

**Reorganisation der medizinischen Versorgung  
in Krankenhäusern unter besonderer  
Berücksichtigung Neuer Versorgungsformen**

**- Ansätze der Neuen Institutionenökonomik -**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der  
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät  
der Universität Siegen

2011

vorgelegt von  
Diplom-Volkswirt Christian Stoffers  
aus Netphen



## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützt haben.

Beginnen will ich mit der Person, der meine Dissertation gewidmet sein soll: Meiner lieben Frau Tabea Katharina. Ohne ihre uneingeschränkte Unterstützung, ihren Zuspruch und ihren Rückhalt wäre das Promotionsprojekt nicht zu bewältigen gewesen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Petra Moog, für die wohlwollende, stets hilfreiche und außerordentlich kompetente Begleitung meiner Dissertation. Als ich mich 2008 nach einem notwendig gewordenen Betreuerwechsel bei ihr vorstellte, war unklar, wie das Projekt weitergeführt werden könnte. Sie ließ sich davon jedoch nicht abschrecken, nahm mich als externen Doktoranden mit in ihr Team auf, begleitete mich mit sehr viel Geduld und trug mit ihren wertvollen Ratschlägen wesentlich zum Gelingen der Arbeit bei.

Als nächstes möchte ich mich bei dem gesamten Lehrstuhlteam, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Frau Prof. Moog, für ihre kollegiale Unterstützung, ihre Anregungen und ihre konstruktive Kritik bedanken. Ein besonderer Dank gilt auch Frau Jutta Leonhardt, die als Bindeglied zwischen Lehrstuhl und externen Doktoranden fungierte und bei der ich stets ein offenes Ohr fand.

Schließen möchte ich mit einem Dank an meine Eltern, die das Fundament für meinen Weg gelegt haben.

# Gliederung

	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Problemstellung und Aufbau</b>	<b>9</b>
<b>1.1</b>	<b>Problemstellung</b>	<b>9</b>
<b>1.2</b>	<b>Aufbau</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>Situation der medizinischen Versorgung</b>	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Abgrenzung des Institutionellen Umfelds</b>	<b>21</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Global externes Umfeld</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Unmittelbar externes Umfeld</b>	<b>28</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Internes Umfeld</b>	<b>31</b>
<b>2.2</b>	<b>Institutionen der stationären medizinischen Versorgung</b>	<b>35</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Regulierende Institutionen als Prinzipale</b>	<b>35</b>
2.2.1.1	Vertragsbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft	36
2.2.1.2	Institution „Krankenversicherung“	38
2.2.1.3	Institutionen der staatlichen Aufsicht	42
2.2.1.4	Institutionen der Selbstverwaltung	47
<b>2.2.2</b>	<b>Markt für medizinische Leistungen</b>	<b>49</b>
2.2.2.1	Oligopol als Marktform	50
2.2.2.2	Grenzen der Versorgung	52
2.2.2.3	Marktversagen	55
2.2.2.4	Kennzahlen der stationären Versorgung	57
<b>2.2.3</b>	<b>Krankenhaus als Agent</b>	<b>60</b>
2.2.3.1	Krankenhaus als Unternehmen	61
2.2.3.2	Zielfunktion des Krankenhauses	65
2.2.3.3	Kernleistungen eines Krankenhauses	68
2.2.3.4	Position gegenüber den Prinzipalen	69

<b>3</b>	<b>Potenzial einer Reorganisation der medizinischen Versorgung</b>	<b>73</b>
<b>3.1</b>	<b>Grundlagen der Neuen Institutionenökonomik</b>	<b>73</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Begriffe und Kernelemente</b>	<b>73</b>
3.1.1.1	Individuen in der Theorie	74
3.1.1.2	Institutionen in der Theorie	77
3.1.1.3	Voraussetzung für Regelungen	79
<b>3.1.2</b>	<b>Theoretische Ansätze der Reorganisation</b>	<b>82</b>
3.1.2.1	Perspektiven der Analyse	82
3.1.2.2	Lösungsansätze der Neuen Institutionenökonomik	84
3.1.2.3	Vorgehensweise bei der weiteren Analyse	86
<b>3.2</b>	<b>Ansätze der Neuen Institutionenökonomik</b>	<b>88</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Transaktionskosten-Theorie</b>	<b>88</b>
3.2.1.1	Ausgangspunkt	88
3.2.1.2	Einfluss der Institutionen	91
3.2.1.3	Einfluss des rechtlichen Rahmens	94
<b>3.2.2</b>	<b>Theorie der Verfügungsrechte</b>	<b>95</b>
3.2.2.1	Ausgangspunkt	96
3.2.2.2	Bedeutung des Rechtswesens	98
3.2.2.3	Anreizwirkungen von Verfügungsrechten	100
<b>3.2.3</b>	<b>Vertragstheorie</b>	<b>101</b>
3.2.3.1	Ausgangspunkt	101
3.2.3.2	Prinzipal-Agent-Theorie	104
3.2.3.3	Theorie der unvollständigen Verträge	113
<b>4</b>	<b>Notwendigkeit einer Reorganisation aus der Perspektive der Vertragstheorie</b>	<b>117</b>
<b>4.1</b>	<b>Prinzipal-Agent-Beziehung in der Gesundheitswirtschaft</b>	<b>117</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Informationsasymmetrien in der medizinischen Versorgung</b>	<b>117</b>
4.1.1.1	Asymmetrische Verteilung von Informationen	118
4.1.1.2	Informationsdefizite gegenüber dem Krankenhaus	120
4.1.1.3	Informationsdefizite des Krankenhauses	122
<b>4.1.2</b>	<b>Folgen der Informationsasymmetrien in der stationären medizinischen Versorgung</b>	<b>124</b>
4.1.2.1	Anreizwirkung eines diagnosebasierten Fallpauschalensystems	124
4.1.2.2	Zuordnung des Behandlungsfalls zu einer höher vergüteten Fallgruppe	131
4.1.2.3	Differenzierung des Behandlungsfalls zur Erhöhung der Fallzahlen	134

<b>4.1.3</b>	<b>Erklärungspotenzial der Vertragstheorie</b>	<b>136</b>
4.1.3.1	Externe Perspektive	137
4.1.3.2	Interne Perspektive	139
4.1.3.3	Grenzen des Opportunismus	142
<b>4.2</b>	<b>Anreizsysteme in der medizinischen Versorgung</b>	<b>145</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Strukturierte Behandlungsprogramme</b>	<b>145</b>
4.2.1.1	Begriff „strukturierte Behandlungsprogramme“	146
4.2.1.2	Anreizwirkung der strukturierten Behandlungsprogramme	148
<b>4.2.2</b>	<b>Integrierte Versorgung</b>	<b>152</b>
4.2.2.1	Begriff „integrierte Versorgung“	152
4.2.2.2	Anreizwirkung bei der integrierten Versorgung	154
<b>4.2.3</b>	<b>Medizinische Versorgungszentren</b>	<b>156</b>
4.2.3.1	Begriff „medizinisches Versorgungszentrum“	157
4.2.3.2	Anreizwirkung der medizinischen Versorgungszentren	159
<b>5</b>	<b>Ansätze der Reorganisation der medizinischen Versorgung</b>	<b>162</b>
<b>5.1</b>	<b>Reorganisation des Ressourceneinsatzes</b>	<b>162</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Kosten- und Leistungsrechnung</b>	<b>162</b>
5.1.1.1	Notwendigkeit einer Kosten- und Leistungsrechnung	163
5.1.1.2	Einführung von internen Märkten auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung	165
<b>5.1.2</b>	<b>Pfadabhängige medizinische Leistungserbringung</b>	<b>167</b>
5.1.2.1	Notwendigkeit einer pfadabhängigen Leistungserbringung	167
5.1.2.2	Einführung von klinischen Behandlungspfaden	169
<b>5.1.3</b>	<b>Neue pflegerische Versorgungskonzeptionen</b>	<b>171</b>
5.1.3.1	Notwendigkeit einer abgestuften Pflege	172
5.1.3.2	Einführung einer abgestuften Pflege	174
<b>5.2</b>	<b>Die Reorganisation bei der medizinischen Leistung</b>	<b>176</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Restrukturierung der medizinischen Versorgung</b>	<b>176</b>
5.2.1.1	Notwendigkeit der Restrukturierung	176
5.2.1.2	Umsetzung der Restrukturierung	177

<b>5.2.2</b>	<b>Weiterentwicklung einer marktorientierten medizinischen Versorgung</b>	<b>179</b>
5.2.2.1	Notwendigkeit einer marktorientierten Leistungserbringung	180
5.2.2.2	Umsetzung einer marktorientierten Leistungserbringung	181
<b>5.2.3</b>	<b>Ausweitung der ambulanten medizinischen Leistungen</b>	<b>182</b>
5.2.3.1	Notwendigkeit der Leistungsausweitung	182
5.2.3.2	Umsetzung der Leistungsausweitung	184
<b>5.2.4</b>	<b>Adaption des Technologischen Fortschritts</b>	<b>185</b>
5.2.4.1	Notwendigkeit einer Adaption des technologischen Fortschritts	186
5.2.4.2	Vorgehen bei einer Adaption des technologischen Fortschritts	187
<b>5.3</b>	<b>Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen</b>	<b>188</b>
<b>5.3.1</b>	<b>Entwicklung neuer Organisationsstrukturen</b>	<b>188</b>
5.3.1.1	Notwendigkeit von neuen Organisationsstrukturen	189
5.3.1.2	Umsetzung von organisatorischen Veränderungen	190
<b>5.3.2</b>	<b>Aufbau horizontaler Versorgungsstrukturen</b>	<b>192</b>
5.3.2.1	Notwendigkeit einer horizontalen Integration	192
5.3.2.2	Umsetzung einer horizontalen Integration	194
<b>5.3.3</b>	<b>Aufbau vertikaler Versorgungsstrukturen</b>	<b>195</b>
5.3.2.1	Notwendigkeit von vertikalen Versorgungsstrukturen	195
5.3.2.2	Einführung von vertikalen Versorgungsstrukturen	198
<b>6</b>	<b>Kritische Würdigung</b>	<b>201</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>215</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Aufbau der Arbeit

Abb. 2: Ausgangssituation

Abb. 3: Institutionelles Umfeld

Abb. 4: Beschäftigungswirkung in der Region Südwestfalen

Abb. 5: Vertragsbeziehungen zum unmittelbar externen Umfeld

Abb. 6: Gesundheitsfonds

Abb. 7: Staatlicher Einfluss

Abb. 8: Einfluss des Marktes

Abb. 9: Strukturanalyse der stationären medizinischen Versorgung

Abb. 10: Unternehmen „Krankenhaus“

Abb. 11: Unterschiedliche Perspektiven als Grundlage der Analyse

Abb. 12: Grad der Integration als Grundlage der Analyse

Abb. 13: Anreizstrukturen mit steigendem Grad der Integration

Abb. 14: Ansätze der Reorganisation

Abb. 15: Idealtypische Versorgung

Abb. 16. Bewertung der Ergebnisse



# 1 Problemstellung und Aufbau

## 1.1 Problemstellung

Das Krankenhaus steht regelmäßig im Mittelpunkt der Diskussion, wenn das Thema Kostenexplosion<sup>1</sup> in der Gesundheitswirtschaft lautet. Hierbei wird seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts debattiert, wie angesichts des stetig wachsenden Anteils der Gesundheitsausgaben am deutschen Bruttonationalprodukt und des zunehmenden Anteils der Krankenversicherungsbeiträge am Bruttoeinkommen der Erwerbstätigen dem Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen Einhalt geboten werden kann (Breyer et al. 2004: 2). Die zentrale Stellung des Krankenhauses in dieser Diskussion liegt insbesondere darin begründet, dass der Krankenhausektor nicht nur eine große quantitative Bedeutung innerhalb der bundesdeutschen Gesundheitswirtschaft besitzt, sondern auch einen hohen gesamtwirtschaftlichen Stellenwert. Denn von den etwa 252 Milliarden Euro im Jahr 2007, die für Leistungen der Gesundheitswirtschaft ausgegeben wurden, entfallen über 58 Milliarden Euro alleine auf die stationäre medizinische Versorgung im Krankenhaus (Statistisches Bundesamt, 24.07.2009).

Bei der Diskussion um die Ausgaben wird die Leistungsfähigkeit der deutschen Gesundheitswirtschaft und der dort handelnden Institutionen regelmäßig in Frage gestellt. Als Kennzeichen einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit wird angeführt, dass die bestehenden Ressourcen nicht effektiv genutzt werden. Dabei kann die Ursache hierfür darin gesehen werden, dass die deutsche Gesundheitswirtschaft nach wie vor wie kein anderer Wirtschaftsbereich staatlich reguliert und weitgehend den marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismen

---

<sup>1</sup> Im streng ökonomischen Sinn ist der Begriff „Kostenexplosion“ irreführend. Denn als „Kostenexplosion“ wird fälschlicherweise die Entwicklung der Gesamtausgaben bezeichnet. Vor diesem Hintergrund sollte man von einer „Ausgabenexplosion“ sprechen.

entzogen ist. Statt durch die Institution „Märkte“ wird sie im globalen externen Umfeld maßgeblich durch eine Planung, eine Budgetierung und einen Preisdirigismus des Staates sowie durch kollektive Vereinbarungen gesteuert. Auch im unmittelbar externen Umfeld werden Entscheidungen, die das Handeln der Akteure determinieren, nicht aus marktwirtschaftlichen Überlegungen heraus getroffen. Vielmehr prägen hier die Interessen weiterer Anspruchsgruppen deren Aktivitäten.

Insgesamt ist die Regulierung durch Institutionen, die unter einem staatlichen Einfluss stehen, im Krankenhaussektor besonders stark ausgeprägt. Werden also die Ressourcen im internen Umfeld eines Krankenhauses nicht effektiv genutzt, so ist das folgerichtig nicht auf die Kosten der Nutzung der Institution „Märkte“ bei den vorgenommenen Transaktionen – sowohl innerhalb auch außerhalb der stationären Einrichtung –, sondern auf die Kosten des Einsatzes anderer Institutionen im externen Umfeld zurückzuführen. Soll also die Leistungsfähigkeit der Akteure in der Gesundheitswirtschaft erhöht werden, so hat eine hierauf abzielende Reorganisation sich sowohl auf das globale und unmittelbar externe als auch auf das interne Umfeld des jeweiligen Akteurs – im vorliegenden Fall die Institution „Krankenhaus“ – zu erstrecken.

Auch in anderen Ländern ist die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft mit Problemen verbunden. Der industrialisierten Welt fällt es zunehmend schwer, den medizinischen Fortschritt für die gesamte Bevölkerung bereitzustellen. Dies findet einen sichtbaren Ausdruck in der Tatsache, dass es nur noch wenige Länder gibt, in denen man keine lange Wartezeiten für notwendige medizinische Behandlungen – insbesondere für Operationen in Krankenhäusern – in Kauf nehmen muss: In Großbritannien mit seiner staatlich organisierten Gesundheitsversorgung (Nationaler Gesundheitsdienst) ist eine Kontingentierung von Gesundheitsdienstleistungen vielfach Praxis. Vom Fehlen

der Institution „Märkte“ sind primär die älteren Patienten betroffen. Doch sprechen die Vergleichsdaten – hinsichtlich der Effizienz der Leistungserbringung, der Steuerung der Ausgaben sowie der Qualität und des Spektrums der Leistungsangebote – nicht dafür, dass die privatwirtschaftlich organisierten Systeme, bei denen die Institution „Märkte“ die primäre Koordinationsinstitution ist, den anderen Systemen überlegen sind. Bei den privatwirtschaftlich organisierten Systemen kommt erschwerend hinzu, dass einzelne Bevölkerungsgruppen ganz oder teilweise von den medizinischen Leistungen ausgeschlossen werden. So ist etwa in den USA ein Viertel der Bevölkerung nicht oder nur unzureichend für den Krankheitsfall versichert (Berié et al. 2005: 2). Folglich kam es dort im Jahr 2009 zu heftigen Diskussionen, wie diese Situation mittels einer Gesundheitsreform verändert werden kann. Die Skizzierung zweier Gesundheitssysteme zeigt, dass bei einer Reorganisation die Postulierung einer „extremen“ Lösung nicht Ziel führend ist. Vielmehr gilt es, einen Ansatz zu finden, der unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt sowie Flexibilisierung und Steuerung in Einklang bringt.

In den letzten 25 Jahren wurden in Deutschland über 200 Einzelgesetze erlassen, die die Gesundheitswirtschaft unmittelbar berühren. Keine der bisherigen Reformen konnte jedoch etwas an der oben beschriebenen Situation ändern, da lediglich eine Kostendämpfung angestrebt wurde. Die Reformen verfehlten dabei das Ziel einer besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen klar. Die Kennzeichen hierfür sind das zeitgleiche Auftreten einer Über- und Unterversorgung mit medizinischen Leistungen. Stets wurde an die bereits vorhandenen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems angeknüpft, ohne wirklich grundlegend neue Wege zu beschreiten. Bei der Umsetzung der Reformen hat die Politik auf die einzelnen Institutionen im Gesundheitswesen verwiesen, das heißt auf die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die ärztlichen

Körperschaften der Selbstverwaltung. Sie hat ihnen somit die gesellschaftliche Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen übertragen. Erst seit den neunziger Jahren wird den Anreizstrukturen und den Mechanismen zur Ausgabensteuerung – beispielsweise der Koordinationsinstitution „Märkte“ – im deutschen Gesundheitswesen eine größere Beachtung geschenkt.

Ab dem Jahr 2000 entwickeln sich neue Versorgungsformen und ein leistungsorientiertes Vergütungssystem. Letztgenanntes System erlaubt eine Annäherung an die Koordinationsinstitution „Märkte“ im Bereich der stationären medizinischen Leistungen. Behandlungsprozesse und Verwaltungsabläufe sowie der Einsatz von Mitarbeitern und medizinischen Geräten werden transparenter (Augurzky et al. 2007: 35). Neue Versorgungsformen eröffnen dabei dem Krankenhaus Möglichkeiten, in zuvor strikt abgegrenzte Versorgungsbereiche vorzudringen. Mit diesen Entwicklungen wurden insbesondere Grundlagen dafür geschaffen, dass durch eine Öffnung der Märkte die bislang starre Kluft zwischen den Institutionen der ambulanten medizinischen Behandlung einerseits und der stationären andererseits überbrückt werden kann.

Diese Maßnahmen erzeugten die wesentlichen Voraussetzungen, um die notwendige Reorganisation bei den Institutionen der medizinischen Versorgung und damit einen Strukturwandel im deutschen Krankensektor voranzutreiben. Dieser setzt beim Ressourceneinsatz innerhalb der Institution „Krankenhaus“ an. Die in Deutschland noch anzutreffende strenge Abgrenzung der Bereiche „Medizin“, „Pflege“ und „Verwaltung“ (Ennemann 2003: 25) wird sich immer mehr auflösen. Auch werden sich die Hierarchien innerhalb des Krankenhauses verändern. Es bilden sich Teilinstitutionen heraus, zwi-

schen denen sich interne Märkte schaffen lassen. Gleichzeitig wird die Anzahl der Beschäftigten in allen Berufsgruppen sinken.

Vieles spricht auch dafür, dass im Gefolge dieses Strukturwandels die Sozialfunktion „Versorgung erkrankter Menschen“ der Krankenhäuser zunehmend in den Hintergrund gedrängt wird und sich damit die Reorganisation auf die Leistungserstellung auswirkt (Güssow 2007: 445). Die primäre Aufgabe der Institution „Krankenhaus“ besteht infolgedessen darin, nur solche Patienten mittels moderner Verfahren zu behandeln, bei denen eine ambulante Versorgung wegen der Schwere der Krankheit, der Kompliziertheit des medizinischen Verfahrens oder anderen Faktoren unmöglich ist. Die höhere Gewichtung der medizinischen Behandlung im Krankenhaus geht mit einer Intensivierung des Leistungsgeschehens einher, die sich in der immer kürzeren Verweildauer niederschlägt. Sie führt aber auch zu immer höheren Fallkosten im Krankenhaus.

Eine kürzere Verweildauer mündet schließlich in den Abbau von Kapazitäten des Krankenhausbereichs, wobei es teilweise zu deren Verlagerung auf andere Institutionen wie die Pflegeheimen und die Hospize kommt, die die Sozialfunktion substituieren. Die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus bedingt demzufolge eine andere organisatorische Ausrichtung der stationären Einrichtung. Als eine Folge der Reorganisation wird es neben der Veränderung der stationären Leistungen auch eine Veränderung der Zusammenarbeit innerhalb des Krankenhauses geben (Ennemann 2003: 161). Dessen Reorganisation als Unternehmen ist zu erwarten, wobei neue Formen der Zusammenarbeit auf vertikaler und horizontaler Ebene mit auswärtigen Institutionen zu berücksichtigen sind.

Anders als Ennemann (2003: 1) vermutet der Autor, dass der oben beschriebene Wandel alle Krankenhäuser gleichermaßen trifft – unab-

hängig von der jeweiligen Trägerschaft. Schließlich werden sich nur diejenigen Kliniken im Wettbewerb behaupten können, die die Folgen des Strukturwandels aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit kompensieren und wirtschaftlich arbeiten. Weiter ist festzuhalten, dass der Wandel den Patienten zunächst nicht unmittelbar betrifft. Seine Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird nicht durch die Preise zurückgedrängt, sodass hierüber eine rationierende Zuteilung der knappen Güter erfolgt. Die Institution „Krankenversicherung“ übernimmt weiterhin für den Patienten die Vergütung der (Basis-)Behandlung. Für denselben bedeutet die Entwicklung zunächst eine zunehmende Zentralisierung von Krankenhäusern. Das leicht erreichbare Krankenhaus wird es demnach nicht mehr überall geben. Die Spezialisierung und die Serviceorientierung der Kliniken werden jedoch wachsen können. Auch wird der Patient die Angebote für eine ambulante Behandlung verstärkt im Krankenhaus vorfinden.

Am Ende der Reorganisation wird sich aus der Perspektive des Patienten die medizinische Versorgung im Krankenhaus anders darstellen. Die zu beantwortende Frage lautet, ob sich die Reorganisation des Ressourceneinsatzes, der medizinischen Leistung und des Krankenhauses als Unternehmen positiv für ihn auswirkt und ob eine ideale Lösung für ihn herstellbar ist.

Bisher wurde gezeigt, dass die Veränderungen im Krankenhaussektor sehr vielschichtig sind. Die Wirtschaftswissenschaften haben es daher nicht leicht, das Thema angemessen zu erfassen und die Analyse aufzubauen. Eine Reihe von Publikationen, die den Wandel im Gesundheitswesen analysieren, konzentriert sich primär auf die exogenen Faktoren wie den medizinischen Fortschritt und die demografischen Veränderungen (Hajen et al. 2004: 103). Andere Publikationen sind einseitig auf bestimmte Sachverhalte wie die Beschreibung von Wirkungen der vielen angekündigten und durchgeführten Gesundheitsre-

formen oder dem Public Private Partnership zwischen öffentlichen Krankenhaus und privater Klinikette ausgerichtet (Ennemann 2003: 2). Wieder andere Veröffentlichungen wie das Standardwerk von Breyer et al. (2004) bemühen sich, das Gesundheitswesen als Ganzes zu erklären, scheitern jedoch an der Komplexität der Branche. Schließlich fließen regelmäßig persönliche Einschätzungen ein, die dem Gut „medizinische Versorgung“ eine besondere Stellung zuweisen. Eine Folge hiervon ist, dass eine konsequente und konsistente Analyse nicht erfolgt. Eine Nachprüfbarkeit der Ergebnisse ist dann nicht gegeben.

## **1.2 Aufbau**

Ein geeigneter Ansatzpunkt, um den Schwierigkeiten zu begegnen und daher bestimmend für den Aufbau dieser Arbeit, besteht darin, sich zunächst den Mechanismen zuzuwenden, die das Verhalten der Akteure in der Gesundheitswirtschaft regeln. Solche Mechanismen können als Institutionen bezeichnet werden (Richter, Furubotn 1999: 7). Deren Berücksichtigung ist den Wirtschaftswissenschaften nicht neu und ist Gegenstand der Neuen Institutionenökonomik. Sie bietet mit der Transaktionskosten-Theorie, der Theorie der Verfügungsrechte und der Vertragstheorie drei Instrumente zur Untersuchung der unterschiedlichen Institutionen und deren Anreizwirkung in der Gesundheitswirtschaft an, was zu zeigen sein wird.

Die vorzunehmende Analyse grenzt – nach der Skizzierung des Umfelds und der Vorstellung unterschiedlicher Institutionen – den Untersuchungsgegenstand „medizinische Versorgung in Krankenhäusern“ ein. Dabei werden unter einem gegebenen globalen externen Umfeld die Notwendigkeit der Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern und die Veränderung sowohl im unmittelbar externen als auch internen Umfeld der Institution „Krankenhaus“ mit-

tels einer umfassenden Einbindung der Neuen Institutionenökonomik untersucht. Es wird herausgearbeitet, dass im externen Umfeld neben der Institution „Märkte“ zahlreiche weitere Institutionen das Geschehen im Krankenhaus beeinflussen. Die Institutionen im globalen externen Umfeld werden dabei regelmäßig vom Staat errichtet. Auch im unmittelbar externen Umfeld sind es regulierende Institutionen und damit Aktivitäten der Öffentlichen Hand, die das Geschehen im Krankenhaus bestimmen. Schließlich bleibt das interne Umfeld, bei dem Eingriffe – zumindest bei Krankenhäusern unter Trägerschaft der Kommunen – wiederum durch staatliche Stellen erfolgen. Somit stellt sich die Frage, inwieweit beispielsweise die Institution „Privateigentum“ von Belang ist. Schließlich können die Institutionen auch das Resultat bilateraler Verträge sein, was ein Zurückdrängen des staatlichen Einflusses zumindest auf den zuletzt genannten Ebenen ermöglicht.

Lässt man Trägerstrukturen außeracht, so kann festgestellt werden, dass das interne Umfeld der Institution „Krankenhaus“ Besonderheiten aufweist. Es ist gegenwärtig sehr hierarchisch aufgebaut und die Faktorallokation erfolgt durch Anweisung. Märkte, auf denen Transaktionen von Verfügungsrechten stattfinden, existieren genauso wenig wie organisatorische Strukturen, die deren Implementierung möglich machen. Innerhalb des Krankenhauses ist zudem eine Vielzahl von bilateralen Verträgen zu berücksichtigen. Und auch im Außenverhältnis sind diejenigen Verträge, die die Beziehungen der Institutionen untereinander regeln, von besonderer Bedeutung. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer Fixierung von Vertragsinhalten kommt der Analyse der Institutionen mittels der Vertragstheorie, die nach Erlei et al. (1999) auf der Transaktionskosten-Theorie und der Theorie der Verfügungsrechte basiert, eine wesentliche Bedeutung zu. Es wird herausgearbeitet, dass aufgrund der Komplexität der medizinischen Leistungen eine vertragliche Fixierung aller Kontingenzen



sowohl bei Verträgen innerhalb des Krankenhauses als auch bei Verträgen, die das Krankenhaus mit Institutionen aus seinem Umfeld schließt, nicht möglich ist. Die Verträge sind also nicht vollständig. Bei der Analyse solcher Verträge wird die Theorie der unvollständigen Verträge – ein Theoriezweig der Vertragstheorie (Richter, Furubotn 1999: 247 ff.) – für die Untersuchung der Institution „Krankenhaus“ herangezogen.

Mit der vorliegenden Arbeit werden vor dem oben skizzierten Hintergrund zum einen die wissenschaftlichen Grundlagen für die Notwendigkeit einer Reorganisation und deren Umsetzung durch Anreizsysteme im Krankenhaussektor beschrieben; zum anderen wird ein Beitrag zur nachhaltigen Umgestaltung des Krankenhauswesens in einem dynamischen Umfeld geleistet. Die Analyse hinterfragt auch die theoretischen Grundlagen und entwickelt sie weiter. Hiervon ausgehend gliedert sich die Arbeit in sechs Teile, die aufeinander aufbauen.

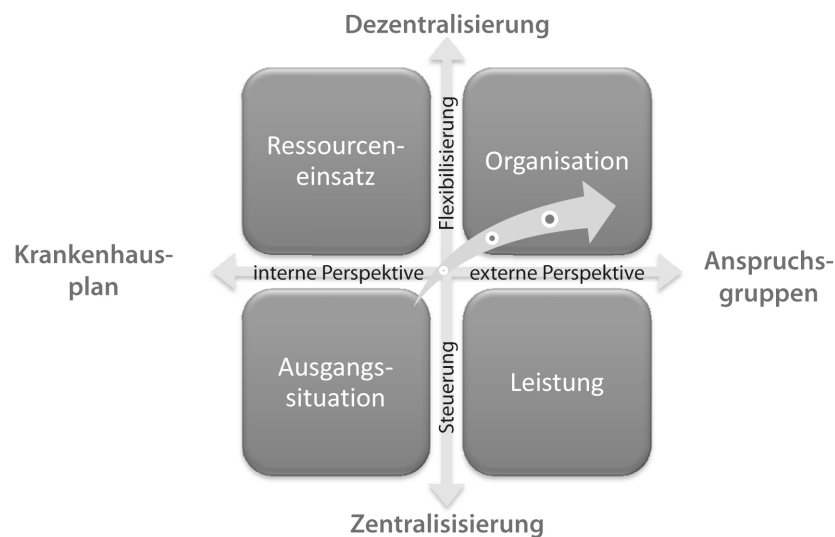


Abb. 1: Aufbau der Arbeit

Nach den einleitenden Bemerkungen zur Problemstellung und zum Aufbau findet im zweiten Teil mit der Beschreibung der Ausgangssituation – unten links in der Abbildung 1 – eine systematische Ausein-

andersetzung mit dem globalen und unmittelbar externen Umfeld des Krankenhauses und mit dem Einfluss von Institutionen auf das interne Umfeld von Einrichtungen der stationären medizinischen Versorgung statt. Es werden dabei die Ebenen „globales externes Umfeld“, „unmittelbar externes Umfeld“ und „internes Umfeld“ herausgearbeitet und wichtige regulierende Institutionen einer weitgehend zentralistischen Steuerung charakterisiert. Eine besondere Bedeutung hat hier die Institution „Krankenversicherung“, die einen wesentlichen steuernden Einfluss auf alle Institutionen ausübt. Es werden dann die Bedingungen auf dem Markt für medizinische Leistungen herausgearbeitet und die Beschaffenheit der stationären Versorgung, die sich für alle Krankenhäuser – unabhängig davon, ob es sich in privater oder öffentlicher Trägerschaft befindet – am Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes – orientiert, analysiert. Ebenfalls wird das Verhalten der Krankenhäuser untereinander untersucht. Damit erhebt sich das Krankenhaus aus der homogenen Masse darzustellender Institutionen und wird zum individuellen Akteur innerhalb seines Umfelds.

Da im Mittelpunkt der Analyse Institutionen stehen, wird das Potenzial einer Reorganisation auf der Grundlage der Neuen Institutionenökonomik zur Erfassung der internen und externen Perspektive erkannt und deren Einbindung in die theoretische Betrachtung bejaht. Diese Theorie wird daher im dritten Teil vorgestellt und auf ihre Anwendbarkeit bei der Analyse von Institutionen im Krankenhaussektor hin geprüft – in der Abbildung 1 wird es durch die horizontale Achse repräsentiert. Dabei werden die drei aufeinander aufbauenden Teilgebiete der Neuen Institutionenökonomik – die Transaktionskostentheorie, die Theorie der Verfügungsrechte und die Vertragstheorie – als Instrumente der Analyse von Institutionen charakterisiert.

Die zuerst genannten Instrumente bilden die theoretischen Grundlagen bei der Entscheidung für oder gegen eine zentrale Lösung und bei der

Analyse der unterschiedlichen Perspektiven – in der Abbildung 1 wird es durch die vertikale Achse repräsentiert. Die Vertragstheorie als zuletzt genanntes Instrument formiert den Schwerpunkt, da es letztendlich bilaterale Verträge sind, die die Institution „Krankenhaus“ im internen und externen Umfeld maßgeblich beeinflussen und eine Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern bedingen. Hierbei gilt es im vierten Teil zu berücksichtigen, dass die asymmetrische Verteilung von Informationen in der Gesundheitswirtschaft besonders stark ausgeprägt ist und sich auf das Verhalten der Akteure negativ auswirkt. Es werden schließlich Anreizsysteme in der medizinischen Versorgung herausgearbeitet. Aus diesen folgt schließlich die Forderung nach einer Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern hinsichtlich der eingesetzten Ressourcen, der Leistungserbringung und hinsichtlich einer umfassenden Reorganisation des Unternehmens.

Daran anknüpfend folgt im fünften Teil eine Analyse der Reorganisation des Krankenhauses hinsichtlich des Ressourceneinsatzes, der Leistungserbringung und hinsichtlich des Unternehmens als Ganzes auf der vorgestellten theoretischen Grundlage – in der Abbildung 1 sind es die übrigen drei Quadranten. Es wird dargelegt, wie durch konkrete Maßnahmen zur Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern beigetragen werden kann. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass die Maßnahmen nicht isoliert erfolgen können und dass eine Reorganisation der medizinischen Versorgung durch eine horizontale und vertikale Integration erreicht werden kann. Aufgeführt werden hier die Änderung der Rechtsform im Rahmen einer Privatisierung und die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums. Da eine Privatisierung letztendlich dazu führt, dass die Institution „Krankenhaus“ in einer noch größeren Institution aufgeht und sich damit der hier verstandenen Reorganisation entzieht, wird sie in der hier vorgenommenen Analyse nicht als Ideal verstanden.

Am Ende der Arbeit, dem sechsten Kapitel, stehen eine kritische Würdigung der gewonnenen Erkenntnisse und ein Ausblick mit einer Handlungsanweisung für eine zukünftige Gesundheitspolitik. Auch wird ein Auftrag für weitere Forschungen im Bereich der in der Gesundheitswirtschaft agierenden Institutionen formuliert.

## 2 Situation der medizinischen Versorgung

### 2.1 Abgrenzung des institutionellen Umfelds

#### 2.1.1 Global externes Umfeld



Abb. 2: Ausgangssituation

Der Schwerpunkt der Analyse der vorliegenden Arbeit liegt in der Betrachtung der Institution „Krankenhaus“. Diese wird als ein Bündel von Mechanismen definiert, mit deren Hilfe sich das Verhalten von Wirtschaftssubjekten steuern lässt (Richter, Furubotn 1999: 7). Bei der Betrachtung der Ausgangssituation erfolgt anfangs ein Überblick über das institutionelle Umfeld, um später eine Orientierung bei der Gegenüberstellung unterschiedlicher institutioneller Einflüsse zu erleichtern. Bei dieser Betrachtung folgt der Autor Griffin (2007) und skizziert zunächst die drei Ebenen „global externes Umfeld“ (Makro-Ebene), „unmittelbar externes Umfeld“ (Arbeits-Ebene) und das „interne Umfeld“ (Intra-Ebene). Erstgenanntes enthält eine politisch-rechtliche, eine soziokulturelle, eine ökonomische, eine technologische und eine internationale Dimension. Wettbewerber, Kunden, Lieferanten, Partner und Institutionen der Regulierung bilden das unmittel-

telbar externe Umfeld. Schließlich konstituieren Eigentümer, Management und Mitarbeiter die Intra-Ebene.

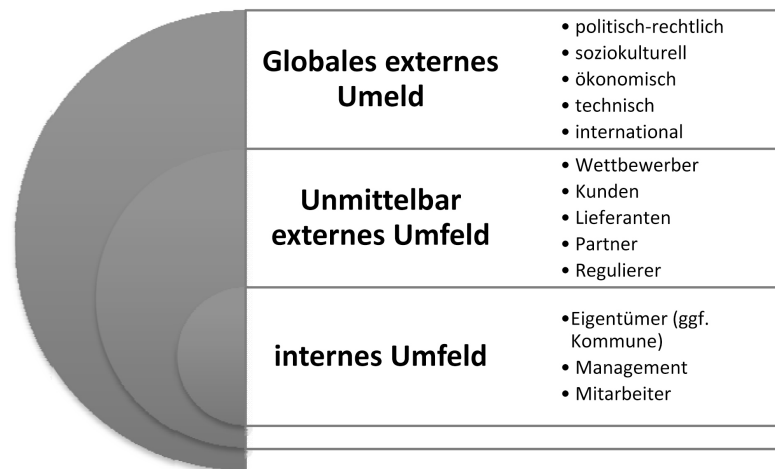


Abb. 3: Institutionelles Umfeld

Wird nun das globale externe Umfeld betrachtet, so attestiert Oberender (2003), dass die deutsche Gesundheitswirtschaft eine politisch-rechtliche „Dauerbaustelle“ ist. Wechselnde Regierungen bekunden angesichts der demografischen, sozialen sowie technologischen Entwicklung die Notwendigkeit von grundlegenden Reformen, um den uneingeschränkten Zugang der Bevölkerung zu einer hochwertigen Medizin zu sichern. Mit ehrgeizigen Projekten versuchen sie, die vermeintlichen Defizite innerhalb der Gesundheitswirtschaft zu beheben, agieren dabei jedoch als Prinzipale gegenüber einer Vielzahl gut informierter Agenten. Sucht man nämlich nach dauerhaften Erfolgen, so wird man enttäuscht. Ein Indiz für den mangelnden Erfolg ist, dass bei hohen Ausgaben eine Überversorgung und Unterversorgung bei den medizinischen Leistungen zur gleichen Zeit auftreten. Dies findet seinen Niederschlag im dritten Band des Gutachtens 2000/2001 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, das den Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ trägt.

Beispiele für die Überversorgung sind unnötige Doppeluntersuchungen beim Übergang des Patienten vom ambulanten zum stationären Versorgungsbereich. Die politisch gewollte starre Abgrenzung zwischen den Institutionen der stationären und der ambulanten medizinischen Versorgung hat dabei einen bedeutenden Anteil an der fehlgeleiteten Versorgung. Auch liegen Überkapazitäten bei Krankenhausbetten vor, während bei der Behandlung von chronisch Kranken, der Gesundheitsförderung und der Prävention Defizite existieren. Beispiel hierfür ist die Versorgung mit Krankenhausbetten: In Deutschland gibt es 9,1 belegbare Betten je Einwohner. In den USA sind es 3,6 und in der Niederlande 5,1 (Bundesministerium für Gesundheit 2006: Tab. 7.2). Und von den über 240 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben werden gerade elf Milliarden Euro für Prävention eingesetzt (Bundesministerium für Gesundheit 2006: Tab. 10.1). Schließlich werden die Potenziale der Hochleistungsmedizin nicht voll ausgeschöpft, da zwar gemäß § 116b SGB V (Sozialgesetzbuch) hochspezialisierte ambulante Leistungen möglich sind, deren Erbringung von Krankenhäusern durch ausbleibende Zulassungen seitens der Exekutive verhindert werden (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Landesgruppe NRW, 18.07.2010). Damit wirken sich Entscheidungen aus dem unmittelbar externen Umfeld unmittelbar auf das Krankenhaus aus, was auch eine grundlegende Problematik bei der Abgrenzung der einzelnen Ebenen offenlegt.

Wie bereits in Kapitel 1 angemerkt, wurde bei den zahlreichen Gesundheitsreformen stets an bereits vorhandene Strukturen des deutschen Gesundheitssystems angeknüpft, ohne wirklich grundlegend neue Wege zu beschreiten. Bei der Umsetzung der Reformen hat die Politik dann auf die einzelnen Akteure der Gesundheitswirtschaft verwiesen, das heißt auf die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die ärztlichen Körperschaften der Selbstverwaltung. Sie hat ihnen somit die gesellschaftliche Ver-

antwortung für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen übertragen, ohne die Herausforderungen aus der beschriebenen Prinzipal-Agent-Konstellation anzugehen – hierauf wird in Abschnitt 2.2.1.4 näher eingegangen. Erst seit den neunziger Jahren wird den Anreizstrukturen und den Mechanismen zur Ausgabensteuerung – beispielsweise der Koordinationsinstitution „Märkte“ – in der deutschen Gesundheitswirtschaft eine größere Beachtung geschenkt.

Weiter ist bei der Beschreibung des globalen externen Umfelds festzustellen, dass den Institutionen der Gesundheitswirtschaft von der Gesellschaft immer wieder zusätzliche Aufgaben zugewiesen werden. So haben diese mit den vorhandenen Ressourcen besser zu wirtschaften aber gleichzeitig die so genannte Zweiklassenmedizin zu vermeiden (Seith, 01.8.2008). Diese Aufgaben bedingen jedoch nicht einander; vielmehr können sie in einem Prinzipal-Agent-Umfeld gegenläufig sein. Eine weitere Aufgabe resultiert aus dem Wertewandel. So drückt der Begriff „Gesundheit“ heute nicht mehr nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein umfassendes körperliches und seelisches Wohlbefinden aus. Immer mehr rückt in das Bewusstsein der Menschen, dass die Gesundheit der Bevölkerung die Voraussetzung für die Entfaltung produktiver Kräfte in einer modernen Wirtschaftsordnung und die Gesundheitswirtschaft ein Bestandteil der volkswirtschaftlichen Infrastruktur mit stetig wachsender Bedeutung ist. Die Menschen sind also grundsätzlich dazu bereit, mehr für Gesundheit auszugeben.

Betrachtet man im globalen externen Umfeld die ökonomische Ebene, die sehr eng mit der technischen verknüpft ist, so kann konstatiert werden, dass – wie in allen Industrienationen – auch in Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonutzenprodukt steigt. Ein Grund hierfür ist, dass die Leistungen der Branche zu denjenigen



persönlichen Dienstleistungen zählen, die weniger als andere berufliche Tätigkeiten rationalisierbar sind. Eine Verlagerung des „Produktionsprozesses“ – insbesondere jener, der sich in stationären Einrichtungen vollzieht – in das Ausland ist überdies nur sehr eingeschränkt möglich. Die relativ hohe Ausgabenquote in Deutschland seit Anfang der neunziger Jahre ist nicht zwingend auf mangelnde Rationalisierung zurückzuführen. Vielmehr lässt sie sich mit den Folgekosten der deutschen Einheit begründen. So lag im Jahr 1990 der Anteil der Gesundheitsausgaben noch bei 8,7 Prozent und damit in der Nähe anderer europäischer Staaten. Erst danach setzte sich die Ausgabenentwicklung in Deutschland von den anderen europäischen Ländern ab. Eine Ursache hierfür bestand darin, dass die Wirtschaftskraft der neuen Bundesländer deutlich niedriger als die der alten Bundesländer lag und die Ausgaben zur Herstellung gleicher Lebensverhältnisse im Bereich der Gesundheitsversorgung einen relativ höheren Anteil des Bruttosozialprodukts für Ostdeutschland erforderten (Berié et al. 2005: 2).

Betrachtet man weiter die ökonomische Dimension, so wird die herausgehobene Stellung der Branche innerhalb der Volkswirtschaft insbesondere durch deren Bedeutung auf dem Arbeitsmarkt deutlich: Etwa vier Millionen Personen arbeiten dort, während es in der Metall- und Elektroindustrie 3,5 Millionen Arbeitnehmer sind; mit Arbeitsplatzverlust verbundene Rationalisierungen sind angesichts des großen Wählerpotenzials, das Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft bilden, schwer zu erzielen. Ist die Regierung als Prinzipal identifiziert, so kommt diese Abhängigkeit noch erschwerend hinzu (Statistisches Bundesamt, 13.12.2007). Die meisten Beschäftigten (83 Prozent) sind in den Einrichtungen der ambulanten beziehungsweise stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung tätig. Die Anzahl derer in den Institutionen der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung liegt dabei mit 1,7 Millionen Personen geringfügig unter der

Anzahl der Arbeitnehmer in den ambulanten Einrichtungen (Bundesministerium für Gesundheit 2006: Tab. 6.22).

<b>Beschäftigung Vollkräfte</b>	<b>untersuchte Häuser</b> <small>(Beschäftigte der Region)</small>	<b>auf alle hoch- gerechnet</b> <small>(Beschäftigte der Region)</small>	<b>untersuchte Häuser</b> <small>(Beschäftigte gesamt)</small>	<b>auf alle hoch- gerechnet</b> <small>(Beschäftigte gesamt)</small>
<b>direkt in Krankenhäusern</b>	7.769	10.634	8.520	<b>11.661</b>
<b>Indirekt bei Lieferanten</b>	2.416	3.306	7.006	<b>9.590</b>
<b>Peripher</b>	85	116	85	<b>116</b>
<b>Summe</b>	<b>10.270</b>	<b>14.056</b>	<b>15.611</b>	<b>21.367</b>

Abb. 4: Beschäftigungswirkung in der Region Südwestfalen (Letmathe et al. 2009)

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die indirekte und periphere Beschäftigungswirkung, die von den Einrichtungen in der Gesundheitswirtschaft ausgeht. So konnte im Jahr 2009 für die Region „Südwestfalen“ neben den 11.661 direkt in Krankenhäusern Arbeitenden eine indirekte Beschäftigungswirkung von 9.590 Vollkräften bei Lieferanten festgestellt werden (Letmathe et al. 2009: 14f.).

Insbesondere vor dem Hintergrund der in der Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise unsicherer gewordenen Situation auf dem Arbeitsmarkt sorgt die Gesundheitswirtschaft für Stabilität, da zum einen die skizzierten Schwierigkeiten einer Rationalisierung bestehen und zum anderen der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen allein aufgrund der Alterung der Bevölkerung steigen wird. Inwieweit jedoch das Wachstumspotenzial und die Beschäftigungsmöglichkeiten dort ausgeschöpft, also den wachsenden Bedürfnissen seitens der Patienten und der Versicherten Rechnung getragen werden kann, ist in hohem Maße von den institutionellen Rahmenbedingungen als globa-

les externes Umfeld für die Akteure der Gesundheitswirtschaft abhängig (Straubhaar et al. 2006: 12). Diese Abhängigkeit wird – auch als Folge der Krise – immer mehr ins Zentrum der Betrachtung rücken, wenn die Finanzierbarkeit der Leistungen zu prüfen ist. Die im November des Jahres 2010 vorgelegten Änderungen im GKV-Finanzierungsgesetz spiegeln dies wider. Zwar kann die Arbeitskraft in der Gesundheitswirtschaft nur begrenzt durch den technologischen Fortschritt ersetzt werden, (Letmathe et al. 2009: 4) doch ist der technologische Fortschritt einer der prägenden Faktoren im globalen externen Umfeld. So gab es in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Fortschritte in verschiedenen Disziplinen der Medizin. Die Fortschritte reichen von der verbesserten Behandlung bösartiger Tumorerkrankungen über minimalinvasive Operationstechniken bis hin zu neuen Verfahren der bildlichen Darstellung wie der Magnetresonanztomografie oder der Computertomografie. Gleichzeitig ist das Wissen beachtlich gewachsen, so dass es von Einzelpersonen nicht mehr beherrscht werden kann, zumal die Entwicklung mit einer stetig fortschreitenden Spezialisierung der medizinischen Teilgebiete einhergeht. Die Folge davon ist eine isolierte Betrachtung einzelner Episoden der Erkrankung durch den jeweiligen Arzt. Die Routineversorgung in Deutschland vermag es also immer weniger, die Gruppe der chronisch Kranken nach dem neuesten Standard der Wissenschaft zu versorgen.

Die Einflüsse aus dem globalen externen Umfeld sind also vielschichtig. Fest steht, dass für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft ein Strukturwandel innerhalb der sie bildenden Institutionen nötig ist, der das Wachstum der Branche unterstützt. Die Anbieter von medizinischen Leistungen dürfen dabei nicht nur auf die Produktionsfunktionen reduziert werden. Sie sind vielmehr als Institutionen aufzufassen, die miteinander agieren und dabei von Handlungen der in ihnen tätigen Individuen abhängig sind. Zudem müssen

weitere Institutionen wie die gesetzliche Krankenversicherung betrachtet werden, mit denen sich die Institutionen der medizinischen Versorgung in unterschiedlichen Beziehungen befinden. Im Zentrum der Überlegungen steht dann, wieweit die Institution „Märkte“ ihre Wirkung zu entfalten vermag und wie ausgeprägt eine Regulierung unter der beschriebenen Prinzipal-Agent-Konstellation sein darf.

### **2.1.2 Unmittelbar externes Umfeld**

Das unmittelbar externe Umfeld eines Krankenhauses bilden Wettbewerber, Kunden (Patienten), Lieferanten, Partner und Institutionen der Regulierung. Die Beziehungen, die ein Krankenhaus dort unterhält, lassen sich ebenfalls als Prinzipal-Agent-Beziehungen charakterisieren. Die Krankenversicherung nimmt dabei eine doppelte Funktion wahr. Zum einen vertritt sie den Patienten und zum anderen ist sie die zentrale Institution der Regulierung. Sie übernimmt stellvertretend für die Patienten die Zahlungen an das jeweilige Krankenhaus. Hierzu schließt sie mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge ab und verpflichtet sich gegenüber den Einrichtungen, die im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen erbrachten Leistungen zu vergüten. Die Kassen fordern als Interessenvertreter ihrer Mitglieder vom jeweiligen Krankenhaus eine medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau. Ihre Forderung formulieren sie als Prinzipale gegenüber den Krankenhäusern, die als Agenten über einen Informationsvorsprung verfügen – hierauf wird in Abschnitt 2.2.1 näher eingegangen. Fest steht jedoch, dass bei einer solchen Verhandlungslösung die Gefahr besteht, dass der Krankenhausesektor in Abhängigkeit von der Stärke der Verhandlungspartner eine zu große oder zu kleine Leistungsmenge erbringt. Schließlich sind weitere Restriktionen im Krankenhausesektor zu beachten, mit deren Hilfe beispielsweise eine flächendeckende, bedarfsgerechte und am Solidaritätsprinzip orientierte Versorgung

erreicht werden soll. Es besteht bislang ein Kontrahierungszwang für die Krankenhäuser (Hajen et al. 2004: S. 169).

Neben der Krankenversicherung lassen sich zahlreiche weitere Anspruchs- und Interessengruppen identifizieren, mit denen ein Krankenhaus in tatsächlichen oder potenziellen Austauschbeziehungen steht. Der regionale und überregionale Gesetzgeber schafft Institutionen als Steuerungsinstanzen. So erfolgt auf Landesebene in der „Krankenhausbedarfsplanung“ die Gewährleistung einer bedarfsgerechten regionalen Versorgungsdichte sowie die Steuerung der Finanzierung der von Krankenhäusern getätigten Sachinvestitionen. Der staatliche Eingriff übt somit einen starken Einfluss auf die Institutionen im Krankenhauswesen aus, obwohl auch hier die Prinzipal-Agent-Konstellation problembehaftet ist.

Eine weitere Einflussgruppe sind die Angehörigen und die Besucher. Sie nehmen eine „Zwitterrolle“ gegenüber dem Krankenhaus ein. Zum einen stellen sie direkte Kunden des Krankenhauses dar und nutzen in dieser Rolle Versorgungsleistungen und andere Leistungen des Krankenhauses. Sie suchen beispielsweise das Restaurant auf oder kaufen am Kiosk ein. Zum anderen nehmen sie die Rolle eines kritischen Beobachters ein und bilden den Kreis potenzieller Patienten. Schließlich stellen die Geschäftspartner eines Krankenhauses eine wichtige Gruppe dar. Hierzu gehören einerseits eine Vielzahl niedergelassener Ärzte, die als vor- beziehungsweise nachgelagerte Akteure des „Produktionsprozesses“ zu sehen sind, und andererseits Anbieter von Produkten, die das Krankenhaus zur Erbringung seiner medizinischen Leistungen benötigt. Beide haben einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Krankenhauses, wobei erstere durch die Fachwissen dazu beitragen können, dass das Leistungsgeschehen innerhalb eines Krankenhauses transparenter und damit die Prinzipal-Agent-Problematik gemindert wird.

Neben den skizzierten Anspruchsgruppen beeinflussen die Wettbewerber im unmittelbar externen Umfeld das Krankenhaus. Da bislang unterschiedliche Preise für einzelne medizinischen Leistungen nicht existieren – private wie öffentliche Krankenhäuser erhalten eine diagnoseorientierte Pauschale für jeden Behandlungsfall – und daher die Funktion einer rationierenden Zuteilung über den Preis entfällt, wird der Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungsanbietern gegenwärtig primär über andere Wettbewerbsfaktoren ausgetragen. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Begriff „Gesundheit“ weiter gefasst und – gemäß Definition der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta (1986) - nicht mehr auf das Fehlen von Krankheit und Gebrechen beschränkt wird (Hajen et al. 2004: 16 ff.). Die Qualität einer Krankenhausleistung kann dabei als ein wesentlicher Wettbewerbsfaktor gelten. Er lässt sich nicht durch einen einzelnen Leistungsparameter, sondern durch eine Vielzahl von Einzelkomponenten konkretisieren. Einige Komponenten sind messbar, wie die Verweildauer im Krankenhaus als Ausdruck der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz. Die weitaus meisten Komponenten können jedoch nur unvollkommen oder gar nicht quantifiziert werden. Diese Komplexität macht es auch bei einem bestehenden Wettbewerb schwer, die Leistungen eines Krankenhauses zu vergleichen (Ennemann 2003: 86).

Wird nun die Perspektive des Regulierers eingenommen, so kann dieser die Prinzipal-Agent-Problematik dadurch mindern, indem er eine qualitätselastische Nachfragefunktion unterstellt. Bei Qualitätssteigerungen und Verbesserungen folgt nach diesem Kalkül eine bessere Auslastung der Kapazitäten in spezialisierten Krankenhäusern. Im Umkehrschluss ist ein hierauf fußender Eingriff des Regulierers, der einen konsequenten Abbau von nicht genutzten Kapazitäten – bis hin zur Schließung von Krankenhäusern – vorsieht, gerechtfertigt, da ein

Leerstand auf fehlende Qualität zurückzuführen ist. Hinzu kommt die mögliche Überwindung der starren Barriere zwischen den ambulanten und den stationären ärztlichen Leistungen, die sich ebenfalls unter Qualitätsgesichtspunkten begründen lassen. Wettbewerb kann also dazu beitragen, die beschriebene Prinzipal-Agent-Problematik abzuschwächen.

### **2.1.3 Internes Umfeld**

Charakteristisch für den modernen Krankenhausbetrieb ist seine arbeitsteilige Struktur, wonach sich die Gesamtleistung aus einer Vielzahl von Leistungen in den Bereichen „Diagnostik“, „Therapie“, „Pflege“, „Versorgung“, „Technik“ und „Verwaltung“ zusammensetzt. Krankenhäuser sind überdies weitgehend durch eine divisionale Organisationsstruktur gekennzeichnet. Demnach gliedert sich das Krankenhaus in verschiedene Abteilungen, wobei die Abteilungen nach medizinischen Fachrichtungen sortiert sind, die die Bezeichnungen Kliniken (Abteilungen mit Betten) und Institute (Abteilungen ohne Betten) tragen. Die medizinischen Fachabteilungen leitet im Regelfall ein gesamtverantwortlicher Chefarzt, dessen fachliche Weisungsbefugnis sich auf sämtliche mit der Patientenversorgung betrauten Krankenhausmitarbeiter erstreckt. Die einzelnen Abteilungen handeln – gemäß des vom unmittelbar externen Umfeld ihnen vorgegebenen Versorgungsauftrags – weitgehend autonom und Märkte innerhalb des Krankenhauses sind nicht anzutreffen. Parallel zu den Kliniken können im Krankenhaus zentrale Einrichtungen existieren, wie das Labor, die diagnostische Radiologie und die Operationsabteilung. Weiterhin gibt es für die ambulante Versorgung eigenständige Aufbauorganisationen. Hierbei ist zwischen Notfallambulanzen sowie allgemeine Ambulanzen zu unterscheiden. Neue Einrichtungen wie beispielsweise die medizinische Versorgungszentren befinden sich im Aufbau.

Der Arbeitsteilung folgend fächert sich nach Einhorn und Schmidt-Rettig (1995) die Organisation „Krankenhaus“ in eine Vielzahl von Organisationseinheiten auf, die wiederum in Stellen unterteilt sind. Die Stelle ist die kleinste organisatorische Einheit und Trägerin einer bestimmten Teilaufgabe des Krankenhauses. Die Stellenbeschreibung enthält die Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen der Arbeitskraft. Erkennt man im Zuge der Arbeitsteilung und Aufgabengliederung die Notwendigkeit, die betrieblichen Aufgaben den einzelnen Bereichen zuzuordnen, dann wird es für die dafür zwingende Vorgabe von Zielen notwendig sein, die sehr komplexen Unterziele weiter zu gliedern, und zwar bis auf die Ebene von operationalen Teilzielen, deren Zielerreichungsgrade erfasst und kontrolliert werden können. Die Komplexität der medizinischen Leistungen und die Vielzahl der Schnittstellen bewirken hierbei hohe Transaktionskosten innerhalb der Einrichtung.

Jeder Bereich bildet eine in sich abgeschlossene Hierarchie und eine Teilinstitution innerhalb des Krankenhauses. Die Beziehungen innerhalb der jeweiligen Hierarchie und zwischen den Teilinstitutionen lassen sich als Prinzipal-Agent-Konstellationen charakterisieren. Dem medizinischen Bereich steht der Ärztliche Direktor, dem Pflegebereich der Pflegedirektor und dem Bereich der Verwaltung, Versorgung und Service der Kaufmännische Direktor vor. Sie formen das Management des Krankenhauses und bilden die Nahtstelle zum Krankenhausträger beziehungsweise Eigentümer, der privat, öffentlich-rechtlich oder freigemeinnützig sein kann (Ennemann 2003: 102).

