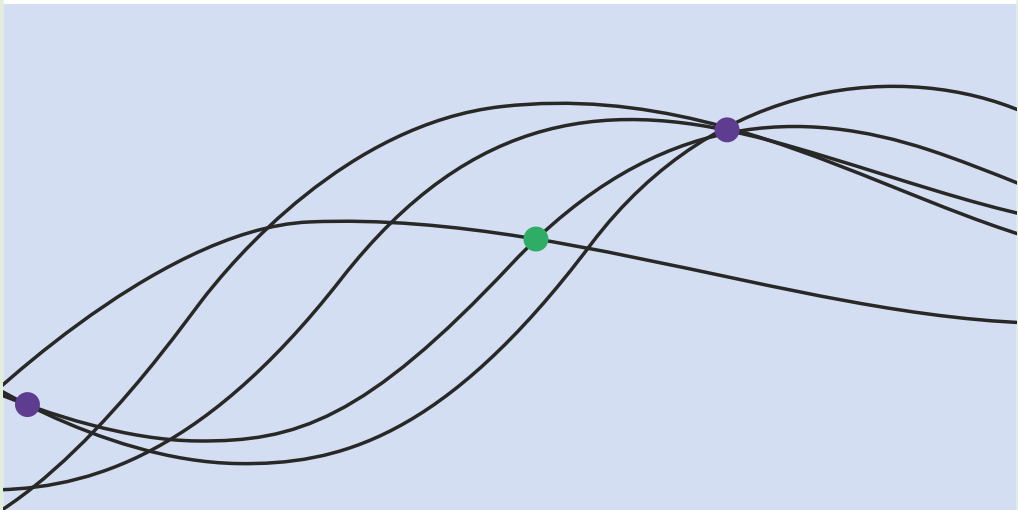


Gesundheitswesen aktuell 2026

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Madeleine Barlozek

Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis: Spieltheorie als neue Perspektive im Gesundheitswesen.
Ein strategischer Blick auf Anreize, Verhalten und die Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungssysteme
Seite 128–150

doi: 10.30433/GWA2026-128

Madeleine Barlozek

Vom Nobelpreis zur Versorgungspraxis: Spieltheorie als neue Perspektive im Gesundheitswesen. Ein strategischer Blick auf Anreize, Verhalten und die Gestaltung zukunftsfähiger Versorgungssysteme

Vor dem Hintergrund von Ausgaben in Höhe von rund 538 Milliarden Euro im Jahr 2024 steht das deutsche Gesundheitswesen verstärkt im Fokus. Tiefgreifende Reformen erscheinen notwendig. Mithilfe der Spieltheorie wird gezeigt, wie individuell rationales Verhalten von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen sowie Patientinnen und Patienten zu kollektiv ineffizienten Ergebnissen führen kann. Analysiert werden insbesondere die Leistungsausdehnung im ambulanten Sektor, die Anreizwirkungen des DRG-Systems sowie die strategischen Effekte der Krankenhausreform. Daran anschließend wird mit dem Mechanism Design ein normativer Ansatz vorgestellt, der darauf abzielt, Regeln so zu gestalten, dass individuelles Nutzenstreben mit Versorgungsqualität und Effizienz in Einklang steht.

Einleitung

Mit Ausgaben von rund 538 Milliarden Euro im Jahr 2024 ist das deutsche Gesundheitswesen teurer als der gesamte Bundeshaushalt (Statistisches Bundesamt 2026). Gleichwohl gelingt es trotz fortlaufender Reformbemühungen nicht, die Ausgabendynamik zu bremsen. Der demografische Wandel wird diese Entwicklung in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Die zentrale Frage lautet nicht, ob das System reformiert werden muss, sondern warum Reformen so häufig hinter ihren Zielen zurückbleiben.

Reformen scheitern selten an fehlenden Konzepten, sondern an der Dynamik eines Systems, in dem viele Akteure mit eigenen Interessen aufeinander reagieren.

Patientinnen und Patienten, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen, Politik und Industrie handeln rational innerhalb der Anreize, die ihnen gesetzt werden. Bleiben diese Anreize inkonsistent oder widersprüchlich, verfehlen selbst wohl-begründete Maßnahmen ihre intendierten Ziele.

Wer Reformen verstehen will, muss daher nicht nur über Medizin oder Finanzierung sprechen – sondern auch über strategisches Verhalten in einem System gegenseitiger Abhängigkeiten. Genau an diesem Punkt bietet die Spieltheorie einen entscheidenden Erkenntnisgewinn. Kaum ein anderes Instrument hat die ökonomische und politische Entscheidungsanalyse so nachhaltig geprägt; zahlreiche Nobelpreise dokumentieren ihre wissenschaftliche und praktische Bedeutung. Ob Klimaschutz, Rüstung oder internationale Kooperation: Dauerhafte Lösungen entstehen nur dann, wenn eine Kooperation für alle Beteiligten rationaler ist. Der Kern dieser Logik ist einfach – Anreize bestimmen Verhalten. Oder, wie der Investor Charlie Mungers es treffend formuliert hat: Show me the incentive, and I will show you the outcome.

Diese Arbeit nutzt die Spieltheorie als Analyseinstrument, um die Auswirkungen aktueller Reformen systematisch zu untersuchen. Anschließend wird mit den Methoden des Mechanism Design untersucht, wie Reformen so konzipiert werden können, dass das strategische Verhalten aller Akteure von Beginn an berücksichtigt wird. Internationale Beispiele belegen: Qualität und Effizienz steigen dort gemeinsam, wo Anreize konsequent ausgerichtet sind.

Spieltheorie: eine methodische Einordnung

Um die nachfolgenden Analysen einordnen zu können, lohnt sich ein kurzer Blick auf die Grundannahmen der Spieltheorie. Die Spieltheorie untersucht Entscheidungssituationen, in denen der Erfolg eines Akteurs nicht allein von den eigenen Handlungen abhängt, sondern wesentlich von dem Verhalten anderer. Zentrale Annahme der Theorie ist ein rationales Verhalten. Rational bedeutet hierbei nicht eigennützig oder unsolidarisch, sondern konsistent: Akteure wählen diejenige

Handlungsoption, die ihren erwarteten Nutzen maximiert. Auf diese Weise lassen sich komplexe soziale, ökonomische und politische Interaktionen auf ihre zugrunde liegenden Anreizstrukturen reduzieren.

