Technische Universität Ilmenau

Institut für Volkswirtschaftslehre

Diskussionspapier Nr. 19

Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter? Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung

Björn Kuchinke

September 2000

Institut für Volkswirtschaftslehre
Helmholtzplatz
Oeconomicum
D-98 684 Ilmenau
Telefon 03677/69-4030/-4032
Fax 03677/69-4203
http://www.wirtschaft.tu-ilmenau.de

ISSN 0949-3859

Sind vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen Vertrauensgüter?

Eine Analyse von Informationsasymmetrien und deren Bewältigung

von Björn Kuchinke[1]

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	**I**
Abkürzungsverzeichnis	**II**
Abbildungsverzeichnis	**II**
Tabellenverzeichnis	**II**
1. Einleitung	**1**
2. Die Informationsasymmetrie in der Institutionenökonomie	**2**
2.1 Die Begriffe der Information, der Informationsasymmetrie und der Qualität	2
2.2 Die Einteilung von Gütern	3
2.3 Die Probleme	5
2.4 Die Möglichkeiten der Relativierung von Informationsasymmetrien	6
3. Die Abgrenzung von Krankenhausleistungen und die potenziellen Nachfrager	**10**
3.1 Der Gegenstand der Untersuchung	10
3.1.1 Die Heilung als Gut?	10
3.1.2 Die vor- und vollstationären Leistungen und ihre Bestandteile	11
3.2 Die Qualitäten von Krankenhausleistungen	13
3.3 Die Nachfragergruppen und die potenziellen Informationsasymmetrien	14
3.3.1 Der Überwiesene	14
3.3.2 Der Notfall	16
3.3.3 Der Selbsteinweiser	17
4. Die Einteilung von Krankenhausleistungen nach ihren Informationsasymmetrien und die Möglichkeiten der Bewältigung von Informationsasymmetrien	**17**
4.1 Die Faktoren, die Informationsasymmetrien auf Krankenhausmärkten beeinflussen	17
4.2 Die Informationsasymmetrien bei der Diagnose und bei der Behandlung	18
4.2.1 Die Diagnose	18
4.2.2 Die Behandlung	19
4.3 Die Relativierung von Informationsasymmetrien: Praxis und Möglichkeiten	20
5. Wirtschaftspolitische Folgerungen und Implikationen	**24**
Literaturverzeichnis	**27**

---

[1] Für kritische Anmerkungen zu diesem Diskussionspapier ist der Autor dankbar: B.Kuchinke@gmx.de.

Abkürzungsverzeichnis

ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AGBG	Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFG	Bundesministerium für Gesundheit
BOLTh	Berufsordnung der Landesärztekammer Thüringen
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
f.	folgende
ff.	fortfolgende
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
IA	Informationsasymmetrien
i.d.R.	in der Regel
KÄBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MBO	Musterberufsordnung
Nr.	Nummer
S.	Seite
StBA	Statistisches Bundesamt
u.	und
u.a.	und andere
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
vgl.	vergleiche
v.H.	von Hundert
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Die Lösungsmöglichkeiten bei asymmetrischen Informationen 7

Abbildung 2: Die Diagnose und die Behandlung 11

Abbildung 3: Die Überwiesenen und die Informationsasymmetrien 15

Abbildung 4: Die Notfälle und die Informationsasymmetrien 16

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Die Güterklassen in Abhängigkeit von ihren potenziellen Informationsasymmetrien 4

Tabelle 2: Die Einordnung von Krankenhausleistungen in Abhängigkeit von den Nachfragerklassen 21

1. Einleitung

In der aktuellen gesundheitspolitischen und -ökonomischen Diskussion stehen zwei Problembereiche im Vordergrund. Erstens wird über hohe Ausgaben im Gesundheitswesen und Möglichkeiten zu deren Reduktion diskutiert. Zweitens werden Aspekte der Qualität medizinischer Leistungen und deren Bewertung problematisiert. Hierbei wird u.a. untersucht, welche Probleme rational handelnde, nutzenmaximierende Patienten bei Entscheidungen lösen müssen. Der letztgenannte Problembereich steht im Vordergrund des Papiers. Es soll im Folgenden aufgezeigt werden, inwieweit Informationsasymmetrien hinsichtlich der Qualität von Krankenhausleistungen bestehen und welche Möglichkeiten es gibt, diese zu bewältigen. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf der Frage, ob vor- und vollstationäre Krankenhausleistungen als Vertrauensgütern zu kennzeichnen sind.