Der Ärztliche Direktor hat eine besondere Stellung, da er im Regelfall seine Leitungsfunktion nicht hauptamtlich ausübt, sondern wird aus dem Kreis der Chefärzte, dem so genannten Ärztlichen Vorstand, als Ärztlicher Direktor vorgeschlagen und vom Krankenhausträger auf Zeit bestellt. Erst in den letzten Jahren sind Krankenhäuser vermehrt



dazu übergegangen, Ärztliche Direktoren oder Medizinische Geschäftsführer hauptamtlich einzustellen beziehungsweise zu beschäftigen. Im Unterschied zur nebenamtlichen ärztlichen Leitung handelt es sich bei dem hauptamtlichen Pendant um einen vollständig für Führungsaufgaben freigestellten Arzt ohne eigene Fachabteilung beziehungsweise ohne ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus (Wallesch 2007: 127). Das Direktorium ist als Betriebsleitung für die Umsetzung der vom Krankenhausträger vorgegebenen Ziele verantwortlich. Der Wirkungskreis des jeweiligen Direktoriumsmitglieds ist auf seinen Berufsstand beschränkt. In den vergangenen Jahren werden die Entscheidungskompetenzen in wirtschaftlicher Hinsicht mit der Etablierung einer Geschäftsführung zunehmend gebündelt.

Innerhalb dieser Strukturen besitzt der Krankenhausarzt eine besondere Stellung. Er ist im fachlichen Bereich autonom und trägt die Verantwortung für sein Tun. Unter den Berufsgruppen im Krankenhaus übt der Arzt eine dominante Rolle aus, was auch in der Organisationsgestaltung zum Ausdruck kommt (Löffing 1999: 22). Die Gruppe der Ärzte als Teilinstitution ist innerhalb des Krankenhauses klar gegliedert und hat, angeführt durch den Chefarzt, eine straffe Hierarchie (Kunz, Zobel 2007: 136). Viele Ärzte im Krankenhaus verfolgen ihre Ausbildung oder ihre Weiterbildung zum Facharzt. Ihre Laufbahn wird durch übergeordnete Ärzte maßgeblich beeinflusst, so dass eine ausgeprägte Abhängigkeit vom jeweiligen Vorgesetzten gegeben ist. Die Ärzte festigen ihren Einfluss durch die Ausweitung der medizinischen und medizintechnischen Möglichkeiten und Spezialisierungen. Auch üben die Ärzte eine fachliche Kontroll- und Aufsichtsfunktion aus. Von ihnen können einzelne Arbeiten an den Gesundheits- und Krankenpfleger delegiert werden. Da die Ärzte zudem über alle den Patienten betreffende Befunde exklusiv verfügen können, besitzen sie einen Informationsvorsprung gegenüber den Pflegenden, der das Recht des Arztes zur Bestimmung der Krankheit des Patienten impli-

ziert. Doch abgesehen von seinem Informationsvorsprung gegenüber den Mitarbeitern in der Pflege befindet sich der Arzt im Krankenhaus in einer schwierigen Position. Druck der höheren Hierarchieebenen - der Chefarzt delegiert Aufgaben an den Oberarzt und der Oberarzt wiederum an den Assistenzarzt - einerseits und das organisatorisch angelegte Nebeneinander zu den Pflegenden sowie die Erwartungshaltung der Patienten und ihrer Angehörigen andererseits erschweren seine Arbeit.

Der direkte Vorgesetzte eines Gesundheits- und Krankenpflegers ist die Stationsleitung, über der noch die Pflegedienstleitung oder Pflegedirektion steht. Zudem ist dem auf der Station tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger auch der dort arbeitende Arzt weisungsbefugt, wenn es sich um medizinische Belange handelt. Er kann auch eigentlich ärztliche Tätigkeiten wie Injektionen oder Blutabnahmen auf das Pflegepersonal delegieren. Hier können Konflikte mit dem Pflegepersonal entstehen, da die Aufgaben der Mitarbeiter in der Pflege nicht klar gegenüber denen des medizinischen Personals abgegrenzt sind. Der Ablauf der pflegerischen Versorgung selbst ist häufig funktionsorientiert. Eine Pflegekraft führt eine oder mehrere Tätigkeiten für fast alle Patienten auf ihrer Station aus. Auf den Stationen mit einer hohen Anzahl an Betten bei gleichzeitig kurzen Liegezeiten sowie Schichtdienst des Pflegepersonals entsteht dementsprechend eine unpersönliche Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Patienten. Dabei gibt es in der Berufsgruppe „Pfleger“ durch die Hierarchie bedingte Unterschiede. So wird die Grundpflege häufig von Auszubildenden oder Hilfskräften getätigt.

Die Verwaltung hat die Aufgabe, das Krankenhaus auf der Grundlage von bestehenden Verfahrensanweisungen zu steuern. Dabei plant und gestaltet die Verwaltung neben den Abläufen innerhalb des Krankenhauses auch die Beziehungen zu anderen Institutionen wie den Kran-

kenversicherungen. Sie kümmert sich beispielsweise auch um die Personalentwicklung der Mitarbeiter innerhalb der Einrichtung, um die Beschaffung der für die Leistungserstellung notwendigen Güter und um die Rechnungserstellung an die Krankenversicherungen. Die Zuständigkeit der Verwaltung wirkt sich auf die medizinischen und pflegerischen Disziplinen aus, wenn beispielsweise die Beschaffung von Medikalprodukten in den administrativen Bereich fällt. Des Weiteren ist sie in vielen Krankenhäusern Teil einer Doppelaufsicht über die Gesundheits- und Krankenpfleger. Dementsprechend sind die Pflegekräfte nach dem Personalrecht der Verwaltung zugeordnet, beispielsweise hinsichtlich ihrer Vergütung oder ihres Urlaubs. In fachlicher Hinsicht dagegen sind die Ärzte oder die Pflegedienstleitung den Pflegekräften gegenüber weisungsbefugt (Westermann-Binnewies 2003: 59 ff.).

## **2.2 Institutionen der stationären medizinischen Versorgung**

### **2.2.1 Regulierende Institutionen als Prinzipale**

Bislang wurden die unterschiedlichen Ebenen herausgearbeitet, die das Geschehen im Krankenhaus beeinflussen. Die Beziehungen ließen sich als Prinzipal-Agent-Konstellationen charakterisieren, wobei das Krankenhaus gegenüber seinem externen Umfeld als Agent handelt. Folgen hiervon sind unter anderem Mängel in der medizinischen Versorgung. Innerhalb des Krankenhauses sind auch Prinzipal-Agent-Beziehungen zu finden, die sowohl innerhalb der einzelnen Hierarchien Probleme bewirken als auch das Verhältnis der einzelnen Teilinstitutionen negativ beeinflussen. Wurden zuvor die Beziehungen im externen und internen Umfeld nur skizziert, so erfolgt nun eine intensive Auseinandersetzung mit den regulierenden Institutionen, die als Prinzipale identifiziert sind.

### 2.2.1.1 Vertragsbeziehungen in der Gesundheitswirtschaft

Tritt der Krankheitsfall ein, so ist die Wiederherstellung der Gesundheit oft mit beachtlichen Ausgaben verbunden. Die Ausgaben aus einem Behandlungsvertrag können sogar das Vermögen des Betroffenen aufzehren. Um einen sozialen Abstieg im Krankheitsfall zu vermeiden, ist eine Versicherungslösung erforderlich, die das finanzielle Risiko des Einzelnen durch Übernahme möglicher, aus einem Behandlungsvertrag resultierenden, Ausgaben trägt. Bei der Produktion von stationären medizinischen Leistungen durch das Krankenhaus oder bei der Produktion von ambulanten medizinischen Leistungen durch die niedergelassenen Ärzte muss demnach neben der medizinischen Behandlung auch die aus dem Versicherungsvertrag resultierende Leistung berücksichtigt werden. Diese wird durch die Institution „Krankenversicherung“ erbracht, die als Prinzipal wiederum mit dem Erbringer der medizinischen Leistung (Agent) einen Sicherungsvertrag schließt und damit einen erheblichen Einfluss auf die Leistungserbringung innerhalb der jeweiligen Institution der medizinischen Versorgung – Krankenhaus oder niedergelassener Arzt – ausübt. Im Kern geht es also um die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Patienten, der auch Versicherter ist, dem Erbringer von medizinischen Leistungen und der Krankenversicherung.

Im Zentrum des Beziehungsgeflechts stehen so genannte Behandlungsverträge. Darunter versteht man diejenigen Vereinbarungen, die zwischen dem Patienten und dem Arzt oder dem Krankenhaus sowie den sonstigen Leistungsträgern geschlossen werden. Die Gegenstände der Behandlungsverträge sind diejenigen Leistungen der Diagnose, der Beratung und der Therapie, die darauf abzielen, den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern oder zu erhalten oder sein Leiden erträglicher zu gestalten. Der Abschluss von solchen Verträgen bildet eine besondere Herausforderung, da neben der asymmetrischen Ver-

teilung von Informationen die Spezifizierung der Vertragsbestandteile aufgrund der Vielzahl von Einzelkomponenten nicht ohne weiteres möglich ist. Zudem ist der Erfolg, der einer bestimmten Behandlung zugerechnet werden kann, im Einzelfall schwer zu bestimmen.

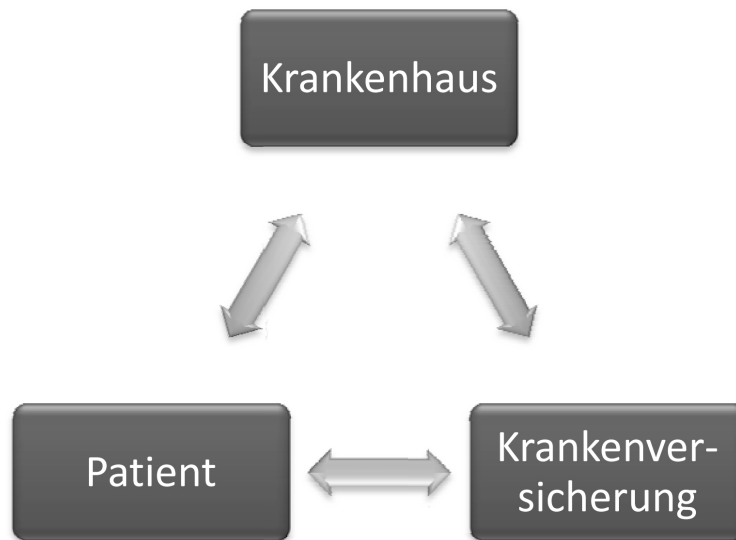


Abb. 5: Vertragsbeziehungen zum unmittelbar externen Umfeld

Ein weiterer Vertrag ist der Versorgungsvertrag beziehungsweise Sicherstellungsvertrag. Ihn schließen die Krankenkasse und die Produzenten der medizinischen Leistungen ab. Auch hier tritt die Prinzipal-Agent-Problematik auf. Ein solcher Vertrag beschränkt überdies zunächst die Anzahl der Anbieter von medizinischen Leistungen in der jeweiligen Region (Oligopol). Die Folge hiervon ist, dass sich der Markt für medizinische Leistungen in Teilmärkte aufspaltet, wenn die Nachfrager Präferenzen gegenüber den einzelnen Anbietern haben. Dann maximieren nach der „Grenzerlös=Grenzkosten“-Regel die Anbieter ihre Gewinne mit der Preis-Mengen-Kombination des Cournotschen Punkts. Der Versorgungsvertrag beziehungsweise Sicherstellungsvertrag wirkt dem entgegen und regelt daher auch, in welchem Umfang zum Beispiel bestimmte Leistungen von einem Krankenhaus für die Versicherten der jeweiligen Krankenversicherung zu erbringen

sind und welches Budget hierfür vorgesehen ist (Haubrock et al. 1997: 99).

Hieraus folgt, dass die Institution „Krankenhaus“ sowie die anderen Erbringer von medizinischen Leistungen in einem besonderen Verhältnis zu den Krankenversicherungen stehen. Diese sichern beispielsweise dem Krankenhaus die Versorgung der Versicherten exklusiv zu, versuchen jedoch gleichzeitig zu verhindern, dass sich das Krankenhaus als Oligopolist verhält. Von besonderer Relevanz sind dabei die vielfach auftretenden Prinzipal-Agent-Konstellationen.

#### 2.2.1.2 Institutionen „Krankenversicherung“

In der Gesundheitswirtschaft tritt – wie oben erwähnt – neben den Patienten und den Anbietern medizinischer Leistungen meist als dritter Akteur die Institution „Krankenversicherung“ als Ausgabenträger auf. Die Grundlage für die Beziehung zwischen dem Versicherten und seiner Krankenversicherung ist der Versicherungsvertrag. Hierbei wird zwischen gesetzlicher- und privater Versicherung unterschieden.

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist in der Regel eine Vollversicherung. Sie wird durch ein gegliedertes System von Krankenversicherungen mit der übergreifenden Beitragseinnahme- und Verteilungsinstitution „Gesundheitsfonds“ gewährleistet. Die gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen im Wesentlichen eine vergleichbare medizinische Behandlung und versorgen 87,5 Prozent der Bevölkerung mit Krankenversicherungsleistungen – dies verdeutlicht auch ihre Verhandlungsposition gegenüber den Leistungserbringern. Etwa neun Prozent der Bevölkerung sind privat krankenversichert (Bundesministerium für Gesundheit 2006: Tab. 10.5A und 9.2).

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst die Finanzierung von Maßnahmen, die für die Behandlung einer Krankheit notwendig sind. Die Versicherten haben unabhängig von der Höhe ihrer Beiträge und ihrem individuellen Krankheitsrisiko einen Rechtsanspruch auf die zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Dabei schließen die Ansprüche nicht nur quantitative und qualitative Anforderungen an die tatsächliche Erbringung von Leistungen ein, sondern auch die Vorhaltung von Kapazitäten für den Krankheitsfall – also eine gewisse Bettenanzahl je Einwohner und eine bestimmte Arztdichte sowie eine angemessene Verteilung von Versorgungseinrichtungen. Letztgenanntes wird insbesondere im ländlichen Raum zunehmend zu einem Problem.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Institution „Krankenversicherung“ die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit bei der Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu gewährleisten und diese auch von den Leistungserbringern vertraglich einzufordern. Regelmäßig nimmt sie dabei die Rolle eines Prinzipals ein. Zudem wird nicht durch die Institution „Krankenversicherung“ bestimmt, welche Leistungen den Kriterien entsprechen und grundsätzlich von ihr zu erstatten sind. Vielmehr ist der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß dem fünften Sozialgesetzbuch (§ 91 SGB V) für die Eingruppierung der Leistungen zuständig.<sup>2</sup> Ein effektives Anreizsystem, das beispielsweise durch attraktive Angebote in der Prävention eine Überbeanspruchung des Gesundheitssystems durch die Versicherten verhindert, existiert bislang nicht. Dennoch kann festgehalten werden, dass die Gesundheitswirtschaft – auch aus internationaler Perspektive – für alle Bürger einen sehr weitgehenden Versicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Ge-

---

<sup>2</sup> Es ist den gesetzlichen Krankenkassen möglich, als eine Ergänzung zu ihren Leistungen Zusatzpolice beispielsweise für Brillen oder das Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus zu vermitteln (Hoffritz 2003:18).

sundheitsleistungen und einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard bietet (Cassel 2005: 244).

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Seit dem Jahr 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Der Bund beteiligt sich zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen an den Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V). Jede Krankenkasse erhält pro Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Durch die besondere Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten trägt der sogenannte Risikostrukturausgleich dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung. Das Bundesversicherungsamt verwaltet den Gesundheitsfonds und regelt den Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen.

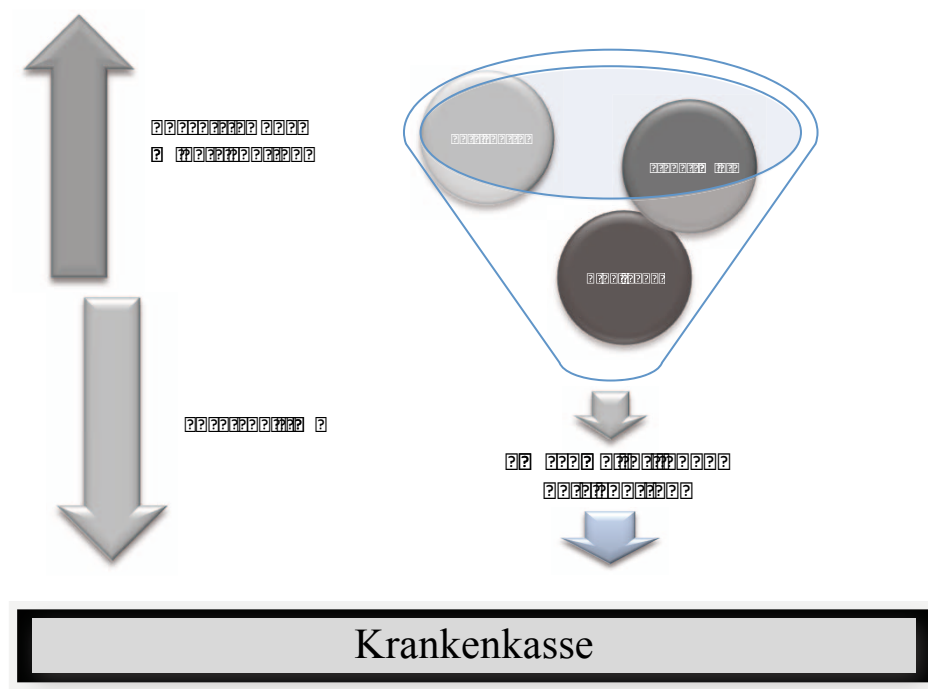


Abb. 6: Gesundheitsfonds



Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenkassen kalkulieren die privaten Versicherer ihre Prämien primär auf der Grundlage der Risikoprofile der Versicherten.<sup>3</sup> Darüber hinaus sind für alle mitzuversichernden Familienangehörigen Beiträge zu entrichten. Daher sind die Prämien in der privaten Krankenversicherung für junge Menschen ohne mitzuversichernde Familienangehörige in der Regel wesentlich niedriger als die Beiträge bei den gesetzlichen Krankenkassen, die in Abhängigkeit vom Einkommen des Mitglieds erhoben werden. Ein Teil der Beiträge wird darauf verwandt, eine Rückstellung zur Deckung des mit zunehmendem Alter der Versicherten wachsenden Risikos zu bilden.

Seit dem Jahr 2009 muss jede private Krankenversicherung den sogenannten „Standardtarif“ anbieten. Dieser orientiert sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse und stellt einen brancheneinheitlichen Tarif der privaten Versicherungen dar, in den der Versicherte wechseln kann, wenn er älter als 55 Jahre ist, sein Einkommen unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt und er sich seit mindestens zehn Jahren bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert hat. Ab 65 Jahren besteht diese Möglichkeit unabhängig vom Einkommen, doch muss eine Zugehörigkeit von zehn Jahren in der privaten Krankenversicherung nachgewiesen werden. Der Beitrag für den Standardtarif ist auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Da diese für fast 90 Prozent der Bevölkerung den Versicherungsschutz übernimmt (Enne-mann 2003: 12) und demzufolge eine überragende Stellung auch gegenüber den Erbringern von medizinischen Leistungen wie den Krankenhäusern einnimmt, wird bei der späteren Analyse im Rahmen der

---

<sup>3</sup> Schon vor der Einführung des Gesundheitsfonds wurden einige Umlageelemente in die private Krankenversicherung eingeführt. So erhalten etwa die über 65jährigen zur Verstetigung ihrer Beiträge noch bis zum Jahr 2024 einen überproportionalen Anteil der Zinsüberschüsse, die die Versicherer erwirtschaften (Scherff 2006: 47).

Neuen Institutionenökonomik die Berücksichtigung der Institution „private Krankenversicherung“ vernachlässigt.

### 2.2.1.3 Institutionen der staatlichen Aufsicht

Neben den Patienten, den Produzenten von medizinischen Leistungen und den Krankenkassen ist der Staat als weiterer Akteur in der Gesundheitswirtschaft anzusehen. Als gesetzgeberische Instanz stellt er die dortigen Regeln für die Abläufe auf. Der Staat schafft, ermöglicht oder beseitigt Institutionen und übt einen erheblichen Einfluss auf die dort tätigen Institutionen – ihnen begegnet er als Prinzipal – aus. In Deutschland liegen die Regulierungsbefugnisse für die Gesundheitswirtschaft beim Bund und bei den Bundesländern. Die Regulierung greift dabei auf zwei Ebenen in das Geschehen ein: auf Makroebene zur Beseitigung von Defiziten und auf Arbeitsebene mit unmittelbarem Bezug auf den einzelnen Leistungserbringer.

An der Spitze steht auf Bundesebene das Bundesministerium für Gesundheit. Dabei konzentriert sich die Arbeit auf die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften. Zu dessen zentralen Aufgaben zählt, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Zugeordneten Bundesbehörden obliegt dabei die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen sowie über die öffentlich-rechtlichen Körperschaften, wie zum Beispiel den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die als Institutionen die Vorschriften umzusetzen und die Versorgung sicherzustellen haben.

Der Gesetzgeber auf Bundesebene legt zudem fest, was unter der Institution „Krankenhaus“ zu verstehen ist. Er definiert allgemeine Kran-

krankenhäuser als jene Häuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische und/oder neurologische Patienten vorgehalten werden – für die Jahre 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den sonstigen Krankenhäusern gezählt. Folgende Arten von allgemeinen Krankenhäusern werden unterschieden:

1. Hochschulkliniken: Hochschulkliniken gemäß des Hochschulbauförderungsgesetzes.
2. Plankrankenhäuser: Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind.
3. Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag: Krankenhäuser, die aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen sind.
4. Sonstige Krankenhäuser: Krankenhäuser, die nicht in die obengenannten Kategorien fallen und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Die Kompetenzen der Bundesregierung und des Parlaments zur Formulierung der Gesundheitspolitik werden eingeschränkt durch die Notwendigkeit, eine Einigung mit den Bundesländern zu erreichen, gerade in Bezug auf das Krankenhauswesen und andere Bereiche, die für diese Gebietskörperschaften mit finanziellen und administrativen Auswirkungen verbunden sind. Auf Ebene der Bundesländer sind die jeweiligen Gesundheitsministerien für die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig. Das Gesundheitsministerium stellt aus Perspektive des jeweiligen Krankenhauses auch seine oberste Aufsichtsbehörde dar. Die zugeordneten Landesbehörden sind für die Aufsicht über die regionalen

Krankenkassen, die Approbation der Ärzte sowie die Krankenhausplanung (§ 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz) zuständig, und das jeweilige Bundesland errichtet hierfür unterschiedliche Institutionen, die als Prinzipale auf Makroebene festgelegte Ziele auf die Arbeitsebene überführen.

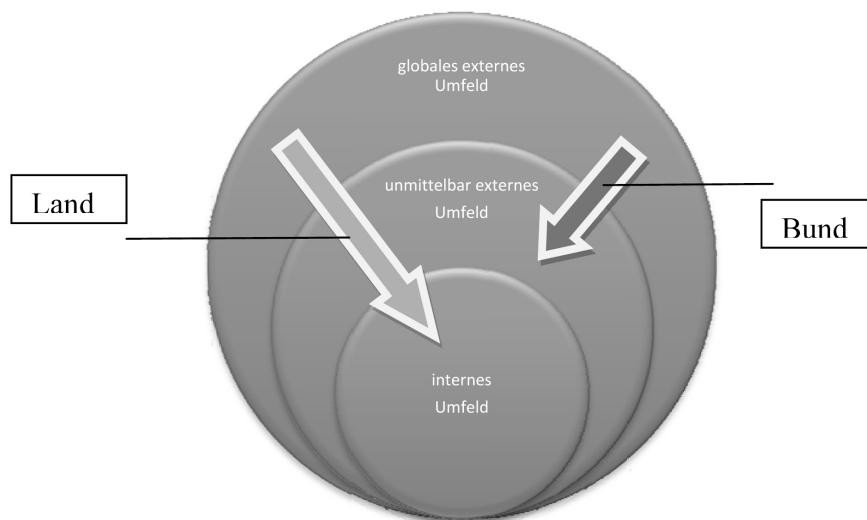


Abb. 7: Staatlicher Einfluss

Die Bundesländer sind also für die Krankenhausplanung zuständig. Nur mit entsprechender Zulassung durch das betreffende Bundesland oder einen Versorgungsvertrag kann die Institution „Krankenhaus“ ihre Erstattungsansprüche gegenüber der Institution „gesetzliche Krankenversicherung“ geltend machen.<sup>4</sup> Darüber hinaus stellen die Bundesländer den Krankenhäusern einen Teil der Investitionsmittel zur Verfügung.<sup>5</sup> Im Rahmen der Krankenhausplanung werden die Krankenhäuser verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet, welche das Aufgaben- beziehungsweise Leistungsprofil der Einrichtungen

<sup>4</sup> Ein Versorgungsvertrag gilt mit der Aufnahme in den Krankenhausplan als abgeschlossen. Ist ein Krankenhaus nicht in dem Krankenhausplan des Landes aufgenommen, so kann es einen Versorgungsvertrag mit den Krankenversicherungen abschließen und als Vertragskrankenhaus die gesetzlich Versicherten behandeln. Ein Kontrahierungszwang der Krankenversicherungen besteht jedoch nicht.

<sup>5</sup> Bei der Mittelzuweisung wird nicht zwischen privaten und öffentlichen Trägern unterschieden. Private Träger können jedoch auch Mittel einbringen, die sie z.B. durch einen Börsengang realisiert haben.

widerspiegeln. Die Definition und Anzahl der Versorgungsstufen variiert zwischen den Ländern. Der gestrichene § 23 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes hat vier Versorgungsstufen unterschieden. Die „alte“ Definition wird hier verwendet und zwischen vier Versorgungsstufen unterschieden:

1. Krankenhäuser der Maximalversorgung: Sie bieten nahezu alle medizinischen Disziplinen an, die eine differenzierte Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau erfordern. Sie betreiben regelmäßig Forschung und Lehre.
2. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung: Diese Krankenhäuser weisen ein breit gefächertes Angebot insbesondere im Bereich der Inneren Medizin und Chirurgie auf. Hier sind die Bildung von Subdisziplinen und die Teilnahme an der Notfallversorgung kennzeichnend.
3. Krankenhäuser der Regelversorgung: Einrichtungen dieses Typs heben sich von denen der Grundversorgung dadurch ab, dass die Fachdisziplinen Innere Medizin sowie Chirurgie und mindestens eine weitere Fachabteilung vorgehalten werden. Sie müssen von überregionaler Bedeutung sein und ein differenziertes Leistungsspektrum anbieten.
4. Krankenhäuser der Grundversorgung: Sie dienen der ortsnahen Versorgung und bieten nicht mehr als drei Fachdisziplinen an. Zu dieser Gruppe gehören auch Belegkrankenhäuser sowie Einrichtungen für chronisch Kranke.

Während bei der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung das Krankenhaus eine organisatorische Einheit darstellt, verteilt sich das Leistungsangebot bei den Krankenhäusern der Maximalversorgung

häufig auf mehrere Betriebseinheiten. Das Krankenhaus besteht dann aus mehreren (Teil-)Institutionen. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung können aufgrund ihrer Spezialisierung zu Kompetenzzentren mit überregionaler Bedeutung entwickelt sein (Storcks 2003: 14).

Der Landeskrankenhausplan (§ 13 KHG NRW) determiniert also die Rolle des Agenten „Krankenhaus“ gegenüber den Prinzipalen „Krankenversicherung“. Darüber hinaus stellen die Bundesländer den Krankenhäusern einen Teil der Investitionsmittel zur Verfügung – die Zuteilung erfolgt schließlich durch das Regierungspräsidium als oberer Aufsichtsbehörde – und sind für eine breite Palette von Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens zuständig (Sicherstellungsauftrag).<sup>6</sup> Auch hier verfügt das Krankenhaus über einen Informationsvorsprung.

Die oben gemachten Ausführungen legen den Schluss nahe, dass die staatliche Aufsicht auf Arbeitsebene und damit im unmittelbar externen Umfeld mit wenigen Ausnahmen eine Aufgabe der Bundesländer ist. Doch im stationären Bereich sind die Kommunen verpflichtet, eine stationäre Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherzustellen, was den Einfluss der kommunalen Institutionen als untere Aufsichtsbehörden auf das regionale Krankenhauswesen kennzeichnet. Abweichend vom Management eines privatwirtschaftlich geführten Unternehmens steht der Krankenhausmanager – zumindest bei kommunalen Einrichtungen – zudem in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zur Exekutive. Auch der Rettungsdienst zum Beispiel ist wegen seiner elementaren Vorhaltefunktion dem Staatseinfluss besonders unterworfen. In der (ambulanten) Pflege ist der Marktzutritt frei, sofern von den Leistungsanbietern die geltenden Mindestnormen erfüllt werden.

---

<sup>6</sup> Sicherstellungsauftrag bedeutet nicht, dass die kommunalen Gebietskörperschaften die gesamte Versorgung mit eigenen Krankenhäusern zu gewährleisten haben, sondern nur, dass sie für eine ausreichende Versorgung garantieren müssen. Solange sich andere Träger an der Versorgung mit stationären Leistungen beteiligen, ist die Kommune entlastet.

Die so genannte Großgeräteplanung, mit der die Beschaffung medizinischer Großgeräte hat abgestimmt werden sollen, ist wieder aufgegeben worden.

#### 2.2.1.4 Institutionen der Selbstverwaltung

Die institutionalisierte Selbstverwaltung als ein weiterer Prinzipal in der Gesundheitswirtschaft wird von Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgeübt. Die Selbstverwaltung ist dabei in mehrere Bereiche unterteilt: Die ärztliche und zahnärztliche Selbstverwaltung wird durch die zuständigen Kammern realisiert. Die Vertrags(zahn-)ärzte werden durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen vertreten.<sup>7</sup> Krankenhäuser sind in Krankenhausgesellschaften<sup>8</sup> organisiert, deren Spitzenverband schließlich die deutsche Krankenhausgesellschaft ist. Eine Selbstverwaltung ist auch bei den Krankenversicherungen anzutreffen. Deren Struktur wird nachfolgend beschrieben, da sie aus Perspektive des Krankenhauses am stärksten regulierend – sowohl im globalen externen Umfeld über Institutionen auf Bundesebene als auch im unmittelbar externen Umfeld im direkten Verhandlungsgeschäft über die in Abschnitt 2.2.1.2 genannten Versorgungsverträge vor Ort – eingreift.

Bisher wurden die Krankenkassen von sieben Spitzenverbänden verwaltet. Diese sieben Spitzenverbände der Krankenkassen zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen zusammengefasst. Dieser vertritt die gesetzliche Krankenversicherung auf der Bundesebene und seine Entscheidungen gelten für alle Landesverbände und alle Versicherten. Die Mitglieder der Selbstverwaltungsstruktur der einzelnen Kranken-

---

<sup>7</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten rund 131000 Vertragsärzte (Bundesministerium für Gesundheit 2006: Tab. 6.4.). Auf Bundesebene sind sie in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen. Sie unterliegen der staatlichen Aufsicht (Rosenbock, Gerlinger 2004: 127).

<sup>8</sup> Mitglieder der Deutschen Krankenhausgesellschaft sind zwölf Spitzenverbände und 16 Landesverbände von Krankenhausträgern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 24.07.2009).

kassen werden durch Sozialwahlen ermittelt. Dazu zählen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber – eine Ausnahme bilden Ersatzkassen. Diese Vertreter bilden gemeinsam den Verwaltungsrat, der den Vorstand kontrolliert und grundsätzliche Entscheidungen fällt. Ab dem Jahr 2011 wird der Spitzenverband an der Umsetzung einer bundeseinheitlichen Beitragseinzugspraxis aller Sozialversicherungsbeiträge wesentlich beteiligt sein. Die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung findet sich schließlich im Gemeinsamen Bundesausschuss wider (§ 91 SGB V). Neben diesen Ausschuss agieren Bewertungsausschüsse, Zulassungsausschüsse, Prüfungsausschüsse und Schiedsämter in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gemeinsame Selbstverwaltung in der Gesundheitswirtschaft bedeutet schließlich, dass die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenhausgesellschaften die gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Krankenversorgung in gemeinsamer Verantwortung und nach staatlich festgesetzten Entscheidungskriterien konkretisieren.<sup>9</sup> Dabei kann zwischen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene differenziert werden.

Die Selbstverwaltung arbeitet auf Bundesebene nach dem Prinzip der Selbstverwaltung in dem Sinne, dass sie untereinander wichtige Eckpunkte des Gesundheitssystems – also des global externen Umfelds –, wie etwa die Vergütungen für medizinische Leistungen, aushandeln. Auch legt die institutionalisierte Selbstverwaltung gemäß § 137 SGB V bundeseinheitlich die Mindestmengen für planbare Leistungen fest, bei denen das Behandlungsergebnis in besonderem Maße von der An-

---

<sup>9</sup> Mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss wurde im Jahr 2004 ein sektorübergreifendes Gremium der Selbstverwaltung eingerichtet, das der Gesetzgeber mit weitreichenden Regelungskompetenzen für die ambulante und stationäre Krankenversorgung ausstattet hat (Brenske et al. 2005: 167). Seit dem Jahr 2008 gehören dem Bundesausschuss weisungsunabhängige Personen an, die von den Trägerorganisationen benannt werden.



zahl der erbrachten Leistungen abhängig ist. Die dort vereinbarten Leistungen sind, sofern keine Ausnahmetatbestände vorliegen, nur dann zu erbringen, wenn die jeweils vorgegebenen Mindestmengen erreicht werden.

Auf der Ebene der Bundesländer haben die Landesverbände der Krankenversicherungen und die Verbände der Ersatzkassen als Vertreter ihrer Mitglieder laut dem fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (§ 108 ff. SGB V) die Möglichkeit zur Sicherung der Versorgung der Versicherten durch den Abschluss von Versorgungsverträgen – die Selbstverwaltung wirkt demnach im unmittelbar externen Umfeld eines Krankenhauses. Auch ergänzende Vereinbarungen zum Landeskrankenhausplan sind nach § 109 SGB V möglich. Die angeführte sozialversicherungsrechtliche Regelung gibt den Trägern der Krankenversicherung die Befugnis zum Abschluss entsprechender Verträge. Ein Bundesland kann deshalb abwarten, ob die Versorgung mit Krankenhausleistungen sichergestellt wird. So legen auf der Arbeitsebene beispielsweise in Nordrhein-Westfalen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen auf Arbeitsebene erarbeitete regionale Planungskonzepte zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor, die dann das unmittelbar externe Umfeld maßgeblich prägen. Das Land betreibt die Krankenhausplanung weitgehend subsidiär.

### **2.2.2 Markt für medizinische Leistungen**

Zuvor wurden regulierende Institutionen betrachtet. Diese nahmen gegenüber dem Krankenhaus die Rolle von Prinzipalen ein. Das Ausgabenniveau und die Versorgungsstruktur in der Gesundheitswirtschaft sind demzufolge das Ergebnis von Handlungen unterschiedlicher Institutionen. Der beschriebene institutionelle Rahmen determiniert bestimmte Handlungsanreize, die über Behandlungsverträge, Versicherungsverträge und Sicherstellungsverträge gesteuert werden.

In der vorliegenden Arbeit wird die Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus analysiert. Im Zentrum der Untersuchung stehen die Auswirkungen der genannten Verträge auf die Beziehungen zwischen dem Patienten und dem Krankenhausarzt sowie auf das Krankenhaus und auf das Verhältnis der Institutionen untereinander.

### 2.2.2.1 Oligopol als Marktform

Trotz seiner eher schwachen Ausprägung kann der Markt für stationäre medizinische Leistungen und damit das unmittelbar externe Umfeld eines Krankenhauses als Oligopolmarkt bezeichnet werden. Ein Kennzeichen für einen solchen ist, dass es auf der Angebotsseite eine geringe Anzahl von Marktteilnehmern gibt. Die Ursache hierfür liegt in der Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens, der Schwerpunkte bei den einzelnen Kliniken determiniert und gleichzeitig zentralistische Strukturen der medizinischen Versorgung begünstigt. Der Krankenhausplan, der die rechtliche Grundlage für den Betrieb eines Krankenhauses bildet, weist Schwerpunkte der Behandlung für die Einrichtungen im jeweiligen Bundesland aus.

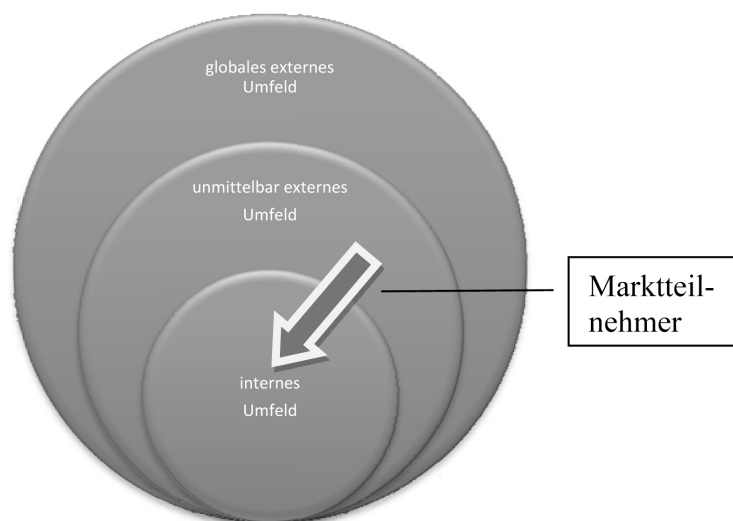


Abb. 8: Einfluss des Marktes

Aus dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalens folgt beispielsweise für die Stadt Siegen, dass von den vier Krankenhäusern zwei Einrichtungen über eine Zulassung zur Geburtshilfe verfügen. Die nächste geburtshilfliche Abteilung befindet sich in der benachbarten Kreisstadt Olpe. Werdende Mütter im Raum Siegen-Olpe können daher zwischen drei Krankenhäusern wählen, wenn sie eine Entbindung in einer stationären Einrichtung wünschen. Da die Leistungserbringung in den Einrichtungen qualitative Unterschiede beinhaltet – eines der angeführten Krankenhäuser ist als Perinatalzentrum ausgewiesen –, darf angenommen werden, dass sich bei den Müttern Präferenzen für ein Krankenhaus herausbilden. Bei der beschriebenen Marktform handelt es sich somit um ein heterogenes Oligopol. Auch kann unterstellt werden, dass die Krankenhäuser nicht nur ihre eigene Situation kennen, sondern auch über die anderen Anbieter und die Anzahl der von ihnen vorgenommenen Geburten informiert sind. Die Gruppe der Krankenhäuser sind demnach Agenten, während es sich bei den anderen Akteuren um mehr oder weniger gut informierte Prinzipale handelt. In der Situation der beschriebenen heterogenen oligopolistischen Konkurrenz können zunächst unterschiedliche Preise für die einzelnen Leistungen vermutet werden. Die Patientin zahlt jedoch bei der Inanspruchnahme der stationären Leistungen nicht den Preis für seine Behandlung. Die Institution „Krankenversicherung“ übernimmt die Zahlungen an das Krankenhaus.

Der Oligopolist „Krankenhaus“ hat bei der einzelnen stationären Leistung einen bedeutenden Anteil am Gesamtangebot. Ändert er bei der Mengenfestlegung die Menge – die Anzahl der im Krankenhausplan festgelegten Betten ist ein limitierender Faktor –, so wird sich diese Maßnahme in einer spürbaren Veränderung der Situation für die anderen Oligopolisten auswirken. Sie werden auf diese Aktion reagieren, was wiederum Einfluss auf den zuerst betrachteten Oligopolisten hat

(oligopolistische Interdependenz). Das Krankenhaus hat demzufolge - gemäß v. Stackelberg (1934) - die Veranlassung, bei geplanten Aktionen die erwarteten Reaktionen der übrigen Oligopolisten in seine Überlegungen einzubeziehen (heteronomes Verhalten).

Bei der Beschreibung des Marktes ist zur Vereinfachung der Fall angenommen worden, dass es sich im Beispiel einer stationären medizinischen Leistung der geburtshilflichen Abteilung um die einzige Leistung des Krankenhauses handelt. Doch es kann davon ausgegangen werden, dass eine stationäre Einrichtung mehrere Leistungen gleichzeitig oder nacheinander erbringt und dazu mindestens ein dauerhafter Produktionsfaktor, etwa der Operationssaal, bei den Alternativen der Leistungserbringung genutzt wird. Dann ist beispielsweise im Fall einer Vollausslastung des Operationstraktes eine zusätzliche Geburt durch Kaiserschnittentbindung nur unter Inkaufnahme einer entsprechenden Reduktion der Nutzung des Operationssaals durch andere Fachbereiche möglich. Der Oligopolist „Krankenhaus“ handelt also heteronom, wird dabei jedoch gleichzeitig von internen Restriktionen beeinflusst.

#### 2.2.2.2 Grenzen der Versorgung

Die Institution „Märkte“ als Koordinationsinstitution im unmittelbar externen Umfeld spielt zur Bereitstellung von medizinischen Leistungen bislang nur eine untergeordnete Rolle. Auch sind dort Oligopole anzutreffen, die gewisse Verhaltensweisen bei den Akteuren hervorrufen. Hinzu kommt noch die politisch gewollte Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung. Dies hat einen Einfluss auf die Strukturen der Leistungserbringung in Krankenhäusern. Die niedergelassenen Ärzte sind gemäß § 77 SGB V Zwangsmitglieder in den kassenärztlichen Vereinigungen, die vom Staat geschaffen worden sind und den so genannten Sicherstellungsauftrag zur

ambulanten Versorgung erhalten haben. Etwa 98 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind als Kassenärzte zugelassen (Hajen et al. 2004: 141). Für die Institution „Krankenhaus“ heißt das, dass sie ihr Leistungsspektrum nicht nach Belieben ausdehnen darf. Die kassenärztlichen Vereinigungen verfügen damit über ein Monopol, für die ambulante Versorgung von Kassenpatienten stellvertretend für die Kassenärzte als Mitglieder Kollektivverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Die begrenzte Zulassung in den einzelnen medizinischen Fachgebieten bewirkt, dass regionale Oligopole auch für die einzelnen angebotenen medizinischen Leistungen, die ambulant erbracht werden, bestehen.

Die Patienten haben in der ambulanten Versorgung das Recht auf freie Arztwahl und entscheiden auf der Grundlage ihrer Präferenzen, was die Märkte für die einzelnen ambulanten medizinischen Leistungen als heterogene Oligopole kennzeichnet. Sie müssen dabei nicht zwingend zunächst einen Hausarzt aufzusuchen, sondern können nach Entrichtung der Praxisgebühr auch direkt einen Facharzt in Anspruch nehmen – die gesetzlichen Krankenkassen müssen seit dem Jahr 2009 ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten, bei der dem Hausarzt eine Lotsenfunktion zukommt (Bundesministerium für Gesundheit, 24.07.2009). Zudem besitzt der Patient die Möglichkeit, weitere ärztliche Meinungen einzuholen. Mit der dargestellten Konstruktion wird dem niedergelassenen Arzt eine Schlüsselstellung im System der medizinischen Versorgung zugewiesen. So werden etwa 93 Prozent der ambulant behandelten Patienten von niedergelassenen Ärzten versorgt (Hajen et al. 2004: 111). Der Patient sucht im Falle einer Krankheit zunächst den niedergelassenen Arzt auf, der dann die Behandlung gegebenenfalls durchführt und bei Bedarf auf andere Leistungsanbieter in der Gesundheitswirtschaft zurückgreift. Die zentrale Funktion des niedergelassenen Arztes wird insbesondere bei einem Blick auf die Ausgaben der Krankenkassen deutlich: Etwa 75 Prozent

aller durch die gesetzlichen Krankenkassen finanzierten Leistungsausgaben erfolgen auf Anordnung des Kassenarztes (Rosenbrock, Geringer 2004: 107).

Die zentrale Rolle der niedergelassenen Ärzte begründet eine starke Abhängigkeit anderer Institutionen der Gesundheitswirtschaft – insbesondere der Institution „Krankenhaus“, für die sie von elementarer Bedeutung im unmittelbar externen Umfeld sind – von deren Einweisungsentscheidung. Die Interaktionen der Krankenhäuser untereinander und damit die Oligopole werden demnach deutlich von den niedergelassenen Ärzten geprägt. Ein Mehr an Wettbewerb orientiertes Verhalten der Krankenhäuser wird erschwert. Eine Abkehr von der Trennung wurde mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000, mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2003 und mit dem Gesetz zur Reform des Vertragsarztrechts im Jahr 2006 auf Makro-Ebene angestrebt. Auf dieser Grundlage können die Krankenhäuser gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten medizinische Versorgungszentren gründen und an einer integrierten Versorgung teilnehmen. Dennoch hat sich an der Situation im unmittelbar externen Umfeldes und damit der Arbeits-Ebene eines Krankenhauses keine entscheidenden Veränderungen ergeben, und die ambulante Versorgung in Deutschland wird weiterhin nahezu vollständig von niedergelassenen Ärzten getragen – nur circa 3400 Ärzte arbeiten 2009 in medizinischen Versorgungszentren (Deutscher Bundestag, 13.10.2010). Eine Folge der politisch gewollten Trennung in Institutionen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung ist, dass eine systematische Kommunikation und Kooperation zwischen den Anbietern ambulanter und stationärer Leistungen nur eingeschränkt stattfindet. Dies belastet die Strukturen der stationären medizinischen Versorgung.

Aus der oben dargestellten Konstellation bei den Erbringern medizinischer Leistungen erwachsen Ineffizienzen, die die Gesundheitsausgaben unnötig in die Höhe treiben und auch Qualitätsmängel mit sich bringen. Denn der Hausarzt verliert bei einer Überweisung in ein Krankenhaus den Kontakt zum Patienten und wichtige Erkenntnisse, die der Krankenhausarzt nicht haben kann, bleiben unberücksichtigt. Umgekehrt verliert der Krankenhausarzt nach der Entlassung den Kontakt zum Patienten. Eine enge Kooperation zwischen den Institutionen im ambulanten Sektor und den stationären Einrichtungen vermag die Abläufe zu verbessern. So ist es unter anderem möglich, den Austausch von Befunden, Arztbriefen und Bildaufnahmen durch die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die elektronische Datenverarbeitung des Krankenhauses zu verbessern. Beispielsweise ließen sich dann elektronisch gespeicherte Röntgenaufnahmen per Mausclick anfordern. Auch ist die Gründung eines gemeinsam betriebenen medizinischen Versorgungszentrums denkbar.

#### 2.2.2.3 Marktversagen

In der politischen Diskussion werden oft Argumente angeführt, die eine besondere Stellung der medizinischen Leistungen rechtfertigen sollen. Ein Argument begründet die Stellung und den Eingriff des Staates sowohl auf Makro- als auch auf Arbeits-Ebene mit einem Marktversagen. Auch in der gesundheitsökonomischen Literatur wird der Begriff „Marktversagen“ gerne und dann zumeist unreflektiert gebraucht. Der Ausgangspunkt der These eines Marktversagens ist der erste Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomik. Darin wird ausgesagt, dass jedes Gleichgewicht bei vollständiger Konkurrenz ein Pareto-Optimum darstellt. Ein Pareto-Optimum beschreibt den Zustand, in dem der Nutzen keines Akteurs erhöht werden kann, ohne dass sich der Nutzen eines anderen Akteurs vermindert.

In der Beschreibung des Marktes wurde konstatiert, dass bei den stationären medizinischen Leistungen ein Oligopol vorliegt. Eine vollständige Konkurrenz kann man also im unmittelbar externen Umfeld nicht erwarten. Zudem darf davon ausgegangen werden, dass auch aufseiten der Nachfrager von stationären medizinischen Leistungen keine vollständige Mobilität existiert. Damit sind die Bedingungen aus dem ersten Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomik nicht erfüllt (Varian 2003: 540 ff.). Ob es ein Marktversagen gibt oder nicht, ist daher aus dem ersten Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomik nicht abzuleiten. Auch darf man nicht folgern, welcher Markt angestrebt werden soll. Als ein weiteres Argument für einen staatlichen Eingriff wird der vermeintliche Charakter der stationären medizinischen Leistung als ein öffentliches Gut angeführt. Doch für ein solches erfüllen die angesprochenen Leistungen die Definition nicht. Als öffentliche Güter gelten jene, bei denen das Ausschlussprinzip nicht greift und gleichzeitig keine Rivalität im Konsum vorliegt. Bei stationären medizinischen Leistungen gibt es jedoch einerseits die Rivalität und andererseits die Möglichkeit eines Ausschlusses. Versinnbildlichen lässt sich die Möglichkeit des Ausschlusses durch den Begriff „Zweiklassenmedizin“. Durch die Zahlung eines Entgeltes ist es durchaus möglich, eine bessere medizinische Versorgung zu erhalten. Die Eigenschaft „öffentliches Gut“ kann daher nicht als Argument für einen staatlichen Eingriff angeführt werden. Als weiteres Argument für den Eingriff des Staates wird vorgebracht, dass das „Uno-actu-Prinzip“ die vollkommene Kenntnis der Qualität der Gesundheitsleistungen ausschließt. Das Prinzip gilt allerdings für alle Dienstleistungen und es ist nicht ersichtlich, wie durch eine staatliche Organisation des Angebots eine effektivere Lösung erreicht werden kann.

Ein staatlicher Eingriff ist allenfalls für die Verbesserung der Weitergabe von Informationen gerechtfertigt. Die asymmetrische Verteilung der Informationen zwischen Anbietern von Gesundheitsleistungen und



Patienten und die daraus abgeleitete eingeschränkte Souveränität des Konsumenten dürfen ebenfalls nicht als Begründung für eine staatliche Regulierung herangezogen werden, da sich die Patienten durchaus über einzelne Behandlungskonzepte zu informieren vermögen. Somit kann festgestellt werden, dass die Eingriffe des Staates mittels Institutionen den Krankenhäusern Nebenbedingungen setzen. Die Institutionen handeln – wie bereits in 2.2.1 festgestellt – als Prinzipale. Im Rahmen der vorgegebenen Strukturen verhalten sich die Krankenhäuser entsprechend, und deren aggregiertes Verhalten ist das Ergebnis unterschiedlicher institutioneller Einflüsse. Dabei spielt die Institution „Märkte“, in der das Krankenhaus als Oligopolist agiert, nur eine untergeordnete Rolle. Ist die Politik mit diesem Ergebnis nicht einverstanden, so muss hinterfragt werden, wie die Korrekturen vorgenommen werden können und wie sie insgesamt wirken.

#### 2.2.2.4 Kennzahlen der stationären medizinischen Versorgung

Seit dem Jahr 1991 kann ein eindeutiger Trend in der Krankenhauslandschaft beobachtet werden (Statistisches Bundesamt, 24.07.2009): Die Zahl der Krankenhäuser ging seitdem von 2411 auf 2087 im Jahr 2007 zurück. Dies ist ein Rückgang um 324 Häuser beziehungsweise um 13 Prozent. Die für Deutschland insgesamt ermittelte Entwicklung der Krankenhauslandschaft spiegelt sich grundsätzlich in allen Bundesländern wider, differiert jedoch in ihrem Umfang. In Ostdeutschland liegen die Veränderungsraten des Jahres 2007 im Vergleich zum Jahr 1991 deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dies betrifft sowohl die Rückgänge der Zahl der Häuser und Betten sowie der Verweildauer einerseits als auch die Zunahme der Patientenzahlen andererseits.

Während der Bettenabbau in den neuen Ländern eine verbesserte Bettenauslastung im Jahr 2007 zur Folge hatte, war im früheren Bundesgebiet die Bettenauslastung geringer als im Jahr 1991. Das Bundes-

land Berlin nimmt in diesem Ländervergleich eine Sonderstellung ein: Hier reduzierte sich die Zahl der Krankenhäuser wie in den neuen Ländern um ein Drittel. Dabei wurde nicht nur jedes vierte sondern sogar jedes zweite Krankenhausbett abgebaut. Bei der durchschnittlichen Verweildauer gab es bis zum Jahr 2007 eine Annäherung einzelner Landesergebnisse an den Bundesdurchschnitt von 8,3 Tagen. Im Jahr 1991 war die Streuung noch viel größer – sie lag zwischen 12,6 und 20 Tagen bei einem Bundesdurchschnitt von 14 Tagen –, so dass auch die Veränderungsraten unterschiedlich stark ausfallen.

Trotz einer Reduzierung um 324 Krankenhäuser seit dem Jahr 1991 ist laut statistischem Bundesamt in Deutschland keine Konzentration bei den großen Häusern zu beobachten. Der Abbau vollzog sich nicht gleichmäßig in den einzelnen Größenklassen nach aufgestellten Betten. Er war bei Einrichtungen mit 200 bis 299 aufgestellten Betten mit einem Rückgang von 84 Häusern am höchsten. Auch bei den großen Einrichtungen mit über 800 Betten ist ein Rückgang um 39 Häuser zu verzeichnen. Bei den Einrichtungen mit 500 bis 599 Betten gab es fast keine Veränderung. Ihre Zahl hat sich seit dem Jahr 1991 lediglich um 2 auf 96 Häuser reduziert. Eine entgegengesetzte Entwicklung ist bei den kleinen Einrichtungen mit unter 50 Betten zu beobachten: Hier sind im Jahr 2007 insgesamt 76 Krankenhäuser mehr registriert als im Jahr 1991, was einem Zuwachs von 23 Prozent entspricht. Die Gründe für die dargelegte Entwicklung sind schwer zu bestimmen. Im Bereich der kleinen Einrichtungen spielt sicherlich eine höhere Spezialisierung einzelner Kliniken eine entscheidende Rolle, so dass Häuser mit nur einem oder zwei Behandlungsschwerpunkten entstehen.

Der im Zeitraum 1991 bis 2007 vom statistischen Bundesamt festgestellte Rückgang der Beschäftigten um 71.500 beziehungsweise circa 7 Prozent ging ausschließlich zu Lasten des nichtärztlichen Personals. Die Zahl der hauptamtlichen Ärzte hat sich demgegenüber um 27 200

Beschäftigte beziehungsweise 25 Prozent erhöht. Diese Entwicklung folgt aus dem Abbau jedes zweiten Krankenhausbettes. In allen neuen Bundesländern wurde infolge der Reduzierung der Krankenhausbetten im Vergleich zum Bundesergebnis überdurchschnittlich viel nichtärztliches Personal abgebaut. Die bereinigten Kosten der Krankenhäuser im Jahr 2007 liegen um 22,4 Milliarden Euro über denen des Jahres 1991. Das entspricht einer Steigerung um 59,8 Prozent. Gleichzeitig nahmen die durchschnittlichen Kosten je Fall nur um 35,6 Prozent zu. Der geringere Kostenanstieg je Fall ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Krankenhaushfälle nur um 17,9 Prozent zugenommen hat. Hierbei lagen die Personalkosten im Jahr 2007 um 54,5 Prozent höher als im Jahr 1991. Die Kosten für das ärztliche Personal haben sich währenddessen unter anderem aufgrund des Personalzuwachses und der Einkommenssteigerungen um 107 Prozent erhöht. Demgegenüber gingen die Personalkosten anderer Beschäftigtengruppen deutlich zurück. Dies betrifft z.B. die Personalkosten für klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie für Sonderdienste. Deren Dienstleistungen werden nicht allein durch krankenhauseigenes Personal, sondern immer mehr von externen Dienstleistern erbracht. Die Aufwendungen hierfür fallen als Sachkosten an – diese haben sich gegenüber dem Jahr 1991 fast verdoppelt. Die größten Kostensteigerungen ergeben sich für zentrale Verwaltungs- und Gemeinschaftsdienste mit 189,7 beziehungsweise 175,5 Prozent. Im Vergleich dazu fällt die Kostenentwicklung im Bereich Lebensmittel mit 36,1 Prozent und im Bereich Wasser, Energie und Brennstoffe mit 38,6 Prozent unterdurchschnittlich aus.

Die Kennzahlen des Statistischen Bundesamts liefern einen Beleg dafür, dass sich bei den Institutionen der stationären medizinischen Versorgung ein Wandel vollzieht. Diese erlauben jedoch nicht den Schluss, dass dieser Wandel mit einem Mehr an Wirtschaftlichkeit verbunden und das Ergebnis einer Marktlösung ist. So finden sich oft

Kosten in andern Posten wie beispielsweise als Sachkosten wieder. Auch nimmt die Zahl der Einrichtungen ab, gleichzeitig steigt jedoch der Einsatz von finanziellen Mitteln.

### 2.2.3 Krankenhaus als Agent

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurde das institutionelle Umfeld des Krankenhauses untersucht. Mit dem globalen und unmittelbar externen sowie internen Umfeld wurden drei Ebenen charakterisiert. Es wurden der Markt für medizinische Leistungen und regulierende Institutionen besonders analysiert. Letztere prägen als Prinzipale das unmittelbar externe Umfeld maßgeblich. Auf dieser Grundlage wird nun die Institution „Krankenhaus“ und damit das interne Umfeld analysiert. Somit erfolgt die Konzentration auf die Institution in der Gesundheitswirtschaft, die wesentlich für die Erbringung stationärer medizinischer Leistungen ist.

