



# Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung im Kontext der Krankenhausreform

*Andreas Schmid<sup>1/2</sup>, Jörg Schlüchtermann<sup>1</sup> und Volker Ulrich<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universität Bayreuth / <sup>2</sup> Oberender AG

## **Abstract**

Ein zentraler Baustein der geplanten großen Krankenhausreform ist die Vorhaltevergütung. Es gibt derzeit in Wissenschaft und Praxis einen breiten Konsens, dass die Einführung einer Vorhaltevergütung eine begrüßenswerte Weiterentwicklung des bestehenden DRG-Systems sein könnte. Allerdings gibt es nicht zu vernachlässigende Bedenken hinsichtlich der konkreten Umsetzung, die in den konzeptionellen Beschreibungen des Eckpunktepapiers von Bund und Ländern angedeutet wird.

Der vorliegende Impuls unterbreitet einen konkreten Vorschlag, wie eine vergleichsweise einfache Konzeption – mit einem klaren Fokus auf die Finanzierung der Vorhaltung – einen Einstieg in eine für weitere Entwicklungen offene Form der Vorhaltevergütung leisten könnte. Ansatzpunkt ist eine komplett fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung je Leistungsgruppe, die sich an den Kosten für die „Behandlung des ersten Patienten“ notwendige Basisausstattung je Leistungsgruppe orientiert. Diese ergibt sich aus den für jede Leistungsgruppe definierten Strukturvoraussetzungen. Damit ordnet sich das Konzept zwischen den extremen Polen einer reinen DRG-Vergütung sowie einer fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier ein. Die Verpflichtung der Länder für die Finanzierung der Investitionskosten bleibt davon unberührt, ihr Anreiz zur Standortreduktion steigt.

Bayreuth, November 2023

*Angenommen zur Publikation in der RPG - Zeitschrift für Recht und Politik im Gesundheitswesen, Heft 4, Band 29 (2023).*

# Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung

## 1 Motivation

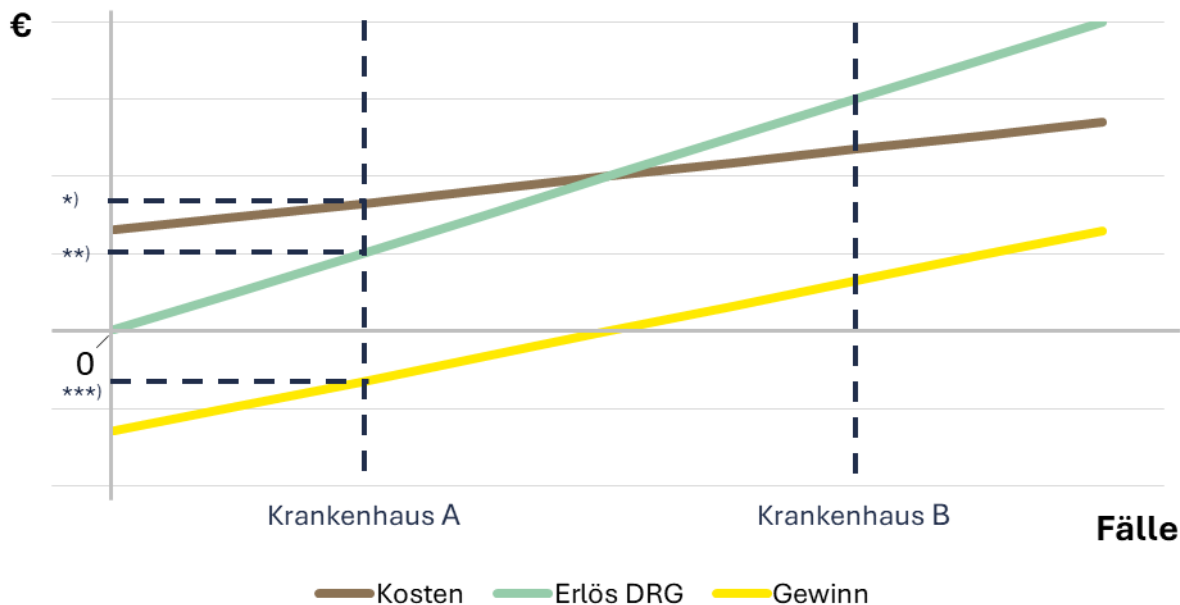
Die Notwendigkeit für eine Weiterentwicklung der DRG-Vergütung stellt einen weitgehenden Konsens dar. Auch im internationalen Vergleich basiert die Krankenhausvergütung in vielen Ländern zwar zu einem großen Teil auf einem Fallpauschalen-System, nirgends machen die Fallpauschalen allerdings einen so hohen Anteil an den gesamten Betriebsmitteln der Krankenhäuser aus wie in Deutschland (Messerle und Schreyögg 2022). Eine Vorhaltevergütung als Teil eines modular aufgebauten Vergütungssystems kann für die Weiterentwicklung eine wichtige Rolle spielen. Nach dahingehenden Ausführungen in der Stellungnahme der Regierungskommission vom 6. Dezember 2022 finden sich auch in dem zwischen Bund und Ländern vereinbarten Eckpunktepapier vom Juli 2023 – wenn auch hinsichtlich der Ausgestaltung noch recht vage – Pläne für eine Vorhaltevergütung (Regierungskommission 2022; BMG 2023).