Gerade in komplexen Systemen mit vielen Entscheidern, Informationsasymmetrien und Unsicherheiten – wie es für das Gesundheitswesen charakteristisch ist – ist die Spieltheorie besonders aufschlussreich. Sie kann aufzeigen, welche Ergebnisse sich mit hoher Wahrscheinlichkeit einstellen, wenn alle Beteiligten ihren eigenen Vorteil maximieren – und wann dadurch kollektive Probleme entstehen.

Das Gefangenen-Dilemma: individuelle Rationalität und kollektive Ineffizienz

Ein klassisches Anwendungsbeispiel der Spieltheorie ist das Gefangenen-Dilemma. Die Ausgangssituation kann einfach beschrieben werden: Zwei Bankräuber werden nach einem Coup festgenommen, doch die Polizei kann ihnen den Raub nicht direkt nachweisen. Die Polizei unterbreitet jedem das folgende Angebot: Derjenige, der die Tat gesteht, wird als Kronzeuge freigelassen, während der andere für fünf Jahre ins Gefängnis muss. Wenn beide die Tat leugnen, dann erhalten sie eine niedrige Strafe von acht Monaten wegen unerlaubten Waffenbesitzes. Gestehen beide Gefangene die Tat, drohen jedem Gefangenen drei Jahre Haft. Beide haben dieselben Handlungsoptionen – sie können entweder schweigen oder gestehen. Die Gefangenen können untereinander jedoch keine Absprache treffen. Diese Konstellation lässt sich in einer spieltheoretischen Entscheidungsmatrix darstellen. Dabei stehen die Zahlenwerte nicht für die Haftdauer, sondern für die Nutzenwerte der Gefangenen. Je höher der Nutzenwert, desto vorteilhafter ist diese Option für die Spieler.

Die erste Zahl in jeder Zelle steht dabei für den Nutzen des Gefangenen 1, die zweite für den des Gefangenen 2. Um zu verstehen, wie man eine solche Matrix liest, betrachtet man die Situation aus der Sicht eines einzelnen Spielers:

- Nimmt dieser an, dass der andere schweigt, ist Gestehen für ihn vorteilhafter (Nutzenwert 5 statt 3).
- Nimmt er an, dass der andere gesteht, ist Gestehen ebenfalls vorteilhafter (Nutzenwert 1 statt 0).

Abbildung 1: Spieltheoretische Entscheidungsmatrix für das Anwendungsbeispiel des Gefangenen-Dilemmas

		Gefangener 2	
		Schweigen	Gestehen
Gefangener 1	Schweigen	3 ; 3	0 ; 5
	Gestehen	5 ; 0	1 ; 1

Quelle: eigene Darstellung

Das Geständnis ist also unabhängig vom Verhalten des anderen die bessere Wahl – eine dominante Strategie. Da beide Spieler zu dieser Einschätzung gelangen, wählen beide das Gestehen (Nutzenwerte 1 ; 1). Dieses Ergebnis bezeichnet man als Nash-Gleichgewicht des Spiels, bei dem kein Spieler durch einseitige Abweichung seinen Nutzen verbessern kann. Aus kollektiver Sicht ist das Gleichgewicht ineffizient, denn beide hätten bei gegenseitigem Schweigen (Nutzenwerte 3 ; 3) deutlich besser dagestanden.

Übertragung auf das Gesundheitswesen

Das Gefangenen-Dilemma wird weit über die Ökonomie hinaus verwendet, um strukturelle Kooperationsprobleme zu analysieren – von Wettrüstungsdynamiken zwischen Staaten bis hin zur Schwierigkeit, ein verbindliches Klimaschutzregime zu etablieren. In all diesen Fällen kollidiert individuelle Rationalität mit kollektiver Wohlfahrt.

Genau diese Konstellation findet sich auch in zahlreichen realen Situationen im Gesundheitswesen wieder. Leistungserbringer reagieren auf die Anreize, die das System setzt. Werden diese in Reformen nicht berücksichtigt, führen gut gemeinte Maßnahmen häufig zu Verhaltensanpassungen, die den intendierten Zielen entgegenlaufen. Die Spieltheorie erlaubt es somit, Reformwirkungen zu antizipieren. Die folgenden Kapitel greifen diese Perspektive auf und wenden sie auf zentrale Bereiche des deutschen Gesundheitswesens an.

Leistungsausdehnung im ambulanten Sektor

Deutschland zählt zu den Ländern mit den weltweit höchsten Arztkontaktzahlen. Im Jahr 2021 suchte jede Person durchschnittlich 9,6-mal eine ambulant tätige Ärztin oder einen Arzt auf (Eurostat 2023). Der OECD-Durchschnitt liegt bei 6,5. Länder wie Schweden oder Finnland kommen trotz vergleichbarer Altersstruktur mit lediglich drei bis vier Arztkontakten jährlich aus (OECD 2025). Dennoch liegt Deutschland bei der Lebenserwartung unter dem EU-Durchschnitt und erreicht bei gesundheitsbezogenen Morbiditätsmaßen wie den Healthy Life Years nur mittlere Werte. In südeuropäischen und nordischen Ländern werden hingegen tendenziell mehr gesunde Lebensjahre ohne schwere Einschränkungen erreicht (Eurostat 2025).

Die hohe Inanspruchnahme führt im internationalen Vergleich zu einer hohen Behandlungsdichte je Arzt und zu entsprechend kurzen Konsultationszeiten. Ärztinnen und Ärzte in Deutschland haben durchschnittlich 243 Patientenkontakte pro Woche, verglichen mit 102 in den USA und 141 in den Niederlanden (Koch 2011). Entsprechend liegt die mittlere Konsultationsdauer in Deutschland mit lediglich 7,6 Minuten deutlich unter dem Niveau anderer westeuropäischer Länder (Knesebeck 2019). Gleichzeitig weisen deutsche Hausärztinnen und Hausärzte mit durchschnittlich 50,6 Wochenarbeitsstunden eine deutlich höhere Arbeitsbelastung auf als Kolleginnen und Kollegen in vergleichbaren Ländern (IGES 2014).

Die Kombination aus hoher Fallzahl, kurzer Konsultationsdauer und hoher Arbeitsbelastung verweist auf strukturelle Ursachen, die sich nicht allein durch individuelles Verhalten erklären lassen.