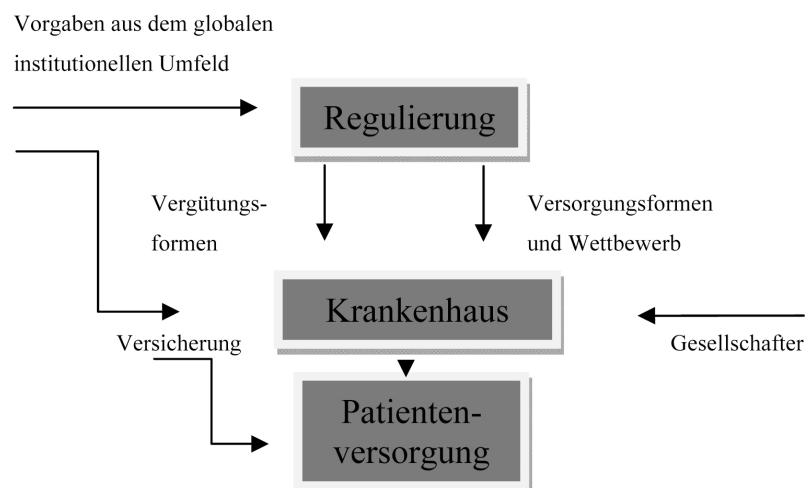


Abb. 9: Strukturanalyse der stationären medizinischen Versorgung

### 2.2.3.1 Krankenhaus als Unternehmen

Unternehmen sind Organisationen, die als solche dadurch gekennzeichnet sind, dass sie aus einer Vielzahl von bilateralen Verträgen bestehen. Dazu zählen explizite Verträge wie Gesellschafter- und Arbeitsverträge sowie implizite Verträge, die durch die jeweilige Unternehmenskultur bestimmt werden. Das Krankenhaus als Organisation verwendet seine Ressourcen darauf, Leistungen zu erbringen und mit anderen Wirtschaftssubjekten beziehungsweise Institutionen zu interagieren.<sup>10</sup> Weiter sind Unternehmen jene Organisationen, die Faktorleistungen und Vor- oder Zwischenprodukte nachfragen. Aus ihnen produzieren diese Güter, die sie auf dem Gütermarkt anbieten. Dabei ist unter „Produktion“ nicht allein die industrielle oder die handwerkliche Produktion zu verstehen, sondern ganz allgemein die Erzeugung wirtschaftlicher Güter, zu denen auch die medizinischen Leistungen zählen.<sup>11</sup>

Der technische Vorteil der Arbeitsteilung bezüglich einer Leistung zwischen den Mitgliedern eines Teams ist ein Grund für die Existenz eines Krankenhauses als Mehr-Personen-Unternehmen – hierauf wurde in Abschnitt 2.1.3 detailliert eingegangen. Das Mehr-Personen-Unternehmen „Krankenhaus“ beruht weiter auf den ökonomischen Vorteilen der organisatorischen Zusammenfassung von grundsätzlich trennbaren Tätigkeiten. Als so beschriebenes Unternehmen lässt es sich in Unternehmensteile untergliedern, zwischen denen Märkte bestehen können.

---

<sup>10</sup> North unterscheidet mehrere Arten von Organisationen: „political bodies“ (Parteien, Parlament), „economic bodies“ (Unternehmen), „social bodies“ (religiöse Gemeinschaften, Sportvereine) und „educational bodies“ (Schulen, Universitäten) (North 1994: 361).

<sup>11</sup> Die Erbringung kann durch einen einzelnen Arzt (Eine-Person-Unternehmen) erfolgen, der durch seine medizinische Ausbildung einen erworbenen komparativen Vorteil in der Produktion dieser Güter hat. Durch den Austausch mit anderen Wirtschaftseinheiten erwirbt der Arzt wiederum jene Güter, bei denen er komparative Nachteile hat.

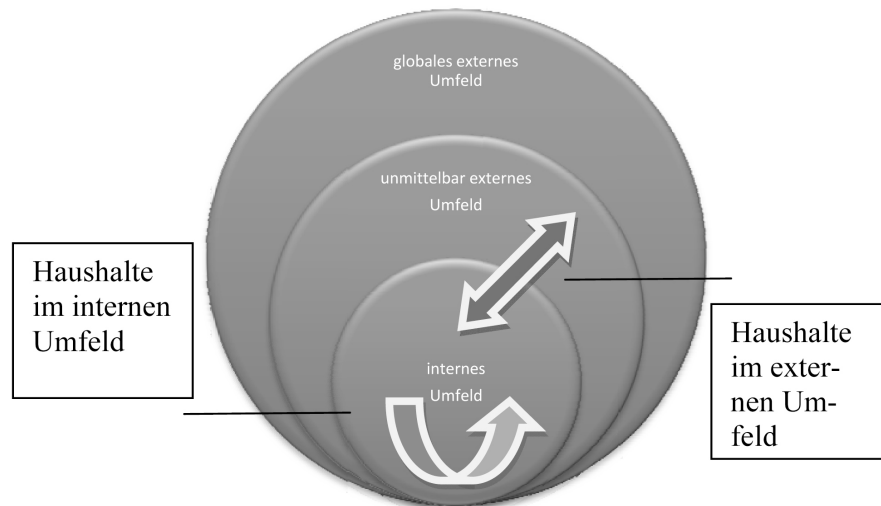


Abb. 10: Unternehmen „Krankenhaus“

Das Krankenhaus hat im volkswirtschaftlichen Kreislauf eine doppelte Funktion in Bezug auf den Zweck seines Wirtschaftens. Einerseits produziert das Krankenhaus Güter, die den Haushalten im unmittelbar externem Umfeld als Konsumgüter dienen oder in anderen Einrichtungen als Zwischenprodukte eingesetzt werden, deren Leistungen wiederum als Konsumgüter oder Zwischenprodukte eine Verwendung finden. Andererseits werden im Krankenhaus Faktorleistungen eingesetzt, die es von den Haushalten im internen Umfeld nachfragt. Das Krankenhaus zahlt dafür den Haushalten das Arbeits- und Besitzeinkommen. Entsteht im Krankenhaus ein Gewinneinkommen, so fließt dieses den Eigentumshaushalten zu.

Die Funktion des Unternehmens „Krankenhaus“ besteht also in der Produktion von Gütern – es braucht sich dabei nicht nur um medizinische Leistungen zu handeln – sowie in der Schaffung von Haushaltseinkommen. Die Entscheidung darüber, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus anbietet, welche Faktorleistungen und Zwischenprodukte es in welcher Kombination zur Produktion einsetzt, trifft der Manager des Krankenhauses. Er berücksichtigt dabei insbe-

sondere den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes, der ihm die Kapazitäten zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen vorgibt.

Die Rechtsform prägt maßgeblich das interne Umfeld der Institution „Krankenhaus“. Sie bestimmt jedoch auch die Beziehung zum unmittelbar externen Umfeld. Im Krankenhausesektor bildet die Kapitalgesellschaft nicht den Regelfall. So sind rund 19 Prozent der Krankenhäuser in Form einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), etwa 45 Prozent als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gem. GmbH) und circa 1 Prozent als Aktiengesellschaft (AG) geführt. Die Rechtsformen „öffentlicher Betrieb“ machen rund 20 Prozent aus, und rechtlich unselbständig sind circa 10 Prozent der Krankenhäuser (Blum et al. 2007: 10)

Bei den Krankenhausträgern sind weiter kommerzielle und nicht-kommerzielle zu unterscheiden. Zu den zuletzt genannten zählen unter öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft stehende Einrichtungen. Den öffentlichen Trägern gehören der Bund, die Länder, die Gemeinden und die Kreise, die Landschaftsverbände sowie die Sozialversicherungsträger an. Die freigemeinnützigen Träger werden von Kirchengemeinden, Ordensgemeinschaften, Institutionen der kirchlichen und weltlichen Wohlfahrtspflege sowie von Vereinen und Stiftungen gebildet (v. Reibnitz 1999: 6). Dabei besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Rechtsform und der Trägerschaft: So stehen derzeit rund 40 Prozent der Häuser in öffentlich-rechtlicher Krankenhausträgerschaft unter den Rechtsformen öffentlicher Betriebe, wohingegen diese Betriebsführung bei freigemeinnützigen wie privaten Krankenhausträgern eher untergeordnete Bedeutung hat (Blum et al. 2007: 33).

Der Einfluss der kommunalen Politiker auf das unternehmerische Engagement kann also je nach Rechtsform unterschiedlich groß sein. Eine wirtschaftlich notwendige Freisetzung von Personal zum Beispiel wird in Zeiten eines Wahlkampfes als nicht opportun empfunden. Eine Ausgliederung einer Tätigkeit wird demzufolge unterlassen, obwohl die mit der Nutzung des entsprechenden Marktes verbundenen Kosten die bei Fortbestand der Eingliederung entstehenden internen Kosten unterschreiten. Der Geschäftsführer einer Kapitalgesellschaft hat in einer solchen Situation weitreichendere Befugnisse als ein Direktor in einer kommunalen „Krankenhausbehörde“. Im Krankenhaussektor ist, wie oben angeführt, die Kapitalgesellschaft nicht der Regelfall. Hieraus folgt, dass das Erzielen von Gewinneinkommen nicht im Zentrum dieser Organisationen liegt und diese folglich auch kein Eigeninteresse an einer kostenminimalen Erbringung stationärer medizinischer Leistungen haben. Das lässt die Vermutung zu, dass die vereinbarten Leistungsmengen nicht mit einem wirtschaftlich vertretbaren Einsatz der verfügbaren Ressourcen erstellt werden. Die so beschriebene Differenz zwischen den geringst möglichen und den tatsächlichen Kosten kann als „X-inefficiency“ innerhalb der einzelnen Institution „Krankenhaus“ gewertet werden.

Die gemachten Ausführungen legen insgesamt den Schluss nahe, dass die aus dem externen Umfeld vorgegebenen Strukturen für das interne Umfeld eines Krankenhauses starr sind und dass Institutionen der Regulierung den Einrichtungen wenig Raum lassen, ihre Leistungen eigenständig zu verändern und auf den Wandel der anderen Institutionen sowie auf die Veränderungen der Gesundheitspolitik zu reagieren. Hinzu kommt, dass die Institution „Märkte“ noch einen zu geringen Einfluss auf das Spektrum der angebotenen medizinischen Leistungen der Krankenhäuser hat.



Lohnt sich beispielsweise in anderen Unternehmen die Eingliederung einer weiteren Tätigkeit, solange die mit der Nutzung des entsprechenden Marktes verbundenen Kosten die nach der Eingliederung entstehenden internen Kosten übersteigen, so ist die Entwicklung des Leistungsspektrums im Krankenhaus aufgrund der externen und oft regionalpolitischen Vorgaben von diesen Überlegungen weitgehend losgelöst (Siebert 2003: 164). Interne Märkte zwischen den Unternehmensteilen spielen innerhalb der Institution „Krankenhaus“ eine untergeordnete Rolle. Denn nicht benötigte Kapazitäten dürfen nicht selbständig durch das Management des Krankenhauses abgebaut werden und neue medizinische Tätigkeitsfelder können nicht erschlossen werden. Hierin kann eine wesentliche Ursache für die Versorgungsmängel in den Krankenhäusern vermutet werden.

Bei der Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern muss daher untersucht werden, inwieweit die Differenzierung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufen gerechtfertigt ist und mit welchen Mitteln die Institution „Märkte“ dazu beitragen kann, die Mängel bei der medizinischen Versorgung zu beheben. Zudem sind andere Institutionen auf ihre Wirkung bei der Produktion von medizinischen Leistungen zu analysieren. Hierbei ist zu prüfen, inwieweit neue Formen der Versorgung und Kooperation greifen und die Institution „Krankenhaus“ verändern.

#### 2.2.3.2 Zielfunktion des Krankenhauses

Das Hauptziel des Krankenhauses liegt nach Eichhorn und Schmidt-Rettig (1995) in der Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen zur Heilung oder Linderung von Krankheiten. Der Umfang der Leistungserbringung wird im globalen externen Umfeld durch den Krankenhausplan vorgegeben. Die bestmögliche Erfüllung dieses Ziels wird durch den Einsatz der Produktionsfaktoren „Arbeit“,

„Sachkapital“ und „Boden“ angestrebt. Je nach Beschaffenheit des internen Umfelds wird das Hauptziel durch Nebenziele ergänzt, die parallel angestrebt werden. Beispiele hierfür sind die Vermittlung von christlichen Werten bei einem katholischen Träger, die Verbesserung der Reputation der Aufsichts- oder Verwaltungsräte, die Sicherung der Zufriedenheit der Mitarbeiter, die Aus-, Fort- und Weiterbildung derselben sowie die medizinische Forschung.

Das Hauptziel eines Krankenhauses wird durch zu erreichende Teilziele ergänzt, die als Nebenbedingungen die betrieblichen Entscheidungen sowie die Struktur und den Ablauf des Krankenhaugeschehens bestimmen. Bei den Teilzielen handelt es sich um die Ziele der korrespondierenden Leistungserstellung, der Bedarfsdeckung, der Personal-, Finanz- und Angebotswirtschaft sowie um die Ziele der Autonomie und der Integration (Eichhorn, Schmidt-Rettig 1995: 118 ff.).

Beim ersten Ziel wird der Umfang der korrespondierenden Leistungen in den Bereichen der Unterbringung und Verpflegung sowie im Bereich der Serviceangebote festgeschrieben. Damit beeinflusst diese Konkretisierung sowohl die Art, die Zahl und die Qualität der Leistungen als auch die Gestaltung und den Ablauf der unterschiedlichen Prozesse der Kernleistungserstellung. Das zweite Ziel besteht darin – zumindest bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern –, das Leistungsangebot der Einrichtung mit der Dringlichkeit des Bedarfs sowie mit seiner räumlichen und zeitlichen Verteilung in Übereinstimmung zu bringen. Das bedeutet, dass bei diesen Einrichtungen auch Leistungen angeboten werden, die dem Krankenhaus nur einen geringen Gewinn verschaffen. Mit dem dritten Ziel ist zuerst die Sicherung des quantitativen und qualitativen Potenzials des Produktionsfaktors „Arbeit“ gemeint. Daraus abgeleitet erfolgt die Bereitstellung der zur Erfüllung der Krankenhausarbeit erforderlichen personell-

len Kapazitäten, sowohl in der erforderlichen Quantität und Qualität als auch zum richtigen Zeitpunkt. Hier können auch die Unterziele wie beispielsweise die Sicherung der Arbeitszufriedenheit und Möglichkeiten zur Persönlichkeitsentfaltung der Mitarbeiter eingehen. Danach gilt es die Finanzwirtschaft zu betrachten. Sie legt die Bedingungen der kurz-, mittel- und langfristigen Finanzierung fest und umfasst einerseits das Unterziel der Liquiditätssicherung und andererseits die Unterziele der Sicherung von Eigenwirtschaftlichkeit und funktionaler Kapitalerhaltung. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die finanziellen Mittel für die Investitionen in den Krankenhäusern von den Bundesländern zur Verfügung gestellt werden und die Mittel durch die Institution „Bezirksregierung“ vergeben werden. Bei der Angebotswirtschaft als fünften Ziel stehen gemäß Eichhorn und Schmidt-Rettig (1995) erstens die Preisgestaltung des Krankenhauses bei zusätzlichen Serviceleistungen und zweitens seine externen Kontakte zur Umwelt im Mittelpunkt der Betrachtung. Darin eingeschlossen ist beispielsweise auch die Weitergabe von Informationen in Form eines Qualitätsberichts. Die weiteren Unterziele im Bereich der Angebotswirtschaft betreffen den Aufbau von Beziehungen zu den verschiedenen im unmittelbar externen Umfeld agierenden Institutionen. Dabei handelt es sich um die Beziehungen zu den einweisenden Ärzten, zu den gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie zu den anderen Krankenhäusern und zu den Einrichtungen der Prävention und Rehabilitation. Darüber hinaus sind Werbekampagnen durch gezielte Information der interessierten Öffentlichkeit zu nennen. Abschließend sind die gegenläufigen Ziele der Autonomie und der Integration aufzuführen. Bei diesen Ziel stehen einerseits der Grad der Unabhängigkeit der stationären Einrichtung gegenüber Einflussnahmen Dritter und andererseits der Grad der Zentralisierung innerhalb der Einrichtung im Mittelpunkt. Hier sind Einflussfaktoren im externen wie internen Umfeld relevant.

### 2.2.3.3 Kernleistungen eines Krankenhauses

Das primäre Ziel eines Krankenhauses besteht – im Rahmen des Versorgungsauftrags – also in der Verbesserung des Gesundheitszustandes der zu behandelnden Personen. Dafür setzt es unterschiedliche Produktionsfaktoren unter den gegebenen Bedingungen ein. Die Beschaffenheit der hieraus erstellten Leistungen begründet die Zurechenbarkeit des Krankenhauses zur Gruppe der Dienstleistungsunternehmen (Eichhorn 1975: 14). Das Dienstleistungsangebot eines Krankenhauses lässt sich in drei Bereiche einteilen: ärztliche und pflegerische Leistungen; Unterbringungs-, Verpflegungs- sowie spezielle Serviceleistungen; und schließlich Verwaltungs- und Instandhaltungsleistungen (Damkowski et al. 2000: 294).

Die stationären ärztlichen und pflegerischen Leistungen stellen dabei die Kernleistungen des Krankenhauses dar. Sie setzen sich aus zahlreichen heterogenen Teilleistungen in den Bereichen der Diagnostik, der Therapie und der Pflege zusammen und erstrecken sich über einen längeren Zeitraum. Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2003 wurde eine Reihe von neuen Versorgungsformen eingeführt, zu denen auch die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zählt. Auf dieser Grundlage geschah eine Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bei bestimmten Indikationen, hochspezialisierten Leistungen und schwerwiegenden Erkrankungen. Sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären medizinischen Versorgung handelt es sich um bilaterale personenbezogene Dienstleistungen (Mayer 2005: 35), die von wechselnden Ansprechpartnern in der Medizin und der Pflege erbracht werden.

Die Erstellung der Dienstleistung setzt ein hohes Maß an Expertenwissen voraus. Zudem ist aufgrund der Komplexität der Dienstleistung ihre Beurteilung durch den Patienten nur eingeschränkt möglich. Auch ist zu berücksichtigen, dass die Leistungsfähigkeit der Krankenhausmitarbeiter situativen Schwankungen unterliegt. Die Bereiche der Unterbringung und der Verpflegung sowie die speziellen Services komplettieren die Kernleistungen. Die Leistungen der Verwaltung und der Instandhaltung ermöglichen und unterstützen sämtliche „patientennahe“ Prozesse (Gorschlüter 1999: 28).

Da die Zahlungen aus dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen bestimmten Teil der Kosten der gesamten ärztlichen und pflegerischen sowie der ergänzenden Leistungen abdecken, ist zusätzlich zwischen den Wahlleistungen und den Basisleistungen eines Krankenhauses zu unterscheiden. Die Basisleistung eines Krankenhauses beinhaltet alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie die grundsätzlich notwendige Unterbringung und Verpflegung des Patienten. Die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie die gesonderte Behandlung durch die leitenden Ärzte fallen unter die Rubrik „Wahlleistung“. Bei der Preisgestaltung in diesem Bereich ist das Krankenhaus nicht an das gesetzliche Entgeltsystem gebunden (Storcks 2003: 16).

#### 2.2.3.4 Position gegenüber den Prinzipalen

Die unterschiedlichen Prinzipale aus dem globalen und unmittelbar externen Umfeld eines Krankenhauses sind bemüht, das Output eines Krankenhauses zu erfassen. Gleiches gilt für den Eigentümer, der als Akteur im internen Umfeld gleichfalls über das wirtschaftliche Geschehen im Krankenhaus informiert sein möchte.

Bei der Erfassung des Outputs genügt es nach Breyer et al. (2004) nicht, die einzelnen Leistungen aufzuführen und so das Leistungsvermögen eines Hauses zu bestimmen. Auch ist es nahezu unmöglich, das Ausmaß der Gesundheit des Patienten zu erfassen, da sich der Gesundheitszustand des Patienten vor dem Beginn, nach dem Abschluss und auch während der Behandlung einer objektiven Bewertung entzieht. Unterstellt man die Möglichkeit einer vollkommenen Bewertung, so scheitert man daran, dass aufgrund der Dynamik einer Erkrankung der Vergleich zwischen dem fiktiven Zustand ohne eine Behandlung am Ende des Betrachtungszeitraums und dem finalen Zustand mit einer Behandlung nicht zu bewerkstelligen ist.

Ein weiteres Charakteristikum eines Krankenhauses besteht darin, dass die Nachfrage nach seinen Leistungen vom Individuum zum einen nicht vorhersehbar ist, zum anderen aber – insbesondere in Notfällen – eine gewisse Dringlichkeit besteht. So ist neben den Patienten auch die Gruppe jener zu nennen, denen die Existenz eines Krankenhauses Sicherheit gibt, ohne dass sie die Leistungen unmittelbar in Anspruch nehmen. Die „Optionsnachfrage“ der Personengruppe wird durch die Vorhaltung von Kapazitäten wie Krankenhausbetten einschließlich der zugehörigen Ausstattung mit Personal und Geräten befriedigt (Hajen et al. 2004: 180). Sie wird aber in der gegenwärtigen Diskussion oft vernachlässigt. Einen Überhang an Krankenhausbetten sieht man vorschnell als ein Beleg von Ineffizienzen im Krankenhauswesen. Bei einem Eintreten einer Katastrophe – im Jahr 2010 gab es bei einer Großveranstaltung in Duisburg über 20 Tote und hunderte von Verletzten – können sich jedoch vermeintliche Überkapazitäten als durchaus sinnvolle Reserve erweisen (Augurzky et al. 2007: 66).

Vor dem Hintergrund einer schwierigen Bestimmung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses, der Zurechenbarkeit von Leistungen und der Vielzahl der eingebundenen Institutionen im unmittelbar externen

Umfeld stellt sich auch die Entwicklung von Vergütungssystemen zur Outputmessung und für eine effektivere Zuteilung der Ressourcen außerhalb der Institution „Märkte“ als komplex heraus. Wird nämlich die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zugrunde gelegt, so müssen die Anreizsysteme berücksichtigen, dass auf einer einmal gewählten Ebene von Output-Indikatoren beziehungsweise Zwischenprodukten eine erhebliche Heterogenität vorherrscht.

Würden beispielsweise die Prinzipale die Anzahl aller Behandlungsfälle, die das Unternehmen im Jahr bewältigt, für die Messung seines Outputs zugrunde legen, so ließe sich die Leistungsfähigkeit über alle Fachdisziplinen nur beschränkt feststellen. Die Verhandlungsposition der Krankenkassen wäre in diesem Fall schwach. Bei der Bewertung darf daher nicht auf die Anzahl der Behandlungsfälle zurückgegriffen werden, sondern auf ein Maß, welches nach den unterschiedlichen Merkmalen spezifiziert und nach den verschiedenen Dimensionen differenziert, um als Prinzipal „Krankenversicherung“ eine hinreichend fundierte Verhandlungsposition gegenüber dem Agenten (Krankenhaus) einzunehmen.

Breyer et al. (2003) führen als Beispiele für eine solche Spezifizierung beziehungsweise Differenzierung die Art der Krankheit auf der Grundlage der Hauptdiagnose, die Schwere oder das Stadium der Erkrankung, weitere Krankheiten nach der Nebendiagnose sowie dem Geschlecht oder dem Alter des Patienten auf. Führt man die Liste unbeschränkt fort, gelangt man zur individuellen Bewertung eines jeden Patienten und es stellt sich die Messung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses und damit eine ausreichende Datenbasis als Grundlage für Verhandlungen mit unterschiedlichen Anspruchsgruppen als unmöglich heraus. Als sinnvoller Kompromiss zwischen der eingangs beschriebenen eindimensionalen Vorgehensweise und einer vollkom-

menen Differenzierung bietet es sich an, die Patienten in überschaubare Gruppen einzuteilen.

In der Literatur wird hierfür der Begriff „Patienten-Klassifikation“ verwendet. Das Ziel derselben ist es, zu Gruppen von Behandlungsfällen zu gelangen, die in sich weitgehend homogen sind. Dabei muss eine eindeutige und objektive Zuordnung gewährleistet sein, um eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Krankenhäusern zuzulassen. Aus der Kurzdefinition geht hervor, dass mit dem Ansatz der Patientenklassifikation zwei unterschiedliche Sichtweisen auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden sollen (Breyer et al. 2004: 360 ff). Aus der klinischen Sicht wird das Ziel verfolgt, ausgehend von den Problemen und den Zielen bei der Behandlung der einzelnen Patienten, ähnliche Fälle weitgehend zusammenfassen und dabei eine möglichst effektive Behandlung zu erreichen.

Als ein formalisiertes Instrument können die von einem Behandlungsteam gemeinsam entwickelten so genannten klinischen Behandlungspfade angeführt werden, welche auf einem System zur Klassifikation von Patienten basieren. Aus der ökonomischen Sicht sollen, ausgehend von den Kosten der Einzelfälle, die Produktionseinheiten und die Verkaufseinheiten beziehungsweise die Kostenträger und die Tarifpositionen definiert werden. Zu den dazu einsetzbaren Instrumenten gehören die Kostenträgerrechnung auf der Kostenseite und die Abrechnung anhand von Pauschalen auf der Erlösseite.



### 3 Potenzial einer Reorganisation der medizinischen Versorgung

#### 3.1 Grundlagen der Neuen Institutionenökonomik

##### 3.1.1 Begriffe und Kernelemente



Abb. 11: Unterschiedliche Perspektiven als Grundlage der Analyse

Die Darstellung der Situation der medizinischen Versorgung zeigte, dass eine Reorganisation nicht von allein und schon gar nicht ohne Kosten erfolgen wird. Damit eine Reorganisation insbesondere vor dem Hintergrund der Finanz- und Wirtschaftskrise beginnen und vorschreiten kann, bedarf es der Anpassung der institutionellen Rahmenbedingungen, in denen sich das Unternehmen „Krankenhaus“ bewegt. Bevor jedoch die Maßnahmen zu einer Anpassung – z.B. weg von einer Orientierung anhand eines Krankenhausplans und hin in Richtung einer stärkeren Berücksichtigung der Interessen von unterschiedlichen Anspruchsgruppen – mit Hilfe von wirtschaftstheoretischen Instrumenten untersucht werden können, sind deren Grundlagen zu diskutieren. Da Institutionen im Mittelpunkt der Analyse stehen,

liegt die Annahme nahe, dass diese Instrumente in der Neuen Institutionenökonomik zu finden sind.

#### 3.1.1.1 Individuen in der Theorie

Im internen Umfeld eines Krankenhauses sind drei Gruppen von Bedeutung: Mitarbeiter, Management und Eigentümer. Alle Gruppen setzen sich aus Individuen zusammen, wobei Prinzipal-Agent-Beziehungen das Miteinander konstituieren. Mit anderen Worten: Der Manager verfügt über einen anderen Informationsstand als sein Mitarbeiter. Auch im externen Umfeld sind es Individuen, die das Handeln der Institutionen bestimmen. Im Verhältnis zueinander handeln die jeweiligen Institutionen schließlich als homogene Einheiten, die diese als „Individuen“ erscheinen lässt.<sup>12</sup> Die Beziehungen lassen sich ebenfalls als Prinzipal-Agent-Konstellationen bezeichnen.

Die Betrachtung des Individuums als Ausgangspunkt der Analyse kennzeichnet die Neue Institutionenökonomik als so genannte individualistische Theorie. Als solche Theorie erklärt sie den Antrieb für das individuelle Verhalten aus den Gefühlen und Bedürfnissen des Individuums. Analog gilt dies für die homogen nach außen auftretende Organisation. Da die Neue Institutionenökonomik dabei die gesellschaftlichen Phänomene durch die Handlungen von Individuen zu erklären sucht, lässt sie sich unter dem Begriff „methodologischer Individualismus“ einordnen (Richter, Furubotn 1999: 3).

Die individualistischen Theorien behaupten, dass Individuen intentional handeln. Akteure verfolgen also ein Ziel und wählen diejenigen Mittel und Wege, durch es erreicht werden kann. Die Leistungen be-

---

<sup>12</sup> Die Institution wird hier nur gestreift und als „Individuum“ im Verhalten zu anderen Akteuren betrachtet. Deren Einordnung in der Theorie wird im nächsten Abschnitt betrachtet, da zunächst das sie begründende Verhalten der Individuen offenbart werden muss.

stehen jedoch nicht nur aus sichtbaren Aktivitäten, sondern auch aus den Einstellungen und vor allem aus den Entscheidungen. Da jedoch die meisten Situationen komplex sind, können die Ergebnisse des Handelns nicht sicher vorhergesehen werden. Deshalb müssen die Individuen zwischen den Handlungsalternativen wählen. Sie werden sich im Regelfall für die Möglichkeit entscheiden, die im Rahmen ihrer Kompetenzen den geringsten Aufwand erfordert und die höchstmögliche gesellschaftliche Billigung verspricht, um zum nächsten gewünschten Ziel zu gelangen. Die Individuen handeln pragmatisch.

Nach der individualistischen Theorie „Neue Institutionenökonomik“ sind die Individuen nicht immer vollständig über alles informiert und handeln daher aus dem Gefühl heraus. Sie streben dabei nach einer zufrieden stellenden Zielerfüllung, was auch für eine nach Außen hin homogen handelnde Organisation gilt. Der Theorie von der zufrieden stellenden Zielerfüllung liegt das Menschenbild des „administrative man“ zugrunde, bei dem der Mensch unvollständig informiert und nur begrenzt fähig ist, die vorhandenen Informationen zu verarbeiten. Er entscheidet daher nach dem Prinzip der „eingeschränkten Rationalität“ („bounded rationality“) (Simon 1957: 198). Daneben verhalten sich die Individuen strategisch. Die strategisch handelnden Individuen haben einen genauen Plan des eigenen Vorgehens, der dazu dient, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, und in dem man diejenigen Faktoren, die in die eigene Aktion hineinspielen könnten, von vornherein einzukalkulieren trachtet.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Große Teile der Literatur zur Neuen Institutionenökonomik bezeichnen ein solches Verhalten als opportunistisch (Richter, Furubotn 1999: 144). Opportunistisches Verhalten bedeutet, dass die Ziele mit „List und Tücke“ verfolgt werden. In der vorliegenden Arbeit wird nicht davon ausgegangen, dass die Ziele grundsätzlich in einer Weise verfolgt werden, die einen Bruch von Vereinbarungen einschließt. Vielmehr wird angenommen, dass die Individuen ihren Entscheidungsspielraum strategisch nutzen.

Obwohl ein eingeschränkt rationales Individuum oder eine nach gleichen Prinzipien handelnde Organisation nicht alle Kontingenzen ex ante vorhersehen kann, sorgt es oder sie für den Zeitpunkt vor, an dem eine unvorhergesehene Kontingenz – beispielsweise ein Behandlungsfehler durch einen angestellten Arzt (interne Perspektive) oder eine Veränderung in der Wettbewerbssituation (externe Perspektive) – eintritt (Kreps 1990: 745). Unter der genannten Annahme kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass die von den Individuen gewählten Handlungen objektiv den angestrebten Zweck am besten erfüllen. An die Stelle der Zweckrationalität tritt damit die Verfahrensrationalität, die die Kosten der Informationssuche und Entscheidungsfindung gegen den daraus resultierenden zusätzlichen Nutzen abzuwägen hat.<sup>14</sup>

Da die Neue Institutionenökonomik nicht nur davon ausgeht, dass sich die Individuen eingeschränkt rational verhalten, sondern zudem unterstellt, dass sie sich strategisch verhalten, muss ein weiteres Problemfeld untersucht werden. Hierbei halten die Individuen zur Verwirklichung ihrer Ziele bestimmte Informationen zurück, (Williamson 1985: 64) was sowohl für zentrale als auch dezentrale Organisationen problematisch ist. Als ein Beispiel im internen Umfeld kann der Arzt im Krankenhaus aufgeführt werden, der (als Agent) sich während seiner Dienstzeit um seine Dissertation bemüht. Für seinen Dienstgeber (als Prinzipal) ist es unmöglich, seinen Arbeitseinsatz vollständig zu bewerten. So könnte die Bearbeitung eines Dissertationsthemas im Dienst dazu führen, dass sich die abgerechnete Arbeitszeit verlängert. Beispiel für die Beziehung zwischen Krankenhaus (als Agent) und Krankenkasse (als Prinzipal) ist die Einordnung des Behandlungsfalls und dessen Abrechnung. Werden also die relevanten Informationen vom Agenten zurückgehalten, und ist es unmöglich, vollständige und

---

<sup>14</sup> Angesichts ihrer beschränkten Kenntnisse und Fähigkeiten konstruieren die Individuen mentale Modelle, die zwar nicht alles erfassen, ihnen jedoch schnelle Handlungen ermöglichen (North 1994: 363).

einfach durchsetzbare Vereinbarungen zu schließen, so kann im schlimmsten Fall die mangelnde Glaubwürdigkeit der Akteure dazu führen, dass eine für beide Seiten vorteilhafte Transaktion unterbleibt und Fehlallokationen erfolgen.

### 3.1.1.2 Institutionen in der Theorie

Bislang wurde die Institution im Außenverhältnis mit einem Individuum gleichgesetzt. Nun wird die Institution näher analysiert. Individuen verhalten sich bekanntlich eingeschränkt rational und zugleich strategisch. Ein eingeschränkt rationales Verhalten bedeutet, dass die Individuen nur in begrenztem Maße vermögen, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu speichern; das heißt allerdings nicht, dass die Individuen sich irrational verhalten. Vielmehr sagt die eingeschränkte Rationalität, dass die Individuen meistens nicht in der Lage sind, vollständige Verträge zu spezifizieren, die zugleich mit geringen Kosten durchgesetzt werden können. Um die Folgen eines hieraus resultierenden unkooperativen Verhaltens der Individuen zu mildern, bilden sich Institutionen heraus (North 1986: 231). So kann beispielsweise die Legislative den Markt als Koordinationsinstitution bestimmen (globales externes Umfeld) oder eine Kommune vermag einen Gesellschaftsvertrag formulieren, aufgrund dessen ein Krankenhaus handelt (internes Umfeld).

Oft werden die Institutionen also nicht nur eingerichtet, um zum gesamtgesellschaftlich positiven Ergebnis zu gelangen, sondern um den Zielen der sie konstituierenden Interessensgruppe zu dienen (North 1994: 360). So vertritt die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemäß ihrer Satzung als Institution zunächst die Interessen ihrer Mitglieder und sucht erst danach im Rahmen der Selbstverwaltung nach einen Ausgleich mit den Institutionen anderer Interessensgruppen.

Institutionen können daher allgemein als Mechanismen zur Steuerung von Verhaltensweisen bezeichnet werden. Weiter gefasst lässt sich eine Institutionen als diejenige Menge von Regeln definieren, die man braucht, um festzulegen, wer oder was für die zu treffenden Entscheidungen in einem bestimmten Bereich zuständig und verantwortlich ist, welche der hieraus abgeleiteten Handlungen statthaft oder eingeschränkt sind, welche der entwickelten Verfahren eingehalten werden müssen, welche vorhandenen Informationen geliefert werden müssen oder nicht geliefert werden dürfen und wie hoch Entgelte ausfallen können, die den einzelnen Akteuren für ihre Handlungen zugebilligt werden (Richter, Furubotn 1999: 13).

Alle eine Institution begründenden Regeln enthalten die bindenden Vorschriften, die eine Handlung oder ein Ergebnis verbieten, gestatten oder verlangen. Als Funktionsregeln werden dabei diejenigen Regeln bezeichnet, die tatsächlich angewendet, kontrolliert und durchgesetzt werden, wenn die Individuen ihre Entscheidungen über die zukünftigen Handlungen treffen (Ostrom 1990: 51). Analog gilt dies für die nach Außen homogen handelnde Institution „Krankenhaus“, die durch den Regulierer kontrolliert wird. Folgt man der obigen Definition, so lassen sich Institutionen als Bündel von geschriebenen und ungeschriebenen Regeln auffassen, die das Verhalten der von ihnen betroffenen Akteure lenken. Dabei kann es sich sowohl um die formalen Gesetze und die geschlossenen (expliziten) Verträge als auch um die ungeschriebenen Verhaltensrichtlinien wie gesellschaftliche Werte und Normen handeln. Werte unterscheiden sich dabei von den Normen insofern, als die Werte einen allgemeinen Rahmen für die möglichen Handlungen abgeben, während die Normen als spezifische, konkrete und mit äußeren Sanktionen verbundene Verhaltensregeln gelten (Abels 2001: 21).

Institutionen beschränken also zum einen den Handlungsspielraum der Akteure auf allen Umfeld-Ebenen, indem sie etwas vorschreiben oder etwas untersagen. Sie stabilisieren zum anderen auch die Handlungen der Menschen und ermöglichen deren Aktionen in manchen Fällen überhaupt erst, indem sie die Unsicherheit der natürlichen und juristischen Personen unter dem Aspekt der Reaktionen anderer Personen auf die eigenen Handlungen reduzieren und die Unsicherheit hinsichtlich der Folgen eines unvorhergesehenen Ereignisses – beispielsweise dem Krankheitsfall mindern (Streit, Kasper 2001: 63).

Die beschriebene Unsicherheit resultiert auch aus den Regelabweichungen, die dann auftreten, wenn ein Verstoß – etwa durch die Verhaltensweisen eines Trittbrettfahrers – einen Nutzen bringt. Viele Regeln müssen daher durch gesellschaftliche Normen abgesichert werden. Deren Übertretung erzeugt dann Konsequenzen, beispielsweise eine soziale Ausgrenzung. Institutionen beeinflussen demnach die Handlungen der Akteure, indem sie Kosten erhöhen oder auch senken. Sie bestimmen also auch, wie teuer die Durchführung des Tausches ist. Institutionen einschließlich der daran beteiligten Personen nennt man Organisationen (Richter, Furubotn 1999: 8) – in dieser Arbeit ist dies das interne Umfeld der Institution „Krankenhaus“. Eine Organisation besitzt also – über die ihr zugrunde liegende Institution hinaus – auch eine personelle Dimension. Dabei ist zu berücksichtigen, dass trotz des im Großen und Ganzen einheitlichen Handelns einer Organisation die darin agierenden Individuen nicht nur Teil derselben sind, sondern auch eigene Interessen verfolgen, die unter Umständen denen der Organisation entgegenstehen (North 1992: 38).

### 3.1.1.3 Voraussetzungen für Regelungen

Wurden zuvor die Individuen und Institutionen in der Theorie charakterisiert, so wird nun dargestellt, welche Institutionen bei der Reorga-

nisation eines Krankenhauses von besonderer Bedeutung sind. Auch hier wird mit dem globalen externen Umfeld begonnen, wobei andere Begrifflichkeiten Verwendung finden.

Mit dem institutionellen Umfeld („institutional environment“) wird in der Neuen Institutionenökonomik der allgemeine institutionelle Rahmen angegeben, innerhalb dessen die institutionellen Regelungen vereinbart werden, die die Einzelentscheidungen der Akteure beschränken.<sup>15</sup> Zum institutionellen Rahmen gehören beispielsweise die elementaren konstitutionellen Regeln des Staates wie das Grundgesetz. In der Bundesrepublik Deutschland hat sich – auch für die Gesundheitswirtschaft – auf der Grundlage konstitutioneller Regeln ein dezentrales, vielfach gegliedertes System von Institutionen, die schließlich das unmittelbar externe Umfeld eines Krankenhauses bestimmen, herausgebildet. In diesem System treffen zwar die Individuen (Patienten) die Entscheidungen eigenständig, koordinieren sie und tragen schließlich die Verantwortung für ihre Handlungen, sichern sich aber auch durch Institutionen wie die gesetzliche Krankenversicherung ab.

Die Individuen vereinbaren – im global externen Umfeld vertreten durch die Legislative – überdies institutionellen Regelungen („governance structures“), die drei Typen von Institutionen in der Gesundheitswirtschaft ermöglichen und den Handlungsspielraum eines Akteurs determinieren – deren Ausgestaltung erfolgt regelmäßig auf den Ebenen des unmittelbar externen und internen Umfelds:

---

<sup>15</sup> Williamson unterscheidet vier Ebenen. Die erste Ebene beschreibt die langfristigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die durch informelle Institutionen, Traditionen, Normen und Religionen gegeben sind. Er sieht die erste Ebene für ökonomische Analysen als gegeben an („embeddedness level“). Darunter liegt die zweite Ebene der formalen Regeln wie Verfassung, Gesetze und Eigentumsrechte („property rights“). Die Rahmenbedingungen der zweiten Ebene sind notwendig für die dritte Ebene, bei der Vertragsbeziehungen gestaltet werden. Mit ihnen sind längerfristige Vereinbarungen gemeint, die sich deutlich von alltäglichen Transaktionen unterscheiden, die die vierte Ebene bilden (Williamson 2000: 599).



1. Märkte: Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass Verträge spontan geschlossen werden können, hohe Flexibilität vorliegt und Individuen bei ihren Entscheidungen weitgehend unabhängig sind. Die Koordination erfolgt über die Marktpreise.
2. Hierarchien: Bei diesem Regelungssystem liegen feste Verträge vor. Die Koordination erfolgt über Weisungen von Vorgesetzten an Mitarbeiter, die wiederum Vorgesetzte sein können. Der Koordinationsaufwand im Regelfall ist bei der Hierarchie geringer als bei der Marktlösung, da auf einmal definierte Standards zurückgegriffen werden kann.
3. Kooperationen: Hierbei handelt es sich um ein System von Regeln, das zwischen den Systemen beziehungsweise Institutionen „Markt“ und „Hierarchie“ steht. Die Planbarkeit ist höher als beim Markt und die Flexibilität größer als bei der Hierarchie.

Diese Einteilung in drei Typen lässt sich auf die Gesundheitswirtschaft als Ganzes übertragen, wenn es um die Entscheidung für oder wider Markt geht (globales externes Umfeld). Sie lassen sich auch auf die Akteure in der Gesundheitswirtschaft und damit auf die Betrachtungsebenen unmittelbar externes und internes Umfeld übertragen.

Hier kommt die Beziehung zwischen Leistungserbringer und -empfänger dem Typ 1 und damit der Institution „Markt“ am nächsten. Die Beziehung ist dem unmittelbar externen Umfeld zuzuordnen. Das Krankenhaus als Unternehmen entspricht einem hierarchisch aufgebauten Regelungssystem und wird folgerichtig mit Typ 2 beschrieben (internes Umfeld). Die Institution „Krankenhaus“ handelt als Einheit, indem sie nach außen als eigenständiger, in sich geschlossener Akteur (externe Perspektive) auftritt. Das Krankenhaus hat nach Eichhorn

und Schmidt-Rettig (1995) eigene Ziele und verwendet seine Mittel neben dem eigentlichen Geschäftsinteresse darauf, sein institutionelles Umfeld so zu gestalten, dass es für das Krankenhaus förderlich ist (interne Perspektive). Natürlich sind auch Hierarchien zwischen einzelnen Akteuren denkbar, wenn die Behandlungschronologie vorgegeben wird (unmittelbar externes Umfeld). Typ 3 als „Zwischeninstitution“ tritt bei Verträgen zur integrierten Versorgung und zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums in Erscheinung. Die verschiedenen Typen von Institutionen können auch parallel bestehen.

### **3.1.2 Theoretische Lösungsansätze der Reorganisation**

Die Beschreibung der Situation der medizinischen Versorgung hat gezeigt, dass die Veränderungen im Krankenhauswesen sehr vielschichtig sind. Es wurde herausgestellt, dass die bisherigen Reformen das Ziel einer besseren Nutzung der vorhandenen Ressourcen klar verfehlt und die Fehlentwicklungen in der Gesundheitswirtschaft nicht beseitigt haben. Die Fehlentwicklungen tragen zur Ausgabenentwicklung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland erheblich bei. Als wesentliche Ursache hierfür wurde die staatliche Regulierung benannt. Bevor es zu einer endgültigen Festlegung auf die Theorie der Neuen Institutionenökonomik kommt, gilt es, die Perspektiven der Analyse noch einmal zu betrachten.

#### **3.1.2.1 Perspektiven der Analyse**

Eine Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern wird oft gefordert. Eine theoretische Fundierung dieser Forderung lässt sich nur schwer finden, was auch in der ideologiebestimmten Diskussion hinsichtlich der Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft begründet ist. Daher werden zunächst theoretische Überle-

gungen aufgegriffen, um schließlich eine fundierte Analyse durchführen zu können.

Hinsichtlich der Reorganisation der Institution „Krankenhaus“ kann eine Reihe von theoretischen Lösungsansätzen bemüht werden. So lässt sich eine Reorganisation damit begründen, dass hierdurch Wettbewerbsvorteile aufgebaut oder aufrechterhalten werden. Hierbei orientiert sich die Institution primär am unmittelbar externen Umfeld. Eine so formulierte Strategie wird als Aufbau einer einzigartigen Position verstanden, die auf unterschiedlichen Aktionen beruht. Diese Betrachtung verkennt jedoch einen Systembezug und vernachlässigt Anreizstrukturen innerhalb der Institution (internes Umfeld) sowie Mechanismen – vorgegeben vom globalen externen Umfeld – zwischen den Institutionen (Güssow 2007: 101).

Daneben kann eine Reorganisation auch auf der Grundlage der Ressourcenausstattung diskutiert werden. Die Beschaffenheit des internen Umfelds steht hierbei im Fokus. Es ist dann von Bedeutung, wie die Prozesse abgebildet und wie eine Verknüpfung der Prozesse untereinander erfolgt. Hieraus können zwar praktische Empfehlungen abgeleitet werden, jedoch kann bei diesem Lösungsansatz keine, die komplette Institution erfassende, Reorganisation abgebildet werden. Auch verleitet dieser Lösungsansatz dazu, einzig mehr Wettbewerbsstrukturen einzufordern. Die Institutionen der stationären medizinischen Versorgung würden dann eigenständig ihre Strukturen verbessern. Die Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass es sich bei den Märkten für stationäre medizinische Leistungen um Oligopole handelt. Diese zu überwinden, ist nicht ohne einen erheblichen staatlichen Eingriff möglich.

Eine weitere Möglichkeit zur Formulierung von Lösungsansätzen besteht darin, das globale externe Umfeld als determinierende Größen

bei der Reorganisation aufzufassen und Änderungen über den Gesetzgeber einzufordern. Angesichts der grundlegenden Veränderungen kann hieraus gefolgert werden, dass die Institution „Krankenhaus“ sich ändern muss, um weiterhin zu bestehen. Das Krankenhaus ist dann jedoch eine „Black Box“ und deren Reorganisation, insbesondere im internen Umfeld, wird nicht erfasst. Der hier gestellte Arbeitsauftrag würde demnach verfehlt werden.

### 3.1.2.2 Lösungsansätze der Neuen Institutionenökonomik

Hier ist das Krankenhaus als Unternehmen dargestellt worden, bei dem die Beziehungen sowohl innerhalb der Institution (internes Umfeld) als auch zu anderen Akteuren (unmittelbar externes Umfeld) von Belang sind. Auch stellt sich die Frage nach dem Grad der Regulierung und dem Für und Wider einer Marktlösung bei medizinischen Leistungen (globales externes Umfeld).

Innerhalb des Unternehmens „Krankenhaus“ gibt es keine Märkte und außerhalb derselben ist er nur in Ansätzen zu finden. Ein Zusammenhang zwischen den Preisen und der Faktorallokation besteht nicht. Letztgenannte erfolgt durch Anweisung. Der Markt für medizinische Leistungen wiederum ist als Oligopol identifiziert worden, wobei hier starke regulatorische Eingriffe zu sehen sind. Da sich die Neoklassik „nur“ mit den Institutionen „Privateigentum“ und „Märkte“ befasst – das interne Umfeld wird überdies ausgeklammert –, in der Gesundheitswirtschaft jedoch zahlreiche Institutionen anzutreffen sind, ist deren Einbindung und Analyse notwendig, um das Krankenhaus vollständig zu erfassen.

Die Analyse von Institutionen bildet den Gegenstand der Neuen Institutionenökonomik, einer Theorierichtung der Wirtschaftswissenschaften, die vor allem seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts be-

kannt ist. Die neue Institutionenökonomik beginnt mit einem Beitrag von Coase im Jahr 1937. Der in „The Nature of the Firm“ aufgeworfenen Problematik der „marketing costs“, die später als Transaktionskosten bezeichnet werden, wird – nicht zuletzt durch die Arbeiten von Williamson – seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts eine wichtige Relevanz beigemessen. Heute werden der Neuen Institutionenökonomik nach Erlei et al. (1999) verschiedene Theorieansätze und Denkrichtungen zugeordnet. Sie lassen sich in drei Teilgebiete gliedern:

1. Transaktionskosten-Theorie: Ihr Erklärungsziel ist die Organisation von Transaktionen. Die Organisation ist abhängig davon, wie unsicher und häufig Transaktionen und wie spezifisch die hierfür erforderlichen Aktionen und Investitionen sind. Sie liefert eine Erklärung, ob eine zentrale oder dezentrale Lösung gerechtfertigt ist (Richter, Furubotn 1999: 47 ff.).
2. Theorie der Verfügungsrechte: Sie analysiert zum einen die Entstehung von Verfügungsrechten als Ergebnis individuellen Verhaltens. Zum anderen untersucht sie die ökonomische Bedeutung und damit auch die Auswirkungen bestehender Verfügungsrechte. Sie gibt damit einen Hinweis, ob eine Orientierung anhand eines Krankenhausplans sinnvoller ist als eine solche, die die Anspruchsgruppen näher einbezieht (Richter, Furubotn 1999: 82 ff.)
3. Vertragstheorie: Eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Verfügungsrechten spielen die konkreten institutionellen Regelungen, die die Handlungen der Vertragsparteien im Innen- und Außenverhältnis regeln. Sie erfolgen unter den gegebenen übergreifenden institutionellen Steuerungsmöglichkeiten und

sind Gegenstand der Vertragstheorie (Richter, Furubotn 1999: 197 ff.).

In der Literatur ist gelegentlich von acht Gebieten der „modernen“ Institutionenökonomik die Rede. Zu den hier vorgestellten drei Bereichen der Neuen Institutionenökonomik gesellen sich nach Erlei et al. (1999) dann die Ökonomische Analyse des Rechts, die Theorie des institutionellen Wandels, die Neue Politische Ökonomie, die konstitutionelle Ökonomie und die Neo-Österreichische Schule.

Doch bilden nur die oben angeführten drei Teilgebiete die Grundlage für die in dieser Arbeit vorgenommene Analyse der Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern. Die Folgen der gesetzgeberischen Maßnahmen sowie die möglichen Auswirkungen aus einer Umsetzung der hier entwickelten Handlungsempfehlungen lassen sich auf der genannten theoretischen Basis bewerten. Hierbei ist es jedoch erforderlich, darauf hinzuweisen, dass die Theorie in „Reinform“ lediglich Anhaltspunkte bieten kann, da einzelne Annahmen – beispielsweise der unterstellte Opportunismus – zu scharf sind. Ergebnisse sind daher etwas zu relativieren, um ein genaueres Bild von der medizinischen Versorgung aufzuzeigen. Gleichfalls ist zu vergegenwärtigen, dass es in den Teilgebieten begriffliche Unklarheiten gibt und in der Literatur gegenläufige Annahmen vorzufinden sind. Hierbei kann das Fehlen einer formalen Theorie eingeschränkter Rationalität moniert werden. Trotz dieser Schwächen ist die Neue Institutionenökonomik dazu geeignet, das Krankenhaus zu analysieren, und findet daher hier ihre Anwendung.

### 3.1.2.3 Vorgehensweise bei der weiteren Analyse

Die vorzunehmende Analyse grenzt den Untersuchungsgegenstand „medizinische Versorgung in Krankenhäusern“ ein. Dabei werden die

Notwendigkeit der Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern und die Veränderung sowohl der Institution „Krankenhaus“ als auch der das Krankenhaus beeinflussenden Institutionen mit Hilfe einer umfassenden Einbindung der Neuen Institutionenökonomik betrachtet. Es wird herausgearbeitet, dass innerhalb der Institution „Krankenhaus“ keine Märkte existieren (internes Umfeld), auf denen Transaktionen von Verfügungsrechten stattfinden. Auch im unmittelbar externen Umfeld beeinflussen neben der nur in Ansätzen vorhandenen Institution „Märkte“ zahlreiche weitere Institutionen das Geschehen im Krankenhaus. Institutionen werden oft vom Staat errichtet und dies führt zu der Frage, inwieweit die Institution „Privateigentum“ von Belang ist (globales externes Umfeld). Freilich können Institutionen auch das Ergebnis von bilateralen Verträgen sein. Innerhalb des Krankenhauses ist dabei eine Vielzahl bilateralen Verträge zu berücksichtigen. Und auch im Außenverhältnis sind die Verträge, die die Beziehungen der Institutionen untereinander regeln, von besonderer Bedeutung. Angesichts der Notwendigkeit einer Fixierung von Vertragsinhalten kommt der Analyse der Institutionen mittels der Vertragstheorie, die auf der Transaktionskosten-Theorie und der Theorie der Verfügungsrechte basiert, eine besondere Bedeutung zu. Es wird herausgearbeitet, dass aufgrund der Komplexität der medizinischen Leistungen eine vertragliche Fixierung aller Kontingenzen sowohl bei Verträgen innerhalb des Krankenhauses als auch bei Verträgen, die das Krankenhaus mit Institutionen aus seinem unmittelbar externen Umfeld schließt, unmöglich ist. Verträge sind also nicht vollständig. Deren Analyse erfolgt durch die Theorie der unvollständigen Verträge – einem Theoriezweig der Vertragstheorie (Schweizer 1999: 6).

Mittels der Neuen Institutionenökonomik werden nun zum einen die wissenschaftlichen Grundlagen für die Notwendigkeit einer Reorganisation und deren Umsetzung durch Anreizsysteme im Krankenhaussektor beschrieben; zum anderen lässt sich ein Beitrag zur nachhalti-

gen Umgestaltung des Krankenhaussektors in einem dynamischen Umfeld leisten. Bei der Analyse werden auch die theoretischen Grundlagen hinterfragt und weiterentwickelt.

## **3.2 Ansätze der Neuen Institutionenökonomik**

### **3.2.1 Transaktionskosten-Theorie**

Im vorangegangenen Kapitel wurden einige Begriffe und Kernelemente der Neuen Institutionenökonomik vorgestellt. Dabei wurde auch angeführt, dass von Institutionen und deren Zentralisierungsgrad die Transaktionskosten beeinflusst werden. Nun gilt es, letztere näher zu analysieren, um die Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern zu kennzeichnen. Unter dem Begriff „Transaktionskosten-Theorie“ wird ein zentraler Gegenstand der Neuen Institutionenökonomik präsentiert, auf dem die weiteren hier zu betrachtenden Theorien fußen.

#### **3.2.1.1 Ausgangspunkt**

Ausgangspunkt der Neuen Institutionenökonomik ist die Frage, warum es Unternehmen gibt und warum nicht alle Transaktionen auf Märkten abgewickelt werden. Wie zu Beginn dieses Kapitels dargestellt, führte Coase die Transaktionskosten in die ökonomische Theorie ein. Aus seinen Ideen entwickelte Williamson die Transaktionskosten-Theorie, auf der die heutige Neue Institutionenökonomik basiert. Sie stellt fest, dass sich ein Unternehmen bei kostenlosen Markttransaktionen auf einen rein mechanischen Produktionsvorgang reduzieren lässt (Richter, Furubotn 1999: 9 f.). Die zur Produktion notwendigen Faktoren können dann jederzeit auf dem Markt beliebig gekauft und die Produktionsvorgänge unterschiedlicher Unternehmen problemlos verknüpft werden. Während die Neoklassik das Unternehmen häufig



als „Black Box“ ansieht, schenkt die Neue Institutionenökonomik in ihren Modellen – beispielsweise mit der Betrachtung von bilateralen Verträgen – der personellen Dimension des Unternehmens eine besondere Aufmerksamkeit. Damit kann sowohl das Außenverhältnis als auch das Innenverhältnis des Unternehmens analysiert werden.

Eine Transaktion findet statt, wenn ein Gut beziehungsweise eine Leistung übertragen wird oder eine Tätigkeitsphase endet und eine andere beginnt (Williamson 1985: 1). Bei einer Transaktion wechseln Güter ihre Besitzer oder werden diese in Produktionsprozessen verarbeitet.<sup>16</sup> Eine Transaktion findet im Krankenhaus beispielsweise statt, wenn der Patient innerhalb des Hauses verlegt wird. Dann fallen Transaktionskosten an. Die Institution „Krankenhaus“ (zentrale Steuerung) ist nur gerechtfertigt, wenn bei gegebenen Institutionen die Kosten im Krankenhaus minimal – im Vergleich z.B. mit einem Ärztenetz (dezentrale Steuerung) – sind.

Es bietet sich eine Unterscheidung zwischen den fixen und variablen Transaktionskosten an. Die fixen Transaktionskosten resultieren aus dem Einsatz von spezifischen Ressourcen, der im Zuge der Errichtung der Institutionen auftritt. Dabei handelt es sich um diejenigen Kosten, die unabhängig von der Anzahl und/oder vom Umfang der Transaktionen anfallen. Die variablen Transaktionskosten hingegen hängen von der Anzahl oder vom Wert beziehungsweise vom Umfang der Transaktionen ab. So werden die Such- und Verhandlungskosten, die ein Käufer aufwendet, oft vom erwarteten Wert einer Transaktion bestimmt. Bei einer Transaktion können drei Aspekte unterschieden werden, die je nach ihrer Ausprägung unterschiedlich hohe Kosten nach sich ziehen: (Williamson 1985: 59)

---

<sup>16</sup> Milgrom und Roberts definieren eine Transaktion enger als einen Transfer von Gütern und Dienstleistungen von Individuum zu Individuum. Die Autoren teilen Transaktionskosten in Kosten für Koordination und Kosten für Motivation ein (Milgrom, Roberts 1992: 21).

1. Unsicherheit: Sie kann sich sowohl auf zukünftige unbekanntere Ereignisse als auch auf mögliches eigennütziges Verhalten des Transaktionspartners beziehen. Je größer die Unsicherheit bei einer Transaktion ist, desto eher lohnt es sich, einen detaillierten Vertrag zur Steuerung zu entwerfen. Dadurch kann möglichen Problemen vorgebeugt und ex ante ein Verfahren zur Klärung von Schwierigkeiten bei der Abstimmung entwickelt werden.
  
2. Häufigkeit: Die bei komplexen Gütern anfänglich hohen Kontrollkosten sinken bei wiederholten Transaktionen. Im Laufe einer langfristigen Geschäftsbeziehung bilden sich Routinen heraus und vorhandene Verfahren können wiederholt eingesetzt werden. Auch schaffen regelmäßige Interaktionen Erfahrungswissen über das Verhalten des jeweils anderen und gestatten einen gewissen Grad an Flexibilisierung. Mit zunehmender Häufigkeit sinkt auch der Anreiz, die Interessen des Interaktionspartners zu vernachlässigen.
  
