

**Wettbewerb für elektive Krankenhausleistungen:  
Konsequenzen am Beispiel des AOK-Konzepts  
„Elektiv wird selektiv“**

**Analyse**

## **Executive Summary**

Ein Einkaufsmodell für elektive Krankenhausleistungen hat voraussichtlich weitreichende negative Konsequenzen:

- Die Krankenhausplanung wird praktisch ausgehöhlt.
- Die Qualität von Notfalleistungen droht in der Fläche deutlich zu sinken.
- Die Kreditwürdigkeit vieler Krankenhäuser fällt ab, die Fähigkeit zu Investitionen sinkt.

Es gibt Gegenstrategien, mit denen Krankenhäuser die Wirkung des Preiswettbewerbs verringern können.

Der Diskussionsentwurf des BMG beschränkt die negativen Auswirkungen voraussichtlich auf bestimmte Abteilungen, insbesondere die Orthopädie/Unfallchirurgie.

# Inhaltsverzeichnis

## 0 Einleitung

## 1 Kurzdarstellung AOK-Konzept

## 2 Konsequenzen

2.1 Verknüpfung elektiv und Notfallversorgung

2.2 Konsequenzen bei Trennung elektiv und Notfall

2.2.1 Aushöhlung der Krankenhausplanung

2.2.2 Negative Qualitätseffekte

2.2.2.1 Notfallversorgung

2.2.2.2 Mindestmengenregelung

2.2.3 Konsequenzen für die Finanzlage der Krankenhäuser

## 3 Handlungsstrategien Krankenhäuser

3.1 Grundlegende Handlungsoptionen

3.1.1 Preiswettbewerb

3.1.2 Qualitätswettbewerb

3.1.3 Ignorieren

3.1.4 Oligopol

3.2 Rahmenbedingungen der Handlungsoptionen

3.2.1 Marktabhängigkeit der Wirkungen

3.2.2 Kaufkraft im Markt

## 4 Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

## 5 Fazit

## **0 Einleitung**

Die vorliegende Analyse untersucht die Auswirkungen eines Einkaufsmodells für elektive Krankenhausleistungen. Dies wird vor allem am Beispiel des Konzepts „Elektiv wird selektiv“ getan, mit dem einige AOK-Mitarbeiter in diesem Jahr den „award Krankenhausfinanzierung 2009“ der B.Braun-Stiftung gewonnen haben (im folgenden kurz „AOK-Konzept“ genannt). Aber auch die ersten Informationen über einen entsprechenden Diskussionsentwurf des BMG zu dieser Thematik werden in der Analyse verarbeitet.

Nicht alle problematischen Konsequenzen der Einführung eines Preiswettbewerbs im Krankensektor können umfassend in dieser Analyse berücksichtigt werden. Es erfolgt vielmehr eine Schwerpunktbildung auf gerade diejenigen Bereiche, die mit der gewählten Ausgestaltung des Preiswettbewerbs verbunden sind, nämlich ein auf elektive Leistungen beschränkter selektiver Preiswettbewerb mit seiner virtuellen Trennung des einheitlichen Krankenhausbetriebs.

## **1 Kurzdarstellung AOK-Konzept**

Das AOK-Konzept enthält u.a. die folgenden für die Fragestellung aus Sicht des Verfassers relevanten Elemente:

- Die stationären Krankenhausleistungen werden in zwei große Blöcke aufgeteilt: Notfallleistungen und elektive Leistungen.
- Die elektiven Krankenhausleistungen werden kassenindividuell im Höchstpreisprinzip ausgeschrieben unter gewissen Rahmenvorgaben.
- Die Versicherten können für elektive Leistungen auch andere Krankenhäuser als die mit ihrer Kasse unter Kontrakt stehenden wählen, wenn sie dafür einen gesonderten Tarif gewählt haben oder die Mehrkosten selbst tragen.
- Die Krankenhausplanung und -förderung beschränkt sich im wesentlichen auf die Notfallversorgung.
- Für die Notfallversorgung gelten die Landesbasisfallwerte. Ein darüber hinausgehender Sicherstellungszuschlag kann nur erhoben werden, wenn nach Ausschreibung kein anderer bisheriger oder zukünftiger Anbieter die Notfallleistungen zum Preis des Landesbasisfallwerts (bzw. einem geringeren Zuschlag) erbringen kann.