Doppelrolle der Ärztinnen und Ärzte und Informationsasymmetrien

Ärztliche Leistungserbringer agieren in einer Doppelrolle als Berater und Anbieter medizinischer Leistungen. Aufgrund der Informationsasymmetrie können sie den Umfang und die Art der Versorgung maßgeblich steuern.

Gleichzeitig entstehen für Patientinnen und Patienten in einem System ohne nennenswerte Selbstbeteiligung nur geringe Aufwände durch zusätzliche Konsultationen, während der individuelle Nutzen – in Form von diagnostischer Sicherheit oder subjektiver Beruhigung – vollständig bei ihnen verbleibt. Eine hohe Nachfrage ist daher aus Patientensicht rational.

Für eine Ärztin oder einen Arzt ergibt sich daraus ein kontinuierliches Abwägen zwischen Begrenzung und Bedienung der Nachfrage. Da zusätzliche Kontakte vergütet werden und zugleich die Arzt-Patient-Beziehung stabilisieren, ist das Bedienen der Nachfrage häufig die dominante Strategie. Die beobachtete Mengenausweitung resultiert somit aus der strategischen Anreizstruktur beider Seiten, nicht allein aus angebotsinduzierten Effekten.

Vergütungssystem als strategischer Rahmen: das ambulante Gefangenen-Dilemma

Die Vergütung ambulanter Leistungen erfolgt überwiegend über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt wird. Grundlage für die Verteilung der Mittel ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der Leistungen mit Punktzahlen bewertet. Hausärztlich Tätige erhalten ihr Honorar überwiegend

über EBM-Pauschalen, fachärztlich Tätige hingegen profitieren stärker von extra-budgetären Leistungen (KBV 2023).

Bis zum Jahr 2008 wurde das Gesamtbudget aus der MGV für die KV-Regionen festgelegt, während der Punktwert von der Gesamtmenge der abgerechneten Leistungen abhängig war. Bei gedeckeltem Gesamtbudget führte eine Ausweitung der Leistungsmenge einiger Ärztinnen und Ärzte daher zu einer Absenkung des Punktwerts für alle. Dabei entstand aus spieltheoretischer Sicht ein klassisches Gefangenen-Dilemma zwischen den Leistungserbringern. Die Nutzenmatrix zeigt, welche Konsequenzen sich unter diesen Umständen für zwei Handelnde ergeben.

Abbildung 2: Spieltheoretische Entscheidungsmatrix für das ambulante Gefangenen-Dilemma

		Ärztin/Arzt 2	
		Leistungsmenge beibehalten	Leistungsmenge maximieren
Ärztin/Arzt 1	Leistungsmenge beibehalten	5 ; 5	2 ; 8
	Leistungsmenge maximieren	8 ; 2	3 ; 3

Quelle: eigene Darstellung

Beide Handelnde erzielen einen Nutzen von fünf Einheiten, wenn sie ihre abgerechnete Leistungsmenge beibehalten. Wenn jedoch eine Ärztin oder ein Arzt die Menge maximiert, während die oder der andere sie beibehält, steigt der Nutzen des Erstgenannten auf acht Einheiten, während der andere nur zwei Einheiten erreicht. Dies liegt daran, dass die Leistungsausdehnung des Ersten den Punktwert reduziert und somit die Vergütung für den Zweiten sinkt. Maximieren beide Beteiligte ihre Menge, sinkt der Nutzen für beide, da sie mehr Arbeit investieren müssen, aber gleich viel für ihre Leistung erhalten.

Empirisch lässt sich bestätigen, dass ein Großteil der Handelnden genauso vorgeht, wie im Gefangenen-Dilemma beschrieben. Nach der Einführung des EBM mit festen Budgets wurden mehr Fälle abgerechnet, der Punktwert nahm immer weiter ab und die Vergütung je Fall reduzierte sich. Daraus resultierte eine nicht intendierte negative Wirkung für alle ärztlichen Leistungserbringer: Sie verdienten weniger, obwohl sie mehr Patientinnen und Patienten behandelten (Bertelsmann Stiftung 2006).

Mit der Reform des Jahres 2009 wurde diese Systematik durch feste Punktwerte und Regelleistungsvolumina ersetzt. Leistungen oberhalb definierter Schwellen werden seitdem deutlich abgewertet oder nicht vergütet. Die Höhe der Obergrenze richtet sich jedoch nach der durchschnittlich erbrachten Leistungsmenge innerhalb einer Arztgruppe, die um bis zu 150 Prozent überschritten werden darf (KVN 2015).

Damit bleiben die grundlegenden Anreize zur Mengenausweitung bestehen: Rational ist es weiterhin, das Leistungsvolumen bis zur jeweiligen Obergrenze auszuschöpfen. Die Obergrenzen werden regelmäßig aus dem Vorjahresvolumen berechnet, sodass sie automatisch an die zuletzt erbrachte Fallzahlentwicklung gekoppelt sind. In der Logik des Systems führt dies tendenziell zu jährlich steigenden Regelleistungsvolumina.

Die Entbudgetierung der Hausärzte 2025

Der seit Jahren bestehende Circulus vitiosus aus Leistungsausdehnung und daraus resultierender Fallwertminderung deutet darauf hin, dass die aktuelle Vergütung je Fall basierend auf dem EBM tendenziell zu niedrig angesetzt sein könnte (Martiny 2011). Dies erklärt die hohe Unzufriedenheit unter Ärztinnen und Ärzten mit der Vergütungssystematik: Umfragen zufolge halten 96 Prozent der Ärztinnen und Ärzte grundlegende Reformen des Gesundheitssystems für notwendig (Virchowbund 2023). Diese anhaltende Unzufriedenheit mündete im Jahr 2023 in bundesweiten Praxisprotesten und trug wesentlich zur politischen Entscheidung

bei, hausärztliche Leistungen zu entbudgetieren. Ab dem 1. Oktober 2025 werden hausärztliche Leistungen demnach ohne Honorardeckel vergütet. Gesundheitspolitisch verfolgte diese Entscheidung das Ziel, dem Hausärztemangel in ländlichen Regionen entgegenzuwirken.

Die Entbudgetierung verändert die strategische Situation im ambulanten Bereich grundlegend. Da zusätzliche Leistungen nun nicht mehr mit Abschlägen belegt sind, wird der Anreiz zur Mengenausweitung verstärkt. Der individuelle Nutzen hängt dabei nicht unmittelbar vom Verhalten der Kolleginnen und Kollegen ab, solange die Gesamtvergütung nicht angepasst wird. Das Nash-Gleichgewicht liegt folglich weiterhin bei der Handlungsoption „Leistungsmenge maximieren“. Anders als im klassischen Gefangen-Dilemma führt das Nash-Gleichgewicht nun zu einem Ergebnis, das für alle Leistungserbringer vorteilhaft ist. Das System belohnt also eine kontinuierliche Leistungsausweitung.