3. Spezifität: Die dritte und wichtigste Dimension ist die Spezifität der eingesetzten Güter, also der Grad der alternativen Nutzung und die Fähigkeit einer Herauslösung der eingesetzten Mittel für andere Verwendungsrichtungen. Sind für eine Transaktion spezifische Vorleistungen zu erbringen oder spezifische Investitionen notwendig, so besteht das Risiko, dass die Güter ihren Wert verlieren, wenn es nicht zur Transaktion kommt. Aufgrund der eingeschränkten alternativen Nutzung von spezifischen Ressourcen ist das strategische Risiko, das mit Transaktionen verbunden ist, umso höher, je spezifischer diese Vorleistungen sind.

Transaktionskosten setzen sich also zusammen zum einen aus den Kosten, die entstehen, um die zu übertragenden rechtlichen und physischen Attribute zu messen, zum anderen aus den Kosten der Überwachung und Durchsetzung der Vereinbarung und außerdem aus einem Unsicherheitsdiskont. Die Höhe des Unsicherheitsdiskonts zum Beispiel im Krankenhausbereich wird abhängen von spezifischen Faktoren wie asymmetrischer Information über die Qualität der angebotenen medizinischen Leistung, von kommunalen Eigenheiten und von bundesweit gültigen Faktoren wie der Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Bei der Auswahl einer geeigneten Institution werden also die Kosten betrachtet, die letztlich bei einer Transaktion anfallen.

### 3.2.1.2 Einfluss der Institution

In allen Institutionen fallen Transaktionskosten an. Das heißt, dass auf dem Markt für medizinische Leistungen genauso Transaktionskosten anfallen wie innerhalb eines Unternehmens (North 1994: 360). Diese setzen sich in erster Linie aus den nachfolgenden Kosten zusammen (Richter, Furubotn 1999: 51):

1. Such- und Informationskosten: Damit eine Transaktion abgewickelt werden kann, ist es oft erforderlich, die Arbeitszeit von Mitarbeitern und andere Ressourcen einzusetzen, um dadurch die potenziellen Tausch- oder Geschäftspartner ausfindig zu machen und die erforderlichen Informationen über die von ihnen gestellten Konditionen zu erlangen. Innerhalb eines Unternehmens treten diese Kosten auf, wenn Transaktionen zwischen einzelnen Teilinstitutionen stattfinden. Die Such- und Informationskosten fallen in der Regel auf beiden Seiten einer Transaktion an. Beide wenden in der Regel Ressourcen für die Informationsbeschaffung und -verarbeitung auf.

2. Verhandlungs- und Entscheidungskosten: Hierbei handelt es sich auf Märkten um diejenigen Kosten, die bei der Verhandlung eines Vertrages und bei der dann zu treffenden bindenden Willenserklärung der Parteien entstehen. Innerhalb eines Unternehmens sind es jene Kosten, die zur zielgerichteten Analyse nötig sind. Bei alltäglichen Transaktionen sind diese Kosten relativ gering. Man verlässt sich auf die Allgemeinen Geschäftsbedingungen oder die vorhandenen Entscheidungsstrukturen eines Unternehmens; der Rückgriff auf bestehendes Recht oder Dienstvorschriften reduziert die Transaktionskosten. Je komplexer die Transaktion jedoch wird, desto schwerer wiegen die Verhandlungs- und Entscheidungskosten.
  
3. Kontroll- und Durchsetzungskosten: Die dritte Kategorie der Transaktionskosten ergibt sich aus der Notwendigkeit, die Einhaltung von Vertragsbedingungen gegenüber Dritten beziehungsweise die Befolgung interner Anweisungen zu überwachen und durchzusetzen. Hier geht es sowohl um die Kontrolle und die Messung der Qualität von Gütern und der zu erbringenden Leistungen als auch um die Durchsetzung der vertraglichen Vereinbarungen. So kommt es vor, dass die Nachbesserung einer Leistung gerichtlich erzwungen werden muss. Die Kontrollkosten sind in der Regel umso höher, je schwieriger es ist, die Qualität einer Leistung zu messen und vertraglich festzuschreiben.

Informationskosten treten – wie bereits angeführt – sowohl auf dem Markt als auch innerhalb eines Unternehmens auf. Besonders erkennbar und daher als Beispiel geeignet sind diese Kosten in der Krankenhausarzt-Patient-Beziehung. Auf beiden Seiten liegt vor der bilateralen Vereinbarung ein unterschiedlicher Informationsstand vor. Bei der Auswahl eines Krankenhauses sind die Informationskosten für den

Patienten oft so hoch, dass er die Auswahl zumeist gemäß der Empfehlung seines Hausarztes trifft. Er entscheidet aufgrund seiner Präferenzen (heterogenes Oligopol).

Bei medizinischen Leistungen sind die Kosten, die bei den Verhandlungen und der Entscheidungsfindung anfallen, für den einzelnen Patienten sehr hoch. Die Institution „Krankenversicherung“ tritt als Sachwalterin auf, indem sie für ihre Versicherten die Verträge mit den Krankenhäusern schließt. Dadurch reduzieren diese Institution die Kosten der Patienten auf die Anforderung von Zusatzleistungen wie Ein- oder Mehrbettzimmer. Die Kosten fallen allerdings nicht weg. Sie finden vielmehr ihren Ausdruck in den Kosten für die Gremien, die die Budgetzuweisungen aushandeln. Innerhalb des Unternehmens „Krankenhaus“ sind Kosten der Entscheidungsfindung beispielsweise jene Kosten, die für den Unternehmensberater anfallen, dessen Aufgabe unter anderem in der Unterstützung bei der Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden oder der Einführung von internen Märkten besteht.

Krankenkassen üben – stellvertretend für die Versicherten – auch eine Kontrollfunktion aus, die mit Kosten verbunden ist. Diese spiegeln sich beispielsweise in den Kosten für den Medizinischen Dienst wider, der die Leistungen der Krankenhäuser prüft. Neben Kontrollkosten auf dem Markt gibt es auch Kontrollkosten innerhalb des Unternehmens. So können Interessenskonflikte zwischen den Eigentümern eines Unternehmens und dessen Managern auftreten.<sup>17</sup> Das Management kann beispielsweise versuchen, aus beruflichem Eigeninteresse eine Übernahme des Krankenhauses abzuwehren, obwohl sie im Gesamtinteresse des Eigentümers ist. Dem Eigentümer sichert es einen

---

<sup>17</sup> Die Krankenhäuser sind in der Bundesrepublik Deutschland im Regelfall nicht börsennotiert. Auch die Rechtsform einer Aktiengesellschaft ist nicht typisch. (Blum et al. 2007: 34) Eine Erfolgsbeteiligung, wie sie sich beispielsweise aus Aktienoptionen ergibt, findet nicht statt.

„befriedigenden“ Mindestgewinn zu (Satisfizierung), um möglichen Nachfragen entgegenzutreten. Ein besserer Informationsstand auf Seiten des Managements begünstigt eine solche Vorgehensweise. Um ein rein eigennütziges Verhalten des Managements möglichst zu unterbinden, müssen Gremien zur Kontrolle und Überwachung eingesetzt werden, die den Informationsvorsprung des Managements reduzieren. Die Implementierung der Gremien verursacht Kosten (North 1986: 361).

### 3.2.1.3 Einfluss des rechtlichen Rahmens auf die Transaktionskosten

Auf dem Markt und innerhalb eines Krankenhauses gilt für Transaktionen, dass sie nicht in einem rechtsfreien Raum, sondern vor einem wohl definierten Hintergrund stattfinden. Das heißt, dass ein rechtlicher Rahmen im globalen externen Umfeld existiert, innerhalb dessen sich die Aktivitäten im Krankenhaus und auf dem Markt zu entfalten imstande sind. Dem Staat kommt also in der Neuen Institutionenökonomik primär die Aufgabe zu, als externe Instanz – neben den Individuen – die Transaktionen abzusichern, was durch die Festlegung von Eigentumsrechten und die Sanktionierung bei Verstößen durch das Rechtssystem gewährleistet wird (North 1992: 68-73). Dabei gilt, dass der gegebene Rahmen weitere Transaktionskosten bewirkt und dass diese Kosten umso höher ausfallen, je vielfältiger und undurchsichtiger der rechtliche Rahmen ist. Die Handlungen der Akteure werden deshalb insoweit beeinflusst, als beispielsweise ein von einem Vertrag abweichendes Verhalten sanktioniert wird. Bemüht man in einem solchen Fall die Institution der Rechtsprechung, so muss sie vor einem Urteil den Sachverhalt prüfen. Sie wird durch Sachverständige den Informationsvorsprung von Anklage und Verteidigung abbauen. Je komplexer der Sachverhalt ist, desto höher werden die Informationskosten ausfallen.

Die staatliche Ordnung stabilisiert die Handlungen der Institutionen; sie kann jedoch auch hemmend wirken (Richter, Furubotn 1999: 54 ff.). Sie ist bei Transaktionen von komplexen Leistungen sogar unabdingbare Voraussetzung, indem sie die Unsicherheit der beteiligten Akteure über die Reaktion auf eigene Handlungen und über die Aktivitäten anderer reduziert. Die aus dem rechtlichen Rahmen resultierenden Transaktionskosten sind zum einen die Kosten, die mit der Errichtung und Erhaltung der staatlichen Ordnung verknüpft sind, zum anderen die Kosten, die aus der Informationsbeschaffung, den Verhandlungen und den Entscheidungen herrühren sowie schließlich die Kosten, die mit der Überwachung und der Kontrolle verbunden sind. Bei fixen Kosten geht es um Zahlungen, die für die Aufrechterhaltung einer Rechtsordnung, der rechtlichen Institutionen, der öffentlichen Verwaltung und der anderen öffentlichen Güter geleistet werden. Das Unternehmen „Krankenhaus“ entrichtet beispielsweise hierfür Steuern. Neben den genannten fixen Transaktionskosten sind wiederum die variablen Kosten zu nennen, die sich aus dem Gesetzgebungsverfahren ergeben. So können neue Vorschriften bei der Arzneimittelherstellung höhere Kosten in Krankenhausapotheken bewirken.

### **3.2.2 Theorie der Verfügungsrechte**

Transaktionen sind der grundlegende Untersuchungsgegenstand der Neuen Institutionenökonomik. Sie finden innerhalb eines institutionellen Rahmens statt. Dessen elementarer Bestandteil ist die Festlegung von Verfügungsrechten („property rights“).<sup>18</sup> Dabei handelt es sich

---

<sup>18</sup> Drei Arten von Verfügungsrechten können unterschieden werden: (a) absolute Verfügungsrechte, die von jedem Mitglied einer Gesellschaft zu beachten sind, wie beispielsweise das Recht auf Privateigentum an Sachen, die individuellen Freiheitsrechte und die Menschenrechte sowie immaterielle Rechte wie Patente oder Copyrights; (b) relative Verfügungsrechte, die auf Vertragsverhältnissen basieren, wie beispielsweise auf Kauf- oder Arbeitsverträgen, und schließlich (c) andere Verfügungsrechte, die nicht das Gesetz schützt und die sich aus persönlichen Beziehungen ergeben (Richter, Furubotn 1999: 82 ff.).

um Rechte am Gebrauch von Ressourcen und Gütern. Als Institutionen regeln sie zuerst, wer in einer Gesellschaft über vorhandene Mittel verfügt. Dann legen sie fest wie und in welchem Umfang dieses Verfügungsrecht ausgeübt werden darf. Eine Unternehmung kann dabei als Bündel von Vermögensteilen interpretiert werden (Grossmann 1986: 691), die so genannten Kontroll- und Residualrechte begründen (Schweizer 1999: 7). Wie Verfügungsrechte fixiert und durchgesetzt werden, ist entscheidend für die Art und Weise, in der man die Transaktionen organisieren kann.

### 3.2.2.1 Ausgangspunkt

Auf einem Markt werden, genau betrachtet, nicht Güter und Dienstleistungen getauscht, sondern vielmehr deren Verfügungsrechte. Dabei beeinflussen neben formellen Gesetzen, mit deren Hilfe beispielsweise Eigentumsrechte zugeordnet werden, informelle Normen die Verfügungsrechte. Deren ökonomische Betrachtung ist also umfassender als die juristische Definition der Eigentumsrechte.

Im Zentrum einer jeden Wirtschaftsordnung steht nicht die Institution „Märkte“. Vielmehr geht es um die Frage, ob die Eigentumsrechte individuell oder sozial geordnet sein sollen, das heißt, ob die Institution „Privateigentum“ oder die Institution „Kollektiveigentum“ die vorherrschende Rechtsform des Eigentums sein soll. Erst danach stellt sich die Frage, mittels welcher Institution – beispielsweise über die Institution „Märkte“ – die Allokation zu erfolgen hat. Für die Gesundheitswirtschaft stellt sich also zunächst das Problem, ob und in welcher Ausprägung eine private Vorsorge erwünscht ist oder ob – z.B. mit planwirtschaftlichen Instrumenten zur Steuerung – die Vermeidung einer so genannten Zweiklassenmedizin realisierbar ist. Erst auf der genannten Grundlage im globalen externen Umfeld ist die Ent-



wicklung von bilateralen Verträgen sowohl im internen als auch unmittelbar externen Umfeld möglich.

In einer Welt ohne Transaktionskosten ist die Frage nach der Zuordnung der Eigentumsrechte ohne Bedeutung, da es dort keinerlei Kontroll- oder Informationsprobleme gibt. Dort treten keine Mängel bei der Zuordnung von Rechten auf, da jede Transaktion das Ergebnis einer Marktlösung ist. Anders in der wirklichen Welt mit positiven Transaktionskosten. Infolge unvollkommener Voraussicht und asymmetrischer Information herrscht Unsicherheit. Daher gewinnen andere Institutionen an Bedeutung.

Man darf festhalten, dass es für die Leistungsbereitschaft von Individuen und Institutionen von Bedeutung ist, welche Rechtsform zugrunde liegt und wie die Verteilung der Verfügungsrechte erfolgt. Die ökonomische Theorie derselben betrachtet die Anreizwirkungen, die von einer Ordnung der Verfügungsrechte ausgehen, und ihre Wirkungen auf das wirtschaftliche Resultat und die gesamtwirtschaftliche Effizienz. In der Gesundheitswirtschaft erhebt sich schließlich die Frage, welche Institutionen eingesetzt werden können, um den Fehlentwicklungen bei der medizinischen Versorgung zu begegnen. Die Verteilung der Verfügungsrechte ist dabei nicht unveränderlich. Haben beispielsweise bislang nur niedergelassene Ärzte – deren Zulassung durch die Institution „Kassenärztliche Vereinigung“ macht sie zu Oligopolisten – an der ambulanten Versorgung im nennenswerten Umfang teilnehmen können, so kann nun das Krankenhaus mittels der Institution „medizinisches Versorgungszentrum“ ambulante Leistungen erbringen. Das heißt für die Akteure, dass sobald neue oder bislang unbekannte Externalitäten auftreten, ein Anpassungsdruck entsteht. Er bewirkt, dass die geänderte Verteilung der Verfügungsrechte die Externalitäten internalisiert. Die Anpassung läuft gemäß Coase (1960) nicht friktionsfrei ab; es treten meist Transaktionskosten auf.

Daher muss zwischen dem Nutzen der bisherigen Struktur der Verfügungsrechte und dem Nutzen bei einer Änderung der Verteilung der Verfügungsrechte abgewogen werden.

Das „Coase-Theorem“<sup>19</sup> enthält die Behauptung, dass die ursprüngliche Verteilung der Verfügungsrechte und damit das Problem externer Effekte für die gesamtwirtschaftliche Pareto-Effizienz irrelevant sind. Die wesentlichen Annahmen des Theorems sind dabei (a) die vollständige Informationen aller Akteure über alle Kontingenzen, (b) die Abwesenheit von Transaktionskosten, (c) die Kontroll- und Durchsetzungsinstanzen, (d) die Maximierung des individuellen Nutzens und (e) die Abwesenheit von Vermögenseffekten (Schweizer 1999: 2). Kann vor diesem Hintergrund der Effizienzgewinn verteilt werden, so wird so lange verhandelt, bis alle Pareto-Ineffizienzen beseitigt sind. Das „Coase-Theorem“ zeigt damit die Möglichkeit eines Marktmechanismus auf, der zu einer effizienten Verteilung der Verfügungsrechte bei internalisierten externen Effekten zu führen vermag. Liegen jedoch Transaktionskosten vor, dann kann dieser Mechanismus scheitern, was ein Argument für Staatseingriffe sein kann.

### 3.2.2.2 Bedeutung des Rechtswesens

Der Wert, den Verfügungsrechte für ein Individuum besitzen, und die Verteilung der Rechte hängen nicht nur von deren adäquater Spezifikation, sondern auch von ihrer Zuteilung beziehungsweise Durchsetzung ab. Für sie bedarf es oft staatlicher Organisationen. Die wichtigsten Durchsetzungsinstanzen sind dabei Gerichte, die sich wiederum

---

<sup>19</sup> In dem Artikel „The Problem of Social Cost“ argumentiert Coase, dass die Effizienz der Güternutzung unter Umständen nicht davon abhängt, wem die Rechtsordnung die Verfügungsrechte an den Gütern zuteilt. Der Begriff „Coase-Theorem“ resultiert aus dieser Arbeit. Doch gehen bereits 1944 von Neumann und Morgenstern davon aus, dass in essentiellen Spielen stets kooperiert wird. Es kommt nicht vor, dass eine profitable Kooperationsmöglichkeit offen bleibt. Da der Artikel von Coase erst aus einer späteren Zeit stammt, wird in dieser Arbeit der Begriff „Coase-Theorem“ in Anführungsstrichen aufgeführt.

auf institutionelle Regelungen oder Gesetze stützen. Die Anrufung der Gerichte verursacht Transaktionskosten, so dass eine gesellschaftlich akzeptable Lösung, wie sie im Falle einer Welt ohne Transaktionskosten theoretisch möglich ist, verfehlt wird. Zudem gibt es oftmals Verträge, bei denen die Möglichkeit der gerichtlichen Durchsetzung allein nicht ausreicht, um ein Wohlverhalten der Parteien zu sichern – etwa bei mündlich abgeschlossenen oder auslegungsbedürftigen Verträgen. Daher bedarf es häufig der Auslegung, ob ein Transaktionspartner seine vertragliche Verpflichtung erfüllt hat.

Die in einem Krankenhaus erbrachten Leistungen sind sehr komplex, so dass ein Behandlungsvertrag nicht alle Bestandteile enthalten kann. Wie bereits bei der Analyse der Transaktionskosten festgestellt wurde, ordnet der rechtliche Rahmen die Handlungen und ermöglicht insbesondere bei komplexen Gütern erst deren Durchführung, indem sie die Unsicherheit der Individuen über die Reaktion auf eigene Handlungen und über die Aktivitäten anderer vermindert (Richter, Furubotn 1999: 109). Weitere Ausprägungen könnten beispielsweise durch ein „Gentlemen’s Agreement“ geregelt sein.

Für den Wert von Verfügungsrechten ist es entscheidend, dass deren Anerkennung glaubwürdig zugesichert wird. Hierfür ist in erster Linie eine politisch unabhängige Judikative notwendig. Aber auch bei unabhängigen Gerichten besteht eine Unsicherheit über die richterliche Entscheidung. Die Höhe der Informationskosten bewirkt, dass ein Gericht den Sachverhalt nicht zweifelsfrei aufzuklären vermag; Fehlurteile sind möglich. Auch die Handlungen der anderen staatlichen Gewalten, der Legislative und der Exekutive, sind nicht immer vorhersehbar. So vermag die Legislative den institutionellen Rahmen zu ändern, wie während der letzten Jahre bei der Gesundheitswirtschaft in immer kürzeren Intervallen geschehen. Oberender (2003) bezeichnete dies als politische „Dauerbaustelle“. Auch die Exekutive, die bei

den Investoren als berechenbar und zuverlässig gelten kann, steht vor dem Dilemma, durch die Zuteilung von Verfügungsrechten eine Fehlallokation von Kapital möglicherweise zu bewirken.

### 3.2.2.3 Anreizwirkungen von Verfügungsrechten

Eine zentrale Aussage der ökonomischen Theorie der Verfügungsrechte besteht darin, dass der institutionelle Rahmen die Allokation und die Nutzung der Ressourcen einer Gesellschaft auf spezifische und prognostizierbare Weise beeinflusst (Furubotn, Pejovich 1972: 1139). Die Voraussetzung hierbei ist, dass die Individuen Informationen effizient nutzen und ihre Entscheidungen mit ihren eigenen persönlichen Zielen konsistent sind. Die Annahme, dass Individuen ihre eigenen Interessen zielstrebig verfolgen, bedeutet, dass diese in ihren Entscheidungen die zu erwartenden Chancen und Risiken einer Handlung für sich selbst abwägen (Kreps 1990: 745). Die Mitglieder einer Gesellschaft trachten, die vorhandenen Mittel so einzusetzen, dass die daraus zu erzielenden Erlöse maximal werden. Damit aber jedes Individuum auch die Anstrengung auf sich nimmt, die bestmögliche Verwendungsweise für ein Gut zu finden, ist es notwendig, dass dieses auch die Rechte zum Ressourceneinsatz sowie einen Anspruch auf einen Gewinn hat (Institution „Privateigentum“). Nur wenn jemand einen solchen vereinnahmen kann, wird er sich anstrengen, um diesen zu maximieren. Bei gemeinsam genutzten Ressourcen kann rationales Verhalten des Einzelnen am Ende in eine kollektive Selbstschädigung münden. Das resultiert aus einem unzureichend gestalteten institutionellen Rahmen (Richter, Furubotn 1999: 109).

Dies sollte allerdings nicht dazu verleiten zu glauben, dass der privatwirtschaftliche Ansatz immer die beste Lösung zur Überwindung von Anreizproblemen bei der Verteilung von Verfügungsrechten ist. Bei der Entscheidung für oder gegen eine privatwirtschaftliche Lösung

müssen die Transaktionskosten berücksichtigt werden. Die Kontroll- und Überwachungskosten führen dazu, dass eine problemlose Festlegung der Verfügungsrechte nicht immer möglich ist. Das heißt, dass sich unter Umständen eine privatwirtschaftlich organisierte Transaktion der Verfügungsrechte nicht durchsetzen lässt. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich dieselben aufgrund der eingeschränkten Rationalität der Individuen oft nur unzureichend spezifizieren lassen. Eine privatwirtschaftlich organisierte Transaktion kann daher an den Kosten der Spezifikation scheitern.

### **3.2.3 Vertragstheorie**

Eine wichtige Rolle bei der Übertragung von Verfügungsrechten spielen neben den übergreifenden institutionellen Normen des globalen externen Umfelds, vor deren Hintergrund die wirtschaftlichen Aktivitäten stattfinden, die konkreten institutionellen Regelungen, die die Handlungen im Einzelnen lenken. Die konkreten institutionellen Regelungen im internen und unmittelbar externen Umfeld, die im Folgenden als Vertrag bezeichnet werden, begründen relative Verfügungsrechte, das heißt Ansprüche gegen bestimmte Personen oder Organisationen, welche nur aufgrund der jeweiligen Vereinbarung bestehen. Verträge sind es auch, die eine staatliche Regulierung zurückdrängen können und sich sowohl auf das unmittelbar externe Umfeld als auch auf das interne Umfeld auswirken. Der Begriff „Vertrag“ ist mehrdeutig und weder in der Ökonomik noch in der Rechtswissenschaft hinreichend klar determiniert (Schweizer 1999: 5).

#### **3.2.3.1 Ausgangspunkt**

Der elementare Bestandteil eines Vertrages ist die von zwei oder mehr Parteien geäußerte Übereinstimmung der Willenserklärungen. Eine Willenserklärung wird als Verpflichtung zu einer zukünftigen Hand-

lung verstanden. Sie verlangt gleichzeitig ein Vertrauen in die zukünftigen Handlungen dessen, der die Erklärung abgibt. Wer eine solche abgibt, ist an sie gebunden. Aus juristischer Sicht können Verträge als rechtlich durchsetzbare Willenserklärungen verstanden werden. Die miteinander korrespondierenden Willenserklärungen (Angebot und Annahme) machen den wesentlichen Vertragsinhalt, die so genannten *essentialia negotii*, zumindest bestimmbar. In der Ökonomik bezieht sich der Begriff des Vertrages darüber hinaus auch auf nicht rechtsverbindliche Willenserklärungen, die sich selbst durchsetzen oder von außen in irgendeiner Form – sei es durch gesellschaftlichen Druck oder durch andere nicht rechtliche Durchsetzungsmechanismen – garantiert sind (Richter, Furubotn 1999: 159)

Die Vertragstheorie beschäftigt sich mit der folgenden Klasse von Problemen: Individuen können durch Kooperation einen gemeinsamen Überschuss erwirtschaften. Dessen Höhe hängt von den Aktionen der einzelnen Individuen ab. Diese haben jedoch einen Anreiz zu opportunistischem Verhalten, d.h., diejenige Aktion, die den privaten Nutzen des einzelnen Individuums maximiert, stimmt nicht mit dem für alle beteiligten Individuen optimalen Verhalten überein. Wenn sich die effizienten Aktionen für jeden möglichen Zustand der Welt in einem Vertrag beschreiben lassen und gegenüber den Gerichten verifiziert werden können, ist eine Problemlösung leicht möglich: Die Parteien schreiben einen vollständig konditionierten Vertrag, der spezifiziert, welche Aktion von welcher Partei in welchem Zustand der Welt zu wählen ist und welche Transferzahlungen geleistet werden.

Der Zweck eines Vertrages ist also die möglichst vollständige Erfassung aller Umstände, die eine Transaktion beeinflussen können (Banner 2005: 4). In der Praxis werden Verträge so verfasst, dass sie juristischen Kriterien genügen, und somit ihre Erfüllung im Konfliktfall durch eine externe Instanz sichergestellt werden kann. Das oben ge-

nannte „Coase Theorem“ postuliert, dass sich die beteiligten Parteien in dieser Situation immer auf eine effiziente Allokation einigen und alle Externalitäten vertraglich internalisieren werden. Durch die weitreichende Fixierung von Zielen werden schriftliche Verträge zu komplexen und komplizierten Vereinbarungen. Dazu gehört der durch einen Vertrag vereinbarte Einsatz von Durchsetzungsmitteln, um den Vollzug der Transaktion zu gewährleisten beziehungsweise einen Leistungsausfall zu versichern. Der vollständige Vertrag ist vor diesem Hintergrund nur unter idealen Bedingungen vorstellbar (Hart 1987: 753).

Eine Abschwächung des Anspruches vollständiger Verträge wird erreicht, wenn nur die relevanten zukünftigen Kontingenzen und ihre Folgen vertraglich festgelegt sind (Williamson 1985: 69). Ein solcher Vertrag berücksichtigt die Wahrscheinlichkeit und den Zeitpunkt ihres Eintretens in der Zukunft. Für jeden möglichen Zustand wird die zu erbringende Leistung bestimmt. Der Vertrag besteht aus der Auflistung aller wahrscheinlich auftretenden Ansprüche („contingent claims“) der Vertragsparteien. Dadurch soll ein effizientes Ergebnis in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation erreicht werden. Das Konzept der umfangreichen Ausformulierung wird beispielsweise in Verträgen über Versicherungsleistungen angewendet, die den Vertragsparteien für verschiedene Situationen ökonomische Konsequenzen explizit vorgeben (Tegtmeyer 2005: 11 ff.). Die Erfassung aller möglichen Kontingenzen, die nach dem oben angeführten Konzept erforderlich ist, bringt in der Realität Schwierigkeiten mit sich. Nicht alle möglichen Entwicklungen und die daraus resultierenden Zustände können vorhergesehen werden. Auch wenn zahlreiche Kontingenzen ex ante fixiert worden sind, ist die eindeutige Zuordnung eines Ereignisses ex post nicht immer gegeben. Möglicherweise sind sich die Vertragsparteien darüber uneinig, welcher ex ante festgelegte Umweltzustand tatsächlich ex post eingetreten ist.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden vollständige Vereinbarungen nur als Vergleichslösung betrachtet. Die Fixierung aller Kontingenzen ist ja über einen längeren Zeitraum hinweg nicht möglich, da der gesetzliche Rahmen (globales externes Umfeld) für die Institution „Krankenhaus“ sich ständig ändert und diese sowohl im Innen- als auch im Außenverhältnis überaus komplex ist. Zwar werden mit umfangreichen Verträgen die zukünftigen Leistungen der Vertragsparteien vereinbart. Den Individuen steht jedoch für die Erbringung der Leistungen ein Handlungsspielraum zur Verfügung. Die Verträge erfassen somit die Leistungsvereinbarung nicht vollständig und manchmal nur die Eigentumsrechte zu einem bestimmten Zeitpunkt (Grossman, Hart 1983: 695). Derart unvollständige Verträge schaffen eine Flexibilität für nachträgliche Anpassungen. Sie reduzieren somit die Möglichkeit, sich über ex ante festgelegte Vertragselemente auseinanderzusetzen. Eine verzögerte Einigung mit Hilfe einer externen Instanz wird vermieden. Weiter bleibt das Risiko, dass die externe Instanz bei Konflikten keine Eingriffsmöglichkeit hat.

### 3.2.3.2 Prinzipal-Agent-Theorie

Die Analyse von Vertragsbestimmungen und die Erklärung der Vielzahl vertraglicher Vereinbarungen sind die Gegenstände der Vertragstheorie. Die Verträge begründen Verfügungsrechte, das heißt Ansprüche gegen bestimmte Personen oder Organisationen, die nur auf der Grundlage des jeweiligen Vertrages bestehen. Sie werden in der Regel nicht vollständig sein. Während sich die Prinzipal-Agent-Theorie primär mit dem Problem der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen den Vertragspartnern beschäftigt, geht es in der Theorie der unvollständigen Verträge um Probleme, die aus der Spezifität der Produktionsfaktoren herrühren. Da die Theorie der unvollständigen Verträge in der Prinzipal-Agent-Theorie ihr Fundament besitzt, wird letz-



tere zunächst behandelt. Die Institutionen lassen sich durch mehr oder weniger stark ausgeprägte hierarchische Beziehungen oder durch eine Zuordnung von Aufgaben kennzeichnen. Sie basieren auf einer begrenzten Kapazität der Informationsverarbeitung und einem beschränkten Wissen. Die ökonomischen Konsequenzen einer ungleichen Informationsverteilung zwischen den Vertragspartnern bei divergierenden Zielen bestehen darin, dass eine Vertragsseite ihren Handlungsspielraum strategisch nutzen kann (Bannier 2003: 13).<sup>20</sup>

Ein Auftraggeber (Prinzipal) delegiert eine Handlung an einen Agenten, dessen Entscheidungen wiederum das Nutzenniveau des Prinzipals beeinflussen (Bannier 2003: 12). In der Gesundheitswirtschaft beschreibt beispielsweise die Beziehung zwischen Arzt und Patient eine solche Situation. Der Patient nimmt die Rolle des Auftraggebers und der Arzt die Rolle des Agenten ein. In vielen Fällen vermag der Prinzipal die Handlungen des Agenten nicht unmittelbar wahrzunehmen, sondern nur über das daraus resultierende Ergebnis abzuleiten. Aufgrund der bestehenden Asymmetrie bei der Verteilung von Informationen kann ein zufrieden stellendes Resultat durch herkömmliche Entlohnungs- und damit Anreizsysteme nicht erreicht werden. Ein Ziel der Theorie besteht darin, die Struktur der Beziehung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer so zu entwickeln, dass der aus der asymmetrischen Verteilung der Informationen resultierende Wohlstandsverlust minimal ist. Eine Untergliederung der Prinzipal-Agent-Beziehungen kann mit Hilfe von Ansätzen erfolgen, in denen die Fälle von verborgener Handlung („hid-

---

<sup>20</sup> Geprägt worden ist die theoretische Betrachtung der verborgenen Informationen insbesondere von Akerlof (1970), Spence (1973), Rothschild und Stiglitz (1976), Wilson (1977), Myerson (1981), Baron und Myerson (1982), Myerson und Satterthwaite (1983), Maskin und Riley (1984), Guesnerie und Laffont (1984). Eine Darstellung mit Hauptanwendung auf das Gebiet der öffentlichen Ausschreibungen und daher von Relevanz für das Krankenhauswesen ist von Laffont und Tirole (1993) verfasst worden. Eine umfangreiche Zusammenfassung der Konzepte bietet Urs Schweizer (1999).

den action“) und verborgener Information („hidden information“) untersucht werden.<sup>21</sup>

Bei einem Modell mit verborgener Information hält der Agent dem Prinzipal seine Informationen vor. Der Prinzipal ist nicht imstande festzustellen, ob der Agent Informationen zurückhält und eigene Ziele verfolgt. In der Klasse der Modelle mit verborgenen Handlungen kann der Prinzipal die Handlungen des Agenten nicht unmittelbar nachvollziehen – nur deren Ergebnis ist feststellbar. Hierbei lassen sich zwei Ausprägungen unterscheiden. Zum einen kann der Zusammenhang zwischen den Handlungen und dem Ergebnis deterministisch, aber dem Prinzipal unbekannt sein. Zum anderen besteht die Möglichkeit eines stochastischen Zusammenhangs, bei dem das Ergebnis zwar durch die Handlungen beeinflusst, aber nicht vollständig determiniert wird, da weitere Variablen das Ergebnis beeinflussen.

Unterschieden wird bei Prinzipal-Agent-Problemen im Regelfall zwischen dem Problem der „adverse selection“ und des „moral hazard“. Das Problem der adverse selection stellt sich, wenn der Agent vor Vertragsabschluss einen Informationsvorsprung besitzt. Der unzureichend informierte Prinzipal muss damit rechnen, lediglich eine für ihn negative Auswahl aus dem Angebot zu erhalten. Im Fall einer adverse selection verdrängt schlechte Qualität bei fehlender Überwachungsinstanz die gute Qualität vom Markt (Akerlof 1970: 489). Die Analyse dieses Problems wird durch das Revelationsprinzip erheblich verein-

---

<sup>21</sup> Einige Autoren wie Ennemann (2003) führen als weitere Ansätze „hidden characteristics“ und „hidden intention“ an. Bei dem Ansatz „hidden characteristics“ handelt es sich um unveränderbare beziehungsweise nicht mehr kostenlos veränderbare Eigenschaften des Agenten oder der von ihm angebotenen Güter und Dienstleistungen, die dem Prinzipal vor Vertragsschluss verborgen sind, sich aber nach Abschluss des Vertrags offenbaren. Im zweiten angeführten Ansatz weiß der Prinzipal ex ante nicht, wie sich der Agent im Vertragsverlauf verhalten wird und welche Motive er verfolgt. Im Gegensatz zu den in dieser Arbeit verwendeten Ansätzen bleiben die Handlungen des Agenten dem Prinzipal nicht verborgen, sondern treten offen zutage. Die Einteilung in die beiden Ansätze „hidden action“ und „hidden information“ wird hier vollzogen, um eine praktikable Abgrenzung zwischen Prinzipal-Agent-Theorie und der Theorie der unvollständigen Verträge zu ermöglichen.

facht. Dieses besagt, dass der Prinzipal sich bei der Auswahl eines Vertrages ohne Einschränkung der Allgemeinheit auf die Klasse von direkten Mechanismen (oder Revelationsmechanismen) beschränken kann. Bei diesem wird der Agent aufgefordert, seinen Typ zu offenbaren. Dabei weiß er, dass in Abhängigkeit von dem Typ, den er zu sein behauptet, eine Allokation und eine Transferzahlung realisiert werden. Ein direkter Mechanismus muss anreizverträglich sein, d.h. für jeden Typ des Agenten muss es optimal sein, seinen Typ wahrheitsgemäß zu offenbaren.

Ein theoretisches Beispiel im unmittelbar externen Umfeld eines Krankenhauses ist deren Regulierung mittels Budgetverhandlungen. Hierbei sind den Krankenkassen als Regulierern die Kosten des einzelnen Krankenhauses unbekannt. Der Regulierer bietet dem einzelnen Krankenhaus ein Menü von Verträgen an. Wenn dieses behauptet, ein bestimmter Kostentyp zu sein, dann wird ihm eine bestimmte Menge an Behandlungsfällen und eine Transferzahlung zugewiesen. Beim Design dieses Menüs steht der Regulierer einem Trade-off gegenüber: Er kann jeden Krankhaustyp dazu bringen, die bei seiner Kostenfunktion effiziente Menge zu produzieren. Dann muss er aber den kostengünstigen Krankhaustypen eine hohe Informationsrente zahlen, um sie davon abzuhalten zu behaupten, dass sie hohe Kosten hätten. Alternativ vermag der Regulierer die Krankhaustypen mit hohen Kosten ineffizient wenig produzieren zu lassen. Dadurch verringert sich zwar die Effizienz. Gleichzeitig kann aber auch die Informationsrente verringert werden, die an die kostengünstigen Krankhaustypen gezahlt werden muss, weil diese es jetzt weniger attraktiv finden, hohe Kosten vorzutäuschen.

Wenn die „Single Crossing Property“ (Schweizer 1999: 44) erfüllt ist, die sicherstellt, dass ein Typ mit höheren Kosten auch höhere Grenzkosten hat, wird der beste Typ, also das Krankenhaus mit den niedrig-

sten Kosten, beim optimalen Vertrag effizient produzieren, während die Produktionsmenge aller anderen Typen mit zunehmenden Kosten zunehmend verzerrt, das heißt gegenüber der effizienten Menge verringert wird. Die den verschiedenen Typen gezahlte Informationsrente beträgt Null für den schlechtesten Typ und steigt monoton an mit abnehmenden Kosten.

Ist die Informationsverteilung jedoch erst nach Vertragsabschluss asymmetrisch, so spricht man von moral hazard.<sup>22</sup> Ein typisches Beispiel für ein solches Problem – im internen Umfeld eines Krankenhauses – ist die leistungsbezogene Entlohnung eines Klinikmanagers. Dieser ist der Agent, dessen Aktion (seine Anstrengungsleistung) vom Prinzipal, dem Eigentümer des Krankenhauses, nicht beobachtet werden kann (hidden action). Der Prinzipal beobachtet bloß ein stochastisches Signal – beispielsweise den Gewinn –, das statistische Rückschlüsse über die Anstrengungsleistung des Managers zulässt. Der (second best) optimale Vertrag versucht, dem Manager durch eine gewinnabhängige Entlohnung möglichst gute Arbeitsanreize zu geben und ihn gleichzeitig möglichst gut gegen Einkommensschwankungen zu versichern (Bannier 2005: 14). Eine wichtige Implikation der Theorie ist das „Sufficient Statistics Result“ (Holmström 1982: 324ff): Der optimale Vertrag hat auf alle verfügbaren Signale zu konditionieren, die statistische Informationen über die gewählte Aktion des Agenten enthalten. Zum Beispiel sollte der Entlohnungsvertrag für einen Krankenhausmanager nicht nur auf den Gewinn des eigenen Krankenhauses konditionieren, sondern auch auf die Gewinne der anderen Krankenhäuser. Wenn dann der Manager einen niedrigen Gewinn erzielt hat und die anderen Krankenhäuser prosperiert haben, ist das ein Signal dafür, dass der niedrige Gewinn dem Verhalten des Managers

---

<sup>22</sup> In Teilen der Literatur wie Ennemann (2003) wird das Problem der adverse selection auf verborgene Informationen, das des moral hazard auf verborgene Handlungen zurückgeführt. Die Unterscheidung ist jedoch sehr unscharf, da vor Vertragsabschluss liegende verborgene Handlungen zu einer adverse selection führen können.

zuzuschreiben ist. Wenn dagegen alle Krankenhäuser niedrige Gewinne erzielen, deutet das auf einen exogenen Schock – mitunter verursacht durch die Finanz- und Wirtschaftskrise – hin. Der Zusammenhang zwischen dem Lohn und den beobachteten Signalen, auf die die Entlohnung konditioniert, ist im optimalen Vertrag sehr komplex und hängt von den zugrunde liegenden Wahrscheinlichkeitsverteilungen der Signale ab. Viele Verträge in der realen Welt haben aber eine relativ einfache Struktur. Entlohnungsverträge sind z.B. häufig linear in der Ausbringungsmenge.

Unabhängig vom Zeitpunkt des Vorliegens einer asymmetrischen Informationsverteilung, liegt bei der Arzt-Patientenbeziehung im Krankenhaus eine besondere Situation vor. Diese Beziehung ist aufgrund der Komplexität der im Krankenhaus zu erbringenden ärztlichen Leistung schwer zu modellieren, da der Patient im Regelfall mit dem Krankenhaus und nicht mit dem angestellten Klinikarzt einen Vertrag abschließt. Der Krankenhausarzt befindet sich jedoch in einer besonderen Lage, weil er als Angestellter nicht nur Erfüllungsgehilfe seines Arbeitgebers ist (interne Perspektive), sondern auch die Belange des Patienten zu berücksichtigen hat (externe Perspektive) (Blomqvist 1991: 412).

Es muss erwähnt werden, dass in den Prinzipal-Agent-Modellen der Gesundheitsökonomik oftmals nur die Verhaltensweisen des Arztes betrachtet wird. Erst neuere Ansätze beziehen explizit die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen des Patienten und dessen Rückwirkungen auf die ärztliche Handlungen und den Gesundheitszustand des Patienten in die Analyse ein (Ulrich, Schneider 2004: 5). Der Handlungsspielraum des Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung beruht auf der Unbestimmtheit des Behandlungsvertrags, die dazu führt, dass der Arzt das Risiko nicht näher bestimmen kann. Einerseits sieht er sich einem unvermeidlichen Risiko gegenüber, das bei jeder Behandlung

vorliegt; andererseits ist er mit dem Risiko konfrontiert, das aus der kaum abschätzbaren Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung am Heilungsprozess resultiert. Das bedeutet zum einen, dass dessen Verhaltensweisen das Krankheitsrisiko beeinflussen, und zum anderen, dass dessen Mitwirkung nicht im Behandlungsvertrag festgelegt werden kann, eine erfolglose Therapie aber allein dem Arzt angelastet wird.

Der Prinzipal beauftragt den Agenten, um eigene Ziele zu verfolgen. Als Auftraggeber erwartet er vom Agenten, dass er sich uneingeschränkt für die Auftragserfüllung einsetzt, also nicht seine eigenen Ziele, sondern die Ziele des Prinzipals verfolgt. Dabei kann er jedoch das Engagement seines Agenten nur mit Einschränkungen erkennen und sieht – wenn überhaupt – nur das Ergebnis der Bemühungen. Somit kann festgehalten werden, dass die Transaktionskosten aus der Prinzipal-Agent-Beziehung und der asymmetrischen Verteilung der Informationen resultieren. Die meisten Beziehungen in der Gesundheitswirtschaft weisen erhebliche Asymmetrien bei der Verteilung von Informationen auf (externe Perspektive). Die hiergegen errichteten Institutionen sollen die daraus resultierenden Kosten senken, sind jedoch in ihrem Innenleben in Abhängigkeit des jeweiligen Flexibilisierungsgrades selber von Folgen einer asymmetrischen Informationsverteilung betroffen (interne Perspektive). Da es sich um Kosten handelt, die bei der Vertretung der Interessen des Prinzipals durch den Agenten entstehen, werden die Kosten im Folgenden als Vertretungskosten bezeichnet (Jensen, Meckling 1976: 308). Sie treten bei Transaktionen auf dem Markt und innerhalb eines Unternehmens sowie als Folge von politischen Transaktionen auf. Zu den Vertretungskosten gehören (a) die Kosten für die Überwachung und Kontrolle des Agenten, (b) die Ausgaben für die Errichtung und Aufrechterhaltung von Anreizsystemen und (c) der Residualverlust, der als die Differenz zwischen dem

Gewinn bei hypothetischer Eigenerstellung durch den Prinzipal und dem Gewinn bei unkooperativem Verhalten des Agenten definiert ist.

Bislang wurde nur die Beziehung zwischen einem Prinzipal und einem Agenten theoretisch gefasst. Die Theorie des „Mechanism Design“, auch Implementierungstheorie genannt, behandelt das optimale Design von Verträgen, die ein Prinzipal mit einer beliebigen Menge von Agenten aushandelt, in sehr allgemeiner Form. Jeder Agent kann private Information über den Zustand der Welt besitzen, die in seinem „Typ“ zusammengefasst ist. Die Typen der Agenten werden aus einer gemeinsamen Wahrscheinlichkeitsverteilung gezogen und können miteinander korreliert sein. Eine Allokationsfunktion ordnet jedem Agentenprofil eine Allokation zu. Diese kann eine bestimmte Entscheidung des Prinzipals – beispielsweise über einen Feststellungsbescheid – sein. Ein Mechanismus ist eine Spielform, die jedem Agenten eine Strategiemenge zuweist und für jedes gewählte Strategieprofil eine Allokation festlegt. Ein Mechanismus implementiert eine Allokationsfunktion vollständig genau dann, wenn er das eindeutige Gleichgewichtsergebnis des korrespondierenden Mechanismus beschreibt. Die maßgebliche Frage bei dieser Definition ist, welcher Gleichgewichtsbegriff verwendet wird. Hier gibt es einen Trade-off: Ein starker Gleichgewichtsbegriff, wie zum Beispiel ein Gleichgewicht in dominanten Strategien, stellt nur relativ geringe Anforderungen an die Rationalität der Agenten. Er macht es ihnen leicht, das Gleichgewicht zu finden und es tatsächlich zu spielen. Dafür ist die Menge der Allokationsfunktionen, die in dominanten Strategien implementiert werden können, klein und enthält meist nicht die effiziente Allokationsfunktion. Ein schwächerer Gleichgewichtsbegriff – beispielsweise ein Bayesianisches Gleichgewicht (Schweizer 1999: 90) – hat den Vorteil, dass deutlich mehr Allokationsfunktionen implementiert werden können. Dieses Gleichgewicht stellt dafür höhere Anforderungen an die Rationalität der Agenten und an ihre Fähigkeit, sich tatsächlich auf dieses

Gleichgewicht zu koordinieren. Ein Beispiel für einen Mechanismen mit mehreren Agenten ist das Bieten um einen Kassenarztsitz zur Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums. Jedes Krankenhaus (Agent) beobachtet ein Signal über seine Zahlungsbereitschaft für den zu versteigernden Sitz. Diese Signale können miteinander korreliert sein. Der seinen Sitz veräußernde Arzt (Prinzipal) versucht, die Auktion so zu gestalten, dass seine Zielfunktion maximiert wird.

Die bislang angeführten statischen Modelle nehmen an, dass die Parteien sich binden können, den einmal geschriebenen Vertrag niemals nachzuverhandeln, selbst wenn im Zeitablauf eine Situation eintritt, in der eine Paretoverbesserung möglich wäre. Eine solche Situation gibt es unter anderem in Modellen mit adverser Selektion, nachdem der Agent seinen Typ offenbart hat, aber bevor die Behandlung der Patientenkontingente stattfindet. Sowohl Krankenkasse als auch Krankenhaus können sich besser stellen, indem sie den Behandlungsumfang auf das effiziente Maß anheben und den so erzielten Überschuss untereinander aufteilen. Wenn das Krankenhaus diese Nachverhandlung aber voraussieht, muss ihm die Krankenkasse eine höhere Informationsrente zahlen, um ihn dazu zu bringen, seinen Typ wahrheitsgemäß zu offenbaren. Wenn die Parteien sich nicht binden können, den ursprünglichen Vertrag nicht nachzuverhandeln, dann muss der Vertrag nachverhandlungssicher (Dewatripont 1989: 589 ff) sein. Das ist eine zusätzliche Nebenbedingung für das Design des optimalen Vertrages, die immer dazu führt, dass der Prinzipal schlechter gestellt wird als bei einem eventuellen Ausschluss von Nachverhandlungen. Ein ähnliches Problem tritt in einer wiederholten Beziehung mit adverser Selektion auf. Wenn der Agent seinen Typ in der ersten Periode offenbart, wird ihm der Prinzipal ab der zweiten Periode keine Informationsrente mehr zahlen. Je öfter die Beziehung wiederholt wird, umso schwieriger kann der Agent bewegt werden, seine private Information wahrheitsgemäß zu offenzulegen. Wieder gilt, dass die Möglichkeit



von Nachverhandlungen den ex ante erwarteten Gewinn des Prinzipals reduziert. Bei Problemen mit moralischem Risiko kann eine wiederholte Beziehung jedoch von Vorteil sein (Fudenberg et al 1990: 1 ff.).

### 3.2.3.3 Theorie der unvollständigen Verträge

Die Prinzipal-Agent-Theorie beschäftigt sich mit Delegationsbeziehungen zwischen Prinzipal und Agent. Sie analysiert dabei primär, wie sich verschiedene Vertragstypen und Klauseln auf die Vertretungskosten auswirken und welche Anreizwirkungen verschiedene Arten von Verträgen entfalten.

In der Realität sind viele Verträge unvollständig insofern, als sie nicht auf alle relevanten, verfügbaren Informationen konditionieren. So enthält zum Beispiel der Arbeitsvertrag zwischen Arzt und Krankenhaus typischerweise nur sehr vage und unvollständig Beschreibungen der Aktivitäten, die der Arzt als Arbeitnehmer ausführen soll. Sie sind oft mit einer Probezeit versehen, obwohl die beteiligten Parteien annehmen, dass ihre Beziehung voraussichtlich einen längeren Zeithorizont hat, und sie regelmäßig in Zielvereinbarungsgesprächen nachverhandelt werden. Diese Beobachtungen widersprechen der Prinzipal-Agenten Theorie, die voraussagt, dass möglichst vollständige, langfristige und nachverhandlungssichere Verträge geschrieben werden sollten.

In der Literatur gibt es noch keine abschließende Definition des „unvollständigen Vertrags“.<sup>23</sup> Hier wird ein solcher als eine auf einen längeren Zeitraum ausgerichtete Vereinbarung gesehen, die nicht alle

---

<sup>23</sup> Holström und Tirole (1989) geben eine frühe Übersicht über die Theorie der unvollständigen Verträge. Ein Standardwerk hat Hart (1995) verfasst, das insbesondere auch Finanzierungsverträge aus der Sicht unvollständiger Verträge erörtert. Auch Grossman und Hart (1986), Hart und Moore (1990) sowie Tirole (1999) setzen sich mit den grundlegenden Aspekten der Theorie der unvollständigen Verträge auseinander.

zukünftigen Kontingenzen berücksichtigt. Ein unvollständiger Vertrag vereinbart nur den Rahmen der Beziehung, während die Details im Laufe der Zeit konkretisiert werden. Hieraus folgt bereits, dass sich die Theorie der unvollständigen Verträge – anders als die Prinzipal-Agent-Theorie – weniger mit Problemen asymmetrischer Information beschäftigt, sondern mehr mit denjenigen Fragestellungen, die sich daraus ergeben, dass es de jure und de facto nicht möglich ist, einen vollständigen Vertrag zu schließen. Unvollständige Verträge lassen es zu, dass einzelne Teile der Vereinbarung auslegfähig sind (Richter, Furubotn 1999: 278 ff.).

Trotz ihrer Unvollständigkeit erfüllen derartige Verträge einen wichtigen Zweck, indem sie dazu beitragen, ein unkooperatives Verhalten der Vertragsparteien nach Vertragsabschluss weitgehend zu unterbinden. Lassen sich nicht alle Details festlegen, so gewinnt die Frage an Wichtigkeit, wer die Kontrollrechte über nicht vertraglich vereinbarte Aspekte des betrachteten Gutes ausübt. Das Kernproblem besteht darin, dass beide Vertragsparteien sich strategisch verhalten. Ein solches Verhalten spielt insbesondere dann eine Rolle, wenn im Vorfeld einer Transaktion spezifische Aktionen oder Investitionen durchgeführt werden müssen. Dabei ist derjenige Einsatz von Ressourcen besonders bedeutend, der zumindest teilweise irreversibel ist und bei dem eine ein- oder zweiseitige Abhängigkeit besteht. Diese kann beispielsweise entstehen, wenn die Institution „Krankenhaus“ ein neues Betätigungsfeld erschließt und zur ambulanten Versorgung mit niedergelassenen Ärzten zusammenarbeitet.

Wird aus einer vor Vertragsabschluss unspezifischen Transaktionsbeziehung nach Vertragsabschluss eine spezifische Beziehung, so spricht man nach Williamson (1985) von einer „fundamentalen Transformation“. Vor Beginn einer Beziehung können beispielsweise einem Nachfrager mehrere Anbieter gegenüberstehen, die für die zu tätigende

Transaktion in Frage kommen. Die Entscheidung für eine bestimmte Beziehung geht üblicherweise mit einem Einsatz spezifischer Ressourcen des ausgewählten Anbieters einher. Dabei lassen sich an Spezifitäten die (a) des Standorts als räumliche Gebundenheit, (b) des Sachkapitals in Form spezialisierter Maschinen, (c) des Humankapitals in Form der Ausbildung und nicht transferierbaren Kenntnissen, (d) der Widmung, (e) des Markennamens als Investition in die Reputation und (f) der zeitlichen Vorgaben unterscheiden. Durch die jeweilige Spezifität verändert sich für die Partner die Anreizstruktur. Die mit dem Einsatz spezifischer Ressourcen verbundene Bindung an den Vertragspartner führt zu einer Abhängigkeitsbeziehung, die nachträglich Anreize für unkooperatives Verhalten eröffnen kann (Hold-up Problem) (Ennemann 2003: 85).

Der aufgrund des Einsatzes von spezifischen Ressourcen abhängige Partner wird im eigenen Interesse versuchen, die Zusammenarbeit stabil zu gestalten, da für ihn alternative Verwendungsmöglichkeiten der eingesetzten Ressourcen bei einer Beendigung einer so gearteten Beziehung nur mit Ertragseinbußen zur Verfügung stehen. Ein langfristiger Vertrag ist dabei für diese Partei ein wichtiges Instrument zur Regelung ihrer Kontrollstruktur (governance structure) und Transaktionsbeziehungen und zur Aufteilung der Gewinne zwischen ihr und dem Vertragspartner (Hart 1995: 752). Je spezifischer der Mitteleinsatz ist, desto mehr Wert wird der Anbieter auf die Stabilität oder zumindest die Vorhersehbarkeit der Rahmenbedingungen legen, um sich gegen eine zukünftige Aushöhlung oder Beschränkung seiner Verfügungsrechte zu schützen. Daher darf festgestellt werden, dass – auch wenn es vor der Aufnahme einer Geschäftsbeziehung einen erheblichen Wettbewerb gibt – durch den Vertragsschluss ein Monopol ex post entstehen kann. Abgesehen von einer einseitigen Monopolsituation kann ein bilaterales Monopol entstehen, wenn sich auch die Nachfrageseite durch einen Einsatz von spezifischen Ressourcen an den

Anbieter bindet beziehungsweise wenn sich dem Abnehmer keine alternativen Angebote eröffnen, bei denen er die betreffende Leistung zu gleichen Kosten und mit der entsprechenden Qualität beziehen kann. Ein beziehungspezifischer Einsatz von Ressourcen bildet zusammen mit dem Umstand, dass die Menschen begrenzt rational denken und keine vollständigen Verträge verfassen können, ein Hauptmotiv für die vertikale Integration zweier Unternehmen. Denn ein Transaktionspartner kann immer versuchen, die Abhängigkeit auszunutzen.

Eine vertikale Integration für das Krankenhaus stellt die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums dar, bei dem die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gesucht wird. Um die Folgen einer vorzeitigen Beendigung einer Beziehung zu vermeiden, mag es sinnvoll sein, sich von vornherein zu einem Unternehmen zusammenzuschließen. Hier gilt es, die Verhaltensweisen der beteiligten Akteure zu analysieren.

## 4 Notwendigkeit einer Reorganisation aus der Perspektive der Vertragstheorie

### 4.1 Prinzipal-Agent-Beziehung in der Gesundheitswirtschaft

#### 4.1.1 Informationsasymmetrien in der stationären medizinischen Versorgung



Abb. 12: Grad der Integration als Grundlage der Analyse

Steht nun die Bedeutung von Verträgen für die Reorganisation fest, so lässt sich nun die Problematik einer Ermittlung von geeigneten bilateralen Vereinbarungen in der Gesundheitswirtschaft aufzeigen. Die asymmetrische Verteilung von Informationen prägt die so genannten Sachwalterbeziehungen (Prinzipal-Agent-Beziehungen), bei denen ein Auftraggeber (Prinzipal) einen Akteur (Agent) mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben beauftragt, aber nicht kontrollieren kann, mit welcher Energie und Zielstrebigkeit der Akteur die Interessen des Auftraggebers vertritt. Eine derartige Konstellation ist keine Besonderheit bei den Institutionen der stationären medizinischen Versor-

gung, sondern kennzeichnet überhaupt viele Institutionen. So entstehen Kosten der Geschäftsanbahnung, der Verhandlung und der Entscheidung sowie Kosten der Durchsetzung und der Überwachung von Leistungen. In der Gesundheitswirtschaft und den dort agierenden Institutionen ist diese Sachlage besonders stark ausgeprägt und beeinflusst sowohl das interne als auch unmittelbar externe Umfeld eines Krankenhauses stark.

#### 4.1.1.1 Asymmetrische Verteilung von Informationen

Die meisten dortigen Beziehungen lassen sich als Prinzipal-Agent-Beziehungen beschreiben, in denen es bei der Verteilung von Informationen erhebliche Asymmetrien gibt – In Abschnitt 2.2.1 wurde bereits die Rolle der Regulierer beschrieben. Sie können als eine Begründung für das Vorhandensein zahlreicher steuernder Institutionen im unmittelbar externen Umfeld eines Krankenhauses angeführt werden, die neben den Märkten für medizinische Leistungen und dem Privateigentum in der Gesundheitswirtschaft bedeutsam sind.