Die im Eckpunktepapier skizzierten Charakteristika einer Vorhaltevergütung werfen eine Reihe von Fragen auf. Wie im Policy Paper von Schmid et al. (2023) ausführlich dargestellt, werden Intention und Grundgedanke der Vorhaltevergütung positiv bewertet. Kritisch gesehen werden jedoch die hohe Komplexität mit einer damit einhergehenden Manipulationsgefahr, problematische Mengenanreize sowie die fehlende Lösung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen. Eine zentrale Ursache für die verschiedenen Probleme liegt im starken Mengenbezug, der dem Grundgedanken einer Vorhaltevergütung eigentlich widerspricht, und in der starken Annäherung des Niveaus der Vorhaltevergütung an die Fixkosten.

Eine Vorhaltevergütung auf dem Niveau der Fixkosten und eine Rest-DRG auf dem Niveau der variablen Kosten eliminiert den Mengenanreiz vollständig. Übersteigt die Vorhaltevergütung das Fixkostenniveau, resultiert ein Anreiz zur Mengenreduktion. Das Risiko hierfür ist hoch, da bei längerfristiger Betrachtung nahezu alle Fixkosten variabel sind. Beides führt zu ökonomischen Problemen, mit direkten Auswirkungen auf die Versorgungssituation der Patienten. Der Ansatz, die Vorhaltevergütung auf Ebene eines Krankenhauses als Prozentsatz seines Casemix (also der mit der Fallschwere gewichteten Fallzahl) zu berechnen, führt zudem dazu, dass der so ermittelte Betrag sich am realen Fallvolumen eines Krankenhauses orientiert. Gerade Einrichtungen (bzw. Leistungsgruppen) mit wenigen Fällen erhalten auch nur eine geringe Vorhaltevergütung.

Abbildung 1 zeigt das wirtschaftliche Ergebnis unter (vereinfacht dargestellten) DRG-Bedingungen für ein Krankenhaus A mit wenigen Fällen und ein Krankenhaus B mit vielen Fällen (*ceteris paribus*). Bei zu wenigen Fällen kommt es zu einem Defizit, der Anreiz zur Mengenausdehnung ist hoch. Zur leichteren Nachvollziehbarkeit wird auf eine Darstellung des Pflegebudgets verzichtet. Der zu zeigende Zusammenhang bleibt aber gleich.