Systemisch ist die Entbudgetierung jedoch nicht losgelöst von der morbiditätsangepassten Gesamtvergütung zu betrachten. Steigen die Leistungsvolumina vieler Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig stark an, entsteht langfristig ein Anpassungsdruck. Es ist zu erwarten, dass sowohl die Krankenkassen als auch der Gesetzgeber mit neuen Regulierungen reagieren, etwa durch Anpassung der Gesamtvergütung oder Verschärfung von Dokumentations- und Prüfvorgaben. In Erwartung solcher Reaktionen kann sich wiederum rational ein strategischer Wettlauf um frühe Mengenausweitung ergeben. Steigen die Gesamtmengen stark, muss entweder der reale Wert der Vergütung sinken oder es werden neue Obergrenzen eingeführt. In diesem Fall nähert sich die strategische Struktur wieder der Situation vor der Reform des Jahres 2009 an.

Die Analyse zeigt, dass das Vergütungssystem das Verhalten ambulanter Ärztinnen und Ärzte entscheidend prägt: Historische wie aktuelle Regelungen – vom gedeckelten Gesamtbudget über die Regelleistungsvolumina bis hin zur jüngsten Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen – erzeugen immer weitere systemische Mengenanreize. Die Qualität der Versorgung, insbesondere aus Patientensicht,

spielt bei der Finanzierung kaum eine Rolle. Während kurzfristig jede Ärztin und jeder Arzt von der Ausschöpfung der Leistungsobergrenzen profitiert, entstehen mittelfristig neue Spannungen, die kontinuierliche Reformen erfordern.

Das Krankenhaus-Spiel: Anreizsysteme und Reformen

Im Jahr 2024 beliefen sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausleistungen auf 102,2 Milliarden Euro, was einem Anteil von etwa 33 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben entspricht (GKV-SV 2025). Damit stellt der stationäre Sektor den größten Einzelposten im Gesundheitswesen dar. Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben rückt dieser Bereich zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer Reformen. Der folgende Abschnitt analysiert die Anreizstrukturen im stationären Bereich. Im Anschluss werden die zentralen Mechanismen der Krankenhausreform aus spieltheoretischer Perspektive eingeordnet.

DRG-System als Grundlage der Vergütung

Die Einführung des DRG-Systems (DRG = Diagnosis Related Groups) 2004 schuf ein leistungsorientiertes Entgeltsystem, das Patientenfälle anhand klinischer und ökonomischer Kriterien in Gruppen mit vergleichbaren Behandlungskosten einteilt. Die Vergütung steigt mit der Komplexität der Diagnose und der Menge an eingesetzten Prozeduren. Der aktuelle DRG-Katalog umfasst rund 1.300 Gruppen, die mit einem Relativgewicht versehen werden. Die Relativgewichte werden auf Basis berichteter Kosten- und Leistungsdaten ermittelt und regelmäßig angepasst.

Aus Sicht der Krankenhäuser erhöht die Erbringung von mehr Leistungen sowie die Abrechnung komplexerer Fälle den Gewinn. Dies gilt insbesondere für solche Leistungen, bei denen die Vergütung oberhalb der Grenzkosten für die Patientenbehandlung liegt. Ein Großteil der Krankenhäuser gibt diesen Anreiz über Zielleistungsvereinbarungen an die medizinischen Führungskräfte weiter. Diese erhalten Bonuszahlungen, wenn die Menge der Eingriffe ein bestimmtes Ziel erreicht oder überschreitet (Reus 2023).

Unter diesen Rahmenbedingungen entsteht eine direkte wirtschaftliche Motivation zur Mengenausweitung. In einer bundesweiten Befragung unter mehr als 2.000 Klinikleitungen und Angestellten gaben 39 Prozent der Chefärztinnen und Chefarzte an, dass ökonomische Motive bei der Durchführung medizinisch nicht zwingend erforderlicher Eingriffe eine Rolle spielen. Diese Konflikte betreffen dabei sowohl ärztliches Handeln (45 Prozent der Chefärztinnen und Chefarzte) als auch die Pflege (72 Prozent der Pflegekräfte) (Reifferscheid 2014).

Empirische Daten bestätigen diese Anreizwirkung: Eine dramatische Erhöhung der Fallzahlen konnte seit Einführung des DRG-Systems empirisch beobachtet werden. Allein in den ersten zehn Jahren erhöhten sich die Fälle um 20 Prozent (Messerle und Schreyögg 2024).

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Zusammenhang zu betrachten ist, ist das sogenannte Upcoding. Dies bezeichnet zum einen die Einstufung von Patientinnen und Patienten in höher vergütete DRGs als medizinisch erforderlich, zum anderen aber auch die Erbringung zusätzlicher medizinischer Leistungen, um mehr Nebendiagnosen und Prozeduren kodieren zu können. Es handelt sich beim Upcoding um eine strategische Kodieroptimierung, bei der die Dokumentation an der Grenze zwischen legitimer Ausschöpfung des Kodierkorridors und ökonomisch motivierter Überdokumentation operiert (Lüngen und Lauterbach 2000). Krankenkassen verfügen über begrenzte Kapazitäten zur umfassenden Prüfung aller Abrechnungen. Angesichts der hohen Fallzahlen und der Komplexität des DRG-Systems ist eine vollständige Kontrolle praktisch nicht realisierbar (Martiny 2011).

Spieltheoretische Einordnung des Kodierverhaltens

Aus spieltheoretischer Sicht kann intensives Upcoding kurzfristig individuell vorteilhaft erscheinen, da es die Erlöse steigert. Die DRG-Relativgewichte werden jedoch auf Basis aggregierter Eckkostendaten einiger Stichproben-Krankenhäuser berechnet. Langfristig koppelt sich tendenziell die Vergütung wieder an den tatsächlichen Ressourceneinsatz. Es handelt sich damit um eine Dilemma-

struktur analog zum anfangs beschriebenen Gefangenen-Dilemma mit zwei Bankräubern: Für einen Bankräuber ist das Geständnis vorteilhaft, sofern der Komplize schweigt. Für jedes einzelne Krankenhaus ist Upcoding rational, solange die anderen Krankenhäuser regelkonform kodieren. Intensivieren jedoch beide Akteure ihre Kodierung, neutralisieren sich die Vorteile. Zurück bleiben höhere Dokumentationsaufwände sowie steigende administrative Lasten. Höhere Fallpauschalen erfordern den Einsatz spezialisierter Kodierfachkräfte und zusätzliche Prüfungen; fehlerhafte oder auffällige Kodierungen ziehen Nachbearbeitungen und Rückforderungen nach sich.

Das Nash-Gleichgewicht liegt an dem Punkt, bei dem alle Krankenhäuser Upcoding betreiben. Wie die beiden Täter aus der beschriebenen Geschichte, die gestehen, um ihre Gefängnisstrafe zu reduzieren, handeln die Akteure strategisch – und stehen am Ende schlechter da, als wenn sie eher konservativ kodiert hätten.

Empirische Befunde bestätigen einen kontinuierlich steigenden Case-Mix-Index in der Krankenhauslandschaft, der sich nicht allein durch demografische Effekte erklären lässt (GKV-SV 2012). Analysen deuten darauf hin, dass das Abrechnungsverhalten systematisch auf eine Erlösoptimierung ausgerichtet ist. Stichprobenprüfungen zeigen dabei Kodierungsfehler zulasten der Krankenkassen in einer Größenordnung von bis zu 35 Prozent (Kölbel 2010).

Ein bekanntes Beispiel ist die Neonatologie, bei der die Vergütung stark vom Geburtsgewicht abhängt. Studien zeigen, dass nach Einführung des DRG-Systems ein signifikanter Anteil der Fälle in höher vergütete Gewichtsklassen eingestuft wurde, ohne dass dies medizinisch zwingend erforderlich war. Allein in diesem Bereich entstanden durch Upcoding kurzfristig Mehreinnahmen in dreistelliger Millionenhöhe (Jürges und Köberlein 2013).

In der Gesamtbetrachtung führt das System zu einer Verschiebung von Prioritäten. Der Fokus verlagert sich von der patientenzentrierten Versorgung hin zur

Optimierung von Fallzahlen, Fallschwere und Dokumentation. Gleichzeitig steigt der bürokratische Aufwand erheblich, ohne dass dies unmittelbar zu einer verbesserten Versorgungsqualität führt.

Die Krankenhausreform: neue Anreize durch Vorhaltepauschalen

Durch die Krankenhausreform sollten die Anreize grundlegend verändert werden. Der damalige Gesundheitsminister Lauterbach postulierte eine „Entökonomisierung“ im Krankenhaus. Medizinische Leistungen sollten weniger von ökonomischen Erwägungen beeinflusst werden, Patientinnen und Patienten sollten stärker in den Mittelpunkt rücken.

Ein neues Vergütungssystem wird die bestehenden Fallpauschalen teilweise ersetzen. Die „Vorhaltepauschale“ soll künftig als fixierte Vergütung die Bereitstellung von Betten, Personal und Infrastruktur unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung honorieren. Analysen zeigen, dass der Vorhaltekostenanteil in Relation zu den bisherigen DRG-Erlösen typischerweise im Bereich von 30 bis 40 Prozent liegt. Die konkrete Erlöswirkung hängt jedoch von Leistungsgruppe, Fallstruktur und der finalen gesetzlichen Ausgestaltung ab (Hansis und Dahnke 2024).

Die Höhe der Vorhaltepauschale eines Krankenhauses ist formal nicht unmittelbar an die aktuelle Fallzahl gekoppelt, faktisch jedoch weiterhin von den im Krankenhaus abgerechneten DRGs abhängig. Der zentrale Unterschied zur aktuellen Vergütung liegt in der zeitlichen Entkoppelung: Abgerechnete DRGs werden in definierten Referenzjahren neu evaluiert. So wird die Pauschale in einem Dreijahreszyklus angepasst, dabei beinhaltet sie einen Korridor von ± 20 Prozent um die ursprüngliche Referenzfallzahl. Innerhalb dieses Korridors bleibt die Pauschale unverändert. Erst bei Über- oder Unterschreitung dieses Korridors in einem Referenzjahr erfolgt eine Anpassung der Pauschale.

Aggregiert ergeben die Vorhaltepauschalen der Häuser das jährlich definierte Vorhaltevolumen eines Bundeslandes. Die Gesamthöhe des Volumens ist bundesweit gedeckelt und wird unter den zugewiesenen Ländern entsprechend ihrer relativen Anteile verteilt. Durch die Zuweisung von Planfallzahlen können die Bundesländer aktiv in die Verteilung der Mittel an die Kliniken eingreifen, um regionale Versorgungskapazitäten gezielt zu steuern (BMG 2024).

Strategische Effekte auf Krankenhausebene

Da die Vorhaltepauschale innerhalb des 20-Prozent-Korridors unverändert bleibt, ergeben sich aus mikroökonomischer Perspektive klare strategische Anpassungsanreize: Innerhalb dieses Bereichs ist es für ein rational planendes Krankenhaus ökonomisch attraktiv, die Fallzahl einzelner Leistungsgruppen bis zur unteren Korridorgrenze zu reduzieren, da die Vorhalteerlöse stabil bleiben, während variable DRG-relevante Kosten entfallen. Freiwerdende Ressourcen können eingespart oder in leistungsstärkere Bereiche umgeschichtet werden.

Zusätzliche Leistungen innerhalb des Korridors sind nur dann rational, wenn die residuale DRG-Vergütung die variablen Grenzkosten der Behandlung übersteigt. Dadurch entsteht ein strategischer Anreiz zum gezielten Abbau beziehungsweise zur Verlagerung von Kapazitäten. Die logische Konsequenz wäre die Einschränkung des Zugangs für bestimmte Patientengruppen, etwa durch längere Wartezeiten oder eine stärkere Selektion wirtschaftlich attraktiver Fälle.

Gleichzeitig wird jedoch das bundesweite Vorhaltevolumen jährlich auf der Basis der in den Ländern erbrachten Leistungen neu verteilt. Daraus resultiert ein strategisches Interdependenzproblem: Entscheidungen einzelner Krankenhäuser beeinflussen die Mittelverteilung für alle anderen Häuser im Land. Was für ein einzelnes Krankenhaus rational ist, kann auf aggregierter Ebene zu einem Nachteil für das gesamte Bundesland führen. Ein Krankenhaus kann selbst bei steigenden eigenen Fallzahlen einen Verlust erleiden, wenn andere Häuser ihre Leistungsmengen reduzieren und dadurch das insgesamt verfügbare Budget schrumpfen lassen (Hansis und Dahnke 2024).

Ähnlich wie bei dem zuvor beschriebenen ambulanten Gefangenen-Dilemma, bei dem Ärztinnen und Ärzte im Nash-Gleichgewicht mehr Arbeit investierten, aber dennoch weniger verdienten, führt die Interdependenz der Vergütung zu erhöhter Unsicherheit und zu einer starken Anreizwirkung, die eigene Position zu optimieren.

Zudem entsteht ein neuer Wettbewerbseffekt: Der Mengenanreiz verlagert sich auf Bundeslandebene. Unter der Annahme, dass ein höherer Anteil am Vorhaltebudget den politischen und ökonomischen Nutzen eines Landes steigert, haben Länder einen Anreiz, die Leistungsmengen ihrer Krankenhäuser zu maximieren (Dehne 2025). Ein größerer Mittelzufluss stabilisiert die Krankenhäuser im Land, Krankenhausschließungen lassen sich eher vermeiden und das Land kann politisch mehr Standorte sichern, beispielsweise durch die Verteilung von Vorhaltevergütung an Sicherstellungskrankenhäuser in ländlichen Regionen. Mehr Vorhaltemittel im Land bedeuten eine Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, was die regionale Wertschöpfung steigern und Arbeitsplätze sichern kann.

Die Einführung von Mindestfallzahlen ist ein weiterer Aspekt, der vor allem für kleinere Häuser relevant ist. Unterschreitet ein Haus diese Schwellenwerte, verliert es die entsprechende Pauschale und damit im zweiten Schritt die Leistungsgruppe – was bis zur Schließung ganzer Abteilungen führen kann. Aus diesem Grund können kleinere Krankenhäuser ökonomisch motiviert sein, Mindestfallzahlen durch strategische Mengenausweitung innerhalb der betroffenen Leistungsgruppen zu erreichen. Dies steht potenziell im Spannungsverhältnis zur politisch intendierten Konzentration komplexer Leistungen (Hansis und Dahnke 2024).

Fallschwere als neuer strategischer Hebel

Die Höhe der Vorhaltepauschale für das einzelne Haus ist nicht nur abhängig von der (Plan-)Fallzahl, sondern auch vom Vorhalte-Case-Mix-Index. Dieser ist eine standortbezogene Kennzahl, die die Komplexität und Ressourcenintensität der Fälle abbildet. Krankenhäuser, die im Vergleich mehr Fälle mit höherer Schwere

dokumentiert haben, erhalten anteilig mehr vom vorhandenen Vorhaltevolumen (Hansis und Dahnke 2024).

Damit verschiebt sich der strategische Fokus: Krankenhäuser können ihren Vorteil nicht mehr konsistent durch Fallzahlsteigerung sichern, wohl aber durch eine systematische Optimierung der Fallschwere. Upcoding wird also im neuen System sogar strategisch attraktiver, weil es die Vergütung erhöht, ohne die Begrenzung des Fallvolumens zu unterlaufen.

Kurz gesagt dämpft die Reform den Mengendruck, aber sie verschiebt das strategische Gewicht hin zur Fallschwere. Es wird für Krankenhäuser rational, eine möglichst hohe Komplexität der aufgenommenen Fälle abzubilden, sei es durch extensive Kodierung, die Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen oder die Erbringung zusätzlicher, nicht zwingend effizienter Prozeduren, um die Vorhaltepauschale zu maximieren.

Gesamtbewertung der Reform aus spieltheoretischer Sicht

In der Gesamtbetrachtung stehen sich damit einige verschiedene Anreizsysteme gegenüber: Auf Krankensebene dominiert für einen Großteil der Krankenhäuser der Anreiz zur Mengenreduktion bei gleichzeitiger Erhöhung der Fallschwere, während auf Länderebene ein Anreiz zur Leistungsausdehnung besteht, um einen größeren Anteil am Vorhaltevolumen zu sichern. Welche Effekte sich langfristig durchsetzen, ist weniger eine offene empirische Frage als vielmehr eine Folge der relativen Durchsetzungsmacht der beteiligten Akteure und der konkreten Ausgestaltung der Landeskrankenhausplanung.

Aus spieltheoretischer Sicht lässt sich die Krankenhausreform als ein Spiel unter erheblicher Unsicherheit mit offenem Ausgang beschreiben. Es ist kritisch zu hinterfragen, ob die hohe Komplexität der neuen Vergütungsmechanismen selbst Teil der intendierten Steuerungslogik der Krankenhausreform ist. Eine solche strukturelle Intransparenz könnte politisch als Beitrag zur postulierten Entöko-

nomisierung interpretiert werden, da sie eine gezielte Leistungsoptimierung erschwert. Die Reform ersetzt jedoch klare ökonomische Anreize nicht durch qualitativ bessere, versorgungszentrierte Ansatzpunkte, sondern durch erhöhte Unsicherheit.

Nachhaltige Strukturreformen erfordern nicht nur die Korrektur einzelner Fehl-anreize, sondern die systematische Gestaltung der Spielregeln selbst. Erst wenn Vergütungs- und Steuerungsmechanismen so konzipiert sind, dass individuelle Nutzenmaximierung strukturell mit Versorgungsqualität und ökonomischer Effizienz übereinstimmt, entsteht ein stabiles Gleichgewicht im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der Solidargemeinschaft.

Der Ansatz des Mechanism Design als normativer Gegenpart der Spieltheorie

Die vorangegangenen Kapitel zeigen, dass zentrale Probleme des deutschen Gesundheitswesens weniger auf individuelles Fehlverhalten als auf die Anreizstrukturen zurückzuführen sind. Genau hier setzt Mechanism Design an: Es untersucht nicht nur das Verhalten der Akteure innerhalb gegebener Regeln, sondern gestaltet Regeln so, dass gesellschaftlich gewünschte Ergebnisse entstehen.

International gibt es zahlreiche Ansätze im Gesundheitswesen, die solche Prinzipien nutzen. Spieltheoretisch bedeutet dies, ein Nash-Gleichgewicht zu implementieren, bei dem die dominante Strategie der Akteure nicht in Mengenausweitung liegt, sondern in Koordination, Prävention und qualitätsgesicherter Ressourcennutzung.