Im Zentrum stehen – bei einem gegebenen globalen externen Umfeld – die in 2.2.1.1 genannten Behandlungsverträge, die auf der Grundlage eines im Krankenhausplan festgelegten Fächerkanons geschlossen werden können. Unter einem Behandlungsvertrag versteht man zwischen dem Patienten und dem Arzt oder dem Krankenhaus sowie den sonstigen Leistungsträgern getroffene Vereinbarungen. Die Gegenstände der Behandlungsverträge sind diejenigen Leistungen der Diagnose, der Beratung und der Therapie, die darauf abzielen, den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern oder zu erhalten oder sein Leiden erträglicher zu machen.

Der Abschluss von solchen Verträgen bildet für die Institution „Krankenhaus“ und die in ihrem internen Umfeld agierenden Individuen einerseits und für die Patienten andererseits eine besondere Heraus-

forderung, da neben der asymmetrischen Verteilung von Informationen die Spezifizierung der Vertragsbestandteile aufgrund der Vielzahl von Einzelkomponenten nicht ohne weiteres möglich ist. Zudem ist der Erfolg, der einer bestimmten Behandlung zugerechnet werden kann, im Einzelfall schwer zu bestimmen. Schließlich werden, im Gegensatz zu „gewöhnlichen“ Märkten, die Beziehungen zwischen den Anbietern und den Nachfragern einer medizinischen Leistung nicht unmittelbar über den Preis gesteuert. Stattdessen spielen hier die Beziehung zwischen Patient und Arzt im Krankenhaus (externe Perspektive) sowie die zwischen Arzt und seinem Arbeitgeber „Krankenhaus“ (interne Perspektive) eine viel größere Rolle.

Um das Verhalten der Institution „Krankenhaus“ als Ganzes erklären zu können, muss zunächst die unmittelbare Beziehung zwischen Arzt und Patient beschrieben werden. Sie ist schließlich die „Keimzelle“ der angesprochenen Informationsverteilung über alle Ebenen des Umfelds hinweg. Eine wesentliche Eigenschaft dieser Beziehung besteht darin, dass mit zunehmender Spezifität der medizinischen Leistung die unmittelbare Mensch-zu-Mensch-Beziehung sich abschwächt. Das wechselseitige Vertrauen zwischen Arzt und Patient, begünstigt durch Transparenz bei der Leistungserbringung, ist jedoch nicht nur eine außerordentlich gewichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung, sondern auch eine wesentliche Grundlage dafür, dass die Reorganisation im Krankenhaus schließlich glückt. Denn bloß durch Transparenz kann die Reorganisation in Richtung einer Öffnung gegenüber den unterschiedlichen Anspruchsgruppen sowie eine Flexibilisierung in Richtung einer dezentralen Leistungserbringung erfolgen.

Da im Krankenhaus die Beziehung zwischen den beiden Akteuren besonders schwach ausgeprägt ist, muss eine Basis des Vertrauens hergestellt werden. Dann hilft es, wenn der Arzt seine Handlungen transparent macht und so die Wissenslücken zwischen ihm als Exper-

ten und dem Patienten als Laien verringert. Er steht dabei in einem Spannungsfeld, das aus seiner Abhängigkeit als Arbeitnehmer und aus seiner Verpflichtung gegenüber dem Patienten entsteht. Auch der Patient ist gefordert, dem Arzt alle ihm bewussten Informationen über seinen Krankheitszustand mitzuteilen.

#### 4.1.1.2 Die Informationsdefizite gegenüber dem Krankenhaus

Die Qualität der Leistungen beziehungsweise der Umfang des Leistungsspektrums der Institution „Krankenhaus“ vermag der Patient als Versicherter nur schwer zu beurteilen (Larbig, Ackermann 2008: 340). Er ist damit – wie die bereits vorgestellten Institutionen der Regulierung – in der Position eines Prinzipals. Aufgrund der Beschaffenheit der deutschen Gesundheitswirtschaft wählt der Patient darüber hinaus meist nicht eigenständig eine Einrichtung aus, sondern folgt einer Empfehlung seines niedergelassenen Arztes. Bei dieser Empfehlung spielen die Gewohnheiten und die Verfügbarkeit von Betten in den Einrichtungen oft eine Rolle (Gäfen 1990: 20). Die Verfügbarkeit von Betten gewinnt zunehmend an Gewicht und ist Ausdruck der Rationierung in der Gesundheitswirtschaft, die der Außenstehende nicht erkennen kann (Gandjour, Lauterbach 2003: 148).

Die Delegation der Entscheidung an den Allgemeinmediziner macht den Patienten maßgeblich von dessen Sachkenntnis und Einschätzung der Qualität der Einrichtung und der darin beschäftigten Berufsgruppen abhängig (Schwartz 1997: 72). Diese Delegation beeinträchtigt die spätere Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus – der Patient wird mitunter nicht als Anspruchsgruppe gesehen. Auch bei der Unterstellung eines mündigen Patienten steht fest, dass es für ihn fast unmöglich ist, seinen behandelnden Arzt vorher „in Augenschein zu nehmen“. Er mag zwar über die Reputation des Chefarztes und mitunter



einzelner Oberärzte unterrichtet sein; den ihn auf der Station behandelnden Arzt kennt er jedoch in der Regel vorher nicht.

Befindet sich der Patient im Krankenhaus, ist es die Aufgabe des Arztes, die angezeigte medizinische Leistung auszuwählen, wobei er durch seine Ausbildung und Erfahrung über ein Informationsmonopol verfügt. Er schlüpft bei der Behandlung in die Rolle eines „Doppelagenten“, da er sowohl im Sinne des Krankenhauses als Agent im internen Umfeld als auch in dem des Patienten als Agent zum unmittelbar externen Umfeld zu handeln hat. Der Wissensvorsprung ermöglicht es dem Mediziner, seinen Handlungsspielraum auszunutzen, indem er Informationen zurückhält (verborgene Informationen). Der Patient als medizinischer Laie kann die Qualität der Behandlung und das Niveau des Arbeitseinsatzes des Arztes weder vor noch nach der Behandlung unmittelbar bewerten (verborgene Handlung). Denn bei den ärztlichen Leistungen handelt es sich meist um Vertrauensgüter, deren Qualität und Nutzen erst lange nach Vertragsabschluss beurteilt werden können (Arrow 1963: 966).

Obwohl man unterstellen darf, dass der Arzt seine Handlungen ethischen und moralischen Grundsätzen unterwirft und sein Berufsethos bestimmte Verhaltensweisen einschränkt, besteht zumindest beim Krankenhausarzt die Gefahr, die eigenen Interessen stärker als die der Patienten zu gewichten (Schwartz 1997: 95 f.). Der Arzt im Krankenhaus kann – ohne unmittelbares ökonomisches Risiko – Leistungen anordnen, die über das erforderliche medizinische Maß hinausgehen oder die dieses unterschreiten. Ein Anreiz hierfür besteht für den Mediziner darin, dass er durch die Klassifikation des Patienten und durch die Zuordnung zu einer Fallgruppe die Einnahmen des Krankenhauses steigern und damit die Stärkung seiner Position – in Abhängigkeit von der Ausgestaltung des innerbetrieblichen Anreizsystems – als Angestellter im „Machtgefüge“ eines Krankenhauses betreiben kann. Zu-

dem vermag der Patient die so durchgeführten Zusatzleistungen nicht als solche zu identifizieren und hat – wenn die Behandlung nicht mit einem spürbaren Nutzenverlust verbunden ist – auch kein Interesse daran, sie zu vermeiden (Binder 1999: 115).

Unter der Annahme, dass der Arzt als intentional handelndes Individuum ein nutzenmaximierendes Verhalten zeigt, liegt also eine Haltung nahe, seine eigenen wirtschaftlichen Interessen höher als die Interessen des Patienten zu bewerten. Verstärkt wird eine derartige Einstellung noch durch die Beschaffenheit des internen Umfeldes. Da die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser unter öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft steht und die Gehälter daher vertraglich fixiert sind, kann der Arzt seine Position, abgesehen von der Steigerung seiner Reputation, nur durch Variation der Arbeitsintensität – auch in Hinblick auf Privatpatienten – verändern (Ennemann 2003: 109). Bei der Beziehung zwischen Arzt und Patient kommt des Weiteren hinzu, dass der Patient keine Mechanismen zum Anreiz und zur Kontrolle gestalten kann. Ihm steht innerhalb der Institution „Krankenhaus“ einzig der Beschwerdeweg über die Verwaltung und die neutrale Schiedsstelle „Patientenfürsprecher“ offen.

#### 4.1.1.3 Informationsdefizite des Krankenhauses

Bei der Entwicklung von neuen Anreizsystemen zur Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus darf nicht übersehen werden, dass auch eine asymmetrische Verteilung von Informationen zugunsten des Patienten gegenüber dem – das Krankenhaus repräsentierenden – Arztes existiert. Dabei gilt, dass der Erfolg einer Behandlung durch die Mitwirkung des Patienten („compliance“) beeinflusst wird (Hajen et al. 2004: 65). „Der Arzt soll sich immer bewusst sein, dass die Patienten lügen, wenn sie behaupten, eine bestimmte Medizin eingenommen zu haben“, soll schon Hippokrates (460 bis 375 vor

Christus) über mangelnde Therapietreue geklagt haben. Diesen plakativen Spruch kann man als Pendant zum hippokratischen Eid des Arztes setzen, da er ein in gesundheitsökonomischen Modellen oft unterschlagenes, gravierendes Phänomen beschreibt. Denn die mangelnde Mitwirkung des Patienten („non compliance“) ist ein medizinisches und ein volkswirtschaftliches Problem großer Tragweite, (Rosenbock, Gerlinger 2004: 187) welches sich auf allen Umfeldebene eines Krankenhauses zeitigt. Für das Krankenhaus gilt, dass bei fehlender Kooperation des Patienten und bei der Existenz von Blockaden in der Kommunikation mit ihm sich zumeist kein Behandlungserfolg einstellen wird. Erst nach Aufbau einer echten Kommunikationsbeziehung zwischen Arzt und Patient können Informationsdefizite abgebaut werden, wobei im stationären Bereich der häufige Wechsel der Ansprechpartner diesen erschwert. Nach der Diagnose und der Auswahl der Therapie tritt schließlich das Risiko von verborgenen Handlungen seitens des Patienten auf.

Somit handelt es sich aus informationsökonomischer Sicht um eine wechselseitig asymmetrische Informationsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Das Krankenhaus, vertreten durch seinen Arzt, bietet Leistungen an, ist aber durch seinen Informationsvorsprung zugleich in der komfortablen Lage, diese selbst festzulegen. Der Patient tritt zwar als Nachfrager auf, ist dabei gleichzeitig Co-Produzent des Gutes „Gesundheit“ und integraler Bestandteil der Angebotsseite (Pfaff 1994: 66). Damit wirkt sich letztendlich ein Informationsdefizit seitens des Arztes auf das Krankenhaus als Ganzes aus. Weiter ist es für das Krankenhaus mitunter problematisch, wenn der angestellte Arzt die bereits beschriebene Rolle des Doppelagenten wahrnimmt und als solcher für den Patienten handelt oder gar aus eigenen Interessen Informationen zurückhält.

#### **4.1.2 Folgen der Informationsasymmetrien in der stationären medizinischen Versorgung**

Zuvor wurden Informationsasymmetrien angeführt, die einer Reorganisation der medizinischen Leistung hinderlich sein können. Hierbei wurde die Situation zwischen Arzt und Patient beschrieben, um aus dieser unmittelbaren Beziehung das Verhalten der Institution „Krankenhaus“ abzuleiten. Die Rolle weiterer Prinzipale im unmittelbar externen Umfeld wurde bereits diskutiert. Im Fokus der Analyse steht nun das Problem, inwieweit die Institution „Krankenhaus“ mit Hilfe des Arztes ihren Informationsvorsprung gegenüber den Patienten sowie den Krankenversicherungen als regulierende Prinzipale ausnutzen kann. Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die geeignet sind, die Erlöse zu steigern, ohne eine Reorganisation betreiben zu müssen. Um dies nachvollziehen zu können, muss jedoch das Vergütungssystem näher analysiert werden.

##### 4.1.2.1 Anreizwirkung eines diagnosebasierten Fallpauschalensystems

Fallpauschalen dienen der Honorierung von medizinischen Leistungen. Es soll der Aufwand, der mit einem Behandlungsfall verbunden ist, durch ein pauschaliertes Entgelt bezahlt werden. Die Grundlage hierfür bildet ein Patientenklassifikationssystem, durch das eine systematische Zuordnung medizinischer Diagnosen beziehungsweise Behandlungsfälle zu möglichst kostenhomogenen Fallgruppen erreicht wird. Die in dieser Arbeit betrachteten Diagnosis Related Groups sind ein solches Patientenklassifikationssystem. Die Klassifikation orientiert sich bei diesen zwar an Gesichtspunkten einer medizinisch sinnvollen Zusammengehörigkeit, ausschlaggebend für die Zuordnung ist aber eine ähnliche Aufwandstruktur innerhalb der Fallgruppen. Diagnosis Related Groups stellen somit eine Zusammenfassung von wirtschaftlicher und klinisch-medizinischer Perspektive dar.

Erste Studien mit dem Ziel der Entwicklung eines Instruments für eine sowohl diagnose- als auch aufwandsbezogene durchschnittliche Fallbetrachtung zum Zweck der Qualitätssicherung in der akutstationären Versorgung führte Fetter an der Universität Yale durch (Fetter et al. 1980: 1-53). Hieraus entstand die erste Version von Diagnosis Related Groups (DRG) mit 371 Fallgruppen. Aufgrund ihres Ansatzes zur Bildung aufwandshomogener Fallgruppen unter dem Aspekt der medizinischen Zusammengehörigkeit sind in den USA hierbei die sogenannten Yale-DRG auch als Vergütungsinstrument für stationäre Behandlungsleistungen – neben der Anwendung in der Qualitätssicherung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung – entdeckt worden (Rochell et al. 2000: 2). Schon bald nach ihrer Einführung wurde der Ruf nach vermehrter Differenzierung laut. Sowohl die klinische als auch die ökonomische Homogenität der als Diagnosis Related Groups definierten Patientenkategorien wurden bemängelt.

In der Folge versuchte man, die Systeme weiter zu differenzieren und verwendete dazu die Angaben zu den Nebendiagnosen und das Alter des Patienten. Denn diese beiden Parameter waren im Minimaldatensatz zum Behandlungsfall in den USA routinemäßig verfügbar. Mit der Zeit entstanden auch außerhalb der USA zahlreiche Systeme einer Patientenklassifikation. Bei der Entwicklung eines derartigen Systems wurden zunächst auf der Grundlage von medizinischen Routinedaten eine beschränkte Anzahl von Behandlungsfallgruppen definiert. In der Verfeinerungsphase versuchte man dann die mangelnde Homogenität der erzeugten Gruppen durch eine differenziertere Berücksichtigung der Nebendiagnosen sowie durch die Einführung mehrerer Stufen des Schweregrads der Erkrankung zu überwinden. In der Erweiterungsphase löste man sich schließlich von der Vorgabe, nur die Minimaldaten zu verwenden. Beispielsweise werden Daten zum Aufenthalt auf

der Intensivpflegestation erhoben und ausgewertet. Die Kostenrelevanz von Pflegedaten wird studiert.

Im Rahmen der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2000 ist für die Bundesrepublik Deutschland ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für die Vergütung von Krankenhausleistungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 17b KHG) eingerichtet worden. In der Mitte des Jahres 2000 wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherungen als damals zuständige Vertragspartner für die Einführung und Pflege des neuen Entgeltsystems vereinbart, das australische an Diagnosen geknüpfte Fallpauschalen-System als Grundlage für die Entwicklung eines deutschen Systems zu verwenden (Güssow 2007: 16 ff.).<sup>24</sup> Das Gesetz zu deren Einführung trat im Jahr 2002 in Kraft. Die Übernahme des Fallpauschalensystems erfolgte in Deutschland im Jahr 2003 und ist seit dem Jahr 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich festgeschrieben.

Die Einstiegsphase in das System erfolgte für deutsche Krankenhäuser budgetneutral. Die Budgets wurden noch nach konventioneller Methode vereinbart und die Höhe der Fallpauschalen aus den hausindividuellen Budgets entwickelt. Beginnend mit dem Jahr 2005 geschah in jedem Bundesland eine dreistufige Angleichung der individuellen Krankenhausbudgets an eine einheitliche Vergütung der Behandlungsfälle. Der Anpassungsprozess vollzieht sich im Rahmen fester Preise, auf die das Krankenhaus Anspruch hat. Landeseinheitliche Preise für gleiche Leistungen sollten zunächst bis zum Jahr 2009 erreicht sein; mit dem im Jahr 2009 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsre-

---

<sup>24</sup> Das erste australische System der Fallpauschalen wurde seit dem Jahr 1995 unter dem Gesichtspunkt einer verbesserten Anpassung des Systems zur Klassifikation an neue Technologien und Kodierungsschlüssel überarbeitet. Die Anzahl der Fallgruppen ist dabei von 527 auf 661 gestiegen.

formgesetz wurde der letzte Konvergenzschrift auf das Jahr 2010 gestreckt.<sup>25</sup> Mit der geplanten Änderung des GKV-Finanzierungsgesetz im November 2010 erfolgt eine Dämpfungsphase, bei der die Preise im Jahr 2011 um maximal 0,9 Prozent und dann um voraussichtlich 1,0 Prozent erhöht werden.

Ein Entgeltsystem, das eine pauschale Vergütung vorsah, bestand in Deutschland schon vor Einführung des diagnosebasierten Fallpauschalensystems, was eine im Vergleich zu den neuen Versorgungsformen längere Reflexion der Anreizwirkung erlaubt. So gab es bis zum Jahr 2004 bei der Vergütung von Krankenhausleistungen ein Mischsystem. Es wurde mit der Bundespflegesatzverordnung aus dem Jahr 1995 eingeführt und implizierte mit Fallpauschalen und Sonderentgelten für bestimmte medizinische Leistungen zwei verschiedene Entgeltbereiche mit unterschiedlichen Anreizmechanismen.

Bei diesem Mischsystem bemühte sich das Krankenhaus, die Zahl der behandelten Fälle im Bereich der Fallpauschalen möglichst kostengünstig zu erreichen, um den Gewinn zu erhöhen. Der Schwachpunkt lag jedoch darin, dass mit den Pauschalen nur ein geringer Teil der Behandlungsfälle vergütet wurden. Man ordnete deren überwiegenden Teil dem Restbudgetbereich zu und rechnete somit über die tagesgleichen Pflegesätze ab. Die pauschalierten Abteilungs- und Basispflegesätze für den einzelnen Behandlungstag, also die tagesgleichen Pflegesätze, setzten – bis zu einer bestimmten Verweildauer – dem Krankenhaus den Anreiz, die Leistungen kostenminimal zu erbringen. Doch da die Entgelthöhe wesentlich von der Länge des Aufenthalts in dem Krankenhaus bestimmt wurde, waren diese bestrebt, die Verweildauer der Patienten so weit wie möglich auszudehnen. Sichtbar wurde dies durch die verhältnismäßig lange Krankenhausverweildauer im

---

<sup>25</sup> Das deutsche System der Fallpauschalen steht Pate für das System in der Schweiz, das dort zur landesweiten Abgeltung im stationären Bereich eingeführt wird.

internationalen Vergleich. So lag die stationäre Verweildauer in Deutschland deutlich höher als etwa in Österreich oder in den USA.

Der Anreiz für eine lange Verweildauer kann aus dem typischen Kostenverlauf eines Behandlungsfalls abgeleitet werden. Hohen Kosten zu Beginn (Operation und gegebenenfalls Intensivmedizin) der Behandlung stehen abnehmende Kosten im weiteren Verlauf gegenüber. Ab einem bestimmten Tag liegen die Erlöse aus dem tagesgleichen Pflegesatz über den Kosten des einzelnen Tages. Danach ist es dem Krankenhaus möglich, durch die Erhöhung der Liegezeit des Patienten, die Kostenunterdeckung der ersten Tage zu kompensieren oder sogar Gewinne zu erwirtschaften. Die künstliche Verlängerung der Pflegezeit konnte zudem als ein Instrument zur Verschleierung der bestehenden Überkapazitäten genutzt werden, da damit der Auslastungsgrad der Betten künstlich hoch gehalten wurde – die Auslastung ist insbesondere bei den oben angeführten Budgetverhandlungen mit der Krankenkasse relevant. Bemerkenswert ist dabei, dass die Verweildauer im Krankenhaus mit der Bettenzahl pro Einwohner positiv korrelierte (Hajen et al. 2004: 71).

Die Differenzierung der Abteilungspflegesätze bewirkte zudem, dass die Patienten innerhalb eines Krankenhauses in „teurere“ Abteilungen verlegt wurden, um auf diese Weise höhere, wenn auch unangemessene Erlöse zu erlangen. Als Folge des beschriebenen Anreizsystems kam es in einzelnen Bereichen zu einer Überversorgung. Aus medizinischer Sicht bedeutet eine derart begründete Fehlallokation von Ressourcen innerhalb des Krankenhauses einen Qualitätsmangel hinsichtlich der Behandlung. Deren vom Patienten geforderte Effektivität war folglich mit diesem System nicht uneingeschränkt garantiert. Gleichzeitig wurde durch das erhöhte Behandlungsvolumen das Ziel der gesetzlichen Krankenversicherungen konterkariert, die Ausgaben für stationäre Leistungen niedrig zu halten. Eine Veränderung des Sy-



systems durch Einführung von Globalbudgets für jedes einzelne Krankenhaus und von Zuwachsschranken war daher geboten (Lauterbach, Lungen 2000: 35). Das Budget teilte sich in die beiden Entgeltbereiche „Fallpauschalen“ und „Sonderentgelte“ sowie in das Restbudget auf. Wichtiger als die tatsächliche Belegung von der voraus kalkulierten ab, so griffen Ausgleichsregelungen (Tuschen, Baum 2005: 28-36). Bei Überschreitung der Mengenvereinbarungen konnten vom Krankenhaus nur geminderte Erlöse einbehalten werden. Im Fall einer Unterschreitung wurde dem Krankenhaus lediglich ein Teil des Fehlbeitrags ersetzt (Mages 1995: 140).

Das Ziel des Systems bestand zum einen darin, eine flexible Mengengrenzung bei der Leistungserbringung innerhalb der Institution „Krankenhaus“ vorzuhalten und gleichzeitig die Erstattung der kurzfristig nicht vom Krankenhaus zu beeinflussenden fixen Kosten zu gewährleisten. Das Ziel des Systems war zum anderen, die die Verweildauer verlängernden Anreize der tagesgleichen Pflegesätze zu reduzieren (Rosenbrock, Geringer 2004: 148). Das System war jedoch nicht in der Lage, den Schweregrad einer Erkrankung ausreichend zu berücksichtigen. Eine auf Leitlinien basierende medizinische Versorgung wurde vollkommen ausgeklammert. Insbesondere die chronischen Erkrankungen fanden eine zu geringe Berücksichtigung. Auch vernachlässigte dieses Entgeltsystem den medizinischen Fortschritt: Krankenhäuser, die durchaus in der Lage waren, moderne Behandlungsverfahren einzusetzen, entschieden sich eher für konservative Verfahren, wenn sie dadurch eine längere Verweildauer erreichen konnten.

Mit der Einführung eines diagnosebasierten Fallpauschalensystems wurde schließlich der Behandlungsfall die alleinige Bemessungsgrundlage für die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistung. Jedem Fall wird eine Fallpauschale zugewiesen, die dem jeweiligen

Krankenhaus einen fixen Betrag für die durchgeführte Behandlung zuteilt. Die Vergütung über das System der Fallpauschalen schafft den Anreiz zu erhöhten Anstrengungen des Krankenhauses. Denn die effiziente Bereitstellung der Leistung lohnt sich insofern, als daraus erwachsende Gewinne dem Krankenhaus verbleiben und Verluste von der stationären Einrichtung zu tragen sind. Mit dem System der Fallpauschalen werden also insbesondere diejenigen Innovationen gefördert, die eine Verkürzung der Verweildauer bewirken (Hajen et al. 2004: 177). Ein Nebeneffekt des Vergütungssystems besteht darin, dass sich die jeweilige Fallpauschale aus der Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Stichprobe repräsentativer Krankenhäuser ergibt. Es konnte also schon bei der Einführung vor gut sechs Jahren davon ausgegangen werden, dass viele Häuser unter diesem neuen System defizitär arbeiten und damit ein erheblicher Druck zur Reorganisation ausgeübt wird. Krankenhäuser, die diese zeitnah durchführen, können von diesem System profitieren.

Die Notwendigkeit zur Reorganisation betrifft nicht nur die kleinen, sondern auch die großen öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser. Selbst Unikliniken werden zusammengelegt und privatisiert, wie man am Beispiel Marburg/Gießen im Jahr 2005 sieht (Beyer-Rehfeld 2006: 46). Etwa 90 Prozent der Krankenhäuser führten seit Einführung des diagnosebasierten Fallpauschalensystems Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei circa 25 Prozent fanden Verbesserungen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen den Fachabteilungen statt (Blum, Offermanns 2009: 298).

Der Prozess der Reorganisation erzeugt auch Veränderungen für den Patienten. Einerseits bedeuten organisatorische Veränderungen wie

Fusionen eine Zentralisierung – das leicht erreichbare Krankenhaus wird es nicht mehr überall geben. Zudem wächst für die Kliniken der Anreiz, den Patienten früher aus der Klinik zu entlassen. Andererseits sind auch positive Auswirkungen für Patienten zu erwarten. So nehmen Spezialisierung und Serviceorientierung der Kliniken mit Blick auf die Anspruchsgruppen künftig zu. Darüber hinaus führt das neue Abrechnungssystem zu einer verbesserten präoperativen Diagnostik und zu einer Spezialisierung der Einrichtungen, die dem Patienten zugute kommt. Doch birgt das System auch Gefahren, die nachfolgend analysiert werden.

#### 4.1.2.2 Zuordnung des Behandlungsfalls zu einer höher vergüteten Fallgruppe

Die Institution „Krankenhaus“ kann das Ziel der Gewinnmaximierung durch die Erhöhung der Erlöse bei konstanten Kosten und konstanter Ausbringungsmenge erreichen. Ein auf Fallpauschalen basierendes Vergütungssystem birgt Anreize zur Erlössteigerung durch Erhöhung des so genannten Case-Mix-Indexes eines Krankenhauses, der die gewichtete Fallschwere darstellt. Zu den Maßnahmen, die das Krankenhaus zu diesem Zweck einsetzen kann, gehören die Hochstufung („upcoding“) und die Falldifferenzierung („patient shifting“).

Der Begriff „upcoding“ bezeichnet die systematische und bewusste Hochstufung im dokumentierten Case-Mix eines Krankenhauses mit dem Ziel, die Erlöse zu steigern (Dafny 2005: 1527). In gewissem Umfang können durch die Hochstufung die Fallpauschalen unterlaufen werden, indem man einem Patienten einer Fallgruppe mit höherem Kostengewicht zuordnet, wodurch das Krankenhaus eine ungerechtfertigt hohe Vergütung erhält. Betont werden muss allerdings, dass

eine Hochstufung innerhalb der gesetzlichen Schranken zulässig ist.<sup>26</sup> Da im System der Fallpauschalen die Zuordnung zu einer Fallpauschale unmittelbar die Erlöshöhe bestimmt (Kuntz 2003: 133 ff.), besteht der Anreiz, die Komplikationen und Komorbiditäten, also das gleichzeitige Auftreten anderer Erkrankungen, genauer und vollständiger zu dokumentieren. Eine in diesem Zusammenhang entstehende Hochstufung im Rahmen der Überwachung der medizinischen Dokumentation bedeutet jedoch lediglich einen nachholenden Effekt innerhalb derselben ohne reale Veränderungen. Denn es ist denkbar, dass die Krankenhausärzte wegen mangelnder Schulung oder großen Zeitdrucks fehlerhaft kodieren (Stausberg et al. 2005: 657 ff.). Zudem haben die Ärzte einen gewissen Ermessensspielraum, der zugunsten der teureren Fallpauschalen genutzt werden kann. Dabei handelt es sich um einen Einschätzungseffekt, der sich dann real auswirkt, wenn sich die Behandlung aufgrund der revidierten Einschätzung ändert.

Schließlich können bewusst verzerrende Kodierungen vorgenommen werden, die sich ausschließlich aus den geänderten Anreizen des Fallpauschalensystems ergeben und nicht durch Ermessensspielräume gedeckt sind. Aus einem so genannten Maximierungseffekt heraus können illegale Aktivitäten erwachsen, wie die Vertauschung von Haupt- und Nebendiagnose, die Missachtung von Kodierungsregeln oder die Bearbeitung unvollständiger Patientenunterlagen (Lauterbach et al. 2003: 299). Wird ein solches Fehlverhalten nachgewiesen, muss das Krankenhaus nach § 17 c KHG nicht nur den Rechnungsbetrag zurückerstatten, sondern auch eine Strafzahlung in gleicher Höhe entrichten.

---

<sup>26</sup> Dieser Vorgang kann als „Right-Coding“ bezeichnet werden, bei dem die mangelhafte Erfassung von Schweregraden zugunsten einer vollständigen Kodierung aller Komplikationen und Nebenerkrankungen beseitigt wird. Es kann erwartet werden, dass dieses Phänomen bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2010 zu beobachten ist (Nüßle 2006: 127-129).

Außer durch die Hochstufung kann der Case-Mix-Index langfristig auch durch die demografischen Veränderungen oder durch die Anpassung der Kostengewichte ansteigen. Denn die stärkere Inanspruchnahme ambulanter Behandlungen und die Erschließung neuer Versorgungsformen verhindern letztlich den Anstieg keineswegs, da nur die Patienten mit komplizierten Krankheitsbildern in der stationären Behandlung verbleiben, die anderen Fälle zwar vorhanden sind, jedoch in der Statistik der Krankenhäuser nicht mehr erscheinen. Für diese bedeuten komplizierte Fälle einen erhöhten Ressourceneinsatz.

Welcher Anteil am Anstieg des Case-Mix-Indexes auf verändertes Kodierverhalten zurückzuführen ist und welcher Anteil auf einem realen Anstieg des Schweregrades bei den behandelten Krankheitsbildern beruht (Güssow 2007: 119), lässt sich allerdings nur schwer abschätzen. Da die Institution „Krankenversicherung“ den tatsächlichen Zustand der Patienten nicht kennt, kann das Krankenhaus seinen Handlungsspielraum ausnutzen, indem es gegenüber der Versicherung Informationen über den wirklichen Gesundheitszustand zurückhält. Für die Krankenhäuser besteht im System der Fallpauschalen der Anreiz, die Höhe des Entgelts unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung zu verändern und so das Prinzip der leistungsgerechten Vergütung auszuhebeln. Die Hochstufung im Sinne des Maximierungs- und Einschätzungseffekts ist daher als eine unkooperative Verhaltensweise (moral hazard) zu werten. Primär hat die Hochstufung ökonomische Auswirkungen, indem sie vor allem die Ausgaben der Krankenversicherungen erhöht. Dabei kann die Behandlung sowohl für das Krankenhaus effizient als auch für den Patienten effektiv sein. Dennoch kommen die Krankenkassen eventuell für Leistungen auf, die gar nicht erbracht worden sind. Werden Leistungen hingegen ausschließlich erbracht, um den Behandlungsfall höher einzustufen zu können, wirkt sich dies auch medizinisch aus. Geht die Behandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, wird dem Patienten eine

Überversorgung zuteil, die die Effektivität der Behandlung negativ beeinflusst. Die richtige Anwendung und Umsetzung der Kodierrichtlinien ist die Grundvoraussetzung für eine valide Kalkulationsbasis und eine leistungsgerechte Krankenhausfinanzierung. Daher müssen Wege gefunden werden, die die unberechtigte Hochstufung konsequent vereiteln.

Die beschriebenen negativen Verhaltensweisen können durch den Aufbau einer juristischen Hürde in Form einer persönlichen Unterschrift des behandelnden Arztes erschwert werden. Eine unberechtigte Hochstufung kann dann unter Androhung von strafrechtlichen Konsequenzen besser unterbunden werden. Auch ist ein leistungsbezogenes Modell erwägbar, bei dem ein medizinisches Versorgungszentrum eine zentrale Rolle spielt. Eine weitere mögliche Maßnahme ist die Implementierung einer obligatorischen Zweitmeinung, bei der in erster Linie nicht die Qualität der erbrachten Leistung, sondern deren medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit beurteilt wird. Bei der Einholung einer Zweitmeinung sind jedoch deren Kosten zu berücksichtigen. Zudem wird die Hochstufung mit zunehmender Dauer des Einsatzes des Systems der Fallpauschalen an Brisanz verlieren (Güssow 2007: 111). Aufgrund der Analyse von empirischen Untersuchungen kann vermutet werden, dass es sich bei einem Anstieg des Case-Mix-Indexes, der auf verändertem Kodierverhalten beruht, um einen Einmaleffekt während der Einführung handelt. In vergleichbaren Ländern hat dieser Effekt vier bis fünf Jahre nach Beginn des jeweiligen Systems wieder nachgelassen.

#### 4.1.2.3 Differenzierung des Behandlungsfalls zur Erhöhung der Fallzahlen

Es wurde gezeigt, dass mit dem System der Fallpauschalen nicht zwangsläufig die Krankenhauskosten gesenkt werden und die Versorgung der Patienten verbessert wird. Da die Fallpauschalen eine schnell-

le Entlassung begünstigen, liegt die Vermutung nahe, dass die Krankenhäuser eine Falldifferenzierung anstreben. Denn es ist prinzipiell für die Krankenhäuser lohnend, die Patienten frühzeitig zu entlassen, nur um sie nach kurzer Zeit wieder aufzunehmen beziehungsweise eingewiesen zu bekommen. So können Fallpauschalen mehrmals für die Behandlung desselben Patienten in Rechnung gestellt werden. Insbesondere bei Multimorbiden bietet die Differenzierung von stationären in mehrere einzelne Aufenthalte diese ökonomischen Vorteile.

Für ein Krankenhaus führt ein auf rein betriebswirtschaftlichen Prinzipien beruhendes Verhalten zum Anstieg des Case-Mix-Indexes und erhöht somit die Erlöse. Es handelt sich eindeutig um eine Form von unkooperativem Verhalten (moral hazard), da das Krankenhaus, vertreten durch den angestellten Arzt, als Agent seinen aus der Behandlung gewonnenen Informationsvorteil nutzt. Der Patient beurteilt die Unterbrechung des Krankenhausaufenthalts möglicherweise als positiv, da er in sein soziales Umfeld zurückkehren kann. Aufgrund seines Informationsdefizits bezüglich des Niveaus der Leistungserbringung des Krankenhauses kann er nicht nachprüfen, ob die Effektivität seiner Behandlung geschmälert wird. Auch die Krankenversicherung als Prinzipal erkennt im Einzelfall nicht, ob die abermalige Einweisung aufgrund einer taktisch vorgenommenen frühzeitigen Entlassung oder aufgrund entstandener Komplikationen angezeigt ist. Für die Versicherung entstehen so unangemessene Mehrausgaben. Wegen der Unwissenheit der Prinzipale „Patient“ und „Krankenversicherung“ ist es dem Krankenhaus möglich, mit Einführung der Fallpauschalen eine Falldifferenzierung zu betreiben, ohne die Aufdeckung seines strategischen Verhaltens befürchten zu müssen (Dafny 2005: 1532). Dabei führt die Falldifferenzierung nicht zu einer Effizienzverbesserung der Behandlungsabläufe, sondern zu einer Erlöserhöhung bei konstantem Ressourcenverbrauch. Eine Lösung zur Überwindung des Problems besteht darin, die Hierarchie des Krankenhauses zu überwinden und

beispielsweise die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums zu fördern.

Hier muss angemerkt werden: Studien aus den USA beschreiben eine ähnliche Verhaltensweise, stellen jedoch zugleich fest, dass es dabei nicht zu einer Verschlechterung der Qualität gekommen ist (Lauterbach et al. 2003: 299). Dem Auftreten einer Falldifferenzierung kann durch die Auflage einer verbesserten Dokumentation hinsichtlich der Einweisungs- und Entlassungszeitpunkte und durch die Festschreibung der voraussichtlichen Verweildauer im Katalog der Fallpauschalen entgegengesteuert werden. Wird ein Patient vor Ablauf einer gegebenen Verweildauer entlassen und kurz darauf wieder aufgenommen, vergütet man seine Behandlung nur mit einer Fallpauschale. Die Institution „Krankenhaus“ hat somit keinen Anlass, einen Patienten frühzeitig zum Zweck der Wiederaufnahme zu entlassen, da die dadurch entstehenden Kosten nicht durch die Abrechnung einer weiteren Pauschale überkompensiert würden.

#### **4.1.3 Erklärungspotenzial der Vertragstheorie**

Das diagnosebasierte Fallpauschalensystem hat also die Situation für die Institution „Krankenhaus“ grundlegend verändert. Es verursacht so die beschriebenen Effekte bei der Betrachtung des Behandlungsfalls seitens der Institution „Krankenhaus“. Im Fokus der laufenden Betrachtung steht die Beziehung zwischen Patient und der durch den Arzt vertretenen Institution „Krankenhaus“. Hier verfügt der Mediziner durch seine Ausbildung und Erfahrung über einen komparativen Vorteil. Der hierin begründete Informationsvorsprung erlaubt es ihm, seinen Handlungsspielraum auszunutzen. Dieses wirkt sich schließlich auf die gesamte Institution „Krankenhaus“ aus. Nun werden Lösungsansätze aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert.



#### 4.1.3.1 Externe Perspektive

Neu zu entwickelnde Anreizsysteme haben diesen Informationsvorsprung des Arztes zu berücksichtigen. Dabei muss beachtet werden, dass auch eine asymmetrische Verteilung von Informationen zugunsten des Patienten gegenüber dem Arzt besteht. Somit handelt es sich aus informationsökonomischer Sicht um eine wechselseitig asymmetrische Informationsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Eine asymmetrische Verteilung von Informationen begründet schließlich das Vorhandensein von Institutionen, die neben denen der Märkte und des Privateigentums in der Gesundheitswirtschaft zu berücksichtigen sind. Die Theorie der Neuen Institutionenökonomik gestattet die Analyse unterschiedlicher Institutionen. Sie bietet schließlich zur Reduktion von bestehenden Informationsdefiziten und der daraus resultierenden Gefahr unkooperativer Verhaltensweisen der am Prozess beteiligten Personen – beispielsweise Falldifferenzierung – mittels zu errichtender Institutionen verschiedene Lösungsmöglichkeiten an.

Die Gefahr der adverse selection kann durch die Verbesserung des Informationsstandes hinsichtlich der Eigenschaften des Krankenhauses und der dort tätigen Ärzte gebannt werden. Der Arzt als Informationsträger vermag dabei mit Hilfe von Behandlungsrichtlinien, die auf wissenschaftlich gesicherten Leitlinien basieren, Signale über die Behandlungsqualität zu geben („signaling“). Auch ist eine Reorganisation der medizinischen Leistung, beispielsweise durch eine Spezialisierung des Krankenhauses auf bestimmte Erkrankungen erforderlich. Diese Spezialisierung signalisiert dem Patienten und seiner Krankenversicherung ein gewisses Maß an Behandlungsqualität.

In eine ähnliche Richtung geht die Verpflichtung von Krankenhäusern, einen Qualitätsbericht zu publizieren und hierin den erreichten Standard zu dokumentieren. Der Bericht liefert Aussagen über den

Stand der Qualitätssicherung sowie über die Anzahl von Leistungen in den verschiedenen Diagnosegruppen und bietet den Patienten sowie den einweisenden Ärzten die Möglichkeit, bei planbaren Krankenhausbehandlungen eine auf fundierten Informationen basierende Anbieterwahl zu treffen („screening“). Ein Problem stellen allerdings die Verwaltung und die Auswertung der zentral vorliegenden Informationen dar. Auch bildet die Glaubwürdigkeit der Angaben einen Unsicherheitsfaktor.

Neben den Informationsdefiziten vor Vertragsabschluss ergeben sich auch entsprechende Defizite während des Krankenhausaufenthaltes. Solche Informationsdefizite können dadurch abgebaut werden, dass man dem Patienten Mittel – beispielsweise ein festgelegtes Behandlungsprogramm wie im Disease-Management – zur Information und Kontrolle an die Hand gibt, mit denen er sich zusätzliche Informationen zu verschaffen in der Lage ist („monitoring“) und durch die Behandlung geführt wird. Bedingt durch die unzureichende fachliche Qualifikation des Patienten und durch das hohe Maß an Unsicherheit bezüglich des Zusammenhangs zwischen medizinischen Maßnahmen und Behandlungserfolg, ist allerdings eine individuellere Gestaltung von Systemen zur Information und Kontrolle der Behandlungsschritte mit hohen, wirtschaftlich unvertretbaren Kosten verbunden. Daher sollten parallel zur Einführung von Behandlungsprogrammen eine Überwachung und Kontrolle der medizinischen Leistung verstärkt durch solche Institutionen wie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgen. Die überwachenden Institutionen können zwar das Informationsdefizit im Individualfall nicht beseitigen, eignen sich aber dazu, die Möglichkeiten von Verhaltensweisen zu reduzieren, die daraus resultieren, dass die eigenen Interessen zu Lasten des anderen Vertragspartners höher gewichtet werden. Das medizinische Personal ist außerdem in der Lage, weitere Kompetenzen in einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Aus- und Fortbildung zu erwerben. Es ver-

mag dadurch fachliches Wissen an den Patienten weiterzugeben und Therapieentscheidungen transparent zu machen. Transparenz und Kompetenz sind die Basis jeder vertrauensvollen und partnerschaftlichen Kooperation.

Eine weitere Möglichkeit zum Abbau von Verhaltensweisen, die aus der höheren Gewichtung von eigenen Interessen gegenüber denen der Patienten resultieren, besteht in der Schaffung von Rahmenbedingungen, die den Krankenhausarzt dazu motivieren, eine möglichst hohe Transparenz seiner Handlungen zu gewährleisten. Derartige Rahmenbedingungen werden nur dann hergestellt, wenn der Krankenhausarzt und die Einrichtung, in der er arbeitet, für den Aufwand zusätzlich honoriert werden.

Es muss festgestellt werden, dass durch die bislang angeführten (extern bestimmten) Ansätze die Probleme reduziert werden, die mit der asymmetrischen Verteilung von Informationen vor und nach Vertragsabschluss verbunden sind. Die Ansätze sind jedoch nicht geeignet, die Institution „Krankenhaus“ nachhaltig zu verändern. Vielmehr muss eine Reorganisation erfolgen, die sowohl einen transparenten Ressourceneinsatz als auch eine spezialisierte Leistungserstellung ermöglicht. Schließlich ist ein Wandel der Institution „Krankenhaus“ notwendig, der durch Veränderungen im Umfeld flankiert wird. Diese Reorganisation kann man dann Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen nennen. Hierfür ist insbesondere die interne Perspektive relevant.

#### 4.1.3.2 Interne Perspektive

Die Überprüfung durch eine Aufsichtsbehörde wird das Problem einer unzureichenden Versorgung langfristig nicht lösen können, da für den Krankenhausarzt – mit Ausnahme seiner Reputation – geringe Anreize

bestehen, die für den Patienten optimale Entscheidung zu treffen. Die Weiterentwicklung des Anreizsystems innerhalb der Institution „Krankenhaus“ durch die Einbindung von Elementen, die den Erfolg der Behandlung honorieren, ist daher nötig. Die Vertragstheorie kann hier die Grundlagen liefern. Soll beispielsweise eine Vergütung eingeführt werden, die sich am Ergebnis der Behandlung orientiert, so sind zunächst die Überprüfung der medizinischen Versorgung und die Zurechenbarkeit des Behandlungserfolgs im Krankenhaus notwendig. Einerseits müssen die Behandlungsprozeduren im Sinne einer Medizin, die auf wissenschaftlich gestützten Leitlinien beruht, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden. Andererseits gilt es, die medizinischen Teilinstitutionen auf ihre Leistungsfähigkeit hin zu untersuchen, was durch das System der Fallpauschalen erleichtert wird. Denn eine grundlegende Voraussetzung für eine ergebnisorientierte Vergütung ist eine Definition dessen, was man unter einem Ergebnis des Prozesses einer Leistungserstellung zu verstehen hat.

Ein theoretischer Ansatz ergibt sich darin, die vollständige Genesung als Ausgangspunkt für eine Honorierung der medizinischen Leistung zu wählen.<sup>27</sup> Eine solche Vorgehensweise vernachlässigt jedoch Situationen, in denen eine Heilung unmöglich ist beziehungsweise mit vertretbarem Mitteleinsatz nicht erreicht werden kann. Insbesondere bei den multimorbiden oder den chronisch kranken Patienten muss der Krankenhausarzt dann zwischen Behandlungserfolg und wirtschaftlichen Möglichkeiten abwägen. Hier mag der Vergleich von Ergebnisdaten unterschiedlicher Einrichtungen ein angemessener Maßstab sein. Problematisch wird eine solche Abschätzung jedoch dann, wenn aufgrund der Schwere der Krankheit eine Verbesserung der Gesundheit kaum mehr möglich erscheint und stattdessen bereits eine Stabilisierung des Gesamtzustandes als Erfolg zu werten ist. Eine vorübergehende Stabilisierung geht ebenfalls nicht in die Statistiken ein, so

---

<sup>27</sup> In den USA erhalten Ärzte Bonuszahlungen, wenn sie die Versorgung von chronisch kranken Patienten besser koordinieren (Busse et al. 2006: 46).

dass ein Vergleich verschiedener Einrichtungen unmöglich ist. Lebenserhaltende Maßnahmen wären bei unklarer Entwicklung aus der Sicht der stationären Einrichtung mit einem Finanzierungsrisiko belegt.

Unabhängig davon, wie die Definition eines Ergebnisses letztlich erfolgt, müssen zur Messung des Ergebnisses ein geeigneter Indikator oder mehrere entwickelt werden. Dabei sollte es aufgrund der nicht vollständig auszuschließenden unkooperativen Verhaltensweisen nicht nur den Leistungsträgern möglich sein, die Ergebnisse der Behandlung zu beurteilen. Vielmehr ist neben einer gezielten Information des Kostenträgers auch die direkte Einbindung des Patienten erforderlich. Die mittels eines Systems zur Messung der Qualität ermittelten Daten sollten dabei nicht nur die eigene Einschätzung des Behandlungserfolges, sondern auch Informationen über die Qualität der Behandlung einbeziehen.

Die genannten Grundanforderungen zeigen schon, dass sowohl die Institution „Krankenhaus“ als auch der Krankenhausarzt an einer Ergebnisorientierung ein Eigeninteresse besitzen müssen. Doch befinden sich viele Ärzte innerhalb eines Krankenhauses in ihrer Ausbildung oder in der Weiterbildung zum Facharzt. Ihre Laufbahn wird durch übergeordnete Ärzte maßgeblich beeinflusst, so dass eine ausgeprägte Abhängigkeit gegenüber dem jeweiligen Vorgesetzten vorliegt. Daher kann der Aufbau eines medizinischen Versorgungszentrums, bei dem der Arzt nicht mehr abhängig beschäftigt ist und die Institution „Krankenhaus“ die Räumlichkeiten sowie die apparative Ausstattung stellt, ein Weg zur Überwindung der straffen Hierarchie sein. Als Arzt eines medizinischen Versorgungszentrums macht sich der Arzt die Ziele des Krankenhauses zueigen, wenn er eine Vergütung für die erfolgreiche Behandlung innerhalb der Institution „medizinisches Ver-

sorgungszentrum“ erhält und seinerseits Leistungen vom Krankenhaus – beispielsweise über einen internen Markt – verlangt.

Problematisch ist es für ein medizinisches Versorgungszentrum, wenn die Institution „Krankenhaus“ nicht nur die Räumlichkeiten und die apparative Ausstattung zur Verfügung stellt, sondern als Intermediär dem Arzt im medizinischen Versorgungszentrum die Patienten zuteilt. Die lukrativen Fälle könnten dann Auslöser unkooperativer Verhaltensweisen der stationären Einrichtung gegenüber diesem Arzt sein. Zudem kann sich eine alleinige Ausrichtung der Honorierung am Behandlungserfolg auch nachträglich als falsch erweisen, da Behandlungsfehler erst mit zeitlicher Verzögerung auftreten können. Diese Einschränkungen sind jedoch kein Hinderungsgrund, im Rahmen der Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen die Implementierung neuer Versorgungs- und Organisationsstrukturen genauer zu analysieren.

Aus der Darstellung der beiden Perspektiven kann konstatiert werden, dass eine Reorganisation erfolgen muss, die sowohl einen transparenten Ressourceneinsatz als auch eine spezialisierte Leistungserstellung ermöglicht. Die Reorganisation wird jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn schließlich ein Wandel der Institution „Krankenhaus“ als Ganzes erfolgt.

#### 4.1.3.3 Grenzen des Opportunismus

In den vorangegangenen Abschnitten wurden immer wieder Probleme von Verhaltensweisen diskutiert, bei denen das Krankenhaus, vertreten durch den angestellten Arzt, die eigenen Interessen zu Lasten des anderen Vertragspartners verfolgte. Es ist jedoch erforderlich, diese Situation etwas zu relativieren, um ein genaueres Bild von der medizinischen Versorgung aufzuzeigen.

Die beteiligten Akteure müssen versuchen, eine Beziehung aufzubauen und zu stabilisieren. Dementsprechend ist ein guter Ruf des Krankenhauses für die Einrichtung sehr wichtig. Ein Krankenhaus, das sich individuell auf bestimmte Maßnahmen und Verhaltensweisen festlegt, die seinen Interaktionspartnern hohe ethische Maßstäbe und Vertrauen signalisieren, bietet sich als verlässlicher Partner an. Es erwirbt sich damit eine Reputation, die in einem sich verschärfenden Wettbewerb möglicherweise zu seinem wichtigsten Kapital wird. Fehlerhafte Behandlungen können ökonomische Risiken für die Institution „Krankenhaus“ und den dort beschäftigten Arzt in sich bergen. Denn das Haftungsrecht bewirkt, dass das Krankenhaus ein erhebliches Risiko eingeht, wenn der angestellte Krankenhausarzt sein Eigeninteresse dem Interesse des Patienten vorzieht. Sobald der Arzt gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstößt, haftet er für den Schaden (Quaas 2003: 30). Die Rechtsprechung ordnet dem Arzt und dem Krankenhaus auch die Beweislast dafür zu, dass seine Tätigkeit den Patienten keinen Schaden zufügt. Die Patientenakte muss beispielsweise dreißig Jahre lang im Archiv lagern. Die staatlichen Studienordnungen und Zulassungsregeln in Form einer staatlichen Approbationsordnung regeln die Qualifikation der Ärzte, so dass auf diesem Weg ein gesetzlicher „Verbraucherschutz“ besteht, der dem Interesse der Patienten dient und ein gegenüber dem Patienten unkooperatives Verhalten des Arztes und des Krankenhauses einschränkt. Die Zulassungsregeln senken einerseits die Kosten der Informationsbeschaffung – der Patient kann den Augenarzt als Experten für Krankheiten am Auge direkt an seinem Praxisschild identifizieren – und sichern andererseits einen weitgehend professionellen Standard. Seit dem Jahr 2006 wird die Qualifikation im Rahmen eines „Ärzte-TÜVs“ fortlaufend kontrolliert. In einem Zeitraum von fünf Jahren müssen die Fachärzte eines Krankenhauses künftig Fortbildungsmaßnahmen absolvieren, deren Besuch geprüft wird. Von diesen Fortbildungen sind – anders als bei

niedergelassenen Ärzten – knapp zwei Drittel zwingend fachspezifisch, das heißt, die Fortbildungsinhalte müssen dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen. Andere Formen der Qualitätssicherung im stationären Bereich, beispielsweise die Zertifizierungen der Einrichtungen nach den Verfahren „KTQ“ oder „proCumCert“<sup>28</sup>, können dazu beitragen, dass der Krankenhausarzt nicht seine eigenen, sondern die Interessen der Patienten verfolgt. Im Rahmen einer Zertifizierung werden die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse durch interne und externe Prüfungen daraufhin analysiert, ob sie professionellen Standards genügen. Die beiden genannten Verfahren sehen vor, dass diejenigen Krankenhäuser, die einen Katalog von Standards erfüllen, ein Zertifikat erhalten. Kritisch muss zu diesen Verfahren angemerkt werden, dass die betrachteten Standards mehr die Strukturen als die Ergebnisse der Leistungserbringung betreffen. So wird beispielsweise zum Thema „Sterblichkeit im Krankenhaus“ die Existenz einer Mortalitätsstatistik abgefragt, ohne jedoch nach den Resultaten dieser Statistik zu fragen. Der umfangreichste Versuch, die Qualität der stationären Behandlung zu sichern, ist die Erfassung von Behandlungsfällen mittels Bögen zur Qualitätssicherung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.<sup>29</sup>

Abschließend muss festgehalten werden, dass die ärztlichen Handlungen ethischen Prinzipien unterworfen sind. Sowohl im Eid des Hippokrates als auch in den Beschlüssen der Weltgesundheitsorganisation

---

<sup>28</sup> Der Ansatz „proCumCert“ ist ein eigenständiges Verfahren für konfessionelle Krankenhäuser, beruht aber weitestgehend auf dem in den meisten anderen Krankenhäusern verwendeten KTQ-Verfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus). Das KTQ-Verfahren ist durch die Zusammenarbeit des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (VDAK/AEV), der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entstanden. Im Gegensatz zu KTQ bezieht proCumCert die christlichen Grundüberzeugungen in die Qualitätssicherung mit ein (Geerlings 2003: 6 ff.).

<sup>29</sup> Das Verfahren geht zurück auf die Bundespflegesatzverordnung aus dem Jahr 1995. Nachdem die ursprünglich auf Landesebene angesiedelten Verfahren durch die Gesundheitsreform aus dem Jahr 2000 bundesweit vereinlicht worden sind, ist eine flächendeckende Erfassung erreicht. Der Auftrag der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung ist im Jahr 2009 ausgelaufen (Krankenhaus Umschau, 09.09.2009).



und den Statuten der einzelnen Ärztekammern wird in der Förderung des Heilungsprozesses die vorrangige Pflicht eines jeden Arztes gesehen. Der Weltärztebund betont ausdrücklich, dass sich die Dienstleistung des Arztes von kommerziellen Gütern und Dienstleistungen unterscheiden soll, nicht zuletzt deshalb, weil der Arzt an spezielle ethische Pflichten gebunden ist. Arrow (1974) bezeichnet die Ethik des Arztes als entscheidende Größe im Zusammenhang mit der von ihm vorgenommenen ökonomischen Analyse. Er argumentiert, dass der Markt üblicherweise die Qualität sichert, im Gesundheitssektor der wirksame Mechanismus des Wettbewerbs fehlt und daher durch das Wertesystem der Ärzte ersetzt werden muss.

## **4.2 Anreizsysteme in der medizinischen Versorgung**

### **4.2.1 Strukturierte Behandlungsprogramme**

Seit knapp drei Jahrzehnten ist die Gesundheitswirtschaft in Deutschland und die mit ihr verflochtenen Reformbemühungen bedeutender Gegenstand der sozialpolitischen Diskussion. Während von Anfang der siebziger bis Mitte der neunziger Jahre noch vornehmlich die Kostendämpfung auf der Ausgabenseite im Mittelpunkt stand (Cassel 2002: 246), wird seit Mitte der neunziger Jahre der Einnahmenseite und den Anreizstrukturen, mit denen die aus Prinzipal-Agent-Konstellationen herrührenden Problemstellungen überwunden werden können, in der Gesundheitswirtschaft größere Beachtung beigemessen.

Ein Grund für die Gewichtsverlagerung dürfte die relative Erfolglosigkeit der zahlreichen gesetzlichen Eingriffe in die Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung sein. Auf die steigenden Ausgaben und Beitragssätze wurde in den letzten 25 Jahren mit einer Ausgaben-

dämpfungspolitik von über 200 (!) Einzelgesetzen reagiert, ohne dass sich am langfristigen Trend steigender Ausgaben etwas geändert hätte.

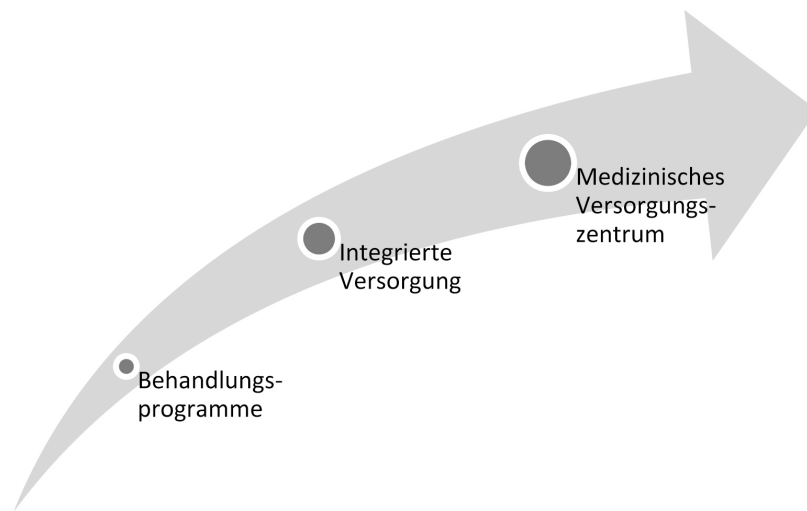


Abb. 13: Anreizsysteme mit steigendem Grad der Integration

Den Ausgangspunkt bei der Analyse der Anreizsysteme bilden strukturierte Behandlungsprogramme, die durch die ganzheitliche Betrachtung des Behandlungsfalls Probleme zu reduzieren suchen, die aus der sektoralen Aufspaltung in ambulante und stationäre Versorgung resultieren. Als eine von drei vorzustellenden so genannten neuen Versorgungsformen weist sie den geringsten Integrationsgrad auf und wird entscheidend durch das globale externe Umfeld des Krankenhauses bestimmt.

