haben können, zu untersuchen. Ohne solche Untersuchungen aber können Ordnungsvorschläge der verschiedensten Art, wie sie heute die Diskussion beherrschen, nicht als sorgfältig durchdacht und wissenschaftlich fundiert angesehen werden.

Fußnoten

- 1) siehe etwa Dietrich Adam, Krankenhausmanagement im Konfliktfeld zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen, Wiesbaden 1972, insbesondere S. 57 ff.
- 2) Vgl. z.B. Gerhard Weisser, Einführung in die Lehre von den gemeinwirtschaftlichen Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 23, Frankfurt am Main - Köln 1976.
- 3) Diesen Bindungstyp beschreibt Gert von Eynern, Gemeinwirtschaftliche Bindung von Unternehmen, Schriftenreihe Gemeinwirtschaft Nr. 17, Frankfurt am Main - Köln 1975.
- 4) Vgl. die Literaturübersicht bei Eirik Furubotn und Svetozar Pejovich, Property Rights and Economic Theory, Journal of Economic Literature, Vol. X (1972), hier S. 1153/54.
- 5) Philip Jacobs, A Survey of Economic Models of Hospitals, Inquiry (Blue Cross Association), Jg. 1974, S. 83.
- 6) James M. Buchanan und C. M. Lindsay, Financing of Medical Care in the United States, in: British Medical Association (Hrsg.), Health Service Financing, London 1970.
- 7) Harvey Leibenstein, Allocative Efficiency vs. "X-Efficiency", American Economic Review, Vol. 56 (1966), S. 392-445
- 8) Martin S. Feldstein, Economic Analysis for Health Service Efficiency, Amsterdam 1967, passim: vgl. insbesondere S. 31 f. und S. 97
- 9) Das Zwischenprodukt "Krankenhausleistung" (output) dient der Herstellung des Endproduktes "Verbesserung des Gesundheitszustandes", welches wiederum verschiedene Personen betrifft und sich in verschiedenen Dimensionen realisiert, die ihrerseits auf mehr oder minder abstufbaren Skalen abgebildet werden können
- 10) Ein Beispiel bieten: D. L. Patrick, J. W. Bush und M. M. Chen, Toward An Operational Definition of Health, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 14 (1973), S. 6-23.
- 11) Aus dem Output-Maß der nach diesem Merkmal der Fallmischung korrigierten Anzahl der Fälle pro KH und den Kostendaten der verschiedenen KH wurde von M. S. Feldstein, a.a.O., der inzwischen vielfach zum Betriebsvergleich benutzte und weiterentwickelte Index der Kostenwürdigkeit von KH konstruiert.

- 12) Auf die hier involvierten Definitions- und Messungsfragen kann nicht näher eingegangen werden, ebenso wenig auf die umfangreiche Diskussion über die Erwünschtheit von "quality of care" und die zu ihrer Erreichung nötigen Maßnahmen.
- 13) Für deutsche Verhältnisse und einen bestimmten KH-Typ wurden erste Ansätze hierzu unter Leitung des Verf. an der Universität Konstanz entwickelt; siehe Heinz-Joachim Buschmann, Frei-gemeinnützige Krankenhäuser - eine Studie ihres Verhaltens mit Hilfe der "Theorie der Eigentumsrechte" (unveröffentl. Dissertation), Konstanz 1977.
- 14) So ein Vergleich der deutschen frei-gemeinnützigen KH mit den öffentlichen KH von H. Weissenböck, Studie zur Effizienz von Gesundheitssystemen, Stuttgart 1974.
- 15) So die genannte Arbeit von M. S. Feldstein, op. cit., die sich ausführlich mit dem verstaatlichten englischen Krankenhaussystem befaßt.
- 16) Siehe die Übersicht von R. Foster, Economic Models of the Hospital, Hospital Administration, Jg. 1974 (Fall), S. 87-93, sowie die genannte Arbeit von Philip Jacobs, op. cit.
- 17) Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, American Economic Review, Vol. 53 (1963), S. 941-973.
- 18) Jeffrey E. Harris - The internal organization of hospitals: some economic implications, The Bell Journal of Economics, Vol. 8 (2), Herbst 1977, S. 467-482 - hat aus diesen Besonderheiten bereits Hypothesen abgeleitet, allerdings unter impliziter Unterstellung der Verhältnisse des amerikanischen voluntary hospital. Zum "organizational split" siehe auch die bei Harris, S. 467, genannte weitere Literatur.
- 19) Vgl. D. Adam, op. cit., sowie die Arbeiten von S. Eichhorn, Zielkonflikte zwischen Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Finanzierung der Krankenversorgung, Der Krankenhausarzt, Jg. 1974, S. 386-399; und: Das Privatkrankenhaus im Spannungsfeld von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit, Die Privatkrankenanstalt, Bd. 78 (1976), S. 101-108.
- 20) Sehr plastisch beschrieben bei Jeffrey E. Harris, a.a.O., insb. S. 468 f.
- 21) Vgl. M. W. Reder, Economic Theory and Nonprofit Enterprise: Some Problems in the Economics of Hospitals, American Economic Review, Papers and Proceedings, Vol. 55 (1965), S. 473 f. sowie die dort angegebenen Arbeiten von G. D. Rosenthal und J. Palmer.