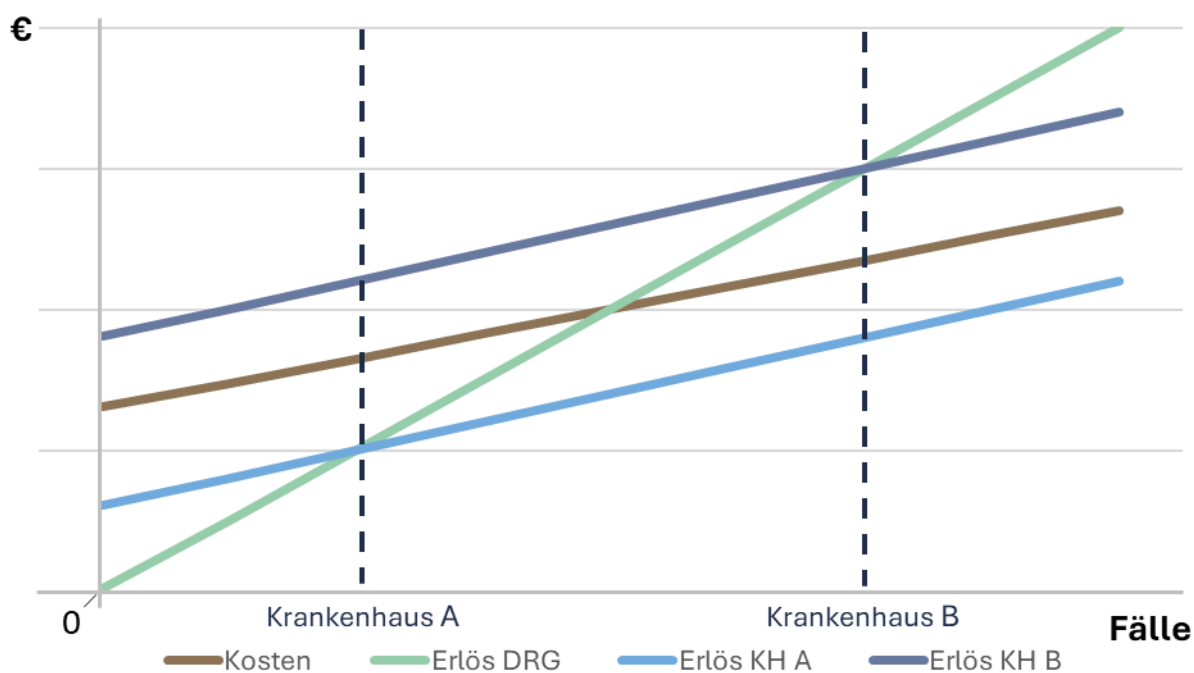
Abbildung 2 stellt dies einem Ergebnis unter einem „Vorhaltevergütung + Rest-DRG“-Ansatz gegenüber, welcher der Logik des Eckpunktepapiers folgt. Die Vorhaltevergütung ergibt sich aus dem positiven Achsenabschnitt der jeweiligen Erlösfunktion. Jedes Krankenhaus hat nun eine eigene Erlösfunktion. Es zeigt sich, dass sich – *ceteris paribus* – nichts an der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser ändert. Erst bei weiteren Fallzahlveränderungen ergeben sich Unterschiede. Zugleich kann es – sollte die Vorhaltevergütung zu nahe am Niveau der Fixkosten liegen – zu Anreizen zur Angebotsreduktion kommen. Weitere Details sowie weitere Probleme sind bei Schmid et al. 2023 beschrieben.



Hinweis: Das jeweils relevante wirtschaftliche Ergebnis ergibt sich aus dem Schnittpunkt der Fallzahl mit der jeweiligen Geraden. Exemplarisch wird dies in der vorliegenden Abbildung für Krankenhaus A dargestellt. Dieses realisierte bei der gegebenen Fallmenge Kosten in Höhe von  $*$ , Erlöse in Höhe von  $**$  und einen (negativen) Gewinn (=Verlust) in Höhe von  $***$ .

### Abbildung 1: Kosten- und Erlössituation im DRG-Setting

Quelle: Schmid et al. (2023), S. 28



Hinweis: „Erlös KH A“ bzw. „Erlös KH B“ setzen sich hier und im Weiteren jeweils aus der krankenhausspezifischen Vorhaltevergütung sowie der Rest-DRG zusammen. Die Gerade „Erlös DRG“ repräsentiert das in Abbildung 1 dargestellte Ergebnis im DRG-Setting und wird lediglich als Referenz abgebildet.