## 2 Konsequenzen

### 2.1 Verknüpfung elektiv und Notfallversorgung

Der Schlüssel zum Verständnis der Folgen eines elektiven Einkaufsmodells liegt im Zusammenhang zwischen Notfällen und elektiven Fällen im Krankenhaus.

Die DRGs basieren auf einer Mischkalkulation. Auch DRGs, die ausschließlich Notfälle betreffen, werden nicht so kalkuliert, dass sie allein kostendeckend wären. Die Kalkulation gilt für ein durchschnittliches Verhältnis von Notfällen und elektiven Fällen in einem Krankenhaus.

**Notfälle allein sind bei den derzeitigen DRG-Erlösen nicht kostendeckend zu erbringen.** Ein typisches Krankenhaus würde bei einer Beschränkung auf Notfälle einen beträchtlichen Anteil an Erlösen verlieren. Die Kosten sind jedoch nicht im gleichen Ausmaß reduzierbar, da es in zahlreichen Bereichen Mindestbesetzungen gibt, z.B.

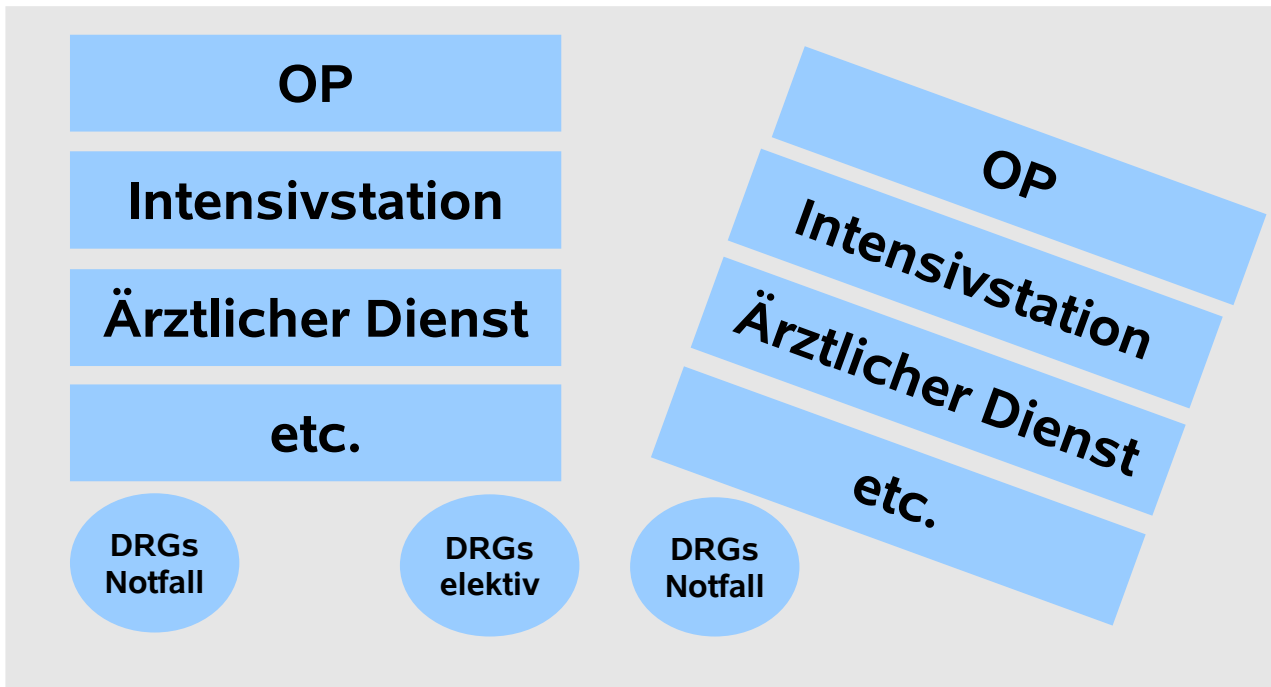
- Ärztlicher Dienst – minimale Arzanzahl zum Aufrechterhalten einer Fachabteilung
- Personal im OP
- Personal der Intensivstation

Auch bei den Sachkosten ist mit fallbezogen höheren Durchschnittskosten zu rechnen, wenn die elektiven Fälle wegfallen (höhere Stückpreise in der Beschaffung, Wartungskosten umgelegt auf weniger Leistungen, etc.)

Diese Effekte hängen natürlich von der Betriebsgröße ab und betreffen insbesondere kleine und mittelgroße Krankenhäuser.

Als Ergebnis folgt daraus: Selbst wenn z.Zt. die jeweiligen DRG-Erlöse (Relativgewicht x Landesbasisfallwert) im Durchschnitt kostendeckend sein sollten, so sind die Erlöse dann nicht ausreichend, wenn nur noch Notfalleleistungen erbracht werden. Die Obergrenze Landesbasisfallwert als Höchstpreissystem bedeutet damit für Plankrankenhäuser u.U. die Verpflichtung zur Leistungserbringung unter hohen Verlusten, wenn es ihnen nicht gelingt, ausreichend elektive Leistungen mit Kassen zu vereinbaren.

Grafik Finanzierungsbeiträge:



Neben dieser finanziellen Verknüpfung besteht auch eine Verknüpfung der Qualität. Es gibt Erfahrungseffekte; so ist beispielsweise die Hüft-TEP bei Schenkelhalsfraktur verbunden mit der elektiven Hüft-TEP. Wenn die Erfahrung aus elektiven TEPs entfällt, hat dies natürlich Auswirkungen auf die Qualität. Ohne die OP-Routine aus elektiven Fällen fehlt die Sicherheit und Routine für die Notfälle.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass es im Krankenhaus sowohl eine finanzielle als auch eine qualitätsmäßige Verknüpfung zwischen elektiven Fällen und Notfällen gibt. Das Auftrennen dieses Bandes – egal, wo genau man die Grenze zwischen Notfällen und elektiven Fällen zieht – führt zu zahlreichen negativen Konsequenzen.

## 2.2 Konsequenzen bei Trennung elektiv und Notfall

### 2.2.1 Aushöhlung der Krankenhausplanung

Welche Auswirkung hat dieses Konzept auf die Krankenhausplanung? Wie oben gezeigt worden ist, sind die DRG-Erlöse für die Notfallversorgung allein keinesfalls kostendeckend. Jedes normale Akutkrankenhaus benötigt eine gewisse Menge an

elektiven Erlösen, um zusammen mit den Erlösen für Notfälle kostendeckend arbeiten zu können.

Wie passt das zusammen mit der planerischen Funktion des Bundeslandes für die Notfallversorgung? Wie kann ein Bundesland die Verantwortung für die Notfallversorgung behalten, wenn die Finanzierung der Notfalleleistungen nur dann kostendeckend ist, wenn das Krankenhaus auch ausreichende Elektivleistungen mit Krankenkassen vertraglich vereinbart hat – was dem Einfluss des Landes entzogen ist?

Das AOK-Konzept versucht dies über einen an sehr enge Bedingungen geknüpften Sicherstellungszuschlag zu lösen. Nur wenn im Rahmen einer Ausschreibung kein anderes Krankenhaus und kein neuer Investor bereit bzw. in der Lage ist, die Notfallversorgung ohne oder mit einem geringeren Sicherstellungszuschlag zu erbringen, darf ein Sicherstellungszuschlag erhoben werden, der dazu zeitlich befristet ist.

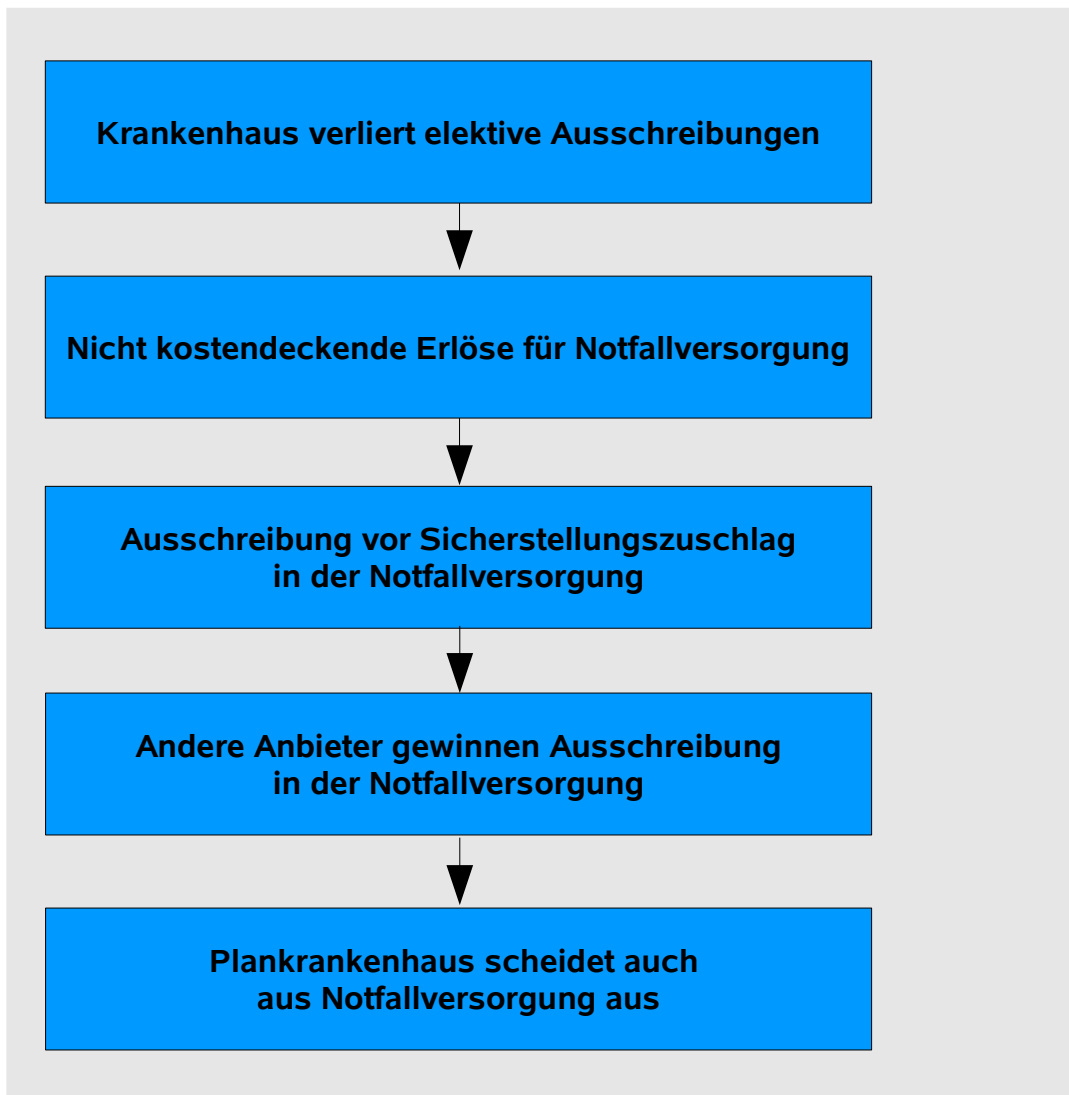
Damit ist folgender Ablauf vorprogrammiert: Krankenhäuser, die nicht ausreichend elektive Leistungen mit den Kassen vereinbaren, können die Notfallversorgung nur noch mit hohen Verlusten erbringen, da DRGs und Landesbasisfallwert als Mischfinanzierung hierfür nicht ausreichen. Nur mit einem Sicherstellungszuschlag können solche Krankenhäuser die Notfallversorgung weiter finanzieren.

Durch die Ausschreibungspflicht wird die Aufnahme in den Krankenhausplan für die Notfallversorgung aber komplett entwertet. Kostendeckend kann die Versorgung nur erbracht werden, wenn in Preiskonkurrenz zu anderen Anbietern eine Ausschreibung gewonnen wird. Damit kommt es de facto auch in der Notfallversorgung zum Einkaufsmodell. Dieses Einkaufsmodell geht sogar über die bisherigen Plankrankenhäuser hinaus, da auch neue Investoren sich an der Ausschreibung beteiligen können.

In der Praxis wird das AOK-Modell dann häufig zu einem **zweistufigen Einkaufsmodell**:

- Elektive Leistungen werden kassenindividuell über Ausschreibungen eingekauft.
- Notfalleleistungen werden ebenfalls über Ausschreibungen eingekauft, jedoch kassenübergreifend.

Grafik Ende der KH-Planung:



**Krankenhausplan und Landesbasisfallwert sind dann eine reine Illusion**, mit der den Bundesländern ein Resteinfluss auf die Krankenhausversorgung suggeriert wird, der in der Praxis gar nicht mehr vorhanden ist.

Die im Konzept vorgesehene Konzentration der Fördermittel auf die Notfallversorgung steht vor einem vergleichbaren Problem. Die meisten baulichen und technischen Einrichtungen eines Krankenhauses werden sowohl für die Notfallversorgung als auch die elektiven Fälle genutzt. Hier ist eine inhaltlich sinnvolle Aufteilung kaum möglich.

Auch die Befristung von Sicherstellungszuschlägen bildet ein Problem für die Krankenhausförderung. Es besteht dann die große Gefahr, dass knappe öffentliche Gelder als



Fördermittel für Krankenhäuser vergeben werden, die wenig später nach einer Neuausschreibung der Akutversorgung aus dem Markt ausscheiden müssen, weil irgend ein neuer Investor die Leistungen etwas günstiger erbringen kann.

## 2.2.2 Negative Qualitätseffekte

Im folgenden geht es nicht um die allgemeinen Effekte eines Preiswettbewerbs im Vergleich zu einem Qualitätswettbewerb (Preissenkung statt Qualitätsverbesserung) sondern um spezielle Probleme durch die Auswirkungen auf die Qualität der Notfallversorgung und den Einfluss auf die elektive Mindestmengenregelung

### 2.2.2.1 Notfallversorgung

Die Behandlung von Notfällen und elektiven Fällen ist nicht nur finanziell eng miteinander verknüpft. Insbesondere in der operativen Medizin wird das nötige Erfahrungswissen für Notfall-OPs maßgeblich durch verwandte elektive Operationen aufgebaut, aufgefrischt und gesichert. Die Qualität eines Krankenhauses, dem die Möglichkeit zu elektiven Behandlungen weitestgehend entzogen ist, wird sich massiv verschlechtern, selbst wenn ein kostendeckender Sicherstellungszuschlag abgerechnet werden könnte.

Diese negativen Konsequenzen für die Notfallversorgung betreffen primär den ländlichen Raum. Für großstädtische Ballungsräume ist die Gefahr geringer, da hier derartige Notfälle nach einiger Zeit nur noch in denjenigen Krankenhäusern behandelt werden, die aufgrund ihres Vertrags mit Krankenkassen auch eine ausreichende Menge der vergleichbaren elektiven Fälle behandeln. Im ländlichen Raum steht diese Alternative nicht immer zur Verfügung. Damit dürfte sich vor allem die **OP-Sterblichkeit in ländlichen Regionen** Deutschlands im Vergleich zu den Ballungsräumen negativ entwickeln.

### 2.2.2.2 Mindestmengenregelung

Auch im Zusammenhang mit der Mindestmengenregelung, welche die Qualität für bestimmte planbare Leistungen erhöhen soll, kommt es zu Problemen.

Zum einen werden Krankenhäuser ökonomisch erpressbar, die bisher knapp über Mindestmengen liegen. Es besteht u.U. der Zwang, extrem niedrige Preise zu bieten, denn die Alternative ist: Verlust der Fälle, Nichteinhalten der Mindestmengen, Verlust des Leistungsbereichs.

Zum anderen werden vertragliche Vereinbarungen – insbesondere mit kleineren Kassen – tangiert. Krankenhäuser dürfen u.U. vertraglich vereinbarte Leistungen nicht mehr erbringen, da die Gesamtzahl der abgeschlossenen Verträge nicht ausreicht, um die jeweilige Mindestmenge zu erreichen. Das wiederum hat massive Auswirkungen auf die Versorgung der Mitglieder der betroffenen Kassen.

*Beispiel:*

*Ein Krankenhaus vereinbart mit den Kassen B, C und D elektive Leistungen, die aber z.B. im Bereich der Knie-Endoprothetik von der Menge nicht ausreichen, die Mindestmenge zu erfüllen. Nach Abschluss dieser Ausschreibungen beteiligt sich das Haus an der Ausschreibung der Kasse A, bei der es jedoch keinen Erfolg hat. Es ist somit für das Krankenhaus absehbar, dass es die Mindestmengen nicht wird erbringen können. Was geschieht nun mit den Ausschreibungen der Kassen B, C und D?*

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die bestehenden **Mindestmengen nicht kompatibel mit einem Einkaufsmodell** sind. Dies gilt insbesondere, so lange die Größe der ausschreibenden Krankenkassen sehr unterschiedlich ist.

### **2.2.3 Konsequenzen für die Finanzlage der Krankenhäuser**

Der Rückgang der Verweildauer in den letzten Jahren hat zu Überkapazitäten im Krankenhausmarkt geführt. Gleichzeitig sind Krankenhäuser von einem hohen Anteil kurzfristig fixer Kosten geprägt. Diese Kombination hat in einem funktionierenden Preiswettbewerb massive Konsequenzen.

Es droht im elektiven Bereich ein starker Preisverfall, da aufgrund der hohen Fixkosten ein Vertragsabschluss mit Krankenkassen selbst zu nicht (voll-)kostendeckenden Preisen (aber positiven Deckungsbeiträgen) häufig immer noch besser ist als die Alternative. Die **Ertragslage der Krankenhäuser wird sich deutschlandweit verschlechtern**, in den

großstädtischen Ballungsräumen dramatisch.

Damit einhergehend verschlechtern sich die Möglichkeiten für Krankenhäuser, externe Finanzmittel für Investitionen zu erhalten, da der Ertragsverfall das Ausfallrisiko erhöht und damit die Kreditwürdigkeit von Krankenhäusern stark reduziert. Gleichzeitig steigt beim Ende der dualen Finanzierung der finanzielle Mittelbedarf der Häuser. Viele Krankenhäuser werden daher von der Substanz leben müssen, der bauliche und technische Zustand verschlechtert sich über die Jahre weiter.

### 3 Handlungsstrategien Krankenhäuser

Der bisherige Teil der Analyse stand unter der Annahme, dass das Ausschreibungskonzept tatsächlich funktioniert und ein echter Preiswettbewerb entsteht. Das übersieht aber die Reaktionsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf eine derartige Reform. Die verschiedenen Handlungsoptionen für Krankenhäuser werden im folgenden kurz aufgezeigt. Anschließend wird der Einfluss unterschiedlicher regionaler Rahmenbedingungen darauf geprüft, welche Handlungsoptionen jeweils in Frage kommen.

#### 3.1 Grundlegende Handlungsoptionen

##### 3.1.1 Preiswettbewerb

Die erste Option für Krankenhäuser liegt darin, auf den von den Kassen gewünschten Preiswettbewerb einzugehen. Die Konsequenz davon sind kurzfristig Preise bis hinab zu den Grenzkosten, also weit unter einer (Voll-)Kostendeckung.

Eine derartige Preispolitik führt voraussichtlich zu **massiven Verlusten** und ist strategisch vermutlich nur dann für Krankenhausträger interessant, wenn die realistische Aussicht besteht, so konkurrierende Krankenhäuser aus dem Markt zu drängen, um anschließend als Monopolist wieder wesentlich höhere Preise zu bekommen.

### 3.1.2 Qualitätswettbewerb

Neben einem Preiswettbewerb eröffnet das AOK-Konzept den Krankenhäusern auch den Weg zu einem Qualitätswettbewerb. Danach können Kassenmitglieder für elektive Behandlungen auch ein Nicht-Vertragshaus wählen, müssen jedoch die Mehrkosten dafür selbst tragen.

Statt das eigene Geld in Preisnachlässe für die Kassen zu stecken, kann das Krankenhaus auch **in die eigene Qualität investieren**, damit Patienten für die Wahl dieses Hauses bereit sind, einen Teil der Kosten selber zu tragen. Dabei ist die Qualitätswahrnehmung durch die potentiellen Patienten fast ebenso wichtig wie die eigentliche Qualität. Nur wenn diese von der deutlich überdurchschnittlichen Qualität der Behandlung überzeugt sind, werden sie ggf. dazu bereit sein, einen höheren Anteil aus eigener Tasche zu bezahlen.

### 3.1.3 Ignorieren

Ein weiterer denkbarer Weg zum Umgang mit einem elektiven Einkaufsmodell ist, dieses zu ignorieren. Ein Krankenhaus, das in weiten Teilen seines Leistungsspektrums regional eine **Monopolstellung** einnimmt, hat relativ wenig zu befürchten. Die Krankenkassen kommen praktisch nicht darum herum, mit diesem Haus einen Vertrag abzuschließen, um ihre Mitglieder versorgen zu können. Dies gilt vor allem dann, wenn nicht einzelne elektive Leistungen ausgeschrieben werden sondern jeweils das gesamte Spektrum elektiver Krankenhausbehandlungen.

### 3.1.4 Oligopol

Die komplizierteste Strategie im Einkaufsmodell liegt darin, mit Methoden der Spieltheorie (Tit-for-Tat-Strategie) ein vorliegendes Oligopol zu stabilisieren, um so einen Preiswettbewerb zu verhindern, ohne gegen das Kartellrecht zu verstoßen.

In Märkten mit einer begrenzten Zahl an Krankenhäusern müssen die verschiedenen Träger sich **sehr genau überlegen, ob sie einen Preiskampf beginnen**. Jeder weiß: Wenn man bei der Ausschreibung einer Kasse mit einem aggressiven Angebot einen

Preiskampf beginnt, werden die anderen Anbieter bei den folgenden Ausschreibungen der anderen Kassen nachziehen, so dass am Ende alle schlechter gestellt sind.

Die optimale Voraussetzung für eine Vermeidung eines Preiswettbewerbs ist dann gegeben, wenn es für Krankenhäuser rechtlich möglich ist, auf die niedrigeren Preise der Konkurrenz einzugehen. Wenn nach dem AOK-Konzept die Versicherten weiterhin die freie Krankenhauswahl haben, wäre es denkbar, dass diejenigen Krankenhäuser ohne Elektiv-Vertrag mit einer Kasse ihren Patienten die etwaigen Mehrkosten erstatten (falls das rechtlich möglich sein wird). Wenn zahlreiche Krankenhäuser in einem lokalen Markt sich so verhalten, wird der Preiswettbewerb ausgehöhlt.

## **3.2 Rahmenbedingungen der Handlungsoptionen**

### **3.2.1 Marktabhängigkeit der Wirkungen**

Die Gegenstrategien von Krankenhäusern sind teilweise abhängig von der Anzahl der Marktteilnehmer; insbesondere **Oligopolstrukturen sind in ländlichen Gebieten** mit nur wenig Krankenhausträgern eher möglich als in großstädtischen Ballungsräumen. Auch reduzieren die Transportkosten für Krankenkassen den finanziellen Anreiz für die Lenkung in weiter entfernt liegende Krankenhäuser.

Allerdings wird es vermutlich nicht so sein, dass im ländlichen Raum ein derartiges Einkaufsmodell für elektive Leistungen gar keine Wirkung entfalten wird. So werden bereits jetzt für größere elektive Operationen (z.B. Endoprothetik) u.U. von Versicherten relativ große Entfernungen in Kauf genommen, um vom gewünschten Arzt operiert zu werden. Die Aussage „Auf dem Lande ändert sich nix“ trifft also voraussichtlich nicht zu.

In Großstädten und Ballungsräumen hingegen kann ein derartiges Einkaufsmodell eher seine volle (auf die finanzielle Substanz der Krankenhäuser zerstörerische) Kraft entfalten, da in einem überschaubarem Umkreis für viele Leistungen eine hinreichende Auswahl an Anbietern zur Verfügung steht.

### 3.2.2 Kaufkraft im Markt

Vor allem die aus Krankenhaussicht attraktive Strategie des Qualitätswettbewerbs ist maßgeblich abhängig von der **regionalen Kaufkraft** der Kassenpatienten. Wie viele potentielle Patienten können sich einen höheren Eigenanteil (als Zuschlag auf den günstigsten Preis) jeweils leisten? Damit wird eine Strategie des Qualitätswettbewerbs vor allem für die Ballungsräume in der Westhälfte Deutschlands eine Rolle spielen.

## 4 Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Zwischenzeitlich liegen erste Presseinformationen über einen Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vor, der Ähnlichkeiten aber auch Unterschiede zum AOK-Konzept aufweist. Danach sollen für geeignete planbare und hochstandardisierte Leistungen Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern abgeschlossen werden.

Im Vergleich zum AOK-Konzept ist damit der Anwendungsbereich des Einkaufsmodells deutlich eingeschränkt. Dennoch werden die **Auswirkungen auf einige Fachrichtungen beträchtlich** sein. Insbesondere für die Orthopädie/Unfallchirurgie ist damit zu rechnen, dass die oben für das AOK-Konzept abgeleiteten Konsequenzen auch hier drohen, nämlich das praktische Ausschalten der Krankenhausplanung durch die Hintertür sowie eine deutliche Qualitätsverschlechterung im ländlichen Raum.

Eine Schlüsselfrage für die Beurteilung der Überlegungen des BMG wird jedoch sein, wie stark die Steuerungsmöglichkeiten sind, welche den Krankenkassen hinsichtlich der Patientenströme in die Krankenhäuser eingeräumt werden. Dies ist aufgrund der nur sehr begrenzt öffentlich vorliegenden Informationen z.Zt. noch nicht zu beurteilen.

## 5 Fazit

Das AOK-Konzept erscheint insoweit inkonsequent, als es sich nicht zwischen den alternativen Ordnungsprinzipien Markt oder Plan entscheiden kann. So werden zwei Systeme vereinigt, die zusammen in der Krankenhausversorgung nicht funktionieren, ohne dass eines das andere schleichend aushöhlt. Im Ergebnis wird die Krankenhausplanung durch die Hintertür zerstört.

Die verschiedenen denkbaren Gegenreaktionen der Krankenhäuser schwächen die negativen Wirkungen ab. Jedoch ist ein Konzept, das nur deshalb nicht für viele im Desaster endet, weil es in der Praxis häufig nicht wie gewünscht funktionieren wird, nicht sehr erstrebenswert.

Die bisher vorliegenden Informationen über die Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums werden die negativen Konsequenzen des Einkaufsmodells vorerst auf bestimmte Fachrichtungen begrenzen.

Berlin, Juli 2007

Dipl. Kaufmann Arndt Regorz

## **Literatur:**

Leber, W.-D., Malzahn, J., Wolff, J.: „Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009“, Bonn, 2007

Leber, W.-D.: „Elektiv wird selektiv – Foliensatz auf dem 6. Nationalen DRG-Forum“, Berlin, 2007

Flintrop, J.: „Zukunft der stationären Versorgung: Einzelverträge bei planbaren Operationen?“, in Deutsches Ärzteblatt 104, Ausg.27, S. A-1954