Shared-Savings-Modelle

Ein prominentes Beispiel sind Accountable Care Organizations (ACOs) in den USA: Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern sowie weiteren Leistungserbringern, die gemeinsam die Versorgung einer Patientengruppe über-

nehmen. Das zentrale Prinzip ist ein prospektiv festgelegtes Ausgabenbudget für diese Population. Werden die tatsächlichen Kosten unterschritten und gleichzeitig definierte Qualitätsindikatoren erfüllt, erhält die ACO einen Teil der Einsparungen.

Spieltheoretisch verschiebt sich damit das dominante Verhalten: Nicht mehr Mengenausweitung oder Upcoding ist rational, sondern Koordination, Prävention und Vermeidung unnötiger Leistungen. Das System funktioniert: Studien zeigen, dass 75 Prozent der ACOs Einsparungen erzielen. Die durchschnittlichen Kosteneinsparungen liegen bei rund fünf Prozent pro Jahr. Gleichzeitig blieben Qualitätsindikatoren stabil oder verbesserten sich, unter anderem bei vermeidbaren Hospitalisierungen, der Versorgung chronischer Erkrankungen sowie der Patientensicherheit (CMS 2025).

In Deutschland ließe sich ein Teil dieses Prinzips im Rahmen der Krankenhausreform anwenden. Derzeit besteht auf Ebene einzelner Krankenhäuser ein Anreiz zur Mengenreduktion, während Bundesländer bei sinkenden Leistungsvolumina anteilig Vorhaltebudget verlieren. Um diese divergierenden Anreize in Einklang zu bringen, könnte der Bund den Ländern einen Teil der eingesparten Mittel belassen und zweckgebunden für Infrastruktur- oder Qualitätsinvestitionen freigeben. Dadurch entstünde ein konsistenter Anreiz, Fallzahlen effizient zu reduzieren und zugleich die Versorgungsqualität strukturell zu stärken.

Populationsbasierte Vergütungsmodelle

Das Kapitationsmodell in Schweden schafft vergleichbare Anreizstrukturen im ambulanten Bereich durch ein morbiditätsgewichtetes Pro-Kopf-Budget. Die Vergütung wird anteilig für jede Patientin und jeden Patienten im Voraus gezahlt, unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen und ergänzt um qualitätsorientierte Zuschläge. Dieses Vergütungsmodell schafft Anreize, die Qualität bei effizienter Ressourcenallokation zu optimieren. Die Delegation medizinischer Leistungen an qualifizierte Pflegekräfte wird rational und die günstigere

Erbringung von Leistungen über die Telemedizin ökonomisch lohnenswert. Gleichzeitig werden Wartezeiten, Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung systematisch als Qualitätsdimensionen erfasst und durch Boni vergütet – Aspekte, die für Patientinnen und Patienten zentral sind, im deutschen Vergütungssystem jedoch kaum steuernde Wirkung entfalten (Ellegård und Laberge 2025).

Mechanismen auf der Nachfrageseite

Mechanism Design beschränkt sich nicht auf die Angebotsseite. Auch die Nachfrageseite kann gezielt in Steuerungsmechanismen eingebunden werden. Ein international beachtetes Beispiel ist das Mandatory-Health-Savings-System in Singapur. Dabei wird ein Teil der Versicherungsbeiträge auf individuellen Gesundheitskonten angespart und für bestimmte Leistungen genutzt, während schwere Risiken kollektiv abgesichert bleiben. Diese persönlichen Gesundheitskonten binden Patientinnen und Patienten stärker in die Kostenverantwortung ein und setzen dadurch Anreize, Gesundheitsausgaben bewusster zu steuern, ohne formale Rationierungsmechanismen einzuführen (Reisman 2006).

In Deutschland ließen sich ähnliche Effekte durch eine konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte erzielen. Könnten Patientinnen und Patienten transparent nachvollziehen, welche Leistungen erbracht und welche Kosten verursacht wurden, entstünde ein informationsbasierter Anreiz zu bewussterer Inanspruchnahme – auch ohne zusätzliche Selbstbeteiligung.

Schlussfolgerung: patientenzentrierte Versorgung durch Anreizsteuerung

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor enormen Herausforderungen. Solange die Anreizsysteme rationales Verhalten der Akteure in Richtungen lenken, die kollektiv ineffizient sind, werden Kosten weiter explodieren und kontinuierliche Reformen und Budgetanpassungen erfordern.

Die Spieltheorie liefert dabei eine zentrale Einsicht: Nicht die Spieler müssen sich ändern, sondern die Spielregeln. Der Kern des Problems liegt nicht im mangelnden Engagement der Beteiligten. Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen sowie Patientinnen und Patienten handeln im Rahmen ihrer Anreize rational. Ein zukunftsfähiges System muss diese Anreize konsequent umkehren. Vergütung und Steuerungsmechanismen sollten an Parametern ausgerichtet sein, die für Patientinnen und Patienten am relevantesten sind – wie Behandlungsergebnisse, Versorgungsqualität und Zugänglichkeit – und zugleich die Gesamtversorgung optimieren. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Mechanismen existieren, die dieses Ziel erreichen können. Pilotregionen könnten solche Instrumente testen und bei Erfolg flächendeckend einführen.

In diese Richtung müssen zukünftige Reformen gedacht werden: Gesundheitspolitik muss konsequent die Rahmenbedingungen gestalten, in denen individuelle Rationalität und gesamtgesellschaftlich wünschenswerte Versorgungsergebnisse zusammenfallen. Erst wenn diese Ausrichtung gelingt, können Patientinnen und Patienten wirklich in den Mittelpunkt rücken. Der Beitrag hat mit Blick auf das Gesundheitswesen die folgenden Schlüsselerkenntnisse zeigen können:

- Individuell rationale Entscheidungen führen im Gesundheitswesen häufig zu kollektiv ineffizienten Ergebnissen.
- Nichtkooperation kann sich als stabiles Gleichgewicht durchsetzen, selbst wenn Kooperation für alle vorteilhafter wäre.
- Informationsasymmetrien und die Doppelrolle der Leistungserbringer führen zu strukturellen Unsicherheiten, die anreizgeleitetes Verhalten begünstigen.
- Entscheidungen einzelner Akteure beeinflussen systematisch die Ergebnisse anderer, wodurch strategische Interdependenzen und Verteilungskonflikte entstehen.
- Gemeinsame Ressourcen werden ohne geeignete Steuerung tendenziell überausgenutzt, da das sogenannte Trittbrettfahren strukturell begünstigt wird.
- Reformen verlagern Anreize häufig, lösen aber Dilemmastrukturen nur bei konsistenter Neuausrichtung der Spielregeln auf.
- Mechanism Design gestaltet Anreizstrukturen so, dass individuelles Nutzenstreben mit kollektiven Versorgungsergebnissen übereinstimmt.

Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2006). Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Online unter [bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Anreize_zur_Verhaltenssteuerung_im_Gesundheitswesen.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Anreize_zur_Verhaltenssteuerung_im_Gesundheitswesen.pdf) (Download am 23. Februar 2026).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2025). Medicare Shared Savings Program Accountable Care Organizations Performance Year 2024 Financial and Quality Results. Baltimore, MD: CMS. Online unter [cms.gov/medicare/payment/fee-for-service-providers/shared-savings-program-ssp-acos](https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-for-service-providers/shared-savings-program-ssp-acos) (Download am 23. Februar 2026).
- Dehne, N. (2025). Krankenhausfinanzierung anhand von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung – wird nun alles besser? BDC-Praxistest, 20. September 2025. Online unter [bdc.de/bdc-praxistest-krankenhausfinanzierung-anhand-von-leistungsgruppen-und-vorhaltefinanzierung-wird-nun-alles-besser](https://www.bdc.de/bdc-praxistest-krankenhausfinanzierung-anhand-von-leistungsgruppen-und-vorhaltefinanzierung-wird-nun-alles-besser) (Download am 23. Februar 2026).
- Ellegård, L. M. und Laberge, M. (2025). Risk Adjustment in Capitation Payments to Primary Care Providers: Does it Matter how we Account for Patients' Socioeconomic Status? In: *Medical Care*, 63, (6). S. 430–435. DOI: 10.1097/MLR.0000000000002141 (Download am 23. Februar 2026).
- Eurostat (European Commission) (2025). Healthy life years statistics. Luxembourg: Eurostat. Online unter ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics (Download am 23. Februar 2026).
- GKV-Spitzenverband (2025). GKV-Kennzahlen 2025 – Leistungsausgaben 2024 nach Leistungsbereichen. Online unter [gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2025_q2/20250904_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q2-2025_300dpi_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2025_q2/20250904_GKV_Kennzahlen_Booklet_Q2-2025_300dpi_barrierefrei.pdf) (Download am 23. Februar 2026).
- GKV-Spitzenverband (2012). Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Krankenhausleistungen: RWI-Gutachten 2012. Online unter [gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp) (Download am 23. Februar 2026).

- Hansis, E. und Dahnke, H. (2024). Datenbasierte Folgenabschätzung zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Online unter dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/05_Vebeto_Memo_-_Datenbasierte_Folgenabschaetzung_zum_KHVVG.pdf (Download am 23. Februar 2026).
- Hansis, E. und Dahnke, H. (2024). Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern? Simulationsstudie zur Krankenhausreform. Online unter dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-01-16_Anlage_Vebeto-Studie.pdf (Download am 23. Februar 2026).
- IGES Institut GmbH (2014). Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Berlin: IGES Institut. Online unter iges.com/e2622/e2634/e13816/e13975/e13976/e13978/attr_obj13980/IGES_Publikation_Ambulate_Versorgung_Juli_2014_ger.pdf (Download am 23. Februar 2026).
- Jürges, H. und Köberlein, J. (2013). First Do No Harm. Then Do Not Cheat: DRG Upcoding in German Neonatology. DIW Berlin Discussion Paper No. 1314. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2023). Honorarbericht – 4. Quartal 2022. Berlin. Online unter kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_Q4-2022.pdf (Download am 23. Februar 2026).
- Koch, K., Gehrman, U. und Sawicki, P. (2011). The German Health Care System in International Comparison: The Primary Care Physicians' Perspective, In: Deutsches Ärzteblatt International, 108, (15). DOI: 10.3238/arztbl.2011.0255 (Download am 23. Februar 2026).
- Kölbl, R. (2010). Gutachten für den AOK-Bundesverband zur Prüfung der Abrechnungen von Krankenhausleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Bewertung aus kriminologischer Perspektive. Fakultät für Rechtswissenschaft, Bielefeld.
- Lüngen, M. und Lauterbach, K. W. (2000). Upcoding – eine Gefahr für den Einsatz von diagnosis related groups (DRG)? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125, (28/29). S. 852–856. DOI: 10.1055/s-2000-7019 (Download am 23. Februar 2026).
- Martiny, A. (2011). Facetten des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen. In: Duttge, G. (Hrsg.) Tatort Gesundheitswesen. Göttingen. S. 15–26.

- Messlerle, R. und Schreyögg, J. (2024). Country-level effects of diagnosis-related groups: evidence from Germany's comprehensive reform of hospital payments. In: *The European Journal of Health Economics*, 25. S. 1013–1030. DOI: 10.1007/s10198-023-01645-z (Download am 23. Februar 2026).
- Reifferscheid, A., Pomorin, N. und Wasem, J. (2014). Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus – Rationierung und Überversorgung medizinischer Leistungen im Krankenhaus? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140. S. 129–135. DOI: 10.1055/s-0041-102550 (Download am 23. Februar 2026).
- Reisman, D. (2006). Payment for health in Singapore. In: *International Journal of Social Economics*, 33, (2). S. 132–159. DOI: 10.1108/03068290610642229 (Download am 23. Februar 2026).
- Virchowbund (2023). Protest gegen Lauterbachs Gesundheitspolitik: Praxen in Deutschland zwischen Weihnachten und Neujahr zu. Online unter virchowbund.de/pressemitteilungen/details/protest-gegen-lauterbachs-gesundheitspolitik-praxen-in-deutschland-zwischen-weihnachten-und-neujahr-zu?utm_source=chatgpt.com (Download am 23. Februar 2026).
- KV Niedersachsen (KVN) (2015). Honorarverteilungsmaßstab der KVN – gültig ab 3. Quartal 2015. Online unter kvn.de/internet_media/%C3%9Cber%2Buns/Amtliche%2BBekanntmachungen/2015/Honorarverteilungsma%C3%9Fstab%2Bder%2BKVN_%2Bg%C3%BCltig%2Bab%2B3_%2BQuartal%2B2015%20p%208787.pdf (Download am 23. Februar 2026).