### Abbildung 2: Kosten- und Erlössituation bei Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier (kurzfristig für 2 bzw. 3 Jahre)

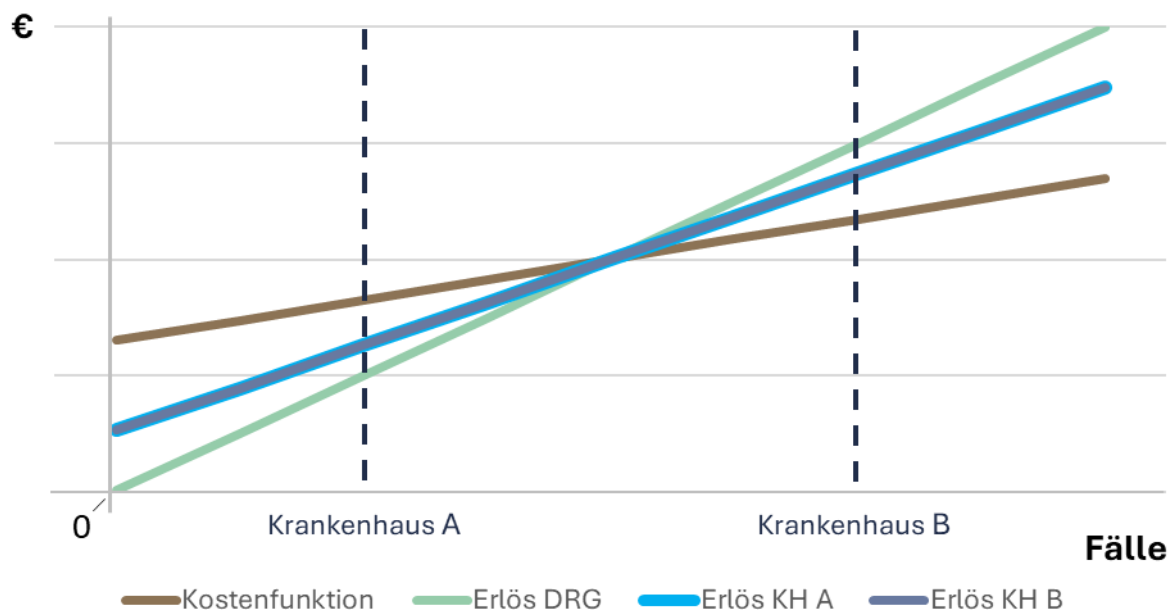
Quelle: Schmid et al. (2023), S. 30

Im Kern widerspricht diese Bemessung mit Fallbezug der eigentlichen Intention einer Vorhaltevergütung und ist vermutlich ein Ergebnis dessen, dass die Vorhaltevergütung mittlerweile eine Projektionsfläche für die Interessen verschiedenster Stakeholdergruppen darstellt. Sie soll zugleich finanzielle Entlastung für kleine wie große Krankenhäuser, grundlegende wie hochkomplexe Leistungsgruppen liefern, Anreize zur Ambulantisierung setzen, den Anreiz zur Mengenausdehnung reduzieren und am besten eine grundsätzliche „Entökonomisierung“ des Krankenhauswesens erreichen – mithin alle besserstellen ohne höhere Kosten zu verursachen oder auch nur einen Akteur schlechter zu stellen als im Status quo.

## **2 Vorschlag zur Weiterentwicklung**

Für die Weiterentwicklung wird deshalb folgender Vorschlag skizziert, der die Vorhaltevergütung komplett von der Fallzahl eines Krankenhauses entkoppelt:

1. Die Bemessungsgrundlage der Vorhaltevergütung orientiert sich an den Kosten der für die Behandlung des ersten Patienten notwendigen Mindestvoraussetzungen z.B. an Personal und Ausstattung (nur Betriebskosten!).
2. Die Mindestvoraussetzungen werden je Leistungsgruppe definiert und ergeben sich aus den bereits laufenden Bemühungen, entsprechende Vorgaben zur Strukturqualität zu formulieren.
3. Entsprechend ist die Bemessungsgrundlage in komplexeren Leistungsgruppen höher als in weniger komplexen.
4. Ausgezahlt wird nur ein Teil der Bemessungsgrundlage, wobei ein für alle Krankenhäuser gleicher, nach LG differenzierter Prozentsatz (Vorhaltequote) angesetzt werden sollte (konkrete Effekte einer bestimmten Größenordnung wären noch zu modellieren).
5. Im Ergebnis führt dies zu einer Abflachung bzw. Drehung der Erlösfunktion, der Schnittpunkt mit der Y-Achse wird durch die Vorhaltevergütung definiert (vgl. Abbildung 3).
6. Durch den eher niedrigen Ansatz der Vorhaltequote kann die angestrebte Balance der verschiedenen Anreizwirkungen erreicht werden.
7. In Regionen, die durch objektive und nicht beeinflussbare Merkmale höhere Kostenstrukturen aufweisen, können bedarfsnotwendige Einrichtungen höhere Vorhaltequoten („Sicherstellungsaufschlag“) erhalten (vgl. Abbildung 4).
8. Die Verantwortung der Bundesländer, für die notwendigen Investitionsmittel in vollem Umfang aufzukommen, bleibt davon unberührt.
9. Die Bundesländer könnten ergänzend weitere Zuschläge gewähren, sollten sie aus strukturellen oder – die Notwendigkeiten der Krankenversorgung übersteigenden – Gründen der Daseinsvorsorge hierfür einen Bedarf sehen.



**Abbildung 3: Kosten- und Erlössituation einer weiterentwickelten Vorhaltevergütung**

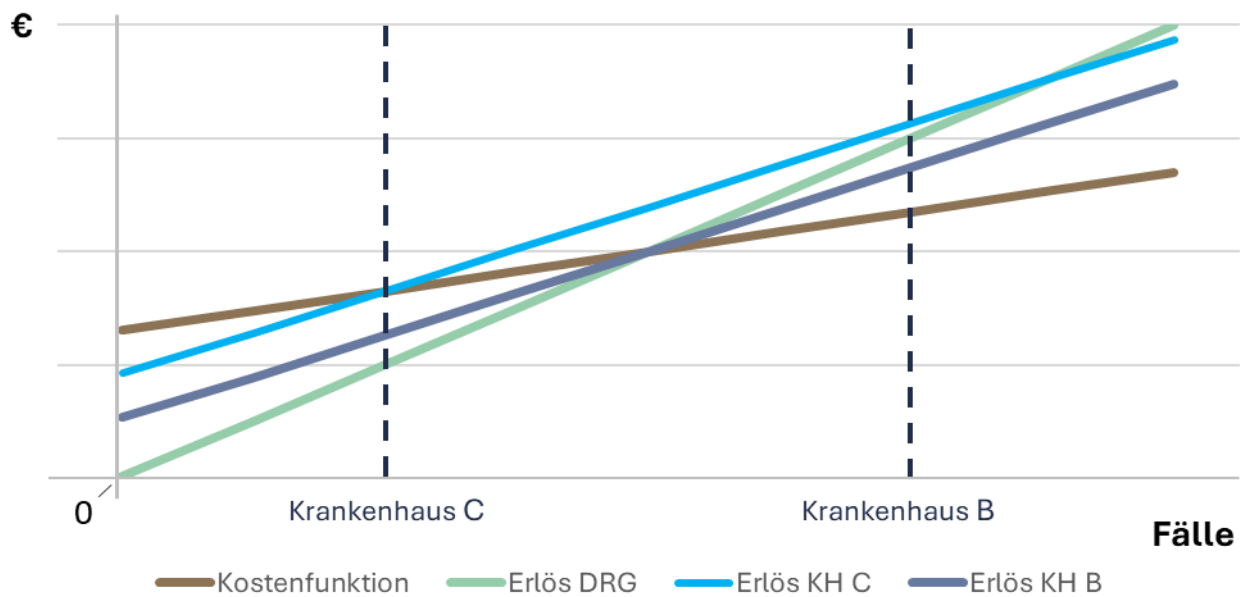
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3 illustriert den Effekt der im Vergleich zur reinen DRG-Funktion leicht gedrehten, jetzt flacher verlaufenden Erlösfunktion. Die Erlösfunktion ist für die bis auf die Fallzahl gleichen Krankenhaus A und Krankenhaus B identisch, wobei sich Krankenhaus A mit der geringeren Fallzahl gegenüber dem Status quo etwas besserstellt, Krankenhaus B mit der höheren Fallzahl etwas schlechter. Der Anreiz zur Mengenausweitung wird leicht reduziert, ein Anreiz zur effizienten Leistungserbringung und zur Bereitstellung von Qualität bleibt erhalten.

Das Krankenhaus A kann aufgrund seiner Fallzahl zwar weiterhin keinen Gewinn erzielen, hat sich gegenüber dem Status quo aber verbessert. Es steht weiter im Wettbewerb um Patienten und stellt für diese eine Wahloption dar. Die Strukturvorgaben der Leistungsgruppen sichern die Qualität. Sollte es sich um eine Region mit einer exzessiv hohen Zahl an Leistungserbringern handeln, kann es sein, dass es das Angebot langfristig nicht aufrechterhalten kann und eine Abgabe der Leistungsgruppe oder eine Schließung des Standortes aus Sicht des Trägers wie aus Sicht des Gesamtsystems bzw. Krankenhausplaners sinnvoll wäre.

In eher peripheren Regionen mit ausgedünnten Krankenhausstandorten wäre der Standort möglicherweise nicht verzichtbar. Krankenhaus C in Abbildung 4 hat dieselbe Struktur wie Krankenhaus A aus Abbildung 3 mit identischen Fallzahlen. Es befindet sich jedoch anders als Krankenhaus A in einer dünn besiedelten Region mit keinen alternativen Anbietern und ist bedarfsnotwendig. Im Idealfall wird die Vorhaltequote hier soweit erhöht, dass der Break Even im Bereich der realistischen Fallzahl erreicht werden kann. Anreize zur effizienten Leistungserbringung bleiben bestehen, es entstehen keine Anreize die Leistungsmenge zu verknappen.

Auch wäre denkbar, dass die Kostenfunktion des Krankenhauses C über dem Niveau der Kostenfunktion von Krankenhaus A liegt, da beispielsweise höhere Gehälter für Ärzte und Pflegepersonal gezahlt werden müssen, die sonst für die periphere Region nicht zu gewinnen wären. Auch dies könnte entsprechend abgebildet werden.



**Abbildung 4: Kosten- und Erlössituation einer weiterentwickelten Vorhaltevergütung mit Sicherstellungskomponente**

Quelle: Eigene Darstellung

### 3 Implikationen

Aus diesem Ansatz ergeben sich einige Implikationen, die es als sinnvolle Weiterentwicklung des im Eckpunktepapier skizzierten Modells erscheinen lassen:

- Die Komplexität sinkt, da bspw. keine Anpassung an unterschiedliche Leistungsmengen erfolgen und nur die Kostenentwicklung fortgeschrieben werden muss.
- Da die Anpassungen bei Fallzahlveränderungen jenseits eines Korridors entfallen, gibt es weniger sprunghafte Anpassungen.
- Der Anreiz zur Mengenausdehnung wird reduziert.
- Durch den eher niedrigen Ansatz des pauschalen Zahlungsbetrags bleiben Effizienzreize ebenso bestehen wie Anreize des Qualitätswettbewerbs.
- Eine exakte Festlegung der Bemessungsgrundlage ist – wie die exakte Bemessung der Vorhalteanteile einer DRG – nicht perfekt lösbar. Es ist jedoch nur eine Berechnung für eine höhere zweistellige Zahl an Leistungsgruppen und nicht für eine vierstellige Zahl an DRGs erforderlich. Ferner ist die Fehlertoleranz durch die Auszahlung eines erheblich unter 100 % der Fixkosten liegenden Anteils deutlich höher.
- Die in der Breite eher niedrig angesetzte Vorhaltequote mit höheren Quoten für nach Bedarfsnotwendigkeit identifizierte Krankenhäuser führt dazu, dass die – für alle Einrichtung identische – Neigung der Erlöskurve weniger stark abnimmt als beim im Eckpunktepapier dargestellten Ansatz.
- Das Risiko für Fehlanreize sinkt massiv. Insbesondere entfällt das Risiko, eine Vorhaltevergütung über dem Niveau realer Fixkosten zu bezahlen.
- Unschärfen ergeben sich aus der in vielen Fällen nicht eindeutigen Zuordnung von gemeinsam genutzten Ressourcen auf einzelne Leistungsgruppen. Dies ist im vorliegenden Modell aber auch nicht zwingend, da ohnehin keine vollständige Abbildung der Fixkosten angestrebt wird.

- Die „optimale“ Höhe der Vorhaltequote ergibt sich damit in Teilen auch aus der Gewichtung der einzelnen Anreizdimensionen.
- Bereits bei der Einführung kommt es zu umverteilenden Effekten zugunsten von Leistungsgruppen mit höheren Vorhalteanteilen. Durch den insgesamt deutlich geringeren Anteil der Vorhaltevergütung am gesamten Vergütungsaufkommen ist das Risiko massiver Verwerfungen im System gering.
- Durch die eher niedrige Vorhaltequote bleibt der Anreiz zur Konsolidierung erhalten. Einen Sicherstellungsaufschlag erhalten nur ausgewählte Standorte von hoher Relevanz zur Sicherstellung der Versorgung.
- Bei bedarfsorientiert differenzierter (nicht pauschaler) Erhöhung der Vorhaltevergütung kommt es zu einer geringeren Abflachung der Erlöskurve, die Anreize zum Qualitätswettbewerb werden weniger stark abgeschwächt.
- Die dem Eckpunktepapier zugeschriebenen potenziellen positiven Anreize durch den Tausch oder die Umverteilung von Vorhaltebudgets wären auch in diesem Modell denkbar. Gerade auch auf Ebene der **Bundesländer** würden neue Handlungsräume und damit einhergehende Anreize zur Konsolidierung entstehen, würde der gewünschte „Kamineffekt“ befördert: Wird die Zahl der Standorte insgesamt oder die Zahl der Standorte mit bestimmten Leistungsgruppen reduziert, während zugleich das Volumen der Vorhaltevergütung (zumindest für einen gewissen Zeitraum) auf Ebene der Bundesländer konstant gehalten wird, werden Vorhaltebudgets frei. Diese könnten von den Ländern gezielt auf andere Standorte verteilt werden. Dies ist ein deutlicher Unterschied zu einer Vorhaltevergütung mit Fallbezug, bei der Vorhaltebudgets nicht wirklich frei werden, sondern direkt gemäß der sich neu ergebenden Verteilung der Fälle auf die anderen Standorte zugeteilt werden. Auch hier entspricht das Ergebnis einer Vorhaltevergütung mit Fallbezug direkt dem Ergebnis einer Fallverlagerung unter klassischen DRG-Bedingungen, ein zusätzlicher Kamineffekt stellt sich nicht ein.

Der hier dargelegte Vorschlag zur Weiterentwicklung des im Eckpunktepapier dargelegten Konzepts ähneln in einigen Punkten dem von der Monopolkommission (2023) formulierten Vorschlag, setzt jedoch etwas andere Akzente.

#### **4 Voraussetzungen**

Auch wenn die Komplexität des vorliegenden Ansatzes geringer ist als im Eckpunktepapier, müssen für eine sinnvolle Umsetzung gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Diese gelten im Grunde für *jede* an Leistungsgruppen ansetzende Form der Vergütung.

In einem ersten Schritt muss eine belastbare und möglichst klare Definition der Leistungsgruppen erfolgen. Diese sollte nicht zu grob geschnitten sein, um eine sinnvolle Zuordnung von spezifischen Vorhaltekosten zuzulassen. Um eine leistungsgruppenspezifische Korrektur der Rest-DRG vornehmen zu können, ist auch in diesem Modell eine eindeutige Zuordnung von DRGs zu Leistungsgruppen sinnvoll. Alternativ wäre zu prüfen, ob eine approximative / anteilige Zuordnung ebenfalls ausreichen könnte.

In einem zweiten Schritt sind die Qualitätsanforderungen – insbesondere hinsichtlich der personellen sowie der medizintechnischen Ausstattung – zu definieren. Diese bildet die – ggf. erweiterbare – Basis für die Festlegung der Bemessungsgrundlage.

In einem dritten Schritt ist zu klären, wie mögliche Umverteilungsmechanismen aussehen könnten, wenn Leistungsgruppen oder ganze Standorte geschlossen werden. Auch hier sollen nach dem Konzept der Regierungskommission Anreize zur Konsolidierung geschaffen werden.

Hinsichtlich der notwendigen Restrukturierung der Krankenhauslandschaft kann die Ausgestaltung der Vergütung nur einer von mehreren Bausteinen sein. Im Kern bleibt es die Verantwortung der Länder eine Krankenhausplanung umzusetzen, die sich nicht nur an gewachsenen Strukturen, sondern auch an Anforderungen einer modernen Medizin und sich verändernden Bedarfen der Bevölkerung orientiert. Zudem löst der Vorschlag nicht die Verpflichtung der Länder zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen auf, ohne die eine Vergütungsreform nicht abschließend gelingen kann.

## **5 Fazit**

Der vorliegende Impuls ersetzt kein ausgearbeitetes Detailkonzept. Er soll aber eine Entwicklungsrichtung aufzeigen, die einen weniger riskanten Weg für die Einführung einer Vorhaltevergütung zulassen würde. Es bewegt sich zwischen den Extremen mit einer reinen DRG-Vergütung am einen und einer Vorhaltevergütung nach dem Eckpunktepapier am anderen Ende. Nach dem vorliegenden Vorschlag würden sich Leistungsgruppen, die insgesamt oder an spezifischen Standorten eher wenige Fälle aufweisen, gegenüber dem Status quo besserstellen. Die mit vielen Fällen – also diejenigen, die im Status quo überproportional profitieren – würden sich etwas schlechter stellen. Damit lehnt sich das hier skizzierte Konzept stärker an den Kerngedanken einer Vorhaltevergütung an, auch wenn nicht alle Nebenziele in gleicher Weise erreicht werden können. Das Konzept ist anschlussfähig zum Eckpunktepapier und lässt verschiedene Optionen einer Weiterentwicklung offen.



## Literaturverzeichnis

BMG (2023): Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Messerle, Robert; Schreyögg, Jonas (2022): System-wide Effects of Hospital Payment Scheme Reforms: The German Introduction of Diagnosis-Related Groups. Hamburg Center for Health Economics (Research Paper, 26).

Monopolkommission (2023): Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser adjustieren, Versorgungsbedarf sichern, Wettbewerb erhalten. Bonn (Policy Brief, 11). Online verfügbar unter <https://www.monopolkommission.de/de/policy-brief.html>, zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Regierungskommission (2022): Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. BMG. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2023.

Schmid, Andreas; Heinz, Katja; Klages, Lennart; Baierlein, Jochen (2023): Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhausesektors. Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes. Online verfügbar unter [https://www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/Gutachten\\_Studien/Gutachten\\_Oberender\\_Analyse\\_der\\_Vorhalteverguetung\\_zur\\_Reform\\_des\\_Krankenhaussektors.pdf](https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Gutachten_Oberender_Analyse_der_Vorhalteverguetung_zur_Reform_des_Krankenhaussektors.pdf), zuletzt geprüft am 20.09.2023.

## Autoren



### **Prof. Dr. Andreas Schmid**

Andreas Schmid ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Bayreuth und Manager bei der Oberender AG. Nach seinem Studium der Gesundheitsökonomie promovierte er zu Wettbewerbsfragen im Krankenhausmarkt. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Analyse und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vergütungsmodellen sowie entsprechenden Reformbemühungen. Er publiziert regelmäßig wissenschaftliche Texte in einschlägigen Journalen, Sammelbänden und Zeitschriften. Neben anderen ehrenamtlichen Aktivitäten ist er ferner Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung und unparteiisches Mitglied im Sektorenübergreifenden Landesschiedsgremium Thüringen.

Kontakt: [andreas.schmid@uni-bayreuth.de](mailto:andreas.schmid@uni-bayreuth.de)



### **Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann**

Jörg Schlüchtermann ist Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre und Studiengangmoderator für die Studiengänge zur Gesundheitsökonomie (Bachelor, Master, MBA) an der Universität Bayreuth. Zudem Gastdozent in nationalen und internationalen MBA-Studiengängen für Mediziner. Inhaltliche Aspekte zur Thematik Erlöse und Kosten in Krankenhäusern werden von ihm ausführlich in dem Lehrbuch „Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus“ (Verlag MWV) beschrieben.

Kontakt: [j.schluechtermann@uni-bayreuth.de](mailto:j.schluechtermann@uni-bayreuth.de)



### **Prof. Dr. Volker Ulrich**

Volker Ulrich ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Mitglied des gesundheitsökonomischen Ausschusses des Vereins für Socialpolitik (VfS). Seit 2015 Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Im akademischen Turnus 2010/11 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Veröffentlichungen und Gutachten zu Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen, der Reform des Risikostrukturausgleichs und des Arzneimittelmarkts und der nachhaltigen Finanzierung der Systeme der sozialen Sicherung.

Kontakt: [volker.ulrich@uni-bayreuth.de](mailto:volker.ulrich@uni-bayreuth.de)