#### 4.2.1.1 Begriff „strukturierte Behandlungsprogramme“

In den vergangenen Jahrzehnten gab es zahlreiche Fortschritte in verschiedenen Disziplinen der Medizin. Die Fortschritte reichen von der verbesserten Behandlung bösartiger Tumorerkrankungen über minimalinvasive Operationstechniken bis hin zu neuen Verfahren der bildlichen Darstellung wie der Magnetresonanztomografie oder der Computertomografie. Gleichzeitig wuchs das Wissen beachtlich, so dass es vom einzelnen Arzt nicht mehr beherrscht werden kann, zumal die

oben skizzierte Entwicklung mit einer stetig fortschreitenden Spezialisierung der medizinischen Teilgebiete einhergeht. Die Folge davon ist eine isolierte Betrachtung einzelner Episoden der Erkrankung durch den jeweiligen Arzt. Die Routineversorgung in Deutschland vermag es also immer weniger, die Gruppe der chronisch Kranken nach dem neuesten Standard der Wissenschaft zu versorgen, (Güssow 2007: 56) da die einzelnen Glieder in der Behandlungskette in Prinzipal-Agent-Konstellationen zueinander stehen. Hohe Transaktionskosten, die sich letztendlich auch in Ausgabensteigerungen niederschlagen, sind die Folge.

Strukturierte Behandlungsprogramme sind hierbei eine von drei neuen Versorgungsformen, die gemeinsam mit dem diagnosebasierten Fallpauschalensystem die Reorganisation der Institution „Krankenhaus“ und der Akteure in dessen unmittelbar externen Umfeld im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends prägte. Hinter strukturierten Behandlungs- oder Disease-Management-Programmen steht ein Konzept zur Steuerung der Behandlung von Krankheiten bei gleichzeitiger Reduktion von Transaktionskosten, das seit Mitte der achtziger Jahre in den USA und seit einigen Jahren auch in Europa diskutiert wird. In der Literatur findet sich noch keine eindeutige Begriffsdefinition für das Disease-Management (Scheu 2002: 249). In der vorliegenden Arbeit wird darunter ein Instrument verstanden, das der Steuerung und Behandlung von Patienten mit definierten Krankheitsbildern dient. Das Disease-Management wird als verbindlicher und systematischer Prozess zur Behandlung und Betreuung angesehen, der den gesamten Krankheitsverlauf umfasst und über die Grenzen der Sektoren hinwegreicht. Aus der Definition folgt bereits, dass alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure einbezogen und sämtliche Maßnahmen der Behandlung und Betreuung, aber auch der Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Der verbindliche und systematische Ansatz beim Disease-Management hat bei der Behandlung und Betreuung von chronischen Erkrankungen eine große Relevanz. Der Ansatz fordert, dass für jedes eingesetzte Instrument nachgewiesen sein muss, inwieweit die Erbringung der Leistung zu einer signifikanten Verbesserung in der Ergebnis- oder Prozessqualität der Gesundheitsversorgung führt. Dabei werden der Patient und seine Erkrankung ganzheitlich gesehen. Angestrebt wird nicht die Therapie unterschiedlicher Episoden einer Erkrankung, sondern die Verbesserung der Versorgung einer „Patientenpopulation“ mit einer definierten Erkrankung. Der Patient wird mit seiner Erkrankung und deren Verlauf als medizinische, organisatorische und ökonomische Einheit in den Blick genommen und bleibt grundsätzlich in der Position eines Prinzipals. Die Prinzipal-Agent-Konstellationen der an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer untereinander werden abgebaut (unmittelbar externes Umfeld), was sich insgesamt positiv auf die medizinische Versorgung auswirkt. Dies geschieht dadurch, dass alle an der Behandlung beteiligten Akteure und Institutionen über die gleichen Unterlagen verfügen und dass eine genaue Zuordnung der Aufgaben erfolgt ist.

#### 4.2.1.2 Anreizwirkung der strukturierten Behandlungsprogramme

Strukturierte Behandlungsprogramme sind eng mit dem Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung verknüpft, die das unmittelbar externe Umfeld des Krankenhauses entscheidend prägt. Die gesetzliche Grundlage bildet dabei das Reformgesetz des Risikostrukturausgleiches aus dem Jahr 2002. Dieses hat dafür gesorgt, dass die Kosten für die Programme und die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung der chronisch kranken Versicherten im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Über die Disease-Management-Programme erfolgt mit diesem Ausgleich also auch ein Transfer, der die Morbidität, das heißt die Dauer und Schwere einer

Erkrankung, berücksichtigt. Der zuvor gültige Risikostrukturausgleich unterschied demgegenüber nicht zwischen kranken und gesunden Versicherten. Krankenkassen als Prinzipale haben also einen Anreiz auf den Agenten „Krankenhaus“ einzuwirken, damit es diese Programme umsetzt.

Deren Umsetzung erfolgt auf der Grundlage von Änderungsverordnungen zur Risikostrukturausgleichs-Verordnung, die das Bundesministerium für Gesundheit erlässt. Diese Verordnungen basierten bis zum Jahr 2004 auf Empfehlungen des Koordinierungsausschusses der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Seit dem Jahr 2004 wird diese Aufgabe gemäß § 91 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss übernommen. Dieser empfiehlt dem Bundesministerium für Gesundheit diejenigen Diagnosen, welche für die strukturierte Behandlungsprogramme erarbeitet werden sollen. Für die vom Ministerium dann festgelegten Krankheitsbilder gibt der Ausschuss Empfehlungen zu den Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der Behandlungsprogramme. Das Bundesministerium für Gesundheit definiert dann die Rechtsgrundlage, auf deren Basis die Krankenkassen ihre strukturierten Behandlungsprogramme entwickeln und beim Bundesversicherungsamt einreichen können. Dieses prüft dann, ob die Programme den gesetzlichen Kriterien entsprechen und erteilt nach positiver Entscheidung seine Zulassung (§137g SGB V). Die Beschaffenheit der strukturierten Behandlungsprogramme wird also im globalen externen Umfeld eines Krankenhauses festgelegt.

Behandlungsprogramme, die die Voraussetzungen für eine Zulassung erfüllen, versuchen die fragmentierte Versorgung zu überwinden und dabei gleichzeitig die Transaktionskosten zu senken. So kann ein verbindlicher und systematischer Ansatz dadurch realisiert werden, dass die Patienten, die Krankenkasse und die behandelnden Ärzte einen Vertrag schließen, der vorsieht, dass das Ziel der Versorgung der wis-

wissenschaftlich gesicherte Standard ist (Lauterbach 2003: 9). Dieser beziehungsweise das hierauf beruhende Programm wird beim Disease-Management den Ärzten und den Patienten in nachvollziehbarer Form vorgelegt, beispielsweise durch Leitlinien und leicht verständliches Informationsmaterial. Der wissenschaftlich gesicherte Standard ist auch Gegenstand von medizinischen Fortbildungen und spezieller Schulungen von Patienten. Die Krankenkassen als Prinzipale können steuernd eingreifen, indem sie beispielsweise den Patienten an wichtige Untersuchungen oder Eigenaktivitäten erinnern oder weitergehende unabhängige Informationen zu seiner Krankheit anbieten. Durch die Einschreibung der Patienten in Programme des Disease-Managements wird ermöglicht, dass die Versorgung der chronisch Kranken sich verstärkt auf diejenigen Ärzte und Institutionen konzentriert, die über ausreichendes Erfahrungswissen verfügen und bereit sind, sich einer solchen Behandlungsphilosophie anzuschließen.

Aus Sicht des Krankenhauses ist die Bindung der niedergelassenen Ärzte als Vermittler von Patienten an die Einrichtung ein zentrales Argument für die Implementierung der strukturierten Behandlungsprogramme (unmittelbar externes Umfeld). Auch können beide Seiten den technische Vorteil der Arbeitsteilung hinsichtlich der erbrachten medizinischen Leistung und die ökonomischen Vorteilen der organisatorischen Zusammenfassung von grundsätzlich trennbaren Tätigkeiten innerhalb eines Behandlungsprogramms bis zu einem gewissen Grad nutzen.

Sieben Jahre nach der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen kann eine positive Entwicklung konstatiert werden: Mehr als fünf Millionen chronisch kranke Patienten werden mittlerweile in den Programmen von mehr als 40.000 Ärzten betreut. Etwa jedes dritte Krankenhaus nimmt an den strukturierten Behandlungsprogrammen teil (Blum, Offermanns 2009: 301). Die Programme für Patienten mit

Altersdiabetes, die im Jahr 2003 als erste gestartet sind, haben mit mehr als 2,8 Millionen die höchste Teilnehmerzahl. Die Qualität der Versorgung hat sich nach Einschätzung der gesetzlichen Krankenversicherung durch strukturierte Behandlungsprogramme verbessert (AOK Bundesverband, 24.07.2009), was sich jedoch (noch) nicht in einer abgebremsen Ausgabenentwicklung zeigt.

Anzumerken ist, dass sich in den USA die Disease-Management-Programme weitgehend ohne regulatorische Eingriffe des Gesetzgebers oder anderer staatlicher Institutionen etabliert haben. Die Institution „Markt für Versicherungsleistungen“ ist dort stark fragmentiert, und ein erheblicher Wettbewerbsdruck unter den Versicherungen herrscht vor (Greulich 2002: 180). Es ist daher im Interesse der Versicherungsgesellschaften, die Personen mit günstigen Versicherungsrisiken – die verhältnismäßig gut verdienende und gut ausgebildete Mittelschicht – als Kunden langfristig zu binden. Das Disease-Management wird dort also nicht nur als Mittel zur Verbesserung der Qualität, sondern auch als Instrument zur Kostensenkung verstanden.

Die künftige Entwicklung der Disease-Management-Programme wird unter anderem von deren Akzeptanz durch die Institutionen „Krankenversicherung“, „Krankenhaus“ und „Ärzteschaft“ sowie von der weiteren Gesetzgebung bestimmt werden. Die Krankenhäuser sind dabei aufgrund der Bindung des ambulanten Sektors an die Einrichtung eher an der Implementierung der Disease-Management-Programme interessiert als die niedergelassenen Ärzte. Die Beschaffenheit der Programme wird den Grad festlegen, in dem Über-, Unter- und Fehlversorgung beeinflusst werden.

Es lässt sich schließlich festhalten, dass strukturierte Behandlungsprogramme dazu beitragen, Probleme aus der fragmentierten Versorgung zu überwinden. Sie betreffen zwar auch das Krankenhaus, indem

Transaktionskosten gesenkt werden, ihre Wirkung entfalten sie jedoch primär in dessen unmittelbar externen Umfeld. Eine gravierende Veränderung im internen Umfeld eines Krankenhauses ist jedoch nicht zu erwarten.

#### **4.2.2 Integrierte Versorgung**

Es wurde gezeigt, dass die strukturierten Behandlungsprogramme sich bis zu einem gewissen Grad positiv auf die Patientenversorgung auswirken. Sie entfalten ihre Wirkung primär im unmittelbar externen Umfeld eines Krankenhauses. Probleme in der Akzeptanz von (oft) parallel agierender Institutionen – Institutionen der ambulanten medizinischen Versorgung stehen jenen der stationären Versorgung gegenüber – gilt es noch zu überwinden. So darf festgehalten werden, dass die strukturierten Behandlungsprogramme nicht isoliert umgesetzt werden können; vielmehr müssen andere Anreizsysteme zur Überwindung der Probleme einer sektoralen medizinischen Versorgung unterstützend eingreifen. Die integrierte Versorgung als Rechtinstitution nach §§ 140a SGB V bietet als weitere neue Versorgungsform eine zusätzliche Möglichkeit, die Trennung in unterschiedliche Sektoren bei der Leistungserbringung zu überwinden.

##### **4.2.2.1 Begriff „integrierte Versorgung“**

Der Begriff „integrierte Versorgung“ steht für eine Vernetzung zwischen den einzelnen Institutionen der medizinischen Versorgungssektoren und bedeutet, dass niedergelassene Haus- oder Fachärzte gemeinsam mit stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern eine umfassende medizinische Versorgung anbieten können. Sie kooperieren bei der Behandlung ihrer Patienten und teilen sich ein gemeinsames Budget. Der Patient erhält bei der integrierten Versorgung sozusagen „alle Leistungen aus einer Hand“. Die Vernetzung der Sektoren sorgt



für eine bessere Abstimmung und einen reibungsloseren Ablauf über die gesamte Behandlung einer Erkrankung. Insbesondere Transaktionskosten werden reduziert, wenn z.B. für den Patienten als Agent die Suchkosten reduziert werden.

In den Verträgen zur integrierten Versorgung müssen sich die Leistungserbringer (Agenten) gegenüber den Krankenversicherungen (Prinzipale) zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben sicherzustellen, dass sie die organisatorischen, wirtschaftlichen, medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen der integrierten Versorgung erfüllen und dass sie die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen einschließlich einer ausreichenden Dokumentation gewährleisten. Die integrierte Versorgung versucht damit, die strikte sektorale Trennung zwischen allgemeinmedizinischen und spezialisierten Vertragsärzten als Monopole der ambulanten Versorgung einerseits und Krankenhäusern sowie anderen Institutionen der stationären Versorgung andererseits zu überwinden. Diese Trennung erschwert nämlich die Umsetzung einer modernen medizinischen Versorgung. Die integrierte Versorgung zielt also darauf ab, die rationale und am inneren Zusammenhang orientierte Verbundenheit der medizinischen Leistungen wieder herzustellen. Sie kann damit als Konzeption verstanden werden, die durch eine ganzheitliche Sichtweise der Leistungserbringung in der Gesundheitswirtschaft gekennzeichnet ist. Dabei steht die vertikale Perspektive der gesamten Versorgungskette im Mittelpunkt. Aber auch Vernetzungen innerhalb eines einzelnen Sektors – beispielsweise unter Krankenhäusern –, die damit eine horizontale Perspektive von integrativen Handlungen bilden, sind nicht zu vernachlässigen.

#### 4.2.2.2 Anreizwirkung bei der integrierten Versorgung

Die integrierte Versorgung wurde durch das Reformgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 in Gestalt der §§ 140 a-h SGB V in das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung eingefügt. In der Praxis ist diese integrierte Versorgung gescheitert, weil eine Gewinnsituation für alle beteiligten Institutionen jeweils nicht herstellbar war, ohne das Gesamtbudget innerhalb des Systems auszuweiten (Lauterbach, Lungen 2004: 209). Das Anreizsystem war unzureichend ausgestaltet. Mit dem im Jahr 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die §§ 140 a-d SGB V ersetzt. Dieses Gesetz erweitert zuerst den Kreis der Partner für eine integrierte Versorgung. Waren zuvor die kassenärztlichen Vereinigungen als potentielle Vertragspartner vorgesehen, so wurde eine solche Konstellation durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben. Ferner wurde die Beteiligung von Apotheken an den Integrationsmodellen verankert und den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, eigene Institutionen zum Zweck der integrierten Versorgung zu errichten.<sup>30</sup>

Die Vergütung bei Verträgen zur integrierten Versorgung kann einzelleistungsbezogen oder pauschaliert erfolgen. Hieraus entsteht für die Krankenhäuser und weiteren Leistungserbringer ein Anreiz, so genannte Komplexpauschalen mit Garantie – beispielsweise zehn Jahre für eine Hüftoperation – anzubieten (Hartwig 2004: 364). Als wesentliches Instrument zur Implementierung der neuen Versorgungsform ist jedoch die Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versor-

---

<sup>30</sup> Um die niederländische Versandapotheke „Doc Morris“ in die Knie zu zwingen, riefen die Apothekerverbände ihre Mitglieder dazu auf, von dem Pharmagroßhändler Gehe keine Produkte mehr zu beziehen, nachdem dessen Muttergesellschaft Celesio im Jahr 2007 Doc Morris übernommen hatte. Das Bundeskartellamt verhängte deshalb im Jahr 2009 Geldbußen von insgesamt rund 1,2 Mio. Euro gegen Verbände und Verbandsfunktionäre (Financial Times Deutschland, 24.07.2009).

gung zu sehen. Im Einzelnen war vorgesehen, dass jede Krankenkasse von der für ambulante ärztliche Behandlungen an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung und ebenso von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu ein Prozent einzubehalten hat. Die Mittel sollten in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem sie einbehalten wurden. Die Mittel, die nicht innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren für den vorgegebenen Zweck einer besseren Vernetzung der einzelnen medizinischen Versorgungssektoren verwendet werden, sollten zunächst zurückerstattet werden, verbleiben jedoch nach dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2007 bei den Krankenversicherungen. Damit sollte einerseits ein finanzieller Anreiz für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung geschaffen werden, andererseits wurde durch den einprozentigen Budgetabzug die Verweigerung einer Teilnahme sanktioniert.

Von den beteiligten Akteuren wurde zur Steigerung der Transparenz die Schaffung einer Registrierungsmöglichkeit für integrierte Versorgungsverträge vereinbart. Seit dem Jahr 2004 besteht die Möglichkeit, bei der Bundesstelle für Qualitätssicherung die Verträge anzumelden und einzusehen. Die Registrierung von Verträgen zeigt, dass die tatsächliche Umsetzung der integrierten Versorgung zunächst schleppend verlaufen ist. Erst seit dem Jahr 2004 lässt sich eine verstärkte Aktivität, insbesondere im Bereich von privaten Klinikketten, konstatieren. Im Jahr 2006 beteiligten sich dann etwa ein Drittel der Krankenhäuser an der integrierten Versorgung. Die Teilnahme variiert dabei in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße. Während sich in Häusern unter 300 Betten nur 20-26 Prozent beteiligen, fällt die Beteiligung in größeren Häusern überproportional aus. In Krankenhäusern ab 600 Betten nimmt schon die Mehrheit der Einrichtungen an der Integrierten Versorgung teil (Blum et al. 2006: 52). Ende des Jahres

2008 gab es dann 2993 Verträge zur integrierten Versorgung, was das wachsende Interesse der Krankenhäuser noch einmal belegt (Blum, Offermanns 2009: 301).

Da die Anschubfinanzierung – diese wurde zuletzt im Jahr 2006 durch das Gesetz zur Reform des Vertragsarztrechtes und anderer Gesetze (VÄndG) bis zum Jahr 2009 verlängert – nun ausgelaufen ist und die Versorgungsverträge hiervon stark betroffen sind, ist eine bessere Abstimmung mit anderen Maßnahmen erforderlich. Dabei ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise seit dem Jahr 2008 notwendig, langfristige gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um so die Grundlage für eine ausreichende Investition mit Risikokapital zu sichern.

Es lässt sich festhalten, dass die integrierte Versorgung als weitere neue Versorgungsform eine zusätzliche Möglichkeit bietet, die Trennung in unterschiedliche Sektoren bei der Leistungserbringung zu überwinden. Eine Verbesserung der medizinischen Versorgung kann erreicht werden. Anders als strukturierte Behandlungsprogramme werden Verträge der integrierten Versorgung nicht im globalen externen Umfeld eines Krankenhauses konzipiert, sondern finden ihre Entwicklung in dessen unmittelbar externen Umfeld und haben daher eine stärkerer Wirkung auf diese Institution. Veränderungen im internen Umfeld sind jedoch auch hier nicht zu erwarten.

#### **4.2.3 Medizinische Versorgungszentren**

Seit dem Jahr 2000 wurde im Krankenhaus eine Reihe neuer Versorgungsformen eingeführt oder weiterentwickelt. Neben der integrierten Versorgung und den strukturierten Behandlungsprogrammen ist hierbei die Errichtung von medizinischen Versorgungszentren zu nennen. Das medizinische Versorgungszentrum ist dabei eine neue Institution,

mit deren Hilfe sich das Leistungsspektrum eines Krankenhauses weiter differenzieren lässt. Sie wirkt sich unmittelbar auf das interne Umfeld eines Krankenhauses aus, da mit ihr beispielsweise Arbeitsverträge und Gesellschaftsverträge verknüpft sind.

#### 4.2.3.1 Begriff „medizinisches Versorgungszentrum“

In Westdeutschland gab es bisher drei Formen der Teilnahme an der ambulanten Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten: die Zulassung als Vertragsarzt, die beschränkte und befristete Ermächtigung eines nicht zugelassenen Arztes oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung sowie die Zulassung für die vor- und nachstationäre Behandlung. In Ostdeutschland existierten darüber hinaus zugelassene Einrichtungen wie die Polikliniken. Sie waren dann auch Vorbild bei der Schaffung der im Jahr 2004 eingeführten medizinischen Versorgungszentren.

Das Gesetz definiert – unabhängig von der Gesellschaftsform – die Institution „medizinisches Versorgungszentrum“ in § 95 SGB V als fachübergreifende Einrichtung unter ärztlicher Leitung. Damit sind die Vorgaben aus dem globalen externen Umfeld recht weit gefasst: Die medizinische Versorgung ist vor diesem Hintergrund durch mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder unterschiedlicher Versorgungsformen zu garantieren. Die Ärzte müssen in das bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführte Arztregister eingetragen sein und insoweit die Voraussetzungen für die Zulassung als Vertragsarzt erfüllen. Es können nachträglich nur Ärzte tätig werden, die diese Voraussetzungen besitzen. Bei der Aufnahme eines Arztes, der diese Voraussetzungen nicht erfüllt, wird die Zulassung als medizinisches Versorgungszentrum entzogen. Das Zentrum wird vom Zulassungsausschuss als Institution im unmittelbar externen Umfeld durch Verwaltungsakt zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung

nur zugelassen, wenn die Einrichtung den Zulassungsvoraussetzungen für das medizinische Versorgungszentrum genügt.

Die Zulassung setzt nicht nur die Eintragung aller dort angestellten Ärzte in das Arztregister voraus. Zudem muss ein Bedarf für weitere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung bestehen, was bei „attraktiven“ Disziplinen zu einem Wettbewerb um die erforderliche Zulassung führt. Der Bedarf ist überdies nicht gegeben, wenn der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenversicherungen wegen Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 SGB V arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkungen angeordnet hat, die je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Facharztgruppe einen Arzt oder mehrere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums betreffen können. In diesem Fall muss der Zulassungsausschuss die Zulassung ablehnen.

Im Fall der Zulassungsbeschränkung bietet sich der „Erwerb“ bereits bestehender Kassenarztsitze im unmittelbar externen Umfeld an – entscheidend sind dabei die Verhandlungsposition des niedergelassenen Arztes und das Verhalten der anderen Ärzte im Einzugsbereich des Versorgungszentrums. Da die Zulassung als öffentlich-rechtlich verliehene Rechtsposition nicht privatrechtlich veräußert werden kann, müssen die bisherigen Praxis- und Zulassungsinhaber ihre Praxen unter Aufgabe ihrer Zulassung auf das medizinische Versorgungszentrum übertragen. Nach § 103 Abs. 4 SGB V kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um in einem medizinischen Versorgungszentrum als Angestellter tätig zu werden. In diesem Falle muss der Zulassungsausschuss die Anstellung dieses Arztes im medizinischen Versorgungszentrum genehmigen, auf welches die Zulassung übergeht. Neben angestellten Ärzten können auch zugelassene Vertragsärzte im medizinischen Versorgungszentrum tätig werden.

#### 4.2.3.2 Anreizwirkung der medizinischen Versorgungszentren

Das medizinische Versorgungszentrum ist – oberflächlich betrachtet – für das Krankenhaus „nur“ eine Möglichkeit, um in die ambulante medizinische Versorgung vorzudringen; dies ist für das Krankenhaus der zentrale Anreiz. Doch kann es als neue Versorgungsform dazu genutzt werden, Versorgungsstrukturen aufzubauen, die ebenfalls einen integrativen Charakter beinhalten. Schließlich kann durch ein medizinisches Versorgungszentrum die Hierarchie eines Krankenhauses aufgebrochen werden, wenn der Krankenhausarzt aus der starren Struktur herausgelöst wird. Mittels des medizinischen Versorgungszentrums kann also das interne Umfeld des Krankenhauses verändert werden, was sich vor dem Hintergrund der angesprochenen Funktion des Krankenhausarztes als „Doppelagent“ positiv auswirkt.

Die Vergütung innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums erfolgt gemäß den Regelungen für den vertragsärztlichen Bereich. Dies bedeutet, dass die Leistungen des medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bereich der Gesamtvergütung über den Honorarverteilungsmaßstab der jeweils zuständigen kassenärztlichen Vereinigung vergütet werden. Daher müssen die im einheitlichen Bemessungsmaßstab als vertragsärztliche Gebührenordnung zu schaffenden Leistungskomplexe und Fallpauschalen ausdrücklich die Besonderheiten von kooperativen Versorgungsformen berücksichtigen.

Aus der Perspektive eines Krankenhauses ist die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums interessant, da es ermöglicht, ambulante kassenärztliche Leistungen im Krankenhaus weit über das bisherige Maß hinaus anzubieten und damit vorhandene Kapazitäten besser zu nutzen. Dabei können in dem Mehr-Personen-Unternehmen „medizinisches Versorgungszentrum“ sowohl der technische Vorteil der Arbeitsteilung in Bezug auf eine Leistung als auch die ökonomischen

Vorteile der organisatorischen Zusammenfassung von grundsätzlich trennbaren Tätigkeiten genutzt werden. Für einzelne Fachrichtungen lassen sich neue Möglichkeiten der ambulanten Betreuung etablieren, die eine Steigerung der Patientenzahlen auch für die stationäre Leistungserbringung sicherstellt. Da nicht immer wieder neue Kooperationspartner gesucht werden müssen, kann auch von sinkenden Transaktionskosten in der Beziehung zwischen Krankenhaus und ambulantem Bereich ausgegangen werden.

Das Krankenhaus als Gründer eines medizinischen Versorgungszentrums – es befindet sich in der Position eines Prinzipals gegenüber den Ärzten als Agenten – besitzt darüber hinaus die Chance, weitere Zulassungen für die Erbringung medizinischer Leistungen zu erwerben. Dadurch wird die Begrenzung der persönlichen Arbeitszeit aufgehoben, die beim freiberuflich tätigen Arzt die natürliche Wachstumsgrenze definiert. Durch unternehmerische Akte, nämlich über Investitionen und Anstellung von zusätzlichem Personal, kann das Krankenhaus das medizinische Versorgungszentrum ausbauen und vergrößern – für den Patienten hat dies den positiven Effekt, dass Öffnungszeiten verlängert werden können. Möglich ist in diesem Zusammenhang sogar der Ankauf von zuvor fachfremden Zulassungen. So kann ein medizinisches Versorgungszentrum mit einem Orthopäden und einem Chirurgen ohne weiteres noch einen kardiologischen oder neurologischen Sitz erwerben.

Gleichzeitig handelt es sich bei der Etablierung eines medizinischen Versorgungszentrums um einen sehr sensiblen „Eingriff“ in das unmittelbar externe Umfeld des Krankenhauses, da in dessen Einzugsbereich weiterhin niedergelassene Ärzte in der ambulanten Versorgung arbeiten. Sie können den Eindruck gewinnen, dass das Krankenhaus beabsichtigt, in den Markt für ambulante medizinische Leistungen vorzudringen und ihnen ambulante Fälle zu entziehen. Konsequenter-



weise können sie die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus beenden und – gerade in größeren Ballungsräumen – Patienten in andere Kliniken überweisen. Im Rahmen der Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums kommt daher der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten eine besondere Bedeutung zu. Die Kooperation ist eine Prinzipal-Agent-Konstellation, wobei auf beiden Seiten Informationsasymmetrien bestehen.

Ende des Jahres 2008 gab es 429 medizinische Versorgungszentren mit Beteiligung eines Krankenhauses. Damit ist etwa ein Fünftel aller Krankenhäuser imstande, innerhalb dieser Institution an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen (Blum, Offermanns 2009: 301). Die Zukunft der medizinischen Versorgung wird stark davon abhängen, inwieweit es der neuen Bundesregierung gelingt, sich von einer Politik zu lösen, die eine Trennung in zwei Sektoren der medizinischen Versorgung weiterhin befürwortet.

Es lässt sich festhalten, dass die Institution „medizinisches Versorgungszentrum“ von ihrer Basiskonstruktion unabhängig von der Institution „Krankenhaus“ ist. Anders als die anderen genannten Versorgungsformen wirkt sich diese primär auf das interne Umfeld der sie gründenden Akteure aus, da mit ihr etwa die Frage nach der Ausgestaltung von Gesellschafts- und Arbeitsverträgen verknüpft ist. Weiter beinhaltet sie die positiven Elemente anderer Versorgungsformen mit Hinblick auf die Behandlung der Patienten und bietet dem Krankenhaus die Möglichkeit, seinen Aktionsradius zu vergrößern und beispielsweise dadurch vorhandene Kapazitäten besser zu nutzen.

## 5 Ansätze der Reorganisation der medizinischen Versorgung

### 5.1 Reorganisation des Ressourceneinsatzes

#### 5.1.1 Kosten- und Leistungsrechnung



Abb. 14: Ansätze der Reorganisation

Im vorangegangenen Kapitel konnte deutlich gemacht werden, dass die asymmetrische Verteilung von Informationen die Ursache für eine unzureichende medizinische Versorgung von Patienten ist. Auch ließ sich konstatieren, dass die bislang ergriffenen Maßnahmen unzureichend sind und eine Reorganisation beim Ressourceneinsatz, bei der medizinischen Leistung und beim Krankenhaus als Unternehmen zu erfolgen hat. Anzumerken ist hierbei, dass einzig dem medizinischen Versorgungszentrum eine unmittelbare Wirkung auf das interne Umfeld des Krankenhauses bescheinigt wurde. Die Reorganisation hat also zunächst im internen Umfeld eines Krankenhauses anzusetzen und dann auf das unmittelbar externe Umfeld auszustrahlen.

Die medizinische Leistung eines Krankenhauses muss durch den Einsatz von Ressourcen produziert werden. Im Gegensatz zu den Bedürfnissen der Menschen sind die Ressourcen knapp. Die Haushalte als Eigentümer der Ressourcen lassen sich die für die Produktion abgegebenen Leistungen durch Faktornutzungspreise vergüten. Von deren Höhe kann die Bereitschaft der Haushalte abhängen, Ressourcen für die Produktion von medizinischen verfügbar zu machen. Unterschiedliche Ansätze der Reorganisation werden nun diskutiert.

#### 5.1.1.1 Notwendigkeit einer Kosten- und Leistungsrechnung

Vor der Einführung des Systems der Fallpauschalen war die Geldsumme, die die Institution „Krankenhaus“ bei gegebenen Preisen auf den Kauf von Faktoren zur Produktion medizinischer Leistungen aufteilen konnte, vergleichsweise hoch. Um zu vermeiden, dass in der Folgeperiode dem Krankenhaus ein geringerer Geldbetrag von der Institution „Krankenversicherung“ zugebilligt wird, wurde die zur Verfügung stehende Geldsumme in jedem Abrechnungszeitraum aufgebraucht. Die Höhe der Faktorpreise spielten daher für das Krankenhaus nur eine untergeordnete Rolle. Bei dem eingeführten System der Fallpauschalen ist der Behandlungsfall die alleinige Bemessungsgrundlage für die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistung. Jedem Behandlungsfall wird eine Pauschale zugeordnet, mit der dem jeweiligen Krankenhaus die durchgeführte Behandlung feststehend vergütet wird. Den Kosten für den Behandlungsfall stehen somit die Erlöse gegenüber. Die Institution „Krankenhaus“ wird Gewinne erwirtschaften, wenn die Kosten unter den mit dem neuen System erreichbaren Erlösen bleiben.

Demnach besteht erst seit der Einführung des Systems der Fallpauschalen für das Krankenhaus die Notwendigkeit, die auszubehenden Geldeinheiten einer Verwendung zuzuführen, die den höchsten Nut-

zen für die Institution „Krankenhaus“ stiftet. Dasselbe ermittelt diesen Nutzen über die Kosten- und Leistungsrechnung. Deren Implementierung ist eine Voraussetzung für eine Veränderung der Reorganisation des Ressourceneinsatzes. Der Ausgangspunkt ist dabei die Kostenartenrechnung, die als Bindeglied zwischen Kostenträgerrechnung und Kostenstellenrechnung aufgefasst werden kann (Friedl 2004: 53). Ohne die Kostenartenrechnung ist eine sinnvolle weitere Kostenrechnung unmöglich. Alle Produktionsfaktoren, die für die Erstellung der Leistungen des Krankenhauses notwendig sind, werden dabei berücksichtigt. Die Kostenarten lassen sich in Einzelkosten und Gemeinkosten unterteilen. Die Einzelkosten werden nach Möglichkeit unmittelbar den Kostenträgern, also den einzelnen medizinischen Leistungen, angerechnet. Dabei sind die einzelnen Kostenstellen im Krankenhaus nicht beteiligt. Im Bereich der Kostenrechnung eines Krankenhauses ist die Zurechnung der Einzelkosten meist nur im Bereich von klinischen Studien zu finden, die von der pharmazeutischen Industrie unterstützt werden. Der Großteil der Kosten – Gemeinkosten und unechte Gemeinkosten – wird zunächst auf die Kostenstellen gebucht.

Die Kostenträgerrechnung in ihren unterschiedlichen Ausformungen ist für die Erfassung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses von elementarer Bedeutung. Sie bildet die Grundlage für den Einsatz nahezu aller anderen wirtschaftlichen Instrumente zur Steuerung der Institution „Krankenhaus“ und ist daher zentral bei der Reorganisation, die im internen Umfeld eines Krankenhauses beginnt. Ohne eine Kostenträgerrechnung ist das Risiko von Fehlentscheidungen und einer Verschleppung wichtiger Entscheidungen hoch (Larbig, Ackermann 2008: 336). Als Kostenträger dienen die erbrachten Leistungen, denen möglichst verursachungsgerecht Kosten zugeordnet werden. In einem Krankenhaus kommen als Kostenträger die medizinischen Einzelleistungen oder Einzelfälle in Betracht. Nach der Einführung der Fallpauschalen bieten sich auch Fallgruppen als Kostenträger an.

Durch eine Gegenüberstellung mit den jeweiligen Erlösen lässt sich schließlich der Ergebnis- oder Deckungsbeitrag der einzelnen Fallgruppen ermitteln. Bei der Einführung einer Kostenträgerrechnung muss neben einer vollständigen Dokumentation der innerbetrieblichen Leistungen sowie einer lückenlosen Erfassung aller kostenrelevanten Daten deren Validität gewährleistet sein. Letztlich bedeutet dies eine Konfrontation mit geeigneten Instrumenten zur Verrechnung von innerbetrieblichen Leistungen.

#### 5.1.1.2 Einführung von internen Märkten auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung

Ein auf der Grundlage einer Kosten- und Leistungsrechnung entwickelter Ansatz der Reorganisation des Ressourceneinsatzes stellt die Implementierung interner Märkte innerhalb des Krankenhauses über die Einführung von Verrechnungspreisen dar. Sie sind ein Wertansatz für innerbetrieblich erstellte Leistungen, die man von anderen, rechnerisch abgegrenzten Bereichen des Krankenhauses bezieht oder an diese liefert. Da die intern offerierten Leistungen nicht auf einem tatsächlichen Markt gehandelt werden, kann man für solche nur Verrechnungspreise ansetzen. Sie stellen somit ein Substitut für die fehlenden Marktpreise dar und schaffen fiktive interne Märkte. Die Beziehung zwischen den internen Anbietern und Nachfragern ist also lediglich inszeniert. Die internen Märkte können also dazu beitragen, das Verhalten von Anbieter und Nachfrager innerhalb des Krankenhauses bei einer gegebenen Ausstattung mit Ressourcen zu steuern und damit die Reorganisation im internen Umfeld voranzubringen (Ewer, Wagenhofer 2008: 284 ff.).

Zentral für den Erfolg ist der Preisbildungsprozess auf den internen Märkten – die internen Verrechnungspreise sind in Abhängigkeit von den spezifischen Zielen, die mit ihrer Nutzung verfolgt werden, zu

bestimmen. Ziele können eine effizientere Ressourcenallokation oder eine Erfolgsermittlung für einzelne Teilbereiche der Institution „Krankenhaus“ sein. Ein zu erwartender Nebeneffekt ist das Entstehen von Kostenbewusstsein und -verantwortung bei den einzelnen Akteuren. Die für den internen Leistungsverkehr verwendeten Preise können entweder festgelegt oder ausgehandelt werden. Letztere ermöglichen ein „echtes“ internes Marktgeschehen, bei dem Anbieter und Nachfrager frei ihren Kostenvorstellungen und Präferenzen nach agieren. Problematisch ist dabei allerdings, dass der Prozess des Aushandelns meist hohe Transaktionskosten mit sich bringt, da er zeitintensiv und sehr komplex sein kann.

Als Gegenmodell bietet es sich an, den optimalen Verrechnungspreis festzulegen (Horváth 2002: 593ff.). Dafür sind zwei Methoden, nämlich die Orientierung an Marktpreisen oder an Kosten, denkbar. Ersteere vermögen auch zur Erfolgsermittlung eingesetzt zu werden, da die Leistungsfähigkeit der Akteure unter Marktbedingungen festgestellt werden kann. Eine bessere Ressourcenallokation ist so jedoch nicht in großem Maße zu erwarten, da durch die Behandlung der Teilbereiche wie selbstständige Unternehmen keine Vorteile aus organisationsinternen Kooperationen mehr entstehen (Osterloh, Frost 1999: 62). Auch ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser oft nur über eine unzureichende Datenqualität verfügen, die ihnen die Einführung einer Kostenträgerrechnung und erst recht die Implementierung von internen Märkten versagt (Larbig, Ackermann 2008: 340).

Die internen Märkte können als eine spezifische Kategorie von Organisationsstrukturen verstanden werden, bei der die Steuerung von Einzelentscheidungen innerhalb der Institution „Krankenhaus“ auf die Eigenverantwortung der betroffenen Einheiten sowie auf marktliche Prinzipien abgestellt wird. Im Gegensatz zu externen Märkten, auf denen die Akteure ihre Entscheidungen nach dem Prinzip der indivi-

duellen Nutzenmaximierung treffen, müssen auf internen Märkten die organisatorischen Teilinstitutionen neben den eigenen, departmentalen Zielen auch die des gesamten Krankenhauses berücksichtigen. Die Situation des Krankenhausarztes als „Doppelagent“ wird damit zu Ungunsten des Patienten verändert. Der Arzt wird sich noch mehr für die betriebswirtschaftlichen Belange des Krankenhauses einsetzen (moral hazard). Interne Märkte können daher nur eine Maßnahme im Rahmen einer umfassenden Reorganisation sein, die die interne Perspektive stärker berücksichtigt.

### **5.1.2 Pfadabhängige medizinische Leistungserbringung**

Die Einführung von Fallpauschalen liefert die Motivation, einzelne Fallgruppen als Kostenträger zu betrachten. Über die Gegenüberstellung mit den jeweiligen Erlösen lässt sich schließlich der Ergebnis- oder Deckungsbeitrag der einzelnen Fallgruppen ermitteln. Auf der Grundlage der Kostenträgerrechnung kann nach Hellmann (2002) eine Reduktion des Ressourceneinsatzes pro Behandlungsfall auch durch die Einführung von so genannten klinischen Behandlungspfaden („clinical pathways“) erlangt werden.

#### **5.1.2.1 Notwendigkeit einer pfadabhängigen Leistungserbringung**

Die Anzahl der Behandlungsfälle pro Krankenhaus wird künftig steigen. Hinzu kommt, dass Patienten durch medizinisch-technischen Fortschritt älter werden, so dass ein steigender Anteil älterer und multimorbider Patienten in den bestehenden Versorgungsnetzen verbleibt. Kliniken stehen nun vor der Aufgabe, Prozesse zu optimieren, um den Vorgaben der Kostenträger, aber auch den schneller werdenden, komplexen Patientenbewegungen gerecht zu werden. Die zunehmende Emanzipation des Patienten verlangt zusätzlich eine höhere Transpa-

renz der Prozesse und somit eine wesentliche Verbesserung der Patienten- und Angehörigenintegration in den Behandlungsablauf.

Um diesen wachsenden Anforderungen Rechnung zu tragen, stehen Kliniken vor der zentralen Aufgabe, Behandlungspfade zu entwickeln. Eine pfadabhängige Leistungserbringung bedeutet, dass alle am Behandlungsprozess beteiligten Akteure klare Vorgaben darüber erhalten, wann und in welcher Reihenfolge die Untersuchungen und die Behandlungen durchzuführen sind. Sie haben für den Patienten den Vorteil, dass er zu jedem Zeitpunkt des Verlaufs seiner Behandlung deren Stand abschätzen kann („monitoring“). Das Problem, dass sich der Arzt im Krankenhaus mehr den betriebswirtschaftlichen Zielen seines Arbeitgebers als dem Wohl der Patienten verpflichtet fühlt, wird so entschärft. Denn der Patient ist eher in der Lage, die Handlungen seines Arztes anhand der Leitlinien zu kontrollieren und gegebenenfalls korrigierend einzugreifen. Die asymmetrische Verteilung der Informationen, die bereits bei der Auswahl des Krankenhauses auftritt, wird stark reduziert, da die Standardisierung ein in allen Krankenhäusern gleiches Leistungsniveau mit sich bringt. Wird dieser Ansatz beispielsweise mit neuen Versorgungsformen und der Errichtung von internen Märkten innerhalb des Krankenhauses verknüpft, kann eine bessere Versorgung des Patienten gewährleistet werden.

Die Definition und Anwendung von klinischen Behandlungspfaden trägt also zur Transparenz des Leistungsgeschehens maßgeblich bei. Durch die Veröffentlichung einheitlich festgelegter Behandlungspfade können die bestehenden Unkenntnisse der Krankenversicherungen und des Patienten hinsichtlich des Leistungsgeschehens innerhalb der verschiedenen Krankenhäuser und die damit verbundenen Transaktionskosten auf dem Markt für medizinische Leistungen gemindert werden. Durch eine Vereinheitlichung der Behandlungsabläufe lässt sich die Effizienz des Behandlungsprozesses auch im Rahmen inte-



grierter Versorgungsmodelle, die neben der ambulanten und stationären Behandlung auch die Rehabilitation umfassen, bewerten und vergleichen, um schließlich zu einer sektorübergreifenden Analyse von Behandlungsfällen zu kommen. Demnach führt eine Vereinheitlichung der Behandlungsabläufe letztendlich dazu, die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser als gleichwertig anzusehen. Das heterogene Oligopol auf dem Markt für stationäre medizinische Leistungen wandelt sich in ein homogenes Oligopol, bei dem es einen einheitlichen Preis – wie bei dem System der Fallpauschalen vorgesehen – für die durchgeführte Behandlung geben kann.

Eine künftige Weiterentwicklung der Publikationsvorschriften kann somit die Möglichkeit eröffnen, den Patienten nicht nur eine kostengünstige, sondern auch eine qualitativ verbesserte Behandlung zu bieten. Denn es darf als gesichert gelten, dass die Effektivität der Behandlung sowohl unter dem zunehmenden Druck des Gesetzgebers als auch mit dem wachsenden Anspruch der Patienten einen immer höheren Stellenwert im Alltag der Krankenhäuser einnimmt.

#### 5.1.2.2 Einführung von klinischen Behandlungspfaden

Damit mit der Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden begonnen werden kann, sind zunächst die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen. Hierzu gehören beispielsweise die Bildung einer Steuergruppe und die Benennung eines Moderators. Besonders vorteilhaft ist es dabei, wenn die Erstellung und die Kostenbetrachtung des Pfades vom gleichen Personenkreis vorgenommen werden. Hierdurch ist gewährleistet, dass der Prozess schon vor der wirtschaftlichen Bewertung bekannt und vor allem auch verstanden ist. Durch die dezentrale Pfadarbeit innerhalb einer Teilinstitution werden die einzelnen Prozessschritte im Team diskutiert und so für alle Beteiligten transparenter (Hellmann 2002: 12).

So implementierte klinische Behandlungspfade werden – entsprechend ihrer Definition und in Anlehnung an das Prozessmanagement – immer ausgehend vom erwünschten Ergebnis aufgebaut. Aufgrund dieser Orientierung wird sowohl die Berücksichtigung der verschiedenen Erwartungshaltungen von Patienten, medizinisch-pflegerischem Behandlungsteam und Kostenträgern gewährleistet als auch eine Überprüfung der Ergebnisse durch aussagekräftige Kennzahlen erleichtert. Auch erfordert die Restrukturierung von Krankenhausprozessen die Kooperation aller Beteiligten bei der Entwicklung zielgerichteter Prozessabläufe wie auch bei der Umsetzung von Behandlungspfaden in die Praxis. Ziel ist, Behandlungsprozesse durch interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation so zu gestalten, dass die Ergebnisqualität verbessert und die Verweildauer gleichermaßen reduziert werden.

Klinische Behandlungspfade ermöglichen eine Standardisierung der Arbeitsabläufe und eine bruchlose Versorgung von Patienten über die Grenzen der Teilinstitutionen hinweg. Sie senken gleichzeitig die Transaktionskosten innerhalb des Krankenhauses und schaffen damit die Voraussetzung für ein integriertes Management der Prozesse, mit dessen Hilfe erhebliche Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen verbunden sein können. Klinische Behandlungspfade definieren also klare Vorgaben für alle am Behandlungsprozess Beteiligten. Neben dem Ablauf und der Reihenfolge der Prozeduren sind mit dem Behandlungspfad auch die zu erreichende Zwischenziele festgelegt. Durch die Ermittlung von klinischen Behandlungspfaden und den damit zusammenhängenden Teilprozessen von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten ist es möglich, sowohl den Ablauf als auch die Kosten transparent zu machen und zu kalkulieren. Zusammen mit der auf Leitlinien basierenden Medizin bildet die Einführung der klinischen Behandlungspfade einen Ausgangspunkt für eine Verbesse-

rung des Ressourceneinsatzes (Preuß 2003: 233). Mittels festgelegter Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassungsabläufen kann ein Großteil der derzeit in der Institution „Krankenhaus“ anfallenden Kosten für ein spezifisches Leistungsangebot transparent dargestellt und messbar abgebildet werden – angesichts gegebener Faktorpreise und technischer Möglichkeiten zur Produktion einer festgelegten Menge von medizinischen Leistungen kann die kostengünstigste Technik gewählt werden.

Mit der Einführung von Behandlungspfaden wird insgesamt sowohl das Interesse der Krankenkassen an einer effizienten Leistungserstellung als auch das des Patienten an einer effektiven Behandlung unterstützt, sofern sichergestellt ist, dass die Verbesserung des Einsatzes von Ressourcen nicht eine Verminderung des Qualitätsstandards hervorruft. Klinische Behandlungspfade sind damit eine wesentliche Grundlage, auf dem auch andere Ansätze der Reorganisation zurückgreifen. Bei der Implementierung von neuen Versorgungsformen bilden sie als übertragbare strukturierte Handlungsanweisung die zentrale Voraussetzung für deren Erfolg (Roeder, Küttner 2007: 68).

### **5.1.3 Neue pflegerische Versorgungskonzeptionen**

Die Einführung von Behandlungspfaden stellt ein Instrument dar, mit dessen Hilfe der Ressourceneinsatz im medizinischen Bereich eines Krankenhauses verbessert werden kann. Innerhalb der Institution „Krankenhaus“ sind jedoch auch pflegerische Leistungen zu erledigen, die bei der Reorganisation des Ressourceneinsatzes berücksichtigt werden müssen.

### 5.1.3.1 Notwendigkeit einer abgestuften Pflege

Die bislang übliche und durch eine divisionale Organisationsstruktur des Krankenhauses verursachte Einteilung in Stationen der Intensivpflege und Stationen der Normalpflege führt vor allem auf letzteren zu einer hohen Personalbindung. Denn um die Aufnahmefähigkeit der Intensivstationen zu wahren, werden auf den Normalstationen auch Patienten mit hohem Überwachungsbedarf betreut. Mittels der Versorgungskonzeption der abgestuften Pflege, das die Pflegestufen differenzierter betrachtet, kann der Personaleinsatz reduziert werden. Die Versorgungskonzeption überwindet die Zweiteilung in Normalstation und Intensivstation durch ein differenzierteres System. Der stationären Behandlung wird dabei eine zentrale Diagnostik vorgeschaltet, die unter anderem Fehlbelegungen und Verlegungen von einer Abteilung in die andere überflüssig macht. Eine vierstufige Pflege und Behandlung schließt sich an, bei dem sich die Pflegeintensität durch Ärzte und Pflegepersonal absteigend verringert (Korzillus 1998: 1149). Ein solches Pflegekonzept wird den Ansprüchen des einzelnen Patienten insofern gerecht, als es die Eigenaktivität des Patienten unterstützt. Auf dessen Eigeninitiative, die wesentlich zur Gesundung beiträgt, wirkt ein in sich gegliedertes Konzept wie das der abgestuften Pflege vermutlich stimulierend.

Nach der Konzeption der abgestuften Pflege gibt es neben den Intensivstationen („high care“) und den Normalstationen („care“) die Stationen für kritisch kranke, aber nicht unmittelbar bedrohte Patienten („intermediate care“) sowie Stationen für fast gesunde Patienten, die kaum noch einer pflegerischen Betreuung bedürfen („low care“). Auf einer Low-Care-Station kann es beispielsweise darum gehen, die Untersuchungstermine zu koordinieren oder in regelmäßigen Abständen Augentropfen zu verabreichen oder den Verband zu wechseln. Der Patient ist in der Regel nicht bettlägerig und sein Aufenthalt währt nur

kurz. Der Schwerpunkt der Tätigkeit der Pflegenden wird dort in organisatorischen und administrativen Aufgaben sowie im Service liegen. Die Intermediate-Care-Stationen dienen vor allem der Entlastung der Intensivstationen. Durch die Verlegung des Patienten von der Intensivstation in eine Intermediate-Care-Station werden Kapazitäten eröffnet, um weitere Intensivpatienten zu behandeln, deren Operationen unter Umständen wegen eines fehlenden Intensivbettes hätten verschoben werden müssen. Für das Krankenhaus bedeuten eine Verschiebung der Operation und eine damit verlängerte Verweildauer des Patienten im System der Fallpauschalen einen finanziellen Nachteil (Koch 2004: 71)

Problematisch bei der dargestellten Konzeption der abgestuften Pflege ist, dass eine auf Bezugspersonen ausgerichtete Pflege nicht implementiert werden kann. Die Anonymität wird durch den Umstand wechselnder medizinischer und pflegerischer Zuständigkeiten noch verstärkt, was einen Anstieg der Informationskosten bei den Beziehungen zwischen den Teilinstitutionen eines Krankenhauses gewärtigen lässt. Auch ist jede Verlegung mit einem erhöhten Aufwand verbunden, so dass diese Konzeption nicht durchgängig realisiert werden darf. Davon sollte man insbesondere bei Patienten mit erhöhtem Rückfallrisiko Abstand nehmen. Zudem besteht bei einer derart ausgestalteten Konzeption die Gefahr, den wirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses eine höhere Bedeutung beizumessen als der Genesung des Patienten. Das ist der Fall, wenn keine Maßnahmen, beispielsweise durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, implementiert werden, die die Angemessenheit der Zuordnung der Patienten zu einer Pflegestufe kontrollieren und gegebenenfalls korrigieren.

### 5.1.3.2 Einführung einer abgestuften Pflege

Die Implementierung von neuen Versorgungskonzeptionen beinhaltet eine Anpassung der gesamten Institution „Krankenhaus“ an die neuen Strukturen und damit einen massiven Eingriff in das interne Umfeld der Einrichtung. So gilt es, die Versorgung des Patienten derart zu steuern, dass eine Verkürzung der Verweildauer ermöglicht wird. Der Patient durchläuft die verschiedenen Stationen nach dem so genannten Fluss-Prinzip. Nach der Aufnahme kommen nicht bettlägerige, mobile Patienten auf die Low-Care-Station. Sie können sich dort ohne Einschränkungen bewegen und absolvieren ihre Diagnoseuntersuchungen. Zu den notwendigen Behandlungen müssen sie sich jeweils in die entsprechenden Fachabteilungen begeben. Eine Hauptaufgabe des Pflegepersonals ist dort die Koordination der Untersuchungen. Daher ist weniger Personal zur Betreuung notwendig – es kann abgebaut oder anderweitig eingesetzt werden. Für die Patienten, die nach einer Operation oder komplizierten Behandlung noch zu überwachen sind, aber keine Intensivpflege benötigen, werden nach dem Versorgungskonzept interdisziplinäre Intermediate-Care-Stationen eingerichtet. Erst wenn sich eine intensive Überwachung erübrigt, werden sie zu den Normalstationen geschickt, für die somit die Anschaffung teurer Geräte entfällt. Kurz vor der Entlassung verlegt man die Patienten erneut für die Abschlussuntersuchungen auf die Low-Care-Station.

Die Bildung von Low-Care-Stationen beziehungsweise Einrichtungen der Kurzzeitpflege ist im elften Buch des Sozialgesetzbuchs geregelt. Dort (§ 42 SGB XI) wird es erlaubt, die Pflegebedürftigen nach einer stationären Behandlung in Low-Care-Stationen beziehungsweise Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu versorgen. Damit kann ein verlängerter Krankenhausaufenthalt, der einen erhöhten Ressourceneinsatz verlangt, vermieden werden. Die Low-Care-Stationen sind wesentlich kostengünstiger zu betreiben, so dass ein Anreiz für das Krankenhaus

besteht, eine solche Station einzurichten. Insbesondere durch die Schaffung und Nutzung so genannter Patientenhotels (Koch 2004: 71), die die Aufgaben von Low-Care-Stationen übernehmen, oder durch die Verlegung in Wohn- und Pflegeeinrichtungen kann es dem einzelnen Krankenhaus gelingen, seine Personalkosten zu senken und somit eine verbesserte Allokation der Ressourcen im Haus zu erreichen. Wichtig ist dabei die klare organisatorische Trennung zwischen dem Krankenhaus und dem Betreiber der Station, da der Institution „Krankenhaus“ im Krankenhausplan nur bestimmte Bettenkapazitäten zugewilligt werden. Andernfalls wird die Krankenversicherung mit der Low-Care-Station vermutlich keinen Versorgungsvertrag schließen. Besteht ein solcher schon, dann ist es dem Krankenhaus möglich, dem Betreiber der Low-Care-Station einen Kooperationsvertrag anzubieten. Dabei vermietet es ihm beispielsweise eine Station und ist dadurch in der Lage, seine Kapazitäten besser auszunutzen. Bei der Kooperation braucht sich das Krankenhaus jedoch nicht nur auf die Vermietung von Räumlichkeiten zu beschränken, sondern kann den Vertrag auch auf die Gestellung von Mitarbeitern ausdehnen. Der bereits oben dargelegte eventuelle Personalabbau ist dadurch sozialverträglich möglich.

Insgesamt wird mit der abgestuften Pflege sowohl das Interesse der Krankenkassen an einer effizienten Leistungserstellung als auch das des Patienten an einer effektiven Behandlung unterstützt, wenn sichergestellt ist, dass die Verbesserung der Abläufe in der Pflege nicht eine Verminderung des Qualitätsstandards hervorruft. Sie gewinnt insbesondere dann an Bedeutung, wenn es neue Versorgungsformen zu berücksichtigen gilt.

## **5.2 Die Reorganisation bei der medizinischen Leistung**

### **5.2.1 Restrukturierung der medizinischen Versorgung**

Die vorangegangenen Abschnitte befassten sich mit der Reduktion des Ressourceneinsatzes im Zuge der Einführung des Systems der Fallpauschalen und der Implementierung neuer Versorgungsformen. Hierbei war die interne Perspektive von besonderer Bedeutung. Die beschriebenen Folgen des neuen Systems erfordern auch eine Veränderung der medizinischen Leistungen. Deren Reorganisation, die als zweiter Schritt einer umfassenden Reorganisation der Institution „Krankenhaus“ verstanden werden kann, wird nun dargelegt. Neben der internen Perspektive gewinnt die externe mehr an Bedeutung. Damit bezieht dieser Ansatz auch auf das unmittelbar externe Umfeld ein.

#### **5.2.1.1 Notwendigkeit der Restrukturierung**

Die Restrukturierung mit dem Ziel eines zukunftsfähigen Krankenhauses erfordert eine Entwicklung weg von einer überwiegend funktionalen Organisationsstruktur hin zu einer verstärkten Prozessorientierung. Mit der Einführung des diagnosebasierten Fallpauschalensystems wurden Anreize geschaffen, die eine Auseinandersetzung mit der Produktivität im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung lohnenswert erscheinen lassen. Des Weiteren muss eine Vorbereitung auf die veränderte Wettbewerbssituation stattfinden. Dabei ist insbesondere zu definieren, welche medizinischen Leistungen im Kontext der Patientenbehandlung angeboten werden sollen und können.

Da das diagnosebasierte Fallpauschalensystem in Deutschland auf Festpreisen beruht, die über die Krankenhäuser hinweg festgeschrieben sind, kann es einen Preiswettbewerb der Konkurrenten im hetero-



genen Oligopol nicht geben (Robra et al. 2003: 2). Das neue System bietet jedoch gute Ansatzmöglichkeiten, um die erbrachten Leistungen nachzukalkulieren. Damit kann das Krankenhaus profitable und nicht profitable Bereiche erkennen. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wird es bei konstanten Preisen bestrebt sein, in Gewinn versprechenden Bereichen mehr Fälle zu versorgen. Die Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten, deren Behandlung ähnlich geartete Arbeitsabläufe verlangt und durch die klinischen Behandlungspfade leicht standardisierbar ist, ermöglicht der stationären Einrichtung die Ausnutzung von Skalenerträgen, die aufgrund steigender Fallzahlen in diesen Bereichen entstehen. Durch die Steigerung des Outputs eines Leistungsbereichs verringern sich die Kosten pro Einheit infolge dynamischer und statischer Effekte. Zu den statischen Effekten zählen solche der Fixkostendegression durch die Erhöhung der Kapazitätsauslastung, während den dynamischen Effekten Rationalisierungs-, Lern- und Kostensenkungseffekte zuzurechnen sind. Die Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen in ihren Behandlungsgruppen werden demzufolge ökonomische Vorteile haben.