Um diese Frage zu beantworten, werden in Kapitel 2 zunächst einige grundsätzliche, theoretische Überlegungen zu Informationen, Informationsasymmetrien und Qualitäten von Produkten und Leistungen angestellt. Es wird ebenfalls eine theoretische Einteilung von Gütern in Abhängigkeit von ihren potenziellen Informationsasymmetrien vorgenommen. Darauf aufbauend werden generelle Lösungsmöglichkeiten bei bestehenden Informationsasymmetrien aufgezeigt.

In Kapitel 3 werden die auf Krankenhausmärkten gehandelten Güter vorgestellt und deren Qualitätsmerkmale beschrieben. Es wird außerdem eine Einteilung der Nachfrager in Klassen vorgenommen.

Im anschließenden Kapitel werden die Krankenhausleistungen anhand der in Kapitel 2 eingeführten Klassifikation systematisiert und es wird auf die Möglichkeiten der Bewältigung von Informationsasymmetrien in Krankenhausmärkten eingegangen.

In Kapitel 5 werden wirtschaftspolitische Empfehlungen gegeben und deren Implikationen diskutiert.

2. Die Informationsasymmetrie in der Institutionenökonomie

2.1 Die Begriffe der Information, der Informationsasymmetrie und der Qualität

Unter dem Begriff der *Information* soll hier „zweckorientiertes Wissen“ verstanden werden.[1] Mit Zweck ist die Vorbereitung von Entscheidungen gemeint. Je höher der Informationsgrad eines Wirtschaftssubjektes ist, desto eher kann es ceteris paribus seinen gewünschten Zielerreichungsgrad realisieren und beispielsweise seinen Gesundheitszustand verbessern.[2] Der Zweck einer Information über die Qualität eines Gutes besteht darin, dem Marktteilnehmer eine Abschätzung des Nutzens zu gewährleisten.[3]

Informationsprobleme können zum einen bestehen, weil eine sichere Information objektiv nicht vorhanden ist (*Unsicherheit*). Ein Beispiel wäre die Voraussage, wie sich Wechselkurse kurzfristig entwickeln.[4] Zum anderen kann der Zugang zu objektiv sicheren Informationen von Anbietern und Nachfragern unterschiedlich sein (*Unkenntnis*).[5]

Informationsasymmetrien liegen dann vor, wenn eine Marktseite besser über die Qualität eines Gutes informiert ist als die andere, also einseitige Unkenntnis besteht. Es können entweder die Nachfrager oder die Anbieter benachteiligt sein.[6] Grundsätzlich bestehen Informationsasymmetrien auf jedem Markt, wenn bei der Analyse die Annahme der vollständigen Markttransparenz aufgegeben wird.[7]

Der ursprüngliche lateinische Begriff „qualitas“ beschreibt zunächst einmal die Beschaffenheit eines Gutes durch das Anhängen eines Adjektivs, wie schwer, leicht oder fein. Im Sinne der Lateiner ist z.B. eine „schwere Qualität“ *objektiv* feststellbar und bezieht sich hauptsächlich auf die Zusammensetzung des Gutes. Im heutigen Verständnis würde das jeweilige Gut beispielsweise eine bestimmte Norm erfüllen.[8] *MENGER* erkennt daneben *subjektive* Qualitäten an,

---

1 Das Gegenteil wäre dann „Allgemeinwissen“. Vgl. BÖSSMANN, E. (1988), S. 185.

2 Vgl. hierzu grundsätzlich STIGLER, G. (1961), S. 47 f. Auf die unterschiedliche Abgrenzung und Messung der Begriffe Information und Informationsmenge soll hier nicht eingegangen werden. Vgl. hierzu auch HIRSHLEIFER, J. (1973), S. 62. Zu den Merkmalen von Informationen vgl. BRAMAN, S. (1989), S. 235 ff. Zum Überblick zu den einzelnen Konzeptionen von Wittmann, Hirshleifer, Marschak u.a. vgl. BÖSSMANN, E. (1988), Kapitel A.

3 Vgl. TALKENBERG, A. (1991), S. 30 u. Kapitel 3.2.2.

4 Vgl. FRANZ, W. (2000), S. 65 u. RAU-BREDOW, H. (1992), S. 18.

5 Vgl. MEYER, D. (1990), S. 105.

6 Es gibt Fälle, wie z.B. den Arbeitsmarkt, bei denen asymmetrische Informationen auf beiden Marktseiten vorliegen. Vgl. MEYER, D. (1990), S. 105.

7 Vgl. ARROW, K. (1963), S. 951 u. PRATT, J., ZECKHAUSER, R. (1985), S. 4.

8 Die ISO-Norm 8402 beschreibt Qualität als die „Gesamtheit der Merkmale einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“ Ähnlich grenzt die DIN 55 350 Qualität ab.

wodurch es dem Nachfrager möglich ist, seine Präferenzen deutlich zu machen.[9] Das bedeutet, dass beispielsweise zwei Güter mit gleicher Zusammensetzung, aber unterschiedlichen Verpackungen oder Formen vom Nachfrager unterschiedliche Qualitäten zugewiesen bekommen können.[10] Der Nachfrager entscheidet darüber, welche Qualitätsmerkmale in welcher Ausprägung das Gut aufweisen sollte.[11] Die Präferenzen können so abgebildet werden.

2.2 Die Einteilung von Gütern

Bestehen keinerlei Informationsmängel hinsichtlich der Qualität auf einem Markt, so werden dort *neoklassisch-homogene Güter* gehandelt. *NELSON* bezeichnet diese Gutskategorie als *Suchgüter* (*search qualities*).[12] Sowohl der Verkäufer als auch der Käufer können sich über die Qualität dieser Güter vor Vertragsabschluss in gleicher Weise informieren.

NELSON beschreibt eine weitere Gruppe von Gütern, nämlich die *Erfahrungsgüter* (*experience qualities*).[13] Diese zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Qualität von den Käufern erst nach dem Konsum ermittelbar ist. *NELSON* entwickelt für seine Einteilung Kriterien aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen bzw. beschreibt Teilqualitäten, die es ihm erlauben, Güter einzuordnen. Ein Kriterium von dauerhaften Gütern ist nach seiner Meinung die Reparaturanfälligkeit.[14] Diese ist erst im Nachhinein zu erfahren und somit sind Autos Erfahrungsgüter. Als weitere Beispiele nennt *NELSON* Radios, Fernseher oder als nicht-dauerhaftes Gut Bier und Milchprodukte.[15]

Der Begriff der *Glaubens*- bzw. *Vertrauensgütern* (*credence qualities*) wurde durch *DARBY* und *KARNI* eingeführt.[16] Bei diesen Gütern ist die Informationsasymmetrie noch größer. Die Qualität kann von den Käufern entweder nur dann bestimmt werden, wenn das Gut häufiger bzw. in einer größeren Menge konsumiert worden ist.[17] Es entstehen erhebliche Kosten bei der

---

[9] Vgl. MENGER, C. (1871), S. 2. Ein „Ding“ erringt nach *MENGER* dann „Nützlichkeit“, wenn es ein Bedürfnis befriedigt. Vgl. auch KALTENBACH, T. (1991), S. 444. *OBERENDER* und *ECKER* definieren Qualität allgemein als „Ausmaß der Vortrefflichkeit und Güte einer Leistung“. OBERENDER, P., ECKER, T. (2000), S. 14.
[10] Vgl. VIETHEN, G. (1995), S. 12.
[11] Vgl. EICHHORN, S. (1998), S. 163.
[12] Vgl. NELSON, P. (1970), S. 312. Manchmal werden diese Güter auch als „*Inspektionsgüter*“ bezeichnet. Vgl. STIGLER, G. (1987), S. 244.
[13] Vgl. NELSON, P. (1970), S. 312.
[14] Vgl. NELSON, P. (1970), S. 318 f.
[15] Vgl. NELSON, P. (1974), S. 739.
[16] Vgl. DARBY, M, KARNI, E. (1973), S. 68.
[17] Vgl. DARBY, M, KARNI, E. (1973), S. 69.

Überprüfung der Qualität.[18] Die Qualität des Gutes hängt mitunter von weiteren, auch vom Anbieter nicht beeinflussbaren Faktoren ab.[19] In diese Güterklasse werden von *DARBY* und *KARNI* Reparatur- bzw. Serviceleistungen eingeordnet.[20]

Die Abgrenzung der einzelnen Güterklassen verdeutlicht Tabelle 1:

Tabelle 1: Die Güterklassen in Abhängigkeit von ihren potenziellen Informationsasymmetrien

Güterklasse	Die Qualität ist für den Käufer ...	Grad der potenziellen Informationsasymmetrie	
		vor Vertragsabschluss	nach Vertragsabschluss
Suchgut	vor Vertragsabschluss erkennbar. Die Qualität ist vor dem Konsum und ohne zusätzliche Kosten ermittelbar.	0	0
Erfahrungsgut	erst nach Vertragsabschluss bzw. nach dem Konsum zu erkennen. Es fallen keine zusätzlichen Kosten bei der Qualitätsfeststellung an.	Mittel	0
Vertrauensgut	erst nach Vertragsabschluss und nach längerem Konsum zu erkennen. Es fallen zusätzliche, hohe Kosten bei der Ermittlung der Qualität an.	Hoch	> 0

Quelle: *Eigene Darstellung*[21]

---

[18] „Credence qualities...are expensive to judge even after purchase.“ DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 69. Es ist möglich, dass die Kosten einer Qualitätsüberprüfung prohibitiv hoch sind. