





















### Beispiel einer Initiative bei Bernhoven und im Beatrix-Krankenhaus

**Beatrix-Krankenhaus: HNO-Operationen mittels ambulanter Behandlung.** Eine Initiative im Beatrix-Krankenhaus war darauf gerichtet, Patienten bei HNO-Operationen weniger oft im Krankenhaus übernachten zu lassen und stattdessen innerhalb eines Tages zu behandeln. Dies ist ein Beispiel für den Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung. Die Initiative bezog sich auf die Behandlungen Mandelentfernung, Korrektur der Nasenscheidewand und Einsetzen von Paukenröhrchen. Bei Nasenscheidewandkorrekturen war der Effekt am größten: Die Zahl der Krankenhausaufnahmen sank zwischen 2014 und 2017 um ca. 39 % im Vergleich zu den Kontrollkrankenhäusern.

**Bernhoven: Entscheidungshilfe für Patienten** Bei Bernhoven wurde den Patienten ab Ende 2015 für vier verschiedene Operationen eine Entscheidungshilfe geboten: Entfernung der Gallenblase, Leistenbruchoperation, Einsatz künstlicher Knie- und Hüftgelenke bei Arthrose. Durch die Entscheidungshilfe erhält der Patient vorab mehr Informationen über eine Behandlung mit allen Vor- und Nachteilen. Anschließend entscheiden der Patient und der Facharzt gemeinsam, ob eine Behandlung durchgeführt oder nicht durchgeführt wird. Bei allen vier Behandlungen sank der Anteil der Operationen im Vergleich zu den Kontrollkrankenhäusern. Bei Leistenbruchoperationen war der Effekt mit einer Abnahme um 13 % zwischen 2013 und 2017 am größten.

## 3 Beschreibung, Implementierung und Wirkungsmechanismen

**Die Veränderungsprogramme im Beatrix-Krankenhaus und Krankenhaus Bernhoven sind sehr umfangreich.**<sup>15</sup> Tabelle 3 zeigt, dass beide Krankenhäuser umfangreiche Veränderungen durchgeführt haben. Der Zweck beider Programme ist eine Umstellung von einem eher produktionsorientierten System auf ein qualitätsorientiertes System: höhere Qualität zu niedrigeren Kosten. Neben den Verbesserungsinitiativen und einer intensiveren Zusammenarbeit mit Stakeholdern wurde auch die Finanzierungsstruktur einschneidend angepasst. In Bernhoven wurde außerdem ein spezifisches Kulturprogramm entwickelt und wurden mehr Veränderungen der Organisationsstruktur durchgeführt. Die Gesamtheit aller Elemente der Programme hat in beiden Krankenhäusern eine grundlegende Veränderung zustande gebracht. Um die Implementierung und die Wirkungsmechanismen des Programms zu analysieren, wurden 63 beteiligte Personen in beiden Krankenhäusern interviewt. Auf diese Weise haben wir die wichtigsten Faktoren der Implementierung identifiziert, so wie dies die Stakeholder selbst erfahren haben.

---

<sup>15</sup> Beim Beatrix-Krankenhaus erfolgten die Veränderungen im Rahmen der Veränderungen bei der Zorggroep Rivas.

**Qualitätsinitiativen sind ein wichtiger Motor für Veränderung und das Engagement für das Veränderungsprogramm.** Eine Bottom-up-Vorgehensweise, wobei Qualitätsverbesserungen in Krankenhäusern von den Mitarbeitern initiiert werden, führt dazu, dass die Beteiligten sich für die Strategie mitverantwortlich fühlen und die Strategie breit unterstützen. Die Qualitätsinitiativen sind (zum Teil) in den beiden Krankenhäusern unterschiedlich, aber sowohl das Beatrix-Krankenhaus als auch Bernhoven verfolgen das Ziel, dass gebotene Leistungen den Bedürfnissen der Patienten besser entsprechen, z. B. die Entscheidungshilfen, und dass die Behandlungen an der richtigen Stelle durchgeführt werden, z. B. die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte. Außerdem hat sich gezeigt, dass eine gute Kommunikation über erfolgreiche Strategien eine stimulierende Wirkung in der Organisation hatte. Dies hat dazu beigetragen, dass die Strategie mehr war als eine Summe separater Initiativen. Als wichtige Rahmenbedingungen erwiesen sich ein gutes Projektteam und ausreichende Mittel, um dem Personal Arbeit abzunehmen.

**Tabelle 3 Elemente der strategischen Programme**

Element	Beatrix-Krankenhaus „Qualität als Medizin“	Bernhoven „Träume“
Bottom-up-Qualitätsinitiativen	Große Zahl von Initiativen (> 50) ergriffen, um die Qualität zu verbessern und das Volumen zu begrenzen	Große Zahl von Initiativen (> 50) ergriffen, um die Qualität zu verbessern und das Volumen zu begrenzen
Verstärkte Zusammenarbeit mit Hausärzten	Intensive Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband „HenZ“ und Pilotprojekt mit mehr Zeit für den Patienten	Intensive Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband „Synchroon“
Angepasste Finanzierungsstruktur	Mehrjahres-Beauftragungssumme	Mehrjahres-Beauftragungssumme
Beseitigung des „Produktionsanreizes“ Facharzt	Angepasstes Verteilungsmodell innerhalb der Personengesellschaft der Fachärzte (LOGEX)	Anstellung von Fachärzten als Angestellte (2015) und Partizipationsmodell
Organisatorische Veränderung		Reorganisation auf der Grundlage von vier Behandlungsmodellen + Fachärzte als Manager
Kulturveränderung		Kulturprogramm

**Die verstärkte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Krankenversicherungen erwies sich als eine Voraussetzung für den Erfolg des Programms.** In beiden Programmen bildete die Zusammenarbeit mit Hausärzten ein wichtiges Element der Strategie, nicht zuletzt weil ein Teil der Initiativen auf eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt sowie auf die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte abzielte. Von Anfang an wurden die Hausärzte an der Strategie beteiligt, wodurch unkomplizierte Kontakte zwischen Haus- und Facharzt möglich wurden. Die kürzeren Kommunikationslinien sorgen dafür, dass Patienten öfter im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (Allgemeinpraxen) behandelt werden können. Allerdings ist dadurch die Arbeitsbelastung gestiegen, und für den Erfolg der Strategie ist wichtig, dass Hausärzte eine ausreichende Vergütung für ihre Tätigkeiten erhalten.

**Ein wichtiges Element der Strategie sind die Mehrjahresverträge mit den größten Krankenversicherungen beider Krankenhäuser.** Dies erfordert eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Versicherungsgesellschaften. Bei beiden Krankenhäusern erwies sich eine strategische Unterstützung durch eine externe Partei als wesentliche Voraussetzung, um die Bewegung hin zu mehr Transparenz und eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen in Gang zu setzen. Die für mehrere Jahre festgelegten pauschalen Beauftragungssummen bieten den finanziellen Freiraum zur Durchführung von Veränderungen. Beide Krankenhäuser haben mit den wichtigsten Krankenversicherungen in der Region einen Fünfjahresvertrag geschlossen. Dadurch hatten die Krankenhäuser die Zeit und den nötigen finanziellen Freiraum, um die Strategie umzusetzen, den Produktionsanreiz zu beseitigen und auf längere Sicht die Personal- und Gebäudekosten zu senken.

**Die wichtige Grundvoraussetzung, dass den Fachärzten finanzielle Sicherheit geboten wird, erfordert ein verändertes Vergütungsverfahren.** Dieses Ziel wurde in den beiden Krankenhäusern auf unterschiedliche Weise erreicht: im Krankenhaus Bernhoven durch den Abschluss von Angestelltenverträgen mit Fachärzten und im Beatrix-Krankenhaus durch eine Änderung des Verteilungsmodells innerhalb der Personengesellschaft der Fachärzte<sup>16</sup>. Beide Vergütungsverfahren haben dazu geführt, dass den Fachärzten trotz einer „Produktions“-Senkung finanzielle Sicherheit geboten wurde. Außerdem war die Beseitigung des Produktionsanreizes ein positiver Faktor bei der Implementierung einiger Qualitätsinitiativen. Innerhalb einiger Facharztgruppen entstand dadurch mehr Freiraum, um weniger Behandlungen durchzuführen und unnötige Gesundheitsleistungen zu verringern. Dies hat zu einer Kulturveränderung beigetragen, wobei nicht mehr produktionsorientiert, sondern qualitätsorientiert gearbeitet wird.

**Die Organisationsstruktur auf der Basis von Behandlungsmodellen bei Bernhoven bietet Möglichkeiten, aber die praktische Umsetzung ist schwierig.** Das Krankenhaus wurde mit Blick auf vier Behandlungskategorien eingerichtet: Akutversorgung, Diagnose und Indikation, Interventionsbehandlungen sowie Behandlung chronischer Patienten. Die Mitarbeiter im Krankenhaus geben an, dass sie dadurch mehr als früher fachbereichsübergreifend denken, was zu einem effizienteren Verlauf der Behandlung des Patienten führt. Auf der anderen Seite wurden vor allem bei der Akutversorgung nicht alle Elemente wie geplant implementiert und die Erfahrungen mit den Behandlungsmodellen sind uneinheitlich.

**Eine Kulturveränderung kommt durch eine Kombination der Elemente des Programms zustande.** Das Kulturprogramm von Bernhoven hat hier eine geringe Rolle gespielt. Ein Teil der Mitarbeiter von Bernhoven hat an einer auf die Philosophie der Droom-Strategie („Träume“) ausgerichteten Schulung teilgenommen. Das Programm wurde positiv beurteilt, war aber für den Erfolg des Programms nicht wesentlich. Auch beim Beatrix-Krankenhaus hat offensichtlich eine erfolgreiche Kulturveränderung stattgefunden, die mehr ist als die Summe der einzelnen Teile der Strategie.

**Komplizierende Faktoren waren eine unvollständige Akzeptanz bei den beteiligten Personen, unzureichende Mittel und unzureichende Unterstützung für die Umsetzung der Strategie und die Ergebnismessung.** Eine Voraussetzung, damit Fachärzte das Programm auf lange Sicht unterstützen, ist dauerhafte Aufmerksamkeit. Die Einbeziehung der einzelnen Fachgruppen ist unterschiedlich. Die späte Einbeziehung des Pflegepersonals (Bernhoven) hatte ein geringes Engagement für das Programm zur Folge. Unter anderem aus diesem Grund waren die Meinungen über die Ziele und den Inhalt der Programme sehr unterschiedlich.

Darüber hinaus erfahren Hausärzte zu wenig Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Arbeitsbelastung, die aufgrund des Programms gestiegen ist. Die Verlagerung von Behandlungen zur primären Gesundheitsversorgung hat dazu geführt, dass die Hausärzte mehr Aufgaben zu bewältigen haben und dass die Zahl der Sprechstundenbesuche in den Hausarztpraxen gestiegen ist. Bei Hausärzten besteht ein Bedarf an spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten sowie an einer Aufstockung der Kapazität, um mehr Volumen liefern und mehr spezialisierte Behandlungen durchführen zu können.

Die Messung der Effekte der Strategie erfordert viel Zeit und Mittel. Obwohl diese Messung als wichtig betrachtet wurde, werden in der Infrastruktur und beim Datenaustausch zwischen Primär- und Sekundärversorgung Hindernisse erfahren. Darüber hinaus verfügten beide Krankenhäuser nicht über genug interne Kapazität zur Durchführung umfangreicher Evaluierungen der Auswirkungen. Bei den Fachärzten und der Krankenhausleitung besteht Unsicherheit über die Verlängerung der Mehrjahresverträge. Dennoch ist man der Ansicht, dass die in Gang gesetzte Entwicklung unumkehrbar und eine Rückkehr zum früheren

---

<sup>16</sup> Fachärzte in einer eigenständigen Personengesellschaft erhalten eine Vergütung auf der Grundlage eines Verteilungsmodells (LOGEX). Das Modell wurde angepasst, um den Wandel von einem produktionsorientierten hin zu einem patientenorientierten System zu ermöglichen. Die Vergütung beruht nicht nur auf dem Anteil an der Produktion, sondern auch auf dem Beitrag zu Qualitätsinitiativen.

Finanzierungsmodell keine Option ist. Über die Ziele und zu erwartenden Resultate bestehen unterschiedliche Meinungen. Für künftige Verträge und die künftige Zusammenarbeit ist es daher wichtig, die Erwartungen gut abzustimmen.

**Kultur- und kontextbedingte Strategien erschweren eine Hochskalierung** Die Einführung von Programmen mit so großem Umfang erfordert Zeit, Energie und Führungskraft, um die Unterstützung aller Beteiligten sicherzustellen. Bei der Durchführung solcher Programme in anderen Krankenhäusern ist es von größter Bedeutung, dass die Elemente der Strategie den lokalen Gegebenheiten entsprechend angepasst werden. Eine andere Voraussetzung für eine Effizienzverbesserung ist die Veränderung der finanziellen Anreize. Wichtig ist auch eine andere Organisation der Gesundheitsleistungen. Zum Schluss sind bei der Verlagerung von Gesundheitsdienstleistungen eine gute Abstimmung und finanzielle Unterstützung wichtig. Kontextfaktoren, beispielsweise ein starker Hausärzterverband, wirken sich positiv aus, machen eine Hochskalierung aber nicht zur Selbstverständlichkeit. Eine Implementierung ist offensichtlich am erfolgreichsten, wenn sie vom Krankenhaus initiiert wird, und erfordert eine breite Akzeptanz durch die Fachärzte. Der Staat oder die Krankenversicherungen können eine solche Veränderung daher nur schwer erzwingen, allerdings können sie sie fördern und ermöglichen.

## 4 Diskussion und Lehren

**Mit den Programmen „Träume“ und „Qualität als Medizin“ haben das Beatrix-Krankenhaus und Bernhoven ihre Effizienz gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern verbessert.** Drei Jahre nach der Einführung ist der Wert des Behandlungsvolumens gegenüber dem Behandlungsvolumen in vergleichbaren Krankenhäusern im Beatrix-Krankenhaus um 7 % und bei Bernhoven um 13 % gesunken, ohne dass negative Auswirkungen festgestellt wurden. Gründe für diesen Rückgang sind unter anderem eine Ersetzung stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen und die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte. Die Ergebnisse sind kontextspezifisch. Die projektorientierte, auf Initiativen der Mitarbeiter beruhende Vorgehensweise hat zu einer breiten Vielfalt der Ansätze geführt, mit denen die Krankenhäuser ihre Effizienz steigern wollen.

**Mehr Effizienz im Gesundheitswesen ist ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg hin zu niedrigeren Gesundheitsausgaben, aber ob die Veränderungsprogramme auf längere Sicht zu dauerhaften Kosteneinsparungen führen werden, ist noch unklar.** Bei einer Finanzierung, wobei die Krankenhäuser von den Krankenversicherungen pro Behandlung bezahlt werden, führt eine Verringerung des Behandlungsvolumens zu entsprechenden Kosteneinsparungen bei den Krankenversicherungen. Bei einer pauschalen Beauftragungssumme hingegen werden Kosteneinsparungen bei den Krankenversicherungen erst dann erzielt, wenn die (voraussichtlichen) finanziellen Einsparungen durch das Programm bei Krankenhäusern sich teilweise in der Beauftragungssumme niederschlagen. Vermutlich gilt dies für die letzten Jahre des Zeitraums, auf den sich die Beauftragungssumme bezieht. Krankenhäuser erzielen Kosteneinsparungen jedoch erst, wenn sie bewerkstelligen können, dass ihre internen Kosten, zum Beispiel für Personal und Kapital, weniger schnell steigen als bei vergleichbaren Krankenhäusern. In der Praxis ist dies schwierig, und interne Kosteneinsparungen sind (viel) geringer als die Rückgänge des Behandlungsvolumens. Außerdem müssen beide Parteien berücksichtigen, dass ein Teil der Einsparung in der Beauftragungssumme reserviert wird, um die Zunahme von Gesundheitsleistungen außerhalb des Krankenhauses, etwa bei den Hausärzten, zu kompensieren. Durch weitere Untersuchungen zu internen Kostenstrukturen bei Krankenhäusern und Vertragsverhandlungen können künftig mehr Informationen zu diesen Aspekten gewonnen werden.

**Die mehrjährigen Beauftragungssummen müssen so gestaltet werden, dass Bemühungen um mehr Effizienz (künftig) attraktiv bleiben.** Das Maß, in dem Krankenhäuser finanzielle Einsparungen mittels der mehrjährigen Beauftragungssumme an Krankenversicherungen weitergeben, hängt unter anderem vom Verhandlungsprozess zwischen Versicherung und Krankenhaus über (anschließende) Verträge ab. Diese Verhandlungen sind komplexe strategische Prozesse, nicht zuletzt wegen des Unterschieds bezüglich Information und Marktmacht zwischen Krankenhäusern und Versicherungen. Eine wichtige Frage ist, wie haltbar diese Verträge auf längere Sicht sind. Wenn Versicherungen in einem neuen Vertrag die niedrigeren Behandlungsvolumen verarbeiten wollen, wird die Bereitschaft zu weiteren Effizienzsteigerungen bei Krankenhäusern sinken (*Sperrklinenefekt*).

**Bei mehrjährigen Beauftragungssummen ist die Strategie von Versicherungen für die weitere Vorgehensweise wichtig, um Free-Rider-Verhalten zu vermeiden.** Krankenhäuser schließen mit verschiedenen Krankenversicherungen Verträge ab. Es ist wichtig, dass alle Krankenversicherungen die Veränderungsprogramme unterstützen, damit Krankenhäuser nicht zwischen Versicherungen differenzieren müssen, was die Effizienz beeinträchtigen würde. So kann auch das Risiko vermieden werden, dass einige

Versicherungen nicht in die Programme investieren wollen, aber ebenfalls von eventuellen Effizienzsteigerungen profitieren (*Free-Rider-Effekt*).<sup>17</sup>

**Der Staat kann neue Veränderungsprogramme bei Krankenhäusern zwar nicht erzwingen, wohl jedoch stimulieren und ermöglichen.** Denn im niederländischen Gesundheitssystem verhandeln Versicherungen und Gesundheitsdienstleister ohne Intervention des Staates über Volumen und Preise. Krankenhäuser und Versicherungen können dabei innovative Verträge aushandeln, die Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit zur Initiierung von Veränderungsprogrammen bieten. Es ist scheinbar eine vielversprechende Möglichkeit, mit einem Langzeitvertrag auf die Realisierung gemeinsamer Ziele, z. B. regionale Zusammenarbeit und Veränderungen der Organisation und der medizinischen Versorgung, hinzuwirken. Der Staat kann diesen Prozess fördern und ermöglichen, indem untersucht wird, wie mehrjährige Veränderungsprogramme am besten ausgestaltet werden können. Dabei sind einige wichtige Punkte zu beachten. Durch mehrjährige Beauftragungssummen wird das Risiko auf die Gesundheitsdienstleister übertragen. Risiken, auf die die Gesundheitsdienstleister keinen Einfluss haben, sollten so weit wie möglich von den Krankenversicherungen getragen werden. Beauftragungssummen dürfen auch zur Folge haben, dass zu wenig behandelt wird. Um dies zu vermeiden, sind Vertragsbedingungen, Überwachung der Qualität und Wartelisten notwendig. Mehrjährige Verträge sollten nicht nur Maßnahmen zur Volumensenkung umfassen, sondern auch Maßnahmen für internen Kostenabbau und die finanzielle Position des Gesundheitsdienstleisters. Um die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern in der Kette zu intensivieren, muss auch die Verflechtung von Krankenhausbehandlungen mit anderen Gesundheitsleistungen und dem sozialen Bereich mit einbezogen werden.<sup>18</sup> Dabei sollte auch den Folgen von Volumenabnahmen für die Rentabilität der Gesundheitsdienstleister Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn unter Umständen kann ein Krankenhaus aufgrund von Volumenabnahmen die Mindestanforderungen in Bezug auf Behandlungen nicht mehr erfüllen, und bei den Hausärzten entstehen neue Probleme in Bezug auf Kapazität, Finanzierung und medizinische Fachkenntnis in der Grundversorgung.

**Eine Voraussetzung für die Durchführung von Veränderungsprogrammen ist breite Akzeptanz im Krankenhaus.** Die Interviews haben verdeutlicht, dass die Initiativen zur Durchführung von Veränderungsprogrammen vom Krankenhaus selbst ergriffen werden müssen. Beide Programme zeichnen sich durch umfangreiche Veränderungen der Organisationsstruktur und der Produktionsanreize aus. Dabei ist es wichtig, dass die Veränderungen innerhalb und außerhalb der Organisation breite Unterstützung finden. Im heutigen Finanzierungssystem erleiden die Fachärzte Einkommenseinbußen, wenn sie weniger Behandlungen durchführen. Daher sind Anpassungen notwendig, beispielsweise durch Angestelltenverhältnisse (Bernhoven) oder durch ein angepasstes Modell für Fachärzte, das den Produktionsanreiz verringert (Beatrix-Krankenhaus). Eine Veränderung der Finanzierung ist eine Grundvoraussetzung, es geht jedoch letztendlich um die dadurch ermöglichten organisatorischen Veränderungen. Für eine landesweite Implementierung der Programme ist mehr nötig als die bloße Veränderung der Finanzierung, denn Möglichkeiten für Kosteneinsparungen ergeben sich auch aus einer anderen Organisation der medizinischen Versorgung. Diese Evaluierung verdeutlicht beispielsweise, dass beide Krankenhäuser mit einer vergleichbaren Herangehensweise und Grundvoraussetzung nicht zwangsläufig vergleichbare Projekte initiieren. Dass innerhalb des eigenen Kontextes jeweils eigene Projekte durchgeführt werden, ist einer der Erfolgsfaktoren.

---

<sup>17</sup> Versicherungen, die an einer Zahlung pro Behandlung festhalten, profitieren im Prinzip von den Veränderungsprogrammen, weil Krankenhäuser weniger Behandlungen und weniger intensive Behandlungen durchführen.

<sup>18</sup> Andere Länder und andere Sektoren, in denen vergleichbare Vertragsaspekte eine Rolle spielen, können als Vorbild dienen. Für eine Literaturübersicht zu Verträgen im Gesundheitswesen siehe Cattel und Eijkenaar (2019). Im Energiesektor wurden die von Langzeitverträgen ausgehenden Anreize untersucht, und bei landwirtschaftlichen Genossenschaften hat die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit und die Koordination der Produktion zu regeln, eine lange Tradition. Siehe beispielsweise Bogetoft und Olesen (2007) sowie Giulietti und Price (2005).

**Studien zu Experimenten im Gesundheitswesen sind wichtig und können richtungweisend sein.** Die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch die Einleitung neuer Initiativen ist schwierig und riskant, weil im Vorfeld oft unklar ist, welche Maßnahmen effektiv sind. Experimente können dabei weitere Erkenntnisse liefern, aber leider bleibt das Ergebnis von Experimenten oft undeutlich, weil eine gute Analyse nicht möglich ist oder nicht durchgeführt wird. Daher ist es wichtig, vielversprechende Experimente wissenschaftlich zu unterstützen und unabhängig zu analysieren. Im Idealfall wird bereits bei der Planung des Experiments die Frage berücksichtigt, wie die Analysen nach Abschluss des Experiments durchgeführt werden.



# Referenzen

Bogetoft, P. und H.B.Olesen, 2007, Cooperatives and payment schemes: Lessons from theory and examples from Danish agriculture. Frederiksberg: Copenhagen Business School Press.

Cattel, D. und F. Eijkenaar, 2019, Value-based provider payment initiatives combining global payments with quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*. doi: 10.1177/1077558719856775. [\(Link\)](#)

CPB/NZa, 2020, Casestudie Beatrixziekenhuis en Bernhoven, Achtergronddocument CPB/NZa, Juni 2020. [\(Link\)](#)

De Nijs, K., 2020, Curbing the trend, Estimating Hospital-specific expenditure growth through regional variation. Masterarbeit, Erasmus Universität Rotterdam.

Dulmen van, S.A., N. Stadhouders, G. Westert, E. Wackers, P. Jeurissen, 2020, Op weg naar meer doelmatigheid in de medisch specialistische zorg. Rapport evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven (Bericht über die Auswertung von Veränderungsprogrammen bei Rivas Zorggroep und Bernhoven). Nijmegen: IQ healthcare, Juni 2020.

Giulietti, M. und C.W. Price, 2005, Incentive Regulation and Efficient Pricing, *Annals of Public and Cooperative Economics* 76(1), 121-149. [\(Link\)](#)

Taskforce, 2019, de Juiste Zorg op de Juiste Plek, Bericht der Taskforce, 1. März 2019. [\(Link\)](#)