Auf den gestiegenen ökonomischen und politischen Druck hin reagierten zahlreiche Krankenhäuser in den letzten Jahren mit einer Restrukturierung ihres Leistungsangebotes (Blum, Offermann 2009: 298). Sie erfolgte dabei auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses in der Regel mit der primären Zielsetzung, die wirtschaftliche Existenz von Teilen des Krankenhausbetriebes und die damit verbundenen Arbeitsplätze mittel- und langfristig zu sichern.

#### 5.2.1.2 Umsetzung der Restrukturierung

Die Voraussetzung für eine Restrukturierung muss die Institution „Krankenhaus“ in ihrem internen Umfeld schaffen. Die dargelegten Maßnahmen, beispielsweise die Einführung einer Kosten- und Lei-

stungsrechnung oder die Implementierung von klinischen Behandlungspfaden, sind hierbei die zwingende Voraussetzung. Eine hierauf basierende Spezialisierung wird durch Maßnahmen der Gesundheitspolitik unterstützt, die bei bestimmten Krankheiten auf Versorgungszentren setzt. So wurden beispielsweise im Jahr 2005 im Land Nordrhein-Westfalen fünfzig Brustzentren eingerichtet, an denen schwerpunktmäßig Patientinnen mit der Diagnose „Brustkrebs“ behandelt werden. Die Anerkennung als Brustzentrum setzt unter anderem voraus, dass dort mindestens hundert Erstoperationen pro Jahr durchgeführt werden und jeder Operateur jährlich mindestens fünfzig Operationen nachweist.<sup>31</sup> Neben der Möglichkeit zur Durchführung von Operationen muss ein Brustzentrum alle diagnostischen Verfahren, die therapeutischen Mittel einer Bestrahlung und Chemotherapie sowie die psychologische Betreuung auf hohem Niveau garantieren. Auch gilt es den ambulanten Bereich einzubeziehen, was die Frage nach dem Grad der Integration aufwirft.

Insbesondere bei komplizierten Behandlungsverfahren, deren Ausführung eine große Erfahrung des Krankenhausarztes voraussetzt, verbessert sich infolge von Spezialisierung und von Lerneffekten die Qualität der jeweiligen medizinischen Leistung (Lauterbach 2002: 460). Ebenfalls nicht zu unterschätzen ist die psychologische Wirkung auf den Patienten. Durch die asymmetrische Verteilung von Informationen fühlt sich der Patient gerade bei komplizierten Behandlungen sehr unsicher in Bezug auf die Kompetenz des Krankenhausarztes. Insofern wächst das Vertrauen des Patienten, wenn er weiß oder zu wissen glaubt, dass er von Spezialisten behandelt wird.

---

<sup>31</sup> Als Problem ist anzusehen, dass hierbei mit Mindestmengen an Operationen pro Operateur und Einrichtung gearbeitet wird. Gerade in Grenzfällen kann es aufgrund des ökonomischen Zwangs zu medizinisch nicht gerechtfertigten Operationen kommen.

Der Nachteil der Spezialisierung auf bestimmte gewinnträchtige Leistungen liegt in der Ausdünnung mancher Leistungsangebote insbesondere im ländlichen Raum. Um eine bedarfsgerechte Versorgung dennoch zu gewährleisten, werden Krankenhäuser der gleichen Trägergruppe und ihre lokalen Mitbewerber regional kooperieren müssen, um sicherzustellen, dass das bislang in der Region angebotene Leistungsspektrum gewahrt bleibt (Cassel 2005: 256). Beispiele hierfür sind das im Jahr 2005 genehmigte Strukturkonzept Siegener Krankenhäuser – eine mögliche Fusion einzelner Akteure wurde im Jahr 2008 verworfen – und die Kooperation unterschiedlicher Krankenhäuser in Südwestfalen zur Implementierung eines Brustzentrums.

Im Zielkonflikt zwischen der Qualität der Behandlung und der Nähe zum Wohnort ist anzunehmen, dass mobile Patienten aufgrund ihres Interesses an einer wirkungsvollen Behandlung das Krankenhaus mit dem höchsten Qualitätsstandard wählen und hierfür auch größere Entfernungen zum Ort der Behandlung in Kauf nehmen. Hierauf hat die Institution „Krankenhaus“ mit weiteren Maßnahmen der Reorganisation zu reagieren.

### **5.2.2 Weiterentwicklung einer marktorientierten medizinischen Versorgung**

Die Restrukturierung der medizinischen Leistung ist ein Ansatz, mit dessen Hilfe die medizinische Leistung weiterentwickelt werden kann. Die zunehmende Komplexität medizinischer Verfahren, die dadurch veränderten Anforderungen an die Organisation von Krankenhäusern, die wachsende Aufklärung und die Autonomie der Patienten (Mayer 2005: 97) veranlassen die Krankenhäuser dazu, über einen Qualitätswettbewerb zu höheren Fallzahlen zu gelangen.

### 5.2.2.1 Notwendigkeit einer marktorientierten Leistungserbringung

Der Wettbewerb entwickelt sich in der deutschen Krankenhauslandschaft zu einer festen Größe (Ennemann 2003: 173). Die Ursache für den damit verbundenen Paradigmenwechsel war die Implementierung des diagnosebasierten Fallpauschalensystems und die Möglichkeit, neue Versorgungsformen zu schaffen. Die Leistungserstellung der Krankenhäuser wurde insgesamt deutlich transparenter und vor allem innerhalb der Regionen direkt vergleichbar. Weitere Elemente kamen mit dem Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes hinzu. Aufgrund der sich ändernden Märkte für medizinische Leistungen wächst also die Bedeutung der marktorientierten Leistungserbringung einer Einrichtung kontinuierlich. So können Patienten bei ihrer „Auswahlentscheidung“ zwischen verschiedenen Krankenhäusern respektive Therapien wählen. Die Ausprägung des Wettbewerbs ist dabei abhängig von der Anzahl der Krankenhäuser in einer Region.

Erfolg im Wettbewerb ist stets eine Funktion von Preis und Produktqualität. Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb ist zudem Transparenz bezüglich dieser beiden Elemente. Mit der Einführung des diagnosebasierenden Fallpauschalensystems ist der Preis für alle Anbieter und auch für die Kostenträger transparenter geworden. Doch findet der Preis-Wettbewerb beinahe ausschließlich im Kosten- beziehungsweise Effizienzbereich statt. Die medizinische Qualität und ganzheitliche Betrachtung des Patienten im Rahmen von neuen Versorgungsformen entwickelt sich somit zwangsläufig zum eigentlichen Differenzierungskriterium von Krankenhausdienstleistungen.

Durch das Angebot einer qualitativ besseren Leistung bei einem gleichen Preis können die Krankenhäuser Patienten an sich binden. Krankenkassen wiederum können ihren Versicherten darstellen, dass sie ihnen eine Behandlung in verhältnismäßig guten Krankenhäusern

zusichern können. Die Auslastung der Kapazitäten von Krankenhäusern mit einer hochwertigen Versorgung wird durch einen vermehrten Patientenzustrom steigen.

#### 5.2.2.2 Umsetzung einer marktorientierten Leistungserbringung

Anders als beim reinen Mengenwettbewerb über eine Spezialisierung kann ein Qualitätswettbewerb von der Institution „Krankenhaus“ autonom eingeleitet werden, beispielsweise durch Implementierung einer Qualitätssicherung oder durch Einführung von Behandlungspfaden, die sich an den Grundsätzen einer Evidenz basierten Medizin orientieren. Die Krankenversicherung wird sich gewiss nicht dagegen sperren, dass ihre Mitglieder den qualitativ besten Anbieter wählen.

Ein Qualitätswettbewerb ist somit auch gesellschaftspolitisch wünschenswert. Er setzt allerdings voraus, dass die Krankenhäuser ihre eigenen Qualitätsvorteile darstellen können. Andernfalls gehen Sinn und Motivation zur Qualitätssicherung verloren. Natürlich ist dabei die methodische Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Insbesondere müssen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Schweregrad standardisiert sein. Die Nutzung von Routinedaten ist in diesem Zusammenhang eine der effektivsten und einfachsten Möglichkeiten, ohne eine Mehr an Bürokratie die Qualitätssicherung zu verbessern. Routinedaten können insbesondere auch für die leistungsbereichsübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden.

Im Gegensatz zu den USA sind in Deutschland detaillierte Zahlen über die Mortalität der Patienten und die Qualität der Krankenhäuser bislang nur selten publiziert worden. Die seit dem Jahr 2005 zu erstellenden Qualitätsberichte liefern Aussagen über den Stand der Qualitätssicherung sowie über die Anzahl von Leistungen in Diagnosegruppen. Hierbei ist anzumerken, dass circa 90 Prozent der Krankenhäuser

ab 100 Betten systematische Problem- und Prozessanalysen, Qualitätszirkel und Qualitätsverbesserungsprojekte durchführen (Blum, Offermann 2009: 299). Mittels der Qualitätsberichte haben Patienten die Möglichkeit, die Eigenschaften der Krankenhäuser zu vergleichen und gemeinsam mit dem Hausarzt das passende Krankenhaus auszuwählen. Doch ist die Wirkung des Qualitätsberichts nicht unumstritten. So wird dessen Aussagekraft von Ärzten angezweifelt. Vielmehr steht die Strukturqualität im Vordergrund (Siebers et al. 2007: 293)

Wenn ein Qualitätswettbewerb erfolgen soll, müssen die Krankenhäuser auch ihre Behandlungskapazität an ihr jeweiliges Patientenvolumen anpassen können, was Veränderungen auch im globalen externen Umfeld erforderlich macht. Widrigenfalls scheitert er letztlich daran, dass die steigenden Fallzahlen innerhalb einer gegebenen Kapazität zu einer sinkenden Behandlungsintensität pro Patient führen.

### **5.2.3 Ausweitung der ambulanten medizinischen Leistungen**

Der zunehmende Wettbewerb in der deutschen Gesundheitswirtschaft verlangt eine Veränderung von Strategien und Verhaltensweisen. So müssen beispielsweise alle Synergiepotenziale bezüglich einer Vernetzung aufgedeckt und genutzt werden, um dauerhaft marktfähig zu bleiben. Als großes Problem erweist sich dabei die bisherige Abgrenzung der einzelnen Versorgungsbereiche.

#### **5.2.3.1 Notwendigkeit der Leistungsausweitung**

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine gesetzlich geregelte Trennung in einen ambulanten und einen stationären Bereich gekennzeichnet. Aufgrund dieser sektoralen Trennung der medizinischen Leistungserbringung kann es an den Schnittstellen insbesondere bei der Versorgung multimorbider und chronisch kranker Patienten, an

deren Behandlung in der Regel mehrere Leistungssektoren beteiligt sind, zu Informationsverlusten und als mögliche Folge davon zu Versorgungsdiskontinuitäten und Behandlungsfehlern kommen

Sowohl beim Übergang von der ambulanten zur stationären Behandlung im Krankenhaus als auch bei der nachstationären Behandlung durch niedergelassene Ärzte konnten bereits in nationalen und internationalen Studien erhebliche Versorgungsdiskontinuitäten, beispielsweise in Form von Medikationsveränderungen, nachgewiesen werden. So zeigten Studien über die Verordnungspraxis von Hausärzten und Krankenhäusern im Rahmen der stationären Aufnahme bei bis zu 83 Prozent der untersuchten Patienten eine Änderung der Verordnung im Krankenhaus. Änderungen der Therapieempfehlungen der Kliniken durch die weiterbehandelnden Ärzte konnten in klinischen Studien bei bis zu 72 Prozent der Patienten nachgewiesen werden. Zur Versorgungssituation an der stationär-ambulanten Schnittstelle gibt es zudem zahlreiche Untersuchungen, die sich der Qualität und der Zustellung des Entlassungsbriefs als dominierendem Kommunikationsmittel widmen. Auch hier werden Schnittstellenprobleme sichtbar (Ommen et al. 2007: 913). Diese verstärken schließlich die Asymmetrien bei der Informationsverteilung. Durch eine Ausweitung des Leistungsangebots bei einer Überwindung der sektoralen Beschränkungen kann die Institution „Krankenhaus“ einerseits schnittstellenbedingte Mängel in der Versorgung der Patienten abbauen und andererseits die Wirtschaftlichkeit der Institution verbessern. So können beispielsweise Großgeräte, die zuvor nur im Rahmen der Diagnostik bei stationären Patienten eingesetzt wurden, im ambulanten Bereich eingesetzt werden.

Die Leistungsausweitung erfordert jedoch auch eine Anpassung der gesamten Institution „Krankenhaus“. Diese kann nämlich nicht ohne Reorganisation des Ressourceneinsatzes erfolgen. Eine Realisierung

nach der Devise „Mehr Fälle!“ durch die zusätzliche Behandlung von ambulanten Patienten wird nur durch Implementierung von Behandlungspfaden wirtschaftlich verkraftbar sein.

### 5.2.3.2 Umsetzung der Leistungsausweitung

Die Ausweitung des ambulanten Angebots bietet sich als weitere Maßnahme zur Reorganisation der medizinischen Leistung der Institution „Krankenhaus“ an. Da jedoch die Schranken der Sektoren durch die Gesetzgebung nur teilweise abgebaut sind, hat eine Ausweitung des ambulanten medizinischen Leistungsangebots eines Krankenhauses ihre engen Grenzen (Strotbek, Schlaudt 2005: 104).

Eine mögliche Ausweitung besteht darin, die vorstationäre und die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus anzubieten. Die erstgenannte dient dabei einerseits der Abklärung der Frage, inwieweit für die mit der Einweisung beabsichtigte Behandlung eine vollstationäre Aufnahme erforderlich ist, und andererseits der Vorbereitung der vollstationären Krankenhausbehandlung, zum Beispiel in Form von Laboruntersuchungen vor der Operation. Die nachstationäre Behandlung oder Anschlussheilbehandlung folgt unmittelbar einem vollstationären Aufenthalt. Sie muss dann geboten sein, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht mehr zwingend erforderlich, aber zur Sicherstellung und Festigung des Behandlungserfolgs eine Nachbehandlung durch eine Klinik ratsam ist.

Daneben vermögen die Krankenhäuser auch teilweise in den ambulanten Sektor vorzudringen und neue Behandlungsformen zu offerieren, wie beispielsweise die ambulante kardiologische Rehabilitation nach der Behandlung eines Herzinfarkts. Sie können dabei Teile der Leistungen innerhalb eines bestimmten Bereiches entweder selbst, durch Tochtergesellschaften oder in vertraglicher Kooperation mit niederge-



lassenen Ärzten ausführen lassen. Eine weitere mögliche Ausweitung des Angebots dürfte darin bestehen, medizinische Leistungen für die älteren Menschen zu erbringen, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung stetig steigt (Hajen et al. 2004: 41). In Kooperation mit ambulanten Pflegediensten und mit Tagespflegeeinrichtungen kann durch die Konzeption der aktivierenden Pflege eine Einsparung der Liegetage am Ende der medizinischen Behandlung im Krankenhaus erreicht werden. Mit den Einrichtungen der stationären Altenpflege ist es möglich, Konzepte zur Kurzzeitpflege zu entwickeln.

In allen beschriebenen Fällen werden die Vernetzungen von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der ambulanten Versorgung künftig eine größere Bedeutung gewinnen. Eine Voraussetzung ist die Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen, die später beschrieben wird. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase reduziert den Bedarf an Krankenhausbehandlungen mit Unterkunft und Pflege, wodurch sich die Verweildauer erheblich verkürzt. Insbesondere die Patienten, für die ein Aufenthalt im Krankenhaus einen psychischen Druck erzeugt, vermag man so zu entlasten. Der Patient wird weniger lange seinem sozialen Umfeld entzogen und das Risiko einer Krankenhausinfektion verringert sich.

#### **5.2.4 Adaption des Technologischen Fortschritts**

Durch fortschreitende technologische Entwicklungen finden immer spezialisiertere Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten Eingang in die medizinische Versorgung und tragen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und somit der Lebensqualität der Patienten bei. Der medizinische Fortschritt als Einfluss den globalen externen Umfelds vollzieht sich dabei schwerpunktmäßig im Krankenhaus, da es die

meisten Spezialisten beschäftigt und es eher die Kosten tragen und Lerneffekte realisieren kann.

#### 5.2.4.1 Notwendigkeit einer Adaption des technologischen Fortschritts

Das System der Fallpauschalen setzt grundsätzlich den Anreiz, die Verweildauer des Patienten innerhalb einer stationären Einrichtung zu reduzieren. Da zu vermuten ist, dass bei der Behandlung von Patienten dieses Ziel durch den Einsatz moderner Verfahren erreicht wird, müssten eigentlich Krankenhäuser an deren Einsatz interessiert sein. Dennoch wurde mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Gremium implementiert, das darüber entscheidet, welche Medikamente, Therapien und Behandlungsmethoden notwendig, hilfreich und wirtschaftlich sind (Schaller 2009: 439). Schließlich besteht – zumindest in Ansätzen – ein Anreiz für das Krankenhaus betriebswirtschaftliche Ziele höher zu gewichten als Patienteninteressen. Die Beschlüsse dieses Gremiums sind rechtlich bindend, insofern als den Kriterien widersprechende Methoden nicht mehr budget- und abrechnungsfähig sind. Kritiker wenden in diesem Zusammenhang ein, dass zwar die Verwirklichung von wirtschaftlichen Zielen zu Lasten des Patienten vermieden wird, aber „kostbare“ Zeit vergeht, da sich die Krankenhäuser eine Produktinnovation vor dem Einsatz genehmigen lassen müssen (Schwing 2003: 76).

Neue Leistungen erfordern also eine Korrektur der Definition einer Fallpauschale. Die Erfahrungen aus dem abgelösten Mischsystem lassen erkennen, dass die Adaption von medizinischen Neuerungen oft informell erfolgt ist und dass deren Einführung nicht immer einen positiven Einfluss auf die Ausgabenentwicklung gehabt hat. Als Beispiel kann die immer wieder auflebende Debatte darüber angeführt werden, ob eine Ballonaufdehnung (PTCA) zur Erweiterung der Herzkranzgefäße medizinisch sinnvoll ist: Die Gesamtzahl der Herz-

katheter in Deutschland hat sich allein in den statistisch erfassten vergangenen fünf Jahren um 20 Prozent auf über 700.000 erhöht, die der Dilatationen, also der Gefäßerweiterungen, gar um 35 Prozent auf fast 250.000 im Jahr 2004 (Heier 2007: 65). Dennoch ist die Notwendigkeit einer Adaption des technologischen Fortschritts zwingend notwendig. Eine Evidenz basierte Medizin und die Realisierung von neuen Versorgungsformen ist überhaupt nur so denkbar.

#### 5.2.4.2 Vorgehen bei einer Adaption des technologischen Fortschritts

In der Regel handelt es sich bei den Neuerungen um Produktinnovationen, durch deren Einsatz bestimmte Behandlungsziele besser erreicht werden können (Breyer et al. 2004: 509). Die Implementierung dieser Neuerungen ist bislang keiner Evaluation unterzogen, stattdessen nur durch informelle Entscheidungen verwirklicht worden. Oft sind in deren Vorfeld die Hersteller und die der Forschung verpflichteten Ärzte mit der Evaluation befasst. So war der Fortschritt meist mit einem Kostenaufwand verbunden, der zunächst höher ausfiel als die aufgrund der herabgesetzten Verweildauer erzielten Gewinne. Hinzu kommt, dass neue Technologien unter Umständen zusätzlich zu den vorhandenen Methoden eingesetzt und damit die alten Technologien kurzfristig nicht substituiert werden. Auch ist zwischen Fortschritten bei der symptomatischen und Weiterentwicklungen bei der kurativen Behandlung zu unterscheiden. Verdeutlicht werden kann eine solche Differenzierung am Beispiel der Kinderlähmung. Anfänglich ist sie unbehandelbar gewesen und oft tödlich verlaufen. Später hat die „Eiserne Lunge“ eine, wenngleich kostenintensive, Behandlung ermöglicht. Erst die Schluckimpfung, die an der Ursache als Viruserkrankung ansetzt, hat eine Kostensenkung gebracht.

Zum technischen Fortschritt gehört auch die Einführung von Software zur Datenverarbeitung (Röniger 2003: 469). Denn das System der

Fallpauschalen stellt die Leitung eines Krankenhauses vor komplexere Herausforderungen. Schließlich ist eine Konsequenz aus dem System eine erhebliche Zunahme des administrativen Aufwands sowohl bei der Datenerfassung im Rahmen der Dokumentation als auch bei der Informationsaufbereitung. Aufgrund der sich rasch ändernden Anforderungen muss sich die Datenverarbeitung fortlaufend weiterentwickeln, was hohe Investitionen in Hard- und Software verursacht. Um die unter dem System der Fallpauschalen zu erbringenden Leistungen auf dem neuesten medizinisch-technologischen Stand zu halten, sind also Regelungen zu finden, die eine schnelle Anpassungsfähigkeit der Institution „Krankenhaus“ unterstützen. Krankenhäuser müssen bei Innovationen einkalkulieren, dass sich diese erst zu einem späteren Zeitpunkt rechnen. Es gilt zu berücksichtigen, dass auch eine Verteuerung in der Produktion von Gesundheitsgütern, die durch die Einführung technologischer Innovationen bedingt ist, eintreten kann. Dabei muss überprüft werden, inwieweit sich das Krankenhaus Rationierungsbestrebungen der Krankenversicherungen anschließt und den Zugang zu diesen Leistungen begrenzt (Strech 2009: 88). Unter Umständen ist eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten zu prüfen und unter ethischen Gesichtspunkten zu diskutieren. Unabhängig hiervon ist es wichtig, dass das Krankenhaus Informationsdefizite abbaut.

### **5.3 Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen**

#### **5.3.1 Entwicklung neuer Organisationsstrukturen**

Mit dem neuen Entgeltsystem werden diejenigen Krankenhäuser Effizienzgewinne erwirtschaften, die ihre Leistungserstellung so korrigieren, dass die Kosten deutlich unter den nunmehr erreichbaren Vergütungen bleiben. Die angeführte Verbesserung kann über eine Reorganisation des Ressourceneinsatzes und über eine Reorganisation der

medizinischen Leistung geschehen. Die folgenden Abschnitte befassen sich mit einem weiteren Ansatz: der Reorganisation des Krankenhauses als Unternehmen. Damit erfolgt nach der Analyse des Inputs und des Outputs die Untersuchung der Institution „Krankenhaus“ als solche.

#### 5.3.1.1 Notwendigkeit von neuen Organisationsstrukturen

Krankenhäuser sehen sich einem verschärften Wettbewerb im stationären Bereich ausgesetzt. Ihre Öffnung für neue Versorgungsformen stellen die Einrichtungen darüber hinaus in Konkurrenz zum niedergelassenen Bereich. Eine weitere Herausforderung im Bereich der medizinischen Leistungen bewirkt der technologische Fortschritt. Dieser zeigt sich in neuen Diagnose- und Therapiegeräten sowie in neuen medizinischen Verfahren. Künftig werden immer schwierigere Eingriffe, immer genauere Diagnosen und frühzeitigere Behandlungen möglich, was die Nachfrage nach den qualifizierten Leistungen eines Krankenhauses steigern wird. Aber auch Fortschritte bei den Therapien mit Arzneimitteln oder bei den minimalinvasiven Eingriffen verkürzen die stationären Aufenthalte oder machen sie künftig überflüssig. Die technologischen Fortschritte werden sich schwerpunktmäßig in den Krankenhäusern vollziehen, da dort Spezialisten aus unterschiedlichen Bereichen gemeinsam an der Einführung neuer Verfahren arbeiten, was deren Übernahme beschleunigt. In der Institution „Krankenhaus“ gibt es dann konsequenterweise mehr schwer erkrankte Patienten als im ambulanten Bereich.

Von Bedeutung für die Beschaffenheit der Institution „Krankenhaus“ ist außerdem die Entwicklung neuer bildgebender und telemedizinischer Verfahren. Hieraus folgt die Notwendigkeit für eine verstärkte Abstimmung und Kooperation zwischen den Institutionen im ambulanten und stationären Bereich. Gleiches gilt für die Einführung von

Systemen der elektronischen Datenverarbeitung in allen Bereichen des Krankenhauses. Konnte man dieses bisher über wenige Parameter steuern, so gestaltet sich dies nach der Einführung des Systems der Fallpauschalen merklich komplizierter. Die daraus folgende deutliche Zunahme des Verwaltungsaufwands ist durch die elektronische Datenverwaltung verkraftbar. Dabei beschränkt sich der Einsatz derselben nicht auf die innerbetriebliche Vernetzung und den Datenaustausch zwischen den Abteilungen, sondern bietet weitere Möglichkeiten zur Vereinfachung der überbetrieblichen Zusammenarbeit mit Lieferanten, Krankenversicherungen, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Weitere Herausforderungen für die Krankenhäuser folgen aus der sich ändernden Morbiditätsstruktur, deren Kennzeichen die zunehmende Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten ist. Eine sich ändernde Morbiditätsstruktur erfordert eine kontinuierliche Betreuung über mehrere Behandlungsstufen hinweg sowie eine interdisziplinäre Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen. Aus alledem ergeben sich darüber hinaus für die Institution „Krankenhaus“ neue Aufgabenfelder etwa auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation.

#### 5.3.1.2 Umsetzung von organisatorischen Veränderungen

Die Reorganisation des Krankenhauses von der funktionalen hin zur prozessorientierten Organisation ist vor allem eine Herausforderung an das Management. Dies wird augenscheinlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass allein für die Reorganisation notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Überwindung der Hierarchie erforderlich ist. Kompetenzen, Zuständigkeiten und Machtpotenziale von Führungskräften sind dann zu beschneiden. Gerade in der Institution „Krankenhaus“ hat nach Westermann-Binnewies (2003) die Vertei-

lung von Machtpotenzialen und Zuständigkeiten gemäß der zu verrichtenden Tätigkeit eine lange Tradition, an der bislang auch im Wesentlichen nichts geändert ist.

Aufbau- und ablauforganisatorischen Veränderungen im Rahmen der Reorganisation bedeuten also gerade im Bereich der Krankenhäuser einen tiefen Einschnitt bei den Managementstrukturen, die Spiegelbild der Unternehmenskultur sind. Wesentliche Elemente sind hierbei die Verwirklichung von Mitarbeiterorientierung, die Bereitschaft, sich offen und aktiv den sich verändernden Rahmenbedingungen und den daraus folgenden Konsequenzen für die Arbeitsgestaltung zu stellen, eine Kultur, die Fehler erlaubt, eine Orientierung am Patienten und seinen speziellen Bedürfnissen sowie die Bereitschaft zur Transparenz von Informationen. Generell lassen sich dabei zwei Schwerpunkte des Eingriffs beschreiben: ein Schwerpunkt liegt auf der interpersonellen Ebene, ein zweiter auf der strukturellen Ebene.

Der zwischenmenschliche Schwerpunkt betont alle Maßnahmen, die die Mitarbeiter des Krankenhauses motivieren, auf gleichberechtigte und möglichst hierarchiefreie Art und Weise interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Demnach geht es hier um die Vermittlung von Umgangsweisen, die ein entsprechendes Kooperations- und Gesprächsklima zum Abbau von Informationsdefiziten initiieren und unterstützen. Diese müssen parallel zur Reorganisation des Krankenhauses allen Mitarbeitern auf strukturierte Art und Weise vermittelt werden. Flankierende Personalentwicklungsmaßnahmen bilden dabei einen wesentlichen Eckpfeiler für eine Reorganisation, die weitgehend widerstandsfrei verlaufen soll.

Die strukturelle Schwerpunktsetzung umfasst alle Maßnahmen im Aufbau der Organisation, die dazu dienen, dass eine die Prozessorientierung unterstützende Anpassung möglich wird. Es sind insbesondere

„Schnittstellen“, wie sie Pfaff (1994) visionär vorzeichnet, einzurichten, die bei der Entwicklung der Prozessorganisation einen regelmäßigen Austausch der Berufsgruppen im Krankenhaus gewährleisten. Dazu gehören Gremien, die die zur Prozessgestaltung notwendigen Informationen liefern sowie solche, die sich im Kern mit der konkreten Gestaltung von Ablaufprozessen im Krankenhaus beschäftigen. Diese Gremien bilden das Fundament für eine nachhaltige Reorganisation der Institution „Krankenhaus“ hin zur Prozessorganisation.

### **5.3.2 Aufbau horizontaler Versorgungsstrukturen**

Um für die Reorganisation der Institution „Krankenhaus“ gewappnet zu sein, stehen dem Krankenhaus neben der Entwicklung neuer Organisationsstrukturen weitere Möglichkeiten zur Verfügung. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der verstärkten Kooperation und Integration der Krankenhäuser untereinander und mit den komplementären und substitutiven Einrichtungen zu. Zunächst ist die horizontale Integration zu nennen.

#### **5.3.2.1 Notwendigkeit einer horizontalen Integration**

Als horizontale Integration bezeichnet man die Zusammenfassung mehrerer ähnlicher Organisationen in einem System (Eric, Janus 2005: 15). Dahinter steht die Intention, Skaleneffekte und Effizienzgewinne zu realisieren, Marktanteile zu gewinnen und die eigene Position auf dem Markt für medizinische Leistungen zu festigen. Die Notwendigkeit einer horizontalen Integration resultiert aus der wirtschaftlichen Situation der Institution „Krankenhaus“. Eine Ursache für die Verschärfung der ökonomischen Lage derselben liegt in der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs, den ärztlichen Bereitschaftsdienst bei Klinikärzten als Arbeitszeit zu werten. Infolgedessen wurde das Arbeitszeitgesetz geändert, sodass die im Krankenhaus un-



vermeidbaren ärztlichen Bereitschaftsdienste seit dem Jahr 2007 entsprechend höher zu honorieren sind. Zudem bewirkt die Vergütung der Behandlungen nach den Fallpauschalen, dass Krankenhäuser mit Kostenvorteilen aufgrund ihrer Größe oder dem Grad ihrer Spezialisierung einen Anreiz haben, mit niedrigen Preisen eine Ausweitung ihrer Leistungen zu Lasten der Konkurrenten zu erreichen. Kleinere Krankenhäuser werden diesem Verdrängungswettbewerb ohne strukturelle Änderungen auf Dauer nicht gewachsen sein. Die ernste wirtschaftliche Situation verschärft sich durch den erhöhten Investitionsbedarf, der sich aus der Notwendigkeit einer Spezialisierung ergibt (Kuntz, Heil 2005: 1089 ff.) Die angeführten Bedingungen treffen private wie öffentliche Krankenhäuser gleichermaßen.

Für den Träger eines öffentlichen Krankenhauses gibt es vor diesem Hintergrund gewichtige Gründe, die eine horizontale Integration rechtfertigen. In kommunalen Krankenhäusern gelten die Regelungen des öffentlichen Dienstes. Bei den Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst wird also nicht hinreichend berücksichtigt, dass für Krankenhäuser eine Budgetierung besteht. Die Steigerung der Löhne und Gehälter für die Mitarbeiter engt den finanziellen Spielraum für die notwendigen Investitionen ein. Die letzten Tarifabschlüsse haben auch bewirkt, dass die Anzahl der defizitären kommunalen Einrichtungen gestiegen ist. Im Gegensatz dazu verfügt ein privater Betreiber eines Krankenhauses über ein höheres Maß an Flexibilität im Rahmen der Lohn- und Gehaltsstruktur. Hinzu kommt, dass die kommunalen Krankenhäuser oft noch als Teil der kommunalen Verwaltung geführt werden. Wichtige Strukturentscheidungen werden oft aufgeschoben, wenn sie nicht schon in den langwierigen Beratungen der Gesundheitsausschüsse der Städte oder Kreise „zerredet“ worden sind. Demgegenüber ist die Einstellung des privaten Klinikbetreibers davon geprägt, sich im Wettbewerb zu behaupten. Für ihn sind die Steuerung von Prozessen, die Beschleunigung von Entscheidungsabläufen und

die zeitnahe Reaktion auf Marktchancen selbstverständlich. Sein Handeln erhöht schließlich die Notwendigkeit einer horizontalen Integration mit einer Privatisierung.

#### 5.3.2.2 Umsetzung einer horizontalen Integration

Bei einer horizontalen Integration im Bereich der stationären medizinischen Versorgung kooperieren mindestens zwei Krankenhäuser der gleichen Versorgungsstufe. Dabei gibt es unterschiedliche Grade der Zusammenarbeit. So ist es möglich, dass bei einer Integration die wirtschaftliche und rechtliche Selbständigkeit der beteiligten Krankenhäuser weitgehend erhalten bleibt. Freilich kann der Vertrag zur Integration auch so formuliert sein, dass von den beteiligten Einrichtungen keine relevante Entscheidung mehr autonom getroffen werden darf. Am Ende mag dann mit dem Konzern eine wirtschaftliche Einheit stehen. Aber auch dort ist es denkbar, die Organisationsstruktur so zu gestalten, dass die einzelnen Einrichtungen oder Organisationseinheiten eine große ökonomische Selbständigkeit wahren (Wütscher et al. 2007: 225). Die Entscheidung über den Grad der Selbständigkeit ist abhängig von der Beschaffenheit der Transaktionen.

Die Vorteile einer horizontalen Integration für die Institution „Krankenhaus“ liegen, wie beschrieben, hauptsächlich in der Nutzung synergetischer Effekte (Hajen et al. 2004: 185). So haben Krankenhäuser nur geringe finanzielle Möglichkeiten, hochwertige Kapazitäten und überaus qualifiziertes Personal zur Deckung des notwendigen Bedarfs an speziellen Leistungen wirtschaftlich vorzuhalten. Neue Behandlungsverfahren und immer komplexer werdende Anwendungen der Datenverarbeitung lassen sich daher nur unter erschwerten Bedingungen einführen. Durch die Integration können medizinische Großgeräte und spezialisiertes Personal optimal ausgelastet werden; auch ist letzteres flexibel einsetzbar. Zudem sind die Krankenhäuser in der Lage,

sich zusammenzuschließen und Vorteile über einen gemeinsamen Einkauf von Medikamenten zu erzielen. Schließlich ist durch Arbeitsteilung die durch die Einführung der Fallpauschalen begünstigte Spezialisierung auf bestimmte Leistungen des Gesamtangebots besser zu erreichen.

Trotz dieser Vorteile kann die horizontale Integration nicht als Ansatz der Reorganisation in dem hier verstandenen Sinn verstanden werden, da die Institution „Krankenhaus“ in einer größeren Institution aufgeht und der Prozess nicht mehr aus dem Krankenhaus heraus vonstatten geht.

### **5.3.3 Aufbau vertikaler Versorgungsstrukturen**

Den durch die Einführung des Systems der Fallpauschalen generierten Veränderungen vermag das Krankenhaus mit einer vertikalen Integration entgegenzutreten. Sie kann neben den vorgestellten Maßnahmen zur internen Rationalisierung und zur Qualitätssicherung eingeführt und durch begrenzte Aktivitäten einer horizontalen Integration flankiert werden. Zunächst ist die vertikale Integration auf der Grundlage der neuen Versorgungsformen zu betrachten.

#### **5.3.2.1 Notwendigkeit von vertikalen Versorgungsstrukturen**

Bei der vertikalen Integration arbeiten die Krankenhäuser mit den Einrichtungen der ambulanten Versorgung, der Rehabilitation, der Pflege und der Prävention zusammen. Die wesentlichen Vorteile einer solchen Integration sind die Reduktion der Produktionskosten sowie das Erreichen von Qualitätsverbesserungen, die sich durch einen durchgängigen Behandlungsverlauf ergeben. Für die medizinische Versorgung bedeutet eine vertikale Integration, beispielsweise im Rahmen eines medizinischen Versorgungszentrums, dass hierdurch die bela-

stenden Doppeluntersuchungen vermieden werden, die Behandlungsunsicherheit reduziert und den Patienten eine kontinuierliche Betreuung gewährt wird sowie der Informationsaustausch zur Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungserstellung leistet wesentlich beiträgt.

Ein weiterer Vorteil der vertikalen Integration liegt in der Reduktion der Transaktionskosten (Güssow 2007: 82 ff.), die beispielsweise bei der Suche eines geeigneten Vertragspartners entstehen. Schließlich weisen vertikale Integrationen auch strategische Marktvorteile auf. Die Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt oder einem medizinischen Versorgungszentrum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auf dieser Grundlage mehr Patienten in das Krankenhaus überwiesen werden. Vertikale Integrationsformen ermöglichen es daher dem Krankenhaus, durch die Bindung der komplementäre Leistungsanbieter seine Wettbewerbsposition zu verbessern. Die Kooperation kann schließlich derart weit gehen, dass von den Produzenten der medizinischen Leistungen, eine so genannte integrierte Versorgung angeboten wird und schließlich der Aufbau eines medizinischen Versorgungszentrums erfolgt. Die Institution „Krankenhaus“ und andere medizinische Leistungsanbieter vereinbaren dabei mit der Institution „Krankenversicherung“ sowohl die Behandlung von bestimmten, nach dem Kriterium der Indikation gebildeten Patientengruppen als auch die hiermit zusammenhängenden Behandlungsverfahren. Die integrierte Versorgung und das medizinische Versorgungszentrum verändern die Prinzipal-Agent-Beziehungen zwischen den Institutionen in der Gesundheitswirtschaft vor allem dadurch, dass sie meist sektorenübergreifend gestaltet sind und dass somit das zuvor dargestellte Problem der sektoralen Trennung – mit unterschiedlichem Integrationsgrad – überwunden wird. Sie bewirken auch, dass der Patient eine zentrale Stellung im Behandlungsprozess einnimmt. Insbesondere die Asymmetrie bei der Verteilung der Informationen wird sowohl vor als auch

während der Behandlung reduziert. Der Patient erhält neben einer ausführlichen Beratung über den Gesamtablauf der Behandlung eine fallbezogene, patientenorientierte Prozessbeschreibung und kann so seine Entscheidung, ob er sich einer bestimmten Behandlung unterzieht, von einer fundierten Informationsbasis aus treffen. Ein eigennütziges Verhalten des Krankenhauses vor Vertragsabschluss (adverse selection) wird somit abgeschwächt. Während der Behandlung wird durch die weitere Standardisierung der klinischen Behandlungspfade für den Patienten ein besserer Informationsfluss geschaffen („monitoring“) und ein strategisches Verhalten (moral hazard) des Krankenhausarztes vermindert. Durch die fortlaufende Evaluierung kann die Qualität der Behandlung permanent verbessert werden. Schließlich entfallen die belastenden und zeitraubenden Doppeluntersuchungen (Knappe, Hörter 2001: 39).

Für die Krankenkassen kann eine Erhöhung der Zufriedenheit der Patienten unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit besser erreicht werden. Die genannten Versorgungsformen können zudem als Instrumente zur Bindung der Versicherten an die jeweilige Krankenversicherung aufgefasst werden. Darüber hinaus wird im Gefolge der geschlossenen Verträge zwischen den Kostenträgern und den Anbietern von medizinischen Leistungen zumindest mittel- bis langfristig ein ökonomischer Anreiz dadurch geschaffen, dass beispielsweise die Krankenhäuser eine Garantie von bis zu zehn Jahren für die von ihnen durchgeführten Behandlungen übernehmen. Unter der Berücksichtigung des wachsenden Wettbewerbsdrucks zwischen den Krankenversicherungen berührt die integrierte Versorgung viele Themen, die in der Wettbewerbsdiskussion wichtig sind (Schräder, Zich 2006: 67).

Auch für die Institution „Krankenhaus“ und den kooperierenden Anbieter medizinischer Leistungen ist eine Reihe von Vorteilen zu erwarten. Durch die Kooperation zwischen den jeweiligen Anbietern

aus dem ambulanten und dem stationären Sektor lassen sich die organisatorischen Defizite reduzieren; so erhöht sich die Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses für jeden Einzelnen (Greßel al. 2003: 157). Die administrativen Aufgaben werden gebündelt, so dass sich der Aufwand für die einzelne Einrichtung verringert. Eine zentralisierte Organisation und die Inanspruchnahme beispielsweise der Verwaltung eines Krankenhauses bedeuten unter anderem Vorteile bei der Festlegung von Terminen zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern und vereinfachen die Abrechnung der Behandlungsfälle. Darüber hinaus ist durch eine Kooperation bei den Bereitschaftsdiensten eine bessere Versorgung auch in den bisher üblichen sprechstundenfreien Zeiten erreichbar. Das bringt eine Entlastung der niedergelassenen Ärzte – sofern sie nicht direkt Angestellte des Krankenhauses werden – hinsichtlich der Gesamtarbeitszeit und kann auch als ein weiteres Bindungsinstrument der stationären Einrichtung betrachtet werden. Hierfür hat jedoch die Patientendokumentation allen bei der Versorgung beteiligten Parteien zugänglich zu sein; auch müssen verbindliche Standards für die Dokumentation festgelegt werden. Dadurch wird die Kommunikation zwischen den einzelnen Stationen, beispielsweise beim Übergang von ambulanter zu stationärer Behandlung, entscheidend verbessert.

#### 5.3.2.2 Einführung von vertikalen Versorgungsstrukturen

Eine Therapievereinbarung aufgrund eines Vertrages zur integrierten Versorgung oder aufgrund der organisatorischen Anforderungen innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums basiert auf einem klinischen Behandlungspfad, welcher die einzelnen Behandlungsschritte im Sinne der Qualitätssicherung dokumentiert. Bei der Therapievereinbarung wird unterstellt, dass von dem klinischen Behandlungspfad nur im Falle einer medizinischen Begründung abgewichen wird. Darüber hinaus werden den beteiligten Akteuren im Therapie-

verlauf einzelne Aufgaben zugeordnet. So lässt sich ein abgestimmtes Behandlungskonzept für den Patienten umsetzen. Neben den hier festgehaltenen Behandlungsschritten wird anhand eines definierten Konzeptes zur Informationsweitergabe sichergestellt, dass alle Beteiligten über den Behandlungsverlauf des Patienten informiert sind. Wird eine sektorenübergreifende und interdisziplinäre Patientenversorgung mittels eines Vertrages zur integrierten Versorgung vereinbart, dann strebt die Institution „Krankenversicherung“ eine Budgetierung für alle erbrachten Leistungen an, zahlt also einen „Gesamtpreis“, der alle Therapieschritte des klinischen Behandlungspfades abdeckt. Die Aufteilung der Vergütung obliegt den Behandlungspartnern.

Die Patienten stehen dann vor einer neuen Situation. Sie müssen gemäß den Vorschriften des fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs der Behandlung auf der Grundlage dieser neuen Versorgungsform schriftlich zustimmen (§ 140 c SGB V). Daraus resultieren eine höhere Bindungsverpflichtung und eine Beschränkung der Arztwahl im Unterschied zu einem „normalen“ Behandlungsverfahren. Allerdings erhalten die Patienten eine durchgängige und zügigere Gesamtbehandlung.

Wird nur eine Pauschale für den gesamten Fall gezahlt, dann muss aus Verfahrensgründen auch festgelegt werden, welcher Netzpartner welchen Vergütungsanteil für seine Leistungen erhält. Als Basis für eine Vergütungsaufteilung der Pauschale zwischen den an der integrierten Versorgung beteiligten Akteuren bietet sich der gemeinsam genutzte klinische Behandlungspfad an. Denn hier werden die einzelnen Behandlungsschritte und somit auch Teilleistungen der einzelnen Akteure definiert. Standardisierte Behandlungsverfahren erbringen alle diese Teilleistungen auch im Regelfall; somit wird der Gefahr von strategischen Verhaltensweisen vorgebeugt. Jedoch ist zu erwähnen, dass die Behandlungspfade einer standardisierten Regelbehandlung von Patienten entsprechen. Das heißt, eine Anpassung an die Bedürfnisse des

Patienten ist im Einzelfall vorzunehmen, wobei hier strategische Verhaltensweisen zu erwarten sind (moral hazard) (Amelung, Janus 2005: 17).

Die definierten Leistungen der einzelnen behandelnden Akteure werden kaufmännisch auf der Basis des Behandlungspfades und der gängigen Bewertungskataloge kalkuliert. Die Pauschale deckt für die einzelnen Beteiligten die vorgesehenen Teilleistungsvergütungen ab. Deren Summe ergibt dann den Basisbetrag für die Pauschale. Auf dem Verhandlungsweg ist außerdem eine Verständigung darüber erzielbar, ob auch Aufwendungen für eine mögliche Begleitforschung oder für eine umfangreiche Qualitätssicherung hinzugerechnet werden sollen. Das Vergütungsverfahren wird im Vertrag festgeschrieben. Eine solche Verfahrensweise bildet für alle beteiligten Behandlungspartner wie Krankenkassen, niedergelassene Ärzte oder Krankenhäuser eine verlässliche ökonomische Basis im Behandlungsprozess. Jedoch muss neben der Klärung der Zahlungsströme eine eindeutige Identifikation aller in den Behandlungsprozess eingebundenen Parteien gegeben sein. Die Koordination wird dabei innerhalb eines medizinischen Versorgungszentrums als tiefste Integration vereinfacht. Soll nun eine ideale Lösung gefunden werden, so könnte sie in dieser neuen Versorgungsform gefunden werden.



## 6 Kritische Würdigung

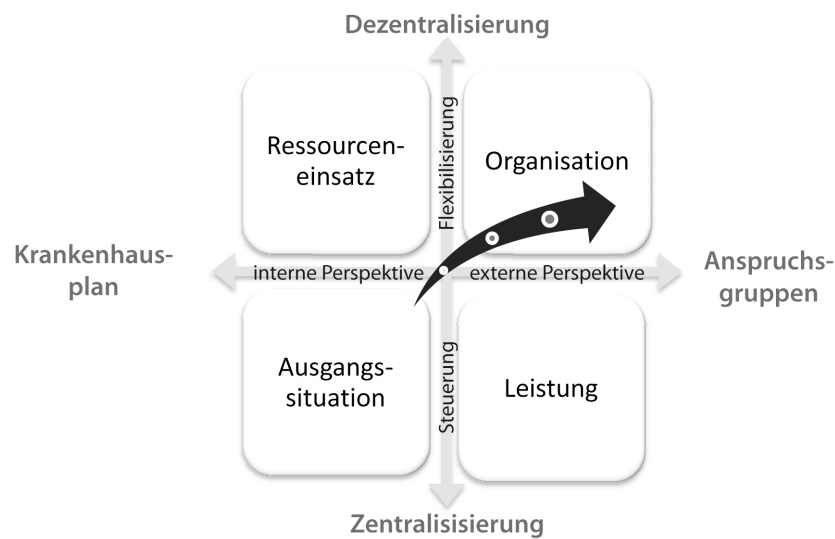


Abb. 16: Bewertung der Ergebnisse

Die Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern ist nicht erst seit der Finanz- und Wirtschaftskrise von grundlegender Bedeutung. Denn in den kommenden Jahrzehnten ist in der Bundesrepublik Deutschland mit einer weiteren Zunahme der Nachfrage an medizinischen Leistungen des Krankenhauses zu rechnen. Eine Voraussetzung dafür, dass die Nachfrage befriedigt werden kann, ist ein Wandel der Institutionen in der Gesundheitswirtschaft.

Das Thema „Reorganisation der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern“ wurde jedoch bislang von den Wirtschaftswissenschaften nicht angemessen erfasst und eine konsequente sowie konsistente Analyse, aus der Empfehlungen für den angesprochenen Wandel abgeleitet werden können, fand nicht statt. Ein geeigneter und in dieser Arbeit entwickelter Ansatzpunkt besteht nun darin, sich zunächst den Institutionen zuzuwenden, die die Verhaltensweisen in der Gesundheitswirtschaft regeln. Auf der entwickelten Grundlage können dann weitere Arbeiten aufbauen, die das Gesundheitswesen und die dort ablaufenden Prozesse analysieren.

Institutionen lassen sich nach Richter und Furubotn (1999) allgemein als ein Bündel von Mechanismen definieren, mit deren Hilfe die Verhaltensweisen von Wirtschaftssubjekten gesteuert werden. Innerhalb der Gesundheitswirtschaft stellen die Krankenhäuser eine besondere Institution dar, da sie den größten „Ausgabenblock“ der gesetzlichen Krankenversicherungen bilden und das Monopol für die Versorgung von stationären Behandlungsfällen besitzen. Die Institution „Krankenhaus“ wird im globalen und unmittelbar externen Umfeld von anderen Institutionen beeinflusst. Dabei handelt es sich nicht um die Institutionen „Märkte“ und „Privateigentum“, die das Krankenhaus maßgeblich beeinflussen. Wie herausgearbeitet sind die staatliche Planung, die Budgetierung, der Preisdirigismus und die Kollektivvereinbarungen die dominierenden Steuerungsinstrumente in der Gesundheitswirtschaft. Drei Ebenen gilt es nach Griffin (2007) zu berücksichtigen: Die Steuerung startet somit im globalen externen Umfeld und setzt sich schließlich im unmittelbar externen sowie internen Umfeld fort. Die Krankenversicherung, die wiederum durch den Gesundheitsfonds unter einem starken fiskalpolitischen Einfluss steht, ist dabei die zentrale Institution, mit deren Hilfe die Gesundheitswirtschaft gesteuert wird.

Die Krankenversicherung tritt dabei regelmäßig auf, wenn es um die Darstellung der vertraglichen Beziehungen in der Gesundheitswirtschaft geht. Diese resultieren aus dem Behandlungs- und dem Versicherungsvertrag. Wie gezeigt werden die vertraglichen Beziehungen dabei durch die finanzielle Situation der Krankenversicherung wesentlich beeinflusst. Deren finanzielle Situation ist schließlich der Auslöser für diejenigen Reformen, die die anderen Institutionen im Gesundheitswesen – insbesondere für Veränderungen innerhalb der Institution „Krankenhaus“ – betreffen. Auch bei der Formulierung von weiteren Verträgen, die die Versorgung mit stationären medizinischen Lei-

stungen sicherstellen, ist die Institution „Krankenversicherung“ bedeutend. Sie sichert nämlich mit dem Versorgungsvertrag dem jeweiligen Krankenhaus die Versorgung der Versicherten exklusiv zu, versucht jedoch gleichzeitig zu verhindern, dass sich das Krankenhaus als Oligopolist verhält. Der hierdurch verursachte und in der Arbeit dargestellte ungelöste Konflikt hat einen besonderen Einfluss auf Krankenhäuser und ist im unmittelbar externen Umfeld ein bestimmender Faktor im Prozess der Reorganisation der stationären medizinischen Versorgung. Eine noch vorzunehmende Analyse, so eine Forderung aufgrund der vorliegenden Arbeit, muss zeigen, welche Auswirkungen die Reorganisation der medizinischen Versorgung auf die Institution „Krankenversicherung“ hat und welche Auswirkungen aus dem Steuerungsinstrument „Gesundheitsfonds“ zu erwarten sind und wie dieses weiterentwickelt werden kann. Hieraus lassen sich dann Forderungen an die Gesundheitspolitik im zweiten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends formulieren.

Für die Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft ist die Gesundheitspolitik ein weiteres bestimmendes Element. Zwar besteht mit den neuen Versorgungsformen zusätzliche Möglichkeiten für die Institution „Krankenhaus“ weitere Leistungen anzubieten, doch wird dessen tiefgreifende Reorganisation bislang durch die aus politischen Erwägungen weitgehende Beibehaltung einer Trennung in ambulante und stationäre medizinische Versorgung behindert. Die vom globalen externen Umfeld vorgegebene und im fünften Sozialgesetzbuch „zementierte“ Trennung ist als eine wesentliche Ursache der Fehlentwicklungen bei den handelnden Institutionen im Gesundheitswesen zu sehen. Die Institution „Krankenhaus“ treffen die Fehlentwicklungen besonders. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus – unter dem Einfluss des internen Umfelds, indem der Eigentümer „Kommune“ den Gesellschaftsvertrag formuliert, stehend – regelmäßig nicht gewinnorientiert ist. Labrig und Ackermann (2008) machten dies an der in Kranken-

häusern weitgehend fehlenden Kosten- und Leistungsrechnung deutlich. Damit fehlt das Eigeninteresse an einer kostenminimalen Leistungserstellung. Eine Folge hiervon ist, dass die mit der Krankenversicherung vereinbarten Leistungsmengen nicht mit dem geringstmöglichen Einsatz der verfügbaren Ressourcen erbracht werden. Hieraus konnten in dieser Arbeit drei Forderungen abgeleitet werden: Der Prozess einer Reorganisation und damit die Überwindung der Fehlentwicklungen muss erstens durch Anreize zu einer kostenminimalen Leistungserstellung gefördert werden. Zweitens hat eine Veränderung bei der medizinischen Leistung zu erfolgen. Drittens muss ein Abbau der Einflussnahme der Politik insbesondere auf kommunaler Ebene etwa durch eine Änderung der Rechtsform im Rahmen einer Privatisierung erfolgen. Eine Reorganisation der medizinischen Versorgung bei den niedergelassenen Ärzten ist – vor dem Hintergrund des im Jahr 2009 eingeführten neuen Bemessungsmaßstabs – auch angezeigt, wobei sie der Gegenstand einer noch durchzuführenden Analyse sein muss und die Gesundheitspolitik der christlich-liberalen Regierung prägen und von Belang für die 2011 erwartete Gesundheitsreform sein wird.

Die Entwicklung von Anreizen zu einer kostenminimalen Erstellung von medizinischen Leistungen im Krankenhaus ist nicht trivial, da sein Output sehr heterogen ist. Die Einordnung der Patienten in Fallgruppen wie die initial von Fetter et al. (1980) vorgestellten Diagnosis Related Groups ist ein Weg, um die Heterogenität des Outputs abzubilden und einen Vergleich der Leistungsfähigkeit innerhalb der Institution „Krankenhaus“ zu ermöglichen. Erhält das Krankenhaus für jeden so zugeordneten Behandlungsfall eine feststehende Vergütung, so wird es als Preisnehmer die Anzahl der Behandlungsfälle so steuern, dass der Preis je Behandlungsfall seinen Grenzkosten entspricht. Das Krankenhaus wird sich auch auf bestimmte Leistungen konzentrieren. Es gilt also zu prüfen, wie die Reorganisation der medizini-

schen Versorgung in den Krankenhäusern verlaufen und das interne Umfeld verändern wird.

Hierbei folgt aus der vorgenommenen Analyse, dass es sich – trotz aller Unvollkommenheiten – bei dem Markt für die medizinischen Leistungen eines Krankenhauses um ein heterogenes Oligopol handelt. In einer solchen Marktform sind unterschiedliche Preise zu erwarten, was durch ein System, das pauschale Preise vorsieht, unterlaufen wird. Da sowohl die Marktform als auch die Preise vorgegeben sind, lassen sich Fehlentwicklungen bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht allein den Krankenhäusern anlasten. Wie gezeigt ist die Behauptung, die sich fast durchgängig in der Literatur für Gesundheitsökonomik findet, unzulässig, dass ein „Marktversagen“ vorliegt. Erstens ist aufseiten der Anbieter bei den stationären medizinischen Leistungen aufgrund des Oligopols eine vollständige Konkurrenz nicht zu erwarten. Zweitens liegt aufseiten der Nachfrager keine vollständige Mobilität vor. Damit sind die Bedingungen aus dem ersten Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomik (Varian 2003: 540 ff.), aus denen ein Marktversagen abgeleitet werden kann, nicht erfüllt. Bejaht man also die Notwendigkeit einer Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern, so gilt es, den Leistungswettbewerb zu fördern und den staatlichen Eingriff, der über zahlreiche Institutionen im globalen und unmittelbar externen Umfeld erfolgt, unter Berücksichtigung von Patienteninteressen zurückzudrängen. Begründet werden kann die Forderung durch die Erfolglosigkeit aller staatlicher Maßnahmen, mit denen eine bessere Allokation der Ressourcen im Gesundheitswesen erreicht werden sollte. Drei Jahrzehnte lang betrachtet die Gesundheitspolitik eine „Kostendämpfung“ auf der Ausgabenseite, um erst dann die Einnahmeseite und die Anreizstrukturen im Gesundheitswesen zu entdecken.

Die Voraussetzung für die Erfüllung des genannten Prüfauftrags und die Entwicklung von geeigneten Anreizstrukturen zur Reorganisation der medizinischen Versorgung liegen in der vollständigen Erfassung des Krankenhauses als Untersuchungsgegenstand. Um ihn komplett zu erfassen und hierauf bauend die Ansätze der Reorganisation der medizinischen Leistungen zu diskutieren, ist eine Analyse der Institution auch auf der theoretischen Ebene nötig. Es steht fest, dass sowohl außerhalb als auch innerhalb der Institution „Krankenhaus“ die Märkte – sofern sie vorhanden sind – nur eine untergeordnete Rolle spielen. Weitere Institutionen sind zu berücksichtigen. Da sich die Neoklassik „nur“ mit den Institutionen „Privateigentum“ und „Märkte“ befasst, sind die Einbindung und Analyse weiterer Institutionen nötig, um das Krankenhaus komplett zu erfassen. Die Analyse von Institutionen ist der Gegenstand der Neuen Institutionenökonomik, zu der nach Erlei et al. (1999) die drei aufeinander basierenden Teilgebiete „Transaktionskosten-Theorie“, „Theorie der Verfügungsrechte“ und „Vertragstheorie“ gehören. Die Neue Institutionenökonomik kann daher als eine Ergänzung der neoklassischen Theorie verstanden werden. Eine solche Einordnung ist in der Literatur jedoch nicht unumstritten. Weitere Arbeiten müssen sich daher verstärkt mit den Grundlagen der Neuen Institutionenökonomik befassen und deren Annahmen systematisch hinterfragen. Insbesondere die angeführte Gegenläufigkeit der Annahmen in Modellen, die unvollständige Verträge analysieren, muss geprüft werden. Gleichfalls ist der unterstellte Opportunismus der in diesen Modellen handelnden Akteure zu hinterfragen und deren Reputation stärker zu berücksichtigen.

Der Gegenstand der Transaktionskosten-Theorie sind nach Richter und Furubotn (1999) die Kosten, die neben dem eigentlichen Preis bei einer Transaktion anfallen. Hierunter versteht man die Kosten für die Informationsbeschaffung, die Überwachung und die Durchsetzung. Transaktionskosten können demzufolge als eine Folge der Arbeitstei-

lung angesehen werden. Daher ist es bei der Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern entscheidend, wie bei der Erstellung der medizinischen Leistungen die Transaktionen organisiert sind. In allen Fällen ist der vorgegebene rechtliche Rahmen relevant.

Von gleicher Bedeutung ist für die beiden genannten Autoren die Zuordnung der Verfügungsrechte. Die Folgen, die sich aus der Zuteilung derselben ergeben, sind der Gegenstand der Theorie der Verfügungsrechte. Es ist nachvollziehbar, dass Individuen versuchen, aus dem Einsatz einer Ressource für sich den größten Vorteil zu ziehen. Damit jedes Individuum auch die Anstrengung auf sich nimmt, die bestmögliche Verwendungsweise für ein Gut zu finden, ist es erforderlich, dass das Individuum auch die Rechte zum Ressourceneinsatz sowie einen Anspruch auf den Gewinn hat. Unterstellt man die Existenz von „Trittbrettfahrern“ bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und bezieht den bisherigen Misserfolg der staatlichen Regulierung in die Überlegungen ein, so drängt sich – wie in dieser Arbeit gezeigt – die Notwendigkeit der Institution „Privateigentum“ bei medizinischen Leistungen auf. Unabhängig davon, wie die Festlegung der Verfügungsrechte sowie der Regeln für deren Übertragung erfolgt, beeinflussen die Verfügungsrechte die wirtschaftlichen Handlungen und haben somit auch vorhersehbare Auswirkungen auf die Situation in der Gesundheitswirtschaft.

Die relativen Verfügungsrechte, das heißt Ansprüche gegen bestimmte Personen oder Organisationen, werden durch mehr oder weniger vollständige Verträge begründet. Sie sind der Gegenstand der von Bannier (2005) umfangreich dokumentierten Vertragstheorie, der hier eine zentrale Bedeutung beigemessen wurde. Denn es ist für das Krankenhaus überaus belangvoll, wie sich die verschiedenen Vertragstypen und Klauseln auswirken und welche Wirkungen von verschiedenen

Verträgen ausgehen. Auch die Beschaffenheit der zu übertragenden Verfügungsrechte ist bei der Formulierung des Vertrages wichtig. Das Kernproblem bei der Abwicklung eines Vertrages liegt darin, dass die Vertragsparteien oft versucht sind, die getroffenen Vereinbarungen zu ihren Gunsten auszulegen.

Die Institution „Krankenhaus“, dessen Zielfunktion hier ausgearbeitet wurde, verfolgt nach Eichhorn und Schmidt-Rettig (1995) insbesondere das Ziel der Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen zur Heilung oder Linderung von Krankheiten. Die bestmögliche Erfüllung des Ziels wird durch den Einsatz der unterschiedlichen Produktionsfaktoren angestrebt, deren Verfügungsrechte auf den Faktormärkten gehandelt werden. Es treten daher ständig vertragliche Beziehungen auf, wenn die Produktionsfaktoren auf den Märkten erworben werden. Eine wesentliche Beziehung ist dabei durch den jeweiligen Arbeitsvertrag im internen Umfeld manifestiert. Besteht nun eine Diskrepanz zwischen dem erwarteten und zur Erreichung der Krankenhausziele erforderlichen produktiven Beitrag des einzelnen Mitarbeiters und der tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung, muss die Anreizwirkung der bilateralen Vereinbarung analysiert werden.

Von eminenter Bedeutung ist hier die Situation des Krankenhausarztes. Er sieht sich trotz seiner hervorgehobenen Stellung innerhalb des Krankenhauses mit einer Reihe von Problemen konfrontiert. Seine Arbeit wird durch den von höheren Hierarchieebenen ausgehenden Druck, das organisatorisch angelegte Nebeneinander zu den Pflegenden, die Erwartungshaltung der Patienten und ihrer Angehörigen sowie den wachsenden Einfluss der Verwaltung erschwert. Fest steht, dass der Arzt, auch wenn Arrow (1963) seine besondere Rolle beim Vertrauensgut „medizinische Leistung“ unterstreicht, seine eigenen Ziele zu verfolgen in der Lage ist, indem er Informationen zurückhält und dadurch sich den Absichten seines Arbeitgebers fügt. Dieser kann



seinen Gewinn durch unterschiedliche mehr oder weniger legale Aktivitäten – zulasten des Patienten – erhöhen. Eine Lösung dieser Probleme kann nur dann abgeleitet werden, wenn sowohl der internen als auch externen Perspektive Rechnung getragen wird und eine Reorganisation beim Input und Output sowie bei dem Krankenhaus als Unternehmen – etwa mittels Errichtung eines medizinischen Versorgungszentrums – durchgeführt wird.

Grundlegend verändern neue Versorgungsformen und das System der Fallpauschalen die Zielfunktion der Institution „Krankenhaus“. Zwar verfolgt sie weiterhin das Ziel, die medizinisch-pflegerischen Leistungen zur Heilung oder Linderung von Krankheiten zu erbringen, das Interesse an einer kostenminimalen Leistungserstellung hat jedoch an Bedeutung gewonnen. Das Krankenhaus muss vor dem Hintergrund der dargelegten Anreizwirkungen handeln, um seine Ziele erreichen zu können. Als Ansätze zur Reorganisation wurden in dieser Arbeit Veränderungen beim Input und Output sowie bei der Gestaltung des Rahmens der Institution „Krankenhaus“ angeführt, die sich dann mittels der angeführten Instrumente der Neuen Institutionenökonomik analysieren ließen.

Gilt es eine Reorganisation umfassend zu analysieren, so müssen zunächst diejenigen Ansätze berücksichtigt werden, die maßgeblich die interne Perspektive berücksichtigen. Ansätze der Reorganisation beim Ressourceneinsatz sind daher die Grundlage: Bei der Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sind interne Märkte dazu fähig, das Verhalten von Anbieter und Nachfrager innerhalb der Institution „Krankenhaus“ bei einer gegebenen Ausstattung mit Ressourcen zu steuern. Ein Problem besteht darin, dass der aus Koordinationssicht optimale Verrechnungspreis, beispielsweise für die Inanspruchnahme des Operationssaals durch eine Klinik, eine zentrale Planung voraussetzt, die dem angestrebten Ziel einer Überwindung

der Hierarchie zuwiderläuft. Eine Standardisierung der Arbeitsabläufe wird nach Hellmann (2002) durch die Einführung von klinischen Behandlungspfaden als einem weiteren Ansatz ermöglicht. Sie erlauben es, die verursachungsgerechten Kosten transparent darzustellen und zu kalkulieren. Zudem unterstützen die klinischen Behandlungspfade im Rahmen der Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus eine Konzentration auf seine Kernkompetenzen. Die klinischen Behandlungspfade als Instrument einer eher dezentralen Planung betreffen jedoch primär den Ressourceneinsatz auf medizinischer Ebene. Der Bereich der Pflege wird eher vernachlässigt. Da im Krankenhaus pflegerische Leistungen in einem großen Umfang erbracht werden, ist auch hier eine Reorganisation geboten. Mittels der Konzeption der abgestuften Pflege können hier Ressourcen eingespart werden.

Eine Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus spiegelt sich auch in den Veränderungen wider, die bei den medizinischen Leistungen vorgenommen werden und primär die externe Perspektive betreffen. Das Vergütungssystem der Fallpauschalen bietet gute Ansatzmöglichkeiten, um die erbrachten Leistungen nachzukalkulieren. Damit kann das Krankenhaus profitable und nicht profitable Bereiche erkennen. Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wird es bei konstanten Preisen bestrebt sein, in den Bereichen, die Gewinne versprechen, mehr Fälle zu versorgen. Eine so verursachte Konzentration führt tendenziell zu einer besseren Qualität und auch zu einer effizienteren Behandlung. Sie bedingt jedoch auch einen höheren Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Zudem kann eine Ausweitung der ambulanten medizinischen Leistungen durch das Krankenhaus etwa durch die Errichtung eines medizinischen Versorgungszentrums oder durch die Erschließung des nachstationären Behandlungspotenzials angestrebt werden. Schließlich können durch die fortschreitenden technologischen Entwicklungen immer spezifischere Möglichkeiten

der Diagnostik und Behandlung ihren Eingang in die medizinische Versorgung finden und zur Verbesserung der Behandlung sowie zur Steigerung der Lebensqualität der Patienten beitragen. Der medizinische Fortschritt vollzieht sich dabei schwerpunktmäßig im Krankenhaus, da dort viele Spezialisten beschäftigt sind, und das Krankenhaus eher als andere Anbieter von medizinischen Leistungen die Kosten zu tragen und die Lerneffekte zu realisieren imstande ist.

Schließlich vermag eine Reorganisation der medizinischen Versorgung im Krankenhaus auch bei der Gestaltung des Rahmens der Institution „Krankenhaus“ anzusetzen – interne und externe Perspektive sind von Bedeutung. So kann das Krankenhaus mit einer verstärkten Kooperation und Integration auf die geänderte Situation im Gesundheitswesen reagieren und hierdurch seine Ziele erreichen. Es kommt zu Kooperationen und Integrationen der Krankenhäuser untereinander sowie zu einer verstärkten Zusammenarbeit mit komplementären und substitutiven Einrichtungen. Bei einer horizontalen Integration gibt es unterschiedliche Stufen der Zusammenarbeit. Sie reicht vom lockeren Verbund bis hin zu einer geschlossenen wirtschaftlichen Einheit innerhalb eines Konzerns. Im Rahmen einer vertikalen Integration arbeiten die Krankenhäuser mit den Einrichtungen der ambulanten Versorgung, der Rehabilitation, der Pflege und der Prävention zusammen. Die Kooperation auf vertikaler Ebene geht möglicherweise so weit, dass ein medizinisches Versorgungszentrum gegründet wird oder eine so genannte integrierte Versorgung angeboten wird. Damit können Anreize gesetzt werden, bereits präventive Maßnahmen zu ergreifen und nicht erst kurativ tätig zu werden. Falls eine Behandlung notwendig wird, haben alle beteiligten Einrichtungen den Anreiz, den Patienten möglichst effizient zu behandeln, um mit den Erlösen über den entstehenden Kosten zu bleiben. Zudem wird die sektorale Trennung in ambulante und stationäre medizinische Versorgung überwunden.

Die Institution „medizinisches Versorgungszentrum“ als neue Versorgungsform mit dem höchsten Integrationsgrad wird in der vorliegenden Arbeit immer wieder angeführt, wenn es um die Überwindung der Probleme einer fehlerhaften medizinischen Versorgung geht. Es steht somit im Zentrum der hier vorgestellten Reorganisation der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern. Ein medizinisches Versorgungszentrum muss mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder unterschiedlicher Versorgungsformen haben. Die Basis für die Gründung einer solchen Einrichtung bildet die Verlagerung von Verfügungsrechten von einzelnen Individuen. Sie setzt einen Vertrag voraus. Unterstellt man die Möglichkeit eines Interessenskonflikts bei den beteiligten Vertragspartnern, so können die Konflikte dazu führen, dass das medizinische Versorgungszentrum scheitert. Die Konflikte werden umso stärker ausgeprägt sein, je geringer der Grad der Integration ist. Trotz aller Einschränkungen kann dennoch konstatiert werden, dass das medizinische Versorgungszentrum nur bedingt geeignet, die Probleme zu lösen, die aus dem strategischen Verhalten eines angestellten Arztes resultieren. Es muss ein Vertrag entwickelt werden, bei dem die Ärzte weitgehend selbständig bleiben, sich jedoch den medizinischen Zielen des Krankenhauses verpflichtet fühlen. Gleichzeitig muss der Perspektive des Regulierers mehr einbezogen werden. Eine erfolgsabhängige Vergütung für den Arzt ist hier der richtige Weg. Der von dem Gesetzgeber im Jahr 2007 vollzogene Schritt, auch Ärzte für ein medizinisches Versorgungszentrum zuzulassen, die Angestellte des Krankenhauses sind, wird nicht die gewünschten Resultate bringen, da die Probleme der Hierarchie eines Krankenhauses nun auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Entwicklungen zehn Jahre nach Beginn der „stillen Revolution“ in der Gesundheitswirtschaft eher als problematisch zu bewerten sind. Zwar ermöglichen die neuen Versorgungsformen bis zu einem gewissen Grad die Überwindung der

Probleme der medizinischen Versorgung, die durch die sektorale Trennung hervorgerufen werden, doch droht alleine aufgrund der Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise und der im Grundgesetz verankerten „Schuldenbremse“ ein erheblicher Spardruck, der sich schließlich auf den Gesundheitsfonds und die Institutionen der Gesundheitswirtschaft auswirken wird – dies zeigt sich schon Ende des Jahres 2010 mit den vorgesehenen Änderungen im GKV-Finanzierungsgesetz. Dabei wird das geltende Vergütungssystem die Versorgungssituation noch verschärfen. Zwar wird mit dem System durch die Annäherung an die Koordinationsinstitution „Märkte“ ein besserer Ressourceneinsatz erreicht, aber die Qualität der ärztlichen Leistung bleibt bei der Reorganisation der medizinischen Versorgung weitgehend unberücksichtigt. Der eine Arzt, der sich intensiv um seine Patienten kümmert, kann nicht kostendeckend arbeiten und wird für das Krankenhaus zum „Negativfaktor“, ein anderer, der die Patienten schnell durchschleust, wird zum „Gewinnbringer“ - insbesondere dann, wenn es sich um Privatpatienten handelt (Ennemann 2003: 166).

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Arbeit muss gefordert werden, dass durch den Gesetzgeber die Voraussetzungen für einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb geschaffen werden und die Krankenversicherungen sowie die Patienten erfahren, welche Ärzte beziehungsweise Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen qualitativ hochwertig arbeiten und welche nicht. Zudem hat der Gesetzgeber den Aufbau von medizinischen Versorgungszentren mit einem erfolgsabhängigen Vergütungssystem verstärkt zu unterstützen, da mit deren Hilfe die sektorale Abgrenzung und die Hierarchie innerhalb der Institution „Krankenhaus“ überwunden werden kann. Schließlich muss der Einfluss der kommunalen Entscheidungsträger im unmittelbar externen reduziert werden, wobei hierfür nicht immer eine Privatisierung erforderlich ist.

Auch auf der Seite der gesetzlichen Krankenversicherungen besteht ein dringender Reformbedarf. Solange der Gesetzgeber bei Krankenversicherungen die Bildung von Verbandskartellen als bevorzugte Lösung betrachtet und etwa dem Gesundheitsfonds ein Vertrags- und Vergütungsmonopol einräumt, findet auf dem Markt kein ausgeprägter Wettbewerb um kassen- und versorgerindividuelle Leistungsverträge statt. Die Krankenversicherungen müssen vielmehr bestrebt sein, die vorliegenden regionalen Oligopole zu überwinden und umfangreichere integrierte Versorgungsverträge abzuschließen. Änderungen müssen also im globalen externen Umfeld initiiert werden und sich dann im unmittelbar externen Umfeld auswirken.

Zum Schluss ist festzustellen, dass jedes Krankenhaus und jeder Krankenhausarzt sich mit dem Spagat konfrontiert sieht zwischen dem, was medizinisch sinnvoll ist, und dem, was bezahlbar ist. Ein Mehr an Wirtschaftlichkeit äußert sich im Einsatz von immer weniger Personal und einer verstärkten Leistungsrationierung, bei der über den Preis, über Wartelisten, über altersabhängige Ausschlussverfahren und über Ähnliches die medizinischen Leistungen vergeben werden. Am Ende der Entwicklung könnte auf der Basis der gesetzlichen Krankenversicherung eine Mindestversorgung für alle stehen, die nur die Mindestleistungen innerhalb eines Krankenhauses abdeckt. Die Institution „Märkte“ ist dann die primäre Koordinationsinstitution für die medizinischen Leistungen eines Krankenhauses.

## Literaturverzeichnis

H. Abels, Einführung in die Soziologie. Wiesbaden 2001.

G. Abrahamczik, MVZ - ein Praxisleitfaden. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 2, 2005, S. 95-97.

S. Achner, Deutschland auf dem Weg ins Festpreissystem für Krankenhäuser. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 4, 2003, S.347-349.

D. Ahlert, H. Plassmann, Grundlagen des Marktvertrauensmanagements. Münster 2002.

G. Akerlof, The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, 1970, S. 488-500.

G. Akerlof, The Market for 'Lemons': A Personal and Interpretive Essay. In: Nobel Foundation (Hrsg.), 2001, <http://nobelprize.org/economics/articles/akerlof> (Download: 15. November 2009).

V. Amelung, C. Janus, Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart 2006, S. 14-25.

AOK-Bundesverband (Hrsg.), Disease-Management-Programme, [http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index\\_00296.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00296.html) (Download: 24. Juli 2009).

Arbeitsgemeinschaft deutscher wirtschaftswissenschaftlicher Forschungsinstitute (Hrsg.), Die Lage der Weltwirtschaft und der deutschen Wirtschaft im Herbst 2005: Beurteilung der Wirtschaftslage. Hamburg 2005.

D. Arens, B. Güntert, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. In: D. Arens, B. Güntert (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden 2004.

K. Arrow, Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. In: American Economic Review, Vol. 53, 1963, S. 941-973.

K. Arrow, Government Decision Making and the Preciousness of Human Life. In: L. Tancredi (Hrsg.), Ethics of Health Care. Washington 1974, S. 33-47.

K. Arrow, The property rights doctrine and demand revelation under incomplete information. In: M. Boskin (Hrsg.), Economics and Human Welfare. New York 1979, S. 29-39.

K. Arrow, The Economics of Agency. In: J. Pratt, R. Zeckhauser (Hrsg.), Principals and Agents: The Structure of Business. Boston 1985, S. 37-51.

B. Augurzky, D. Engel, S. Krolop, C. Schmidt, H. Schmitz, C. Schwierz, S. Terkatz, Krankenhaus Rating Report 2007 - Die Spreu trennt sich vom Weizen. In: RWI-Materialien, Heft 32, 2007.

G. Bäcker, R. Bispinck, K. Hofemann, Sozialpolitik: Eine problemorientierte Einführung. Köln 1980.

C. Bannier, Vertragstheorie: Eine Einführung mit finanzökonomischen Beispielen und Anwendungen. Heidelberg 2005.

D. Baron, R. Myerson, Regulating a Monopolist with Unknown Costs. In: Econometrica, Vol. 50, 1982, S. 911-930.

G. Baum, K. Tuschen, AR-DRG – Die Chancen nutzen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 5, 2000, S. 449-460.

A. Becker, MDK-Aufwandspauschale - Fakten versus Phantasie. Das Risiko liegt immer noch bei den Krankenhäusern. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 6, S. 508-512.

S. Bednarek, A. Halim, R. Riedel, Auswirkungen der DRG-Einführung auf das Controlling in Krankenhäusern. In: Das Krankenhaus, Heft 4, 2007, S. 313-316.



E. Behnsen, Medizinische Versorgungszentren - die Konzeption des Gesetzgebers (Teil 2). In: Das Krankenhaus, Heft 9, 2004, S. 698-702.

H. Berié, G. Braeseke, U. Fink, I. Völker, Strukturen und Kostensteuerungsmechanismen im deutschen Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der GKV. Gutachten, Berlin 2005.

F. Beske, T. Drabinski, H. Zöllner, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Eine Antwort auf die Kritik. In: Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Bd. 100, Kiel 2004.

A. Beyer-Rehfeld, Das war nur der Auftakt: Verkauf der Unikliniken Gießen und Marburg wird Schule machen. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 1, 2006, S. 46-47

S. Binder, Effizienz durch Wettbewerb im Gesundheitswesen. Schriften zur Gesundheitsökonomie. Bayreuth 1999.

K. Blum, P. Schilz, Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2005. Düsseldorf 2005.

K. Blum, M. Offermanns, P. Schilz, Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2004. Düsseldorf 2004.

K. Blum, M. Offermanns, Krankenhäuser zwischen Innovations- und Kostendruck – die stationäre Versorgung seit dem Jahr 2000. In: Das Krankenhaus, Heft 4, 2009, S. 295-302.

K. Blum, M. Offermanns, P. Perner, Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2007, Düsseldorf 2007.

K. Blum, M. Offermanns, P. Perner, Krankenhaus-Barometer, Umfrage 2008, Düsseldorf 2008.

K. Böcker, N. Henke, H. Krishnan, T. Mansky, D. Paffrath, D. Steiners, Diagnosis Related Groups – Grundstein für ein neues Abrechnungssystem der Krankenhäuser und Krankenkassen. In: R. Salfeld, J. Wettke (Hrsg.), Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens – Perspektiven und Konzepte. Berlin 2001, S. 49-76.

T. Bohle, Umstrukturierung im Krankenhaus: Rechtsfragen der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten. In: Das Krankenhaus, Heft 8, 2003, S. 621-627.

P. Borges, R. Schmidt, Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus. In: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Heft 2, 2002, S. 101-117.

D. Bös, Privatisierung und Deregulierung - Ökonomische Perspektiven. In: J. Merz (Hrsg.), Freie Berufe im Wandel der Märkte. Baden-Baden 2003, S. 147-155.

D. Bös, G. De Fraja, Quality and Outside Capacity in the Provision of Health Services. In: Journal of Public Economics, Vol. 84, 2002, S. 199-218.

R. Brandmaier, E. Fischenbeck, M. Heinz-Leisenheimer, D. Radtke, Die Gesamtatmosphäre entscheidet, ob Patienten eine Klinik weiterempfehlen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 5, 2003, S. 461-465.

M. Brenske, K. Schorn, M. Walger, N. Schlottmann, Der Gemeinsame Bundesausschuss - aktuelle und zukünftige Bedeutung für den Krankenhaussektor. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2005, S. 167-173.

F. Breyer, M. Kifmann, P. Zweifel, Gesundheitsökonomik. Berlin 2004.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Statistisches Taschenbuch: Gesundheit 2005. Berlin 2006.

Bundesverfassungsgericht (Hrsg.), Regelungen des Risikostrukturausgleichs verfassungsgemäß. In: Pressemitteilungen des Bundesverfassungsgerichts, Karlsruhe 2005.

F. Buscher, Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen. In: Das Krankenhaus, Heft 3, 2005, S. 181-185.

F. Buscher, Krankenhäuser im Wandel. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 11-14.

R. Busse, A. Zentner, S. Schlette, Gesundheitspolitik in Industrieländern. Gütersloh, 2006.

D. Cassel, Reformoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: H. Kollhoser (Hrsg.), 7. Münsterische Sozialrechtstagung – Gesetzliche Krankenversicherung in der Krise - Von der staatlichen Regulierung zur solidarischen Wettbewerbsordnung. Münsteraner Reihe, Heft 81, Karlsruhe 2002, 1-26.

D. Cassel, Ordnungspolitische Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen. In: H. Leipold, D. Wentzel (Hrsg.), Ordnungspolitik als Aufgabe. Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Bd. 78, Stuttgart 2005, S. 243-261.

G. Chulis, Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals. In: Medical Care Review, Vol. 48, 1991, S. 28-56.

R. Coase, The Nature of the Firm. In: *Economica*, Vol. 4, 1937, S. 386-405.

R. Coase, The Problem of Social Cost. In: *Journal of Law and Economics*, Vol. 3, 1960, S. 1-44.

H. Conrad, Balanced Scorecard als Managementkonzept im Krankenhaus. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003, S. 352-356.

R. Coffey, Casemix Information in the United States - 15 Years of Management a Clinical Experience. In: *Casemix Quarterly*, Vol. 1, 1999, S. 7-16.

R. Coulam, G. Gaumer, Medicare's Prospective Payment System - A critical Appraisal. In: *Health Care Financial Review, Annual Supplement*, 1991, S. 45-77.

L. Dafny, How Do Hospitals Respond to Price Changes? In: American Economic Review, Vol. 97, 2005, S. 1525-1545.

A. Damaschke, Geschichte der Nationalökonomie: Eine Einführung. Bd. 2, Jena 1929.

W. Damkowski, U. Meyer-Pannwitt, C. Precht, Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen. Stuttgart 2000.

U. Degener, Behutsame Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 8, 2003, S. 330-340.

R. Depner, Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild. Eine soziologische Untersuchung zur Entwicklung des Selbstverständnisses von Medizinstudenten und Ärzten. Stuttgart 1974.

Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ – Über den Stand der Arbeit. Berlin 2005.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) Medizinische Versorgungszentren gewinnen an Bedeutung [http://www.bundestag.de/presse/hib/2010\\_10/2010\\_329/06.html](http://www.bundestag.de/presse/hib/2010_10/2010_329/06.html) (Download 01. Januar 2011)

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland. In: DIW Wochenbericht, Nr. 34, 2005 S. 489-495.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.), Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V. Düsseldorf 2002.

S. Eichhorn, Krankenhausbetriebslehre, Krankenhausbetriebslehre - Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebs. Stuttgart 1975.

S. Eichhorn, B. Schmidt-Rettig, Mitarbeitermotivation im Krankenhaus. Stuttgart 1995.

U. Ennemann, Wirtschaftliche Führung öffentlicher Krankenhäuser – eine kritische Betrachtung der Public Private Partnership im deutschen Krankenhauswesen aus institutionenökonomischer Sicht. Paderborn 2003.

P. Erdmeier, Die Privatisierung von Unternehmensbeteiligungen des Landes Berlin seit der Wiedervereinigung. Berlin 2000.

M. Erlei, M. Leschke, D. Sauerland, Neue Institutionenökonomik. Stuttgart 1999.

R. Fetter, Y. Shin, J. Freeman, R. Averill, J. Thompson, Case Mix Definition By Diagnosis-Related-Groups. In: Medical Care, Vol. 18 (Supplement), 1980, S. 1-53.

C. Fahlenbrach, N. Köhler, N. Schlottmann, Deutsche Kodierrichtlinien 2006. In: Das Krankenhaus, Heft 11, 2005, S. 933-938.

J. Finklenburg, Der neue Tarifvertrag TVöD: Mehr Flexibilität und Produktivität. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 29-33.

A. Finzen, Arzt, Patient und Gesellschaft. Stuttgart 1969.

W. Fischer, DRG-Entwicklungsperspektiven. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003 (CD-ROM). Stuttgart 2004, S. 26-38.

S. Fleßa, Ineffizient ohne Verschulden. Die variationsbedingten Nachteile kleiner Abteilungen. In: Das Krankenhaus, Heft 6, 2007, S. 544-549.

B. Friedl, □Kostenrechnung: Grundlagen, Teilrechnungen und Systeme der Kostenrechnung□. Oldenburg 2004.

E. Furubotn, S. Pejovich, Property Rights and Economic Theory: A Survey of Recent Literature. In: Journal of Economic Literature, Vol. 10, 1972, S. 1137-1162.

G. Gäfgen, Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen. Baden-Baden 1990.

A. Gandjour, K. Lauterbach, Instrumente zur Ressourcenallokation. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003, S. 147-154.

M. Gaynor, Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services. In: Journal of Economics and Management Strategy, Vol. 3, 1994, S. 211-255.

D. Geerlings, Die Bedeutung von proCumCert aus kirchlicher Sicht. In: A. Rier (Hrsg.), Qualität durch Werte. Kulmbach 2003, S. 6-9.

A. Gerber, K. Lauterbach, Evidence-based Medicine: Why do Opponents and Proponents use the same Arguments? In: Health Care Analysis, Vol. 13, 2005, S. 59-71.

A. Goldschmidt, Die elektronische Gesundheitskarte. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 3, 2004, S. 276-282.

P. Gorschlüter, Das Krankenhaus der Zukunft: Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz. Stuttgart/Berlin/Köln 1999.

R. Grahmann, A. Gutwetter, Konflikte im Krankenhaus. Bern 1996.

S. Greß, M. Tamm, H. Tauchmann, J. Wasem, Price Elasticities and Social Health Insurance Choice in Germany: A Dynamic Panel Data Approach. Essen 2005.

S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze, J. Wasem, Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003 (CD-ROM). Stuttgart 2004, S. S. 145-157.

A. Greulich, P. Berchtold, N. Löffel, Disease Management - Patient und Prozeß im Mittelpunkt. Heidelberg 2002.

R. W. Griffin, *Fundamentals Of Management*. 5. Auflage. Orlando 2007.

S. Grossman, O. Hart, An Analysis of the Principal-Agent Problem. In: *Econometrica*, Vol. 51, 1983, S. 7-45.

S. Grossman, O. Hart, The Costs and Benefits of Ownership: A Theory of Vertical and Lateral Integration. In: *Journal of Political Economy*, Vol. 94, 1986, S. 691-719.

R. Guesnerie, J. Laffont, A Complete Solution to a Class of Principal-Agent Problems with an Application to the Control of a Self-managed Firm. In: *Journal of Public Economics*, Vol. 25, 1984, S. 329-369.

D. Gurgel, Kooperationen im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115 SGB V. In: *Das Krankenhaus*, Heft 1, 2006, S. 40-44.

J. Haack, Der Dokumentationsassistent macht sich rasch bezahlt und entlastet den Arzt. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Heft 4, 2003, S. 364-368.

J. Habermas, Zwischen Philosophie und Wissenschaft: Marxismus als Kritik. In: J. Habermas (Hrsg.), *Theorie und Praxis. Sozialphilosophische Studien*. Frankfurt 1963, S. 228-289.

C. Haderer, Kosten der Leistung versus Qualität der Leistung. In: *Krankenhaus-Umschau*, Heft 2, 2007, S. 113-115.

L. Hajen, H. Paetow, H. Schumacher, *Gesundheitsökonomie: Strukturen, Methoden, Praxisbeispiele*. Stuttgart 2004.

O. Hart, *Firms, Contracts, and Financial Structure*. Oxford 1995.

O. Hart, J. Moore, Property Rights and the Nature of the Firm. In: *Journal of Political Economy*, Vol. 98, 1990, S. 1119-1158.

R. Hartwig, Neuregelung der Integrationsversorgung. In: *Krankenhaus-Umschau*, Heft 1, 2004, S. 10-13.

R. Hartwig, Umgang mit widersprüchlichen Regelungen. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 5, 2004, S. 364-366.

M. Haubrock, S. Peters, W. Schär, Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Berlin/Wiesbaden 1997.

F. Heimig, D. Bauder, Aktueller Stand der Umsetzungen und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im InEK. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 4, 2003, S. 350-352.

K. Heitmann, Literaturrecherche im Internet, Literaturrecherche im Internet. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003, S. 40-46.

M. Heier, Privatpatienten - In den Klauen der Halbgötter, In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Nr. 25, 24.06.2007, S. 65.

A. Heinsen, T. Haupt, H. Burtscheid, L. Bulling, G. Rosar, G. Helff, Der klinische Pfad – eine gelungene Verbindung von Qualitätsmanagement und Prozesskostenrechnung. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 26-31.

W. Hellmann, Einführung von Klinischen Pfaden in Deutschland. In: W. Hellmann (Hrsg.), Klinische Pfade. Hannover 2002, S. 11-18.

P. Hensen, T. Schwarz, T. Luger, N. Roeder, Sachgerechte Leistungsdokumentation durch optimierte Kodierabläufe. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 4, 2003, S. 369-372.

P. Hensen, S. Wollert, H. Bunzemeister, T. Fürstenberg, T. Schwarz, T. Luger, N. Roeder, Handlungsbedarf durch DRG-Einführung. In: Das Krankenhaus, Heft 4, 2003, S. 381-386.

P. Hensen, N. Roeder, Teilstationäre Krankenhausbehandlung im DRG-Zeitalter. Medizinische Notwendigkeit trotz unklar definierter Schnittstellen. In: Das Krankenhaus, Heft 3, 2005, S. 196-202.



B. Hermalin, M. Katz, Moral Hazard and Verifiability: The Effects of Renegotiation in Agency. In: *Econometrica*, 59, 1991, S. 1735-1753.

B. Hermalin, M. Katz, Judicial Modification of Contracts Between Sophisticated Parties: A More Complete View of Incomplete Contracts and Their Breach. In *Journal of Law, Economics and Organisation*, Vol. 9, 1993, S. 230-255.

J. Hoffritz, Ein Lehrstück für Lobbyisten. In: *Die Zeit*, Nr. 31, 24.07.2003, S. 18.

M. v. Hören, Leistungsorientierte Vergütung. In: *Das Krankenhaus*, Heft 8, 2005, S. 691-693.

B. Holström, J. Tirole, The Theory of the Firm. In: R. Schmalensee, R. Willig (Hrsg.), *Handbook of Industrial Organization*. Amsterdam 1989, S. 135-182.

F. Holzwarth, Kodierqualität immer noch ein Problem. In: *Krankenhaus Umschau*, Heft 8, 2005, S. 678-681.

U. Hübner, B. Sellemann, 80 Prozent der Krankenhäuser noch ohne EPA. In: *Management und Krankenhaus*, Sonderpublikation DRG, 2004, S. 24.

Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.), *Die Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005*. IFD-Umfrage 7071, Allensbach 2005, <http://www.ifd-allensbach.de> (Download: 1. Mai 2007).

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Hrsg.), *Abschlussbericht: Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005: Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen - Teil I: Projektbericht*. Siegburg 2004.

K. Jacobs, S. Schulze, Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: D. Cassel (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen*. Gesundheitsökonomische Beiträge 44, Baden-Baden 2004, S. 89-110.

K. Jakobs, S. Schulze, Managed Care und integrierte Versorgung und den USA - Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart 2006, S. 81-97.

A. Jones, Health Econometrics. In: A. Culyer, J. Newhouse (Hrsg.), Handbook of Health Economics. Amsterdam 2000, S. 265-344.

P. Kalnbach, U. Schmidt, Konzernmodell als Strategieoption für kommunale Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, Heft 8, 2005, S. 646-647.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin (Hrsg.), Schutz gegen Fallzahlvermehrung. In: KV-Blatt, Ausgabe 7, 2002.

R. Kirbach, Gesundheit vom Fließband. In: Die Zeit, Nr. 37, 2000, S. 55.

D. Knüppel, Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA. In: Das Krankenhaus, Heft 5, 2003, S. S.387-390.

V. Koch, Fallpauschalen im Krankenhauswesen - Eine ökonomische Analyse der Einführung von DRG-Pauschalen in Deutschland. Göttingen 2001.

J. Koch, Betriebswirtschaftliches Kosten- und Leistungscontrolling im Krankenhaus. München 2004

M. Köckemann, F. Lillteicher, Entgeltverhandlungen 2007 - folgt das Geld der Qualität? Die bislang ausgebliebene Finanzierung zusätzlicher Strukturqualität von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen. In: Das Krankenhaus, Heft 5, 2007, S. 439-445.

T. Kolb, Ambulantes Operieren, In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 4, 2004, S. 356-361.

N. Kondratieff, Die langen Wellen der Konjunktur. In: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik, Vol. 56, 1926, S. 573-609.

P. Köpf, W. Walger, Neues Tarifrecht für Krankenhausärzte. In: Das Krankenhaus, Heft 4, 2007, S. 287-291.

H. Korzilius, Krankenhaus-Management: Aufbrechen verkrusteter Strukturen. In: Deutsches Ärzteblatt, 1998, S. A1149.

D. Kreps, A Course in Microeconomic Theory, New York 1990.

T. Kring, Stakeholder Management – Eine institutionenökonomische Betrachtung. In: Theresia Theurl (Hrsg.), Münstersche Schriften zur Kooperation. Bd. 54, Münster 2002, S. 9-48.

A. Krusch, T. Siegmund, P. Huber, M. Kircher, P.-M. Schumm-Draeger, Clinical Pathways und Case-Management als DRG-Managementinstrumente: Bericht über ein Pilotprojekt am Klinikum München-Bogenhausen. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2006, S. 124-128.

H. Kuhlmann, Kostenrechnung und Pflegeleistung. In: Klinikmanagement Aktuell, Heft 6, 2003, S. 70-73.

J. Kuhlmann, Neue Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser durch das GMG. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2004, S. 13-18.

L. Kuntz, Krankenhauscontrolling in der Praxis - quantitative Methoden. Stuttgart 2002.

L. Kuntz, A. Vera, Krankenhauscontrolling und Medizincontrolling - Eine systematische Schnittstellenanalyse. Köln 2003.

L. Kuntz, C. Zobel, Erfolgsfaktoren in der Karriere von Ärzten - Eine empirische Untersuchung. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2007, S. 136-138.

T. Küttner, H.-J. Lakomek, J. Hülsemann, N. Roeder: Klinische Behandlungspfade in der Inneren Medizin. Am Beispiel der akutstationären Rheumatologie. In: N. Roeder, T. Küttner (Hrsg.), Klinische Behandlungspfade - Mit Standards erfolgreicher arbeiten. Köln 2007.

J. Laffont, J. Tirole, A theory of incentives in procurement and regulation, Cambridge 1993.

J. Laffont, Martimort, Collusion under asymmetric information. In: *Econometrica*, Vol. 65, 1997, S. 875-911.

H. Lampert, Lehrbuch für Sozialpolitik. Berlin/Heidelberg 1994.

K. Lauterbach, M. Lungen, DRG-Fallpauschalen: Eine Einführung. Stuttgart, 2000.

K. Lauterbach, Der Marktmechanismus wird Qualität der Kliniken steigern. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus*, Heft 5, 2002, S. 460-461.

K. Lauterbach, Disease Management in Deutschland, Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten. Köln 2003.

K. Lauterbach, M. Lungen, Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt: *Krankenhaus-Report 2003 (CD-ROM)*. Stuttgart 2004, S. 203-215.

K. Lauterbach, M. Lungen, M. Schrappe, Gesundheitspolitische Situation - politische Sichtweisen. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Köln 2003, S. 295-302.

M. Larbig, D. Ackermann, Zukunftsgerichtete Instrumente der Krankenhaussteuerung – ein Plädoyer für die Kostenträgerrechnung. In: *Das Krankenhaus*, Heft 4, 2008, S. 336-344.

W. Leber, Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2004*. Stuttgart 2005.

W. Leber, Refinanzierung ambulanter Klinikleistungen. In: *Krankenhaus-Umschau*, Heft 3, 2005, S. 232-234.

P. Letmathe, M. Schweitzer, N. Uebe-Emden, Studie über die wirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser des Zweckverbandes der Krankenhäuser in Südwestfalen e.V. Siegen 2009.

E. Lingenberg, R. Reimann, Der Pflegedienst im Krankenhaus. Grundlagen zur Organisation einer Pflegeeinheit. Hannover 1995.

C. Loffing, Teamentwicklung im „Kranken Haus“ – ein Beispiel psychologischer Gestaltungsarbeit. Bad Iburg 1999.

P. Lüth, Kritisches zur Rollenkonzeption in der Medizin. In P. Lüth (Hrsg.), Kommunikation in der Medizin. Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis. Stuttgart 1975. S. 309-317.

A. Mages, Budgetierung im Krankenhaus: Eine vergleichende Analyse der Wirkungen unterschiedlicher Entgeltverfahren im Krankenhausbereich Frankreichs und Deutschlands. Bayreuth 1995.

T. Mansky, Grundlagen der fallorientierten Leistungsbewertung im Krankenhausvergleich und Entgeltsysteme – Bewertungsmodule des DRG-Systems am Beispiel der Medicare-Versicherung. In: M. Sieben, M. Litsch (Hrsg.), Der Krankenhausbetriebsvergleich. Berlin 2000, S. 149-192.

E. Maskin, J. Riley, Monopoly with Incomplete Information. In: Rand Journal of Economics, Vol. 15, 1984, S. 171-196.

A. Mayer, Markenorientierung im Krankenhaus der Zukunft. Kulmbach 2005.

T. Meissner, Schon Hippokrates wusste, dass Patienten oft lügen, wenn es um ihre Medikamenten-Einnahme geht. In: Ärztezeitung, 7. März 2005, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/03/07/041a0203.asp> (Download: 1. Mai 2007).

N. Menche, U. Bazlen, T. Kommerell, Pflege heute. München 2001.

A. Mihm, Ärzteprotest: Unter Wert bezahlt? In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 16, 19. Januar 2006, S. 11.

A. Mihm, Krankenversicherung in der Finanzkrise. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 11, 13. Januar 2006, S. 12.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Gesundheitsberichte NRW - 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen - 1995 bis 2005: Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld 2005.

P. Milgrom, J. Roberts, Economics, Organization, and Management. London 1992.

V. Mohr, J. Bauer, F. Höfele, Unternehmensführung im Krankenhaus: neuer Schwerpunkt „Qualität“. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 15-18.

G. Mooney, Economics, Medicine and Health Care. New York, 1992.

A. Musil, Die Hausarztregelung in der geplanten Gesundheitsreform 2000 aus Sicht der Principal-Agent-Theorie. Freiberg 2000.

R. Myerson, Optimal Auction Design. In: Mathematics of Operations Research, Vol. 6, 1981, S. 58-73.

R. Myerson, M. Satterthwaite, Efficient Mechanisms for Bilateral Trading. In: Journal of Economic Theory, Vol. 29, 1983, S. 265-281.

L. Nefiodow, Der sechste Kondratieff - Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. St. Augustin 2006.

T. Nentwig, Existenz bedrohende Auswirkungen – Der Heimig-Effekt. In: Krankenhaus Umschau, Heft 4, 2005, S. 310-313.

T. Nentwig, Die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. In: Das Krankenhaus, Heft 6, 2005, S. 478-483.

G. Neubauer, R. Nowy, C. Lindl, Reduktion der Verweildauern durch DRGs. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2001, S. 1093-1098.

J. Neumann, O. Morgenstern, Theory of Games and Economic Behavior. Princeton 1944.

G. Nöldeke, K. Schmidt, Option Contracts and Renegotiation: A Solution to the Hold-Up Problem. In: Rand Journal of Economics, Vol. 26, 1995, S. 163-179.

G. Nöldeke, K. Schmidt, Sequential Investments and Options to Own. In: Rand Journal of Economics, Vol. 29, 1998, S. 633-653.

C. Nordt, Strukturwandel der medizinischen Grundversorgung: Ursachen und Wirkungen der ärztlichen Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Praxismodellen. Zürich 2003.

D. North, Structure and Performance: The Task of Economic History. In: Journal of Economic Literature, Vol. 16, 1978, S. 963-978.

D. North, The New Institutional Economics. In: Journal of Institutional and Theoretical Economics, Vol. 142, 1986, S. 230-237.

D. North, Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung, Tübingen 1992.

D. North, Economic Performance Through Time. In: American Economic Review, Vol. 84, 1994, S. 359-368.

P. Oberender, Gesundheitspolitik, Köln 2003.

P. Oberender, J. Hacker, R. Schommer, Krankenhäuser und Kapitalmarkt. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 2, 2002, S. 130-132.

E. Ostrom, Governing the Commons - The Evolution of Institutions for Collective Action. Cambridge 1990.

R. Pappenheim, Neue Institutionenökonomik und politische Institutionen - Zur Anwendung der ökonomischen Theorie auf politische Institutionen und Organisationen. Frankfurt 2001.

T. Parsons, Beiträge zur soziologischen Theorie. In: F. Fürstenberg, H. Maus (Hrsg.), Soziologische Texte. Bd. 15, Neuwied 1964.

T. Parsons, Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: R. König, M. Tönnemann (Hrsg.), Probleme der Medizin-Soziologie. Köln 1958, S. 10-57.

U. Paschen, A. Bastek, Vom Traum, Fehler offen diskutieren zu können. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 6, 2002, S. 632-634.

S. Pejovich, The Economics of Property Rights. Towards a Theory of Comparative Systems. Boston 1990.

H. Pfaff, Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003, S. 328-333.

H. Pfaff, M. Schrappe, K. Lauterbach, U. Engelmann, M. Halber, Gesundheitsversorgung und Disease Management. Bern 2003.

G. Polei, Abteilungsbudgets unter DRG-Bedingungen. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2003, S. 1007-1011.

K. Preuß, Gesundheitsökonomie und Managed Care. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003, S. 231-247.

J. Püllen, W. Brockmann, A. Paulussen, K. Heinrich, R. Schlüter, Die Kostendaten für das InEK für das eigene Benchmark nutzen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 1, 2005, S. 54-56.

M. Quaas, Rechtliche Aspekte einer leistungsbezogenen Spezialisierung des Krankenhauses unter DRG-Bedingungen. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2003, S. 28-36.

M. Quaas, O. Dietz, Vom Krankenhausbudget zum Landeskrankenhausbudget. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 1, 2005, S. 73-76.

F. Rau, Einstieg in die Konvergenz mit vorläufigen Landes-Basisfallwerten. In: Das Krankenhaus. Heft 5, 2005, S. 390-395.



F. Rau, Was ändert sich für die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz? In: Das Krankenhaus, Heft 3, 2007, S. 179-189.

J. Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt 1979.

C. v. Reibnitz, Strategische Planung im Krankenhaus: Eine neue Herausforderung für das Management. Stuttgart 1999.

R. Richter, E. Furubotn, Neue Institutionenökonomik: Eine Einführung und kritische Würdigung. Tübingen 1999.

B. Robra, E. Swart, S. Felder, Perspektiven des Wettbewerbs im Krankenhaussektor. In: M. Arnold, J. Klauber, H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, Kap. 4.

B. Rocke, Die Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, Heft 8, 2002, S. 779-784.

B. Rochell, N. Roeder, Starthilfe DRGs. In: Das Krankenhaus, Sonderausgabe zur Medica, 2000.

N. Roeder, B. Rochell, S. Irsps, N. Schlottmann, M. Henneke, M. Schmidt, Abbildung ökonomischer Schweregrade im australischen DRG-System - Basis für die deutsche Adaption. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2000, S. 987-999.

N. Roeder, P. Wahnschaffe, W. Weber, Kalkulation von DRG-Kostengewichten. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2000, S. 1000-1006.

N. Roeder, B. Rochell, Adaption des AR-DRG-Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2001, S. 1081-1092.

N. Roeder, B. Rochell, C. Juhra, S. Irsps, S. Glocker, W. Fiori, P. Hensen, Die DRG-Abrechnung muss MDK-sicher sein. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 1, 2002, S. 14-17.

N. Roeder, S. Irps, C. Juhra, S. Glockner, W. Fiori, M. Müller, A. Hecht, Erlöse sichern durch Kodierqualität. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2002, S. 117-127.

N. Roeder, D. Hindle, N. Loskamp, C. Juhra, P. Hensen, H. Bunzemeier, B. Rochell, Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (Teil 1). In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2003, S. 20-27.

N. Roeder, D. Hindle, N. Loskamp, C. Juhra, P. Hensen, H. Bunzemeier, B. Rochell, Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (Teil 2). In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2003, S. 124-130.

N. Roeder, W. Fiori, H. Bunzemeier, T. Fürstenberg, P. Hensen, N. Loskamp, D. Franz, S. Glockner, A. Wenke, H. Reinecke, S. Irps, B. Rochell, G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (Teil 1). In: Das Krankenhaus, Heft 11, 2004, S. 908-921.

N. Roeder, W. Fiori, H. Bunzemeier, T. Fürstenberg, P. Hensen, N. Loskamp, D. Franz, S. Glockner, A. Wenke, H. Reinecke, S. Irps, B. Rochell, M. Borchelt, G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (Teil 2). In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2004, S. 1022-1039.

N. Roeder, W. Fiori, H. Bunzemeier, T. Fürstenberg, P. Hensen, N. Loskamp, D. Franz, S. Glockner, A. Wenke, H. Reinecke, S. Irps, B. Rochell, G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (Teil 3). In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2005, S. 23-37.

N. Roeder, T. Küttner, □ Klinische Behandlungspfade: Mit Standards erfolgreicher arbeiten. Köln 2007

O. Röniger, Entscheidungsunterstützende Informationssysteme im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus, Heft 6, 2003, S. 469-473.

S. Rolland, C. Rosenow, Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt: Krankenhaus-Report 2003 (CD-ROM). Stuttgart 2004, S. 373-389.

R. Rosenbock, T. Gerlinger, Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. Bern 2004.

M. Rothschild, J. Steglitz, Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 90, 1976, S. 629-49.

H. Rüschemann, K. Schmolling, Konsequenzen aus dem Konflikt von staatlicher Planung und Wettbewerb. In: S. Eichhorn, H. Seelos, J. v.d. Schulenberg (Hrsg.), Krankenhausmanagement. München/Jena 2000, S. 630-649.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten (Kurzfassung). Bonn 2003.

B. Salanié, The Economics of Contracts. Cambridge 1997.

B. Salanié, Microeconomics of Market Failures, Cambridge 2000.

SALSS - Sozialwissenschaftliche Forschungsgruppe (Hrsg.), St. Marien-Krankenhaus Siegen, Patienten und Mitarbeiterbefragungen. Studie. Siegen 2004.

SALSS - Sozialwissenschaftliche Forschungsgruppe (Hrsg.), St. Marien-Krankenhaus Siegen, Patienten und Mitarbeiterbefragungen. Studie. Siegen 2008.

C. Saure, Akquisitionsmanagement im Krankenhauswesen, Erfolgsdeterminanten bei der Übernahme öffentlicher Krankenhäuser durch Private. Frankfurt a. M. 2003.

C. Scheu, Disease-Management: Keine Qualität ohne klinische Pfade. In: Hellmann (Hrsg.), Klinische Pfade. Hannover 2002, S. 249-254.

J. Siegrist, Medizinische Soziologie. München 1995.

H. Selbmann, Der Qualitätsbericht ab 2005. In: Das Krankenhaus, Heft 9, 2004. S. 712-716.

B. Schaller, Funktionsweise und Probleme der Kosteneffektivitätsanalyse im Gesundheitswesen. In: Das Krankenhaus, Heft 5, 2009. S. 439-444)

D. Scherff, Privatpatienten zahlen drauf. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 19. März 2006, Nr. 11, S. 47.

M. Schleusener, Identitätsorientierte Markenführung bei Dienstleistungsunternehmen. In: H. Meffert, C. Burmann, M. Koers (Hrsg.), Markenmanagement. Wiesbaden 2002, S. 263-289.

M. Schmidt, C. Flöttmann, Die pauschalierte Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2004, S. 161-165.

B. Schmidt-Rettig, EBM und Leitlinien: Wege zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung? In: H. Bauer, S. Eichhorn, T. Kersting, G. Neubauer, G. Ollenschläger, M. Philippi, H. Raspe, B. Schmidt-Rettig (Hrsg.), Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten. Osnabrück 1999, S. 1-31.

U. Schneider, Kostenfalle Gesundheitswesen, Ökonomische Herausforderung und Perspektiven der Gesundheitssicherung. Bayreuth 2003.

U. Schneider, Demographie, Staatsfinanzen und die Systeme der staatlichen Sicherung. Bayreuth 2007.

W. Schröder, K. Zich, Das Krankenhaus als Motor für Integration in der medizinischen Versorgung. In: J. Klauber, B. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart 2006, S. 55-65.

F. Schulz-Nieswandt, C. Kurscheid, Integrationsversorgung: eine Einführung für die gesundheitsökonomische Analyse. Münster 2004

A. Schwartz, Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor: Eine institutionenökonomische Analyse. Wiesbaden 1997.

U. Schweizer, Vertragstheorie. Tübingen 1999.

C. Schwing, Killerapplikationen in der Hochleistungsmedizin. In: Klinikmanagement Aktuell, Heft 1, 2003, S. 76-79.

C. Schwing, Klinische Pfade in der Sackgasse. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 2, 2005, S. 214-216.

C. Schwing, Privatisiert oder geschlossen. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 1, 2006, S. 34-37.

C. Schwing, Integrierte Versorgung – komplette Behandlungsketten lassen auf sich warten. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 5, 2007, S. 416-418.

I. Seyfarth-Metzger, S. Vogel, Patientenpfade – interdisziplinäre Rahmenbedingungen und Erfahrungen. In: W. Hellmann (Hrsg.), Klinische Pfade. Hannover 2002, S. 19-37.

L. Siebers, J. Helling, H. Bunzemeier, B. Wolter, N. Roeder, Qualitätsbericht 2007. Übersicht über aktuelle Änderungen und Empfehlungen für die Erstellung des Berichtes in der Praxis. In: Das Krankenhaus, Heft 4, 2007, S. 293-303.

H. Siebert, Der Kobra-Effekt. Stuttgart/München 2003.

H. Simon, Models of Man: Social and Rational. New York 1957.

M. Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern 2005.

F. Söllner, Die Geschichte des ökonomischen Denkens. Heidelberg 2001.

A. Spence, Job Market Signaling. In: Quarterly Journal of Economics, Vol. 87, 1973, S. 355-374.

T. Spiro, Medizinische Versorgungszentren: Politische Innovation und vertragsärztlicher Alltag. In: Deutsches Ärzteblatt, 2005, A 1634-1636.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Krankenhauslandschaft im Umbruch. Wiesbaden 2008, [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/desttis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft\\_\\_krankenhaeuser,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/desttis/Internet/DE/Presse/pk/2008/Krankenhaeuser/begleitheft__krankenhaeuser,property=file.pdf) (Download: 24. Juli 2009).

J. Stausberg, N. Lehmann, D. Kaczmarek, M. Stein, Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit. In: Das Krankenhaus, Heft 8, 2005, S. 657-662.

G. Stavenhagen, Institutionalismus. In: Staatslexikon. Bd 4, Freiburg 1959, Sp. 334-338.

H. Storcks, Markenführung im Krankenhaus: Eine empirische Analyse am Beispiel eines regionalen Konkurrenzumfeldes. Hamburg 2003.

J. Stiglitz, Principles of Microeconomics, New York/London 1997.

T. Straubhaar, G. Geyer, H. Locher, J. Pimpertz, H. Vöpel, Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen - Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems. Studie des Hamburgischen Weltwirtschaftsinstituts, Hamburg 2006.

M. Streit, W. Kasper, Institutionelle Systeme und gesellschaftliche Ordnung. In: M. Streit (Hrsg.), Jenaer Beiträge zur Institutionenökonomik und Wirtschaftspolitik, Baden-Baden 2001.

J. Strotbek, H. Schlaudt, Weicher Faktor – Harte Wirkung. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 2, 2005, S. 104-106.

A. Susanek, Lieferantenbeziehungen, Lizenzvereinbarungen und Kooperationen als Instrumente zur Gestaltung effizienter Investitionsanreize in Joint Ventures, Berlin 2007.

J. Tegtmeier, Die Ökonomik der Reputation - Vertragstheoretische Grundlagen und Integration in die strategische Unternehmensführung. Passau 2005.

J. Tirole, Incomplete Contracts: Where Do We Stand? In: Econometrica, Vol. 67, 1999, S. S. 741-781.

A. Toth, Erlössicherung durch Klinisches Case-Management im MDK-Verfahren. Lösungsansätze zur Reduzierung von steigenden Prüffällen und Erlösverlusten. In: Das Krankenhaus, Heft 6, 2007, S. 550-553.

K. Tuschen, T. Baum, Veränderte Rahmenbedingungen für die Konvergenzphase. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 1, 2005, S. 28-36.

V. Ulrich, U. Schneider, The Physician-Patient Revisited - the Patient's View. Bayreuth 2005.

V. Ulrich, U. Schneider, Die Rolle des Patienten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung. Bayreuth 2004.

R. Visse, AR-DRGs haben die Krankenhäuser in Australien verändert. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Heft 6, 2001, S. 570.

A. Wagener, G. Nösser, A. Korthus, Medizinische Wahlleistungen. In: Das Krankenhaus, Heft 5, 2005, S. 396-400.

C.-W. Wallesch, Der hauptamtliche Ärztliche Direktor in der Führungsorganisation von Klinika. In: Das Krankenhaus, Heft 2, 2007, S. 127-129.

A. Westermann-Binnewies, Zeit und Macht im Krankenhaus. Berlin 2003.

O. Williamson, Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. New York/London 1975.

O. Williamson, The Economic Institutions of Capitalism. New York 1985.

O. Williamson, The Mechanisms of Governance. New York 1996.

O. Williamson, The New Institutional Economics. Taking Stock, Looking Ahead. In: Journal of Economic Literature, Vol. 38, 2000, S. 595-613.

C. Wilson, A Model of Insurance Markets with Incomplete Information. In: Journal of Economic Theory, Vol. 16, 1977, S. 167-207.

H. Winkelmann, Reorganisation im Krankenhaus. Diplomarbeit, Tübingen, 1995.

C. Woopen, Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In: K. Lauterbach, M. Schrappe (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Köln 2003.

World Health Organization (Hrsg.), The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Genf 2000.

J. Wütscher, J. Metzner, F. Andree, S. Wenz, Leitfaden für den Zusammenschluss und die strategische Zielplanung von Krankenhäusern. In: Das Krankenhaus, Heft 3, 2007, S. 225-228.

J. Zhang, Y. Zang, Sequential Investment, Hold-up and Ownership Structure, Working Paper University of Singapore, 2010.

P. Zweifel, Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen: Welche sind von Vorteil bei welchen Herausforderungen? In: P. Oberender (Hrsg.), Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Baden-Baden 1994, S. 9-43.

o.V., Schweiz setzt auf das G-DRG-System. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 8.

o.V., Privatisierung. In: Das Krankenhaus, Heft 8, 2005, S. 647.

o.V., Krankenhaus-Barometer. In: Das Krankenhaus, Heft 12, 2005, S. 1116.

o.V., G-BA-Entscheidung zu DMP Brustkrebs. In: Das Krankenhaus, Heft 7, 2005, S. 570.

o.V., Schweiz setzt auf das G-DRG-System. In: Das Krankenhaus, Heft 1, 2006, S. 8.

o.V., Mehr Geld oder weniger Leistungen: Primat der Beitragsstabilität nicht zu halten. In: Krankenhaus-Umschau, Heft 12, 2005, S. 1085.

o.V., Krankenhäuser: Konzerne rücken vor. In: Die Zeit, Nr. 28, 2006, S. 21.



+