- 22) Karin Davis, Theories of Hospital Inflation: Some Empirical Evidence, Journal of Human Resources, Vol. 8 (1973), S. 181-201.
- 23) So die Varianten von Joseph P. Newhouse, Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of the Hospital, American Economic Review, Vol. 60 (1970), S. 64-74, und von Martin S. Feldstein, op. cit., sowie: ders., Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics, American Economic Review, Vol. 61 (1971), S. 853-872.
- 24) Michael A. Redisch, Physician Involvement in Hospital Decision Making, in: Michael Zubkoff, Ira E. Raskin and Ruth S. Hanft, Hospital Cost Containment: Selected Notes for Future Policy, New York 1978, S. 220 f. - weist auf die Tendenz amerikanischer "trustees" hin, Autorität an sachverständige Ärztegruppen zu delegieren, sowie auf die Bestrebungen der American Medical Association, die Aufgabe eines "board" zu beschränken auf die Schaffung der Voraussetzungen für die Selbstverwaltung durch den ärztlichen Stab.
- 25) Kenneth Clarkson, Some Implications of Property Rights in Hospital Management, Journal of Law and Economics, Vol. 15 (1972), S. 363-376.
- 26) So im Krankenhausgesetz Baden-Württemberg § 16 Abs. (1).
- 27) Zu diesen drei Gründen eines Interesses an vergrößerter Produktion siehe Jonathan Ogur, The nonprofit firm: a test of the theory for the hospital industry, Journal of Economics and Business, Vol. 26 (1974), S. 115-120, hier S. 116.
- 28) Diese sich wechselseitig verstärkende Statusorientierung wird ausführlich beschrieben von Maw Lin Lee, A Conspicuous Production Theory of Hospital Behavior, Southern Economic Journal, Vol. 38 (1971), S. 48-58, hier S. 49. Vgl. auch M. W. Reder, Economic Theory and Nonprofit Enterprise..., a.a.O., S. 479.
- 29) Dies ist gerade der Inhalt der conspicuous production-These von Maw Lin Lee, op. cit.
- 30) Jeffrey E. Harris, a.a.O., S. 479.
- 31) Siehe die Hinweise bei Michael A. Redisch, a.a.O., S. 231 f.
- 32) Jeffrey E. Harris, a.a.O., S. 474.
- 33) Mark V. Pauly, Hospital Capital Investment: The Roles of Demand, Profits, and Physicians, Journal of Human Resources, Vol. 9 (1974), S. 7-19.

- 34) American Medical Association, Physician-Hospital Relations, Chicago (Ill.) 1974, S. 20.
- 35) Als Beispiel sei auf die vorgeschriebene Mitarbeiterbeteiligung im Krankenhausgesetz Baden-Württemberg, § 19 - § 23, verwiesen.
- 36) Diese Aktivitäten erfordern nicht nur Zeit, sondern auch andere Inputs, insbesondere Konsumgüter; sie erzeugen damit Güter höherer Ordnung, die zusammen mit den Variablen der professionellen Gratifikation den Gesamtnutzen der handelnden Personen ausmachen. Damit wird das Handeln der Ärzte auch von ihrer Lage in anderen Bereichen abhängig - ein Gesichtspunkt, den wir hier aber nicht berücksichtigen. Vgl. für diese weitgefaßte Auffassung des Konsumbereichs K. J. Lancaster, Consumer Demand - A New Approach, New York 1971.
- 37) Vgl. die Beispiele bei Michael A. Redisch, Physician Involvement..., a.a.O., S. 235 f. sowie M. S. Feldstein, Hospital Cost Inflation..., a.a.O., S. 871, wo ein stark positiver Zusammenhang zwischen KH-Kosten und Zahl der Spezialisten in der Region festgestellt und auf deren Ausstattungsorientierung zurückgeführt wird.
- 38) Siehe dazu etwa die klassische Studie von M. Grossman, The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation, New York and London 1972.
- 39) Siehe den Bericht über die Vermeidung zu starker Inanspruchnahme eines KH infolge erleichterter Einweisung in eine Nachsorge-Einrichtung bei C. Bishop, Public Regulation of Hospitals: Summary of a Conference, Health Care Discussion Paper No. 4, Harvard Center for Community Health and Medical Care 1973, S. 29.
- 40) Der Anteil dieser Fälle wird beispielsweise für amerikanische Verhältnisse auf 10 bis 20 % geschätzt. Siehe U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Research in Hospital Use: Progress and Problems, Chicago 1962, S. 5-23.
- 41) Grenzerlöse für den Arzt selbst spielen also eine gewisse Rolle. So G. Monsma, Marginal Revenue and the Demand for Physicians' Services, in: H. E. Klarman (Hrsg.), Empirical Studies in Health Economics, Baltimore 1970. Für ein empirisches Beispiel für Pauschal- und Einzelleistungsvergütung siehe S. 151.
- 42) In dem Werk von M. S. Feldstein, Economic Analysis..., a.a.O., wird auf die Oxford Record Linkage Studie von 1962 verwiesen, in der sich die Verweildauer bei Entbindungsfällen als vorwiegend abhängig von den Standardgewohnheiten des behandelnden Gynäkologen erwies.

- 43) Vgl. S. Eichhorn, Krankenhausbetriebslehre, Band I, Köln 1971, S. 230 ff.
- 44) Joseph P. Newhouse, Toward A Theory..., a.a.O., S. 73 - hat auf diesen Effekt aufmerksam gemacht und den Zusammenschluß zu "hospital planning councils" als einen Schritt in Richtung auf einen Kleingruppeneffekt interpretiert.
- 45) Siehe Ch. E. Phelps and J. P. Newhouse, Coinsurance and the Demand for Medical Services, Santa Monica (Cal.) 1973: RAND-Corporation R-964-O.E.O.
- 46) Maw Lin Lee, A Conspicuous Production Theory..., a.a.O., S. 50.
- 47) § 3 in Verbindung mit § 6 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (BPflV) vom 25. April 1973.
- 48) Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG) vom 29. Juni 1972, siehe insbes. § 2 - § 5.
- 49) Für empirische Hinweise siehe etwa C. M. Lindsay und K. B. Leffler, The Market for Medical Care, in: Institute for Contemporary Studies (Hrsg.), New Directions in Public Health Care, San Francisco 1976.
- 50) Es ist daher kein Wunder, daß diese Frage nur selten überhaupt aufgeworfen wird. Eine Ausnahme bildet Joseph P. Newhouse, Toward A Theory..., a.a.O., S. 71.
- 51) Diese Art der Darstellung mehrerer Unternehmerziele ist aus der Diskussion um die Abweichungen von der Gewinnmaximierung in der Firmentheorie bekannt. Vgl. Y. K. Ng, Utility and Profit Maximization by an Owner-Manager: Toward a General Analysis, Southern Economic Journal, Vol. 42 (1975), S. 102. Wir haben den Zusammenhang durch Außerachtlassung von Fixkosten und "Werbungskosten" der eigenen Arbeit des Firmenleiters noch weiter vereinfacht.
- 52) Vgl. die unterschiedlichen Erklärungen bei Reuben A. Kessel, Price Discrimination in Medicine, abgedruckt in: W. Breit und H. M. Hochman (Hrsg.), Readings in Microeconomics, New York 1968, S. 317 ff.; bei Roy J. Ruffin und Duane E. Leigh, Charity, Competition, and the Pricing of Doctor's Services, Journal of Human Resources, Vol. 8 (1973), S. 213-222; sowie bei Robert T. Masson und S. Wu, Price Discrimination for Physicians' Services, Journal of Human Resources, Vol. 9 (1974), S. 63-79.

- 53) R. Taylor, Hospital Utilization and Ideal Output: Theory and Evidence, Rivista Internazionale di Scienze Economiche e Commerciali, Jg. 22 (1975), S. 181-192.
- 54) Dies wurde auch von K. Clarkson, Some Implications..., op. cit., empirisch beobachtet.
- 55) Für das Jahr 1971 wurden durch H. J. Buschmann, Universität Konstanz, durchschn. Reinerträge von Praxisinhabern in Höhe von DM 113.543,-- und Gehälter leitender KH-Ärzte bei ausschließlich fester Entlohnung von durchschnittlich rund DM 72.000,-- festgestellt. Errechnet nach: Statist. Bundesamt, Kostenstrukturerhebung 1971, Fachserie C, Reihe 11, und A. Seffen: Arzteinkommen und Honorarpolitik, Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 1974, S. 360.
- 56) Dies ist eine Vermutung von Robert G. Rice, Analysis of the Hospital as an Economic Organism, The Modern Hospital, Vol. 106 (1966), S. 87-91.
- 57) Vgl. die von Joseph P. Newhouse - Toward A Theory..., a.a.O., S. 70 - angegebenen empirischen Studien, die Hilfsindizes für die Qualitätsvariable benutzen.
- 58) Siehe den Bericht von P. Griner und P. Liptzen, Use of the Laboratory in a Teaching Hospital: Implications for Patient Care, Education, and Hospital Costs, Annals of Internal Medicine, Vol. 75 (1971), Heft August.
- 59) Dies ist der Erklärungsansatz von M. S. Feldstein, Hospital Cost Inflation..., op. cit.
- 60) O. Williamson, The Economics of Discretionary Behavior: Managerial Objectives in a Theory of the Firm, Englewood Cliffs (N.J. ) 1964, vgl. insbesondere S. 44.
- 61) Siehe die empirische Untersuchung von Jonathan Ogur, The nonprofit firm..., a.a.O., und das dort auf S. 119 wiedergegebene Ergebnis.
- 62) F. C. Spencer und B. Eiseman - The Occasional Open-Heart Surgeon, Circulation, Jg. 1965, S. 161 f. - berichten, daß hohe Prozentsätze solcher Einrichtungen keinen einzigen oder nur wenige Patienten pro Jahr behandelten.
- 63) Entsprechende Zahlen für die Bundesrepublik wurden von J. H. Buschmann, op. cit., zusammengestellt. Man beachte aber, daß gerade bei Entbindungen die Risikofälle von Anfang an vielleicht eher in öffentliche KH eingewiesen werden.

- 64) President's Commission on Heart Disease, Cancer, and Stroke, A Report to the President, Vol. II, Washington (D.C.) 1965, S. 10 f.
- 65) Siehe E. Schimmel - The Hazards of Hospitalization, Annals of Internal Medicine, Vol. 60 (1964) - für Prozentsätze von Notfällen, die auf solchen und ähnlichen Fehlern beruhen.
- 66) In der Literatur anzutreffende Vergleiche mit einer wohlfahrts-theoretisch optimalen Verweildauer (maximaler Überschuß der individuellen Zahlungsbereitschaft über die Kosten PX) unterlassen wir wegen der Fragwürdigkeit des benutzten Konzepts der Konsumentenrente.
- 67) Siehe A. Owens, Can the Profit Motive Save Our Hospitals ?, Medical Economics, Jg. 1970, S. 76-101.
- 68) Zum Pro und Contra sowie zu den amerikanischen Erfahrungen siehe Michael A. Redisch, Physician Involvement..., a.a.O., S. 232 f.
- 69) Siehe für letzteres Michael Ryan, The Organization of Soviet Medical Care, Oxford-London 1978, S. 108.
- 70) G. Monsma, Marginal Revenue..., a.a.O., S. 151 berichtet über eine geringere Häufigkeit chirurgischer Eingriffe bei Mitgliedern einer Gruppenversicherung als bei anderen Versicherten in New York.
- 71) Michael A. Redisch, Physician Involvement..., a.a.O., S. 239.
- 72) Siehe den Erfahrungsbericht von C. R. Gaus, B. S. Cooper und C. G. Hirschman, Contrasts in HMO and fee-for-service performance, Social Security Bulletin, Jg. 39 (1975), S. 3-14.
- 73) Siehe P. Herder-Dorneich, Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte, Der Arzt im Krankenhaus und Gesundheitswesen, 82. Jg. (1969), Heft 4, sowie: derselbe, Honorarreform und Krankenhaussanierung, Sozialer Fortschritt, 19. Jg. (1977), Heft 5/6.
- 74) Nachgewiesen für die Jahre 1955-71 durch I. Leveson und E. Rogers, Hospital cost inflation and physician payment, American Journal of Economics and Sociology, Vol. 35 (1976), S. 161-174.
- 75) Uwe Reinhardt, A Production Function for Physician Services, Review of Economics and Statistics, Vol. 54 (1972), S. 55-66.
- 76) Dieses Regime der Preisgestaltung entspricht den Vorschriften der erwähnten einschlägigen §§ der Bundespflegesatzverordnung.

- 77) Quellen: Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturerhebung 1971, a.a.O.; Deutsche Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, Berlin 1974; S. Eichhorn, Strukturänderungen in der Organisation der medizinischen Versorgung, Krankenhaus-Umschau, Jg. 1971, Heft 6, S. 224-234.
- 78) Vgl. die in Fußnote 77) genannten Quellen, insbes. S. Eichhorn, a.a.O.
- 79) Beispiel: Krankenhausgesetz Baden-Württemberg, § 19 ff.
- 80) KHG Baden-Württemberg, § 21, Abs. (1).
- 81) Es handelt sich dabei nicht nur um Ableitungen aus der ökonomischen Theorie, da sich die Phänomene auch empirisch in vielen Gruppen haben nachweisen lassen. Siehe hierzu etwa: M. Olson und R. Zeckhauser, An Economic Theory of Alliances, Review of Economics and Statistics, Vol. 48 (1966), S. 266-279.
- 82) Mark V. Pauly und Michael S. Redisch, The Not-for-Profit Hospital as a Physicians Cooperative, American Economic Review, Vol. 63 (1973), S. 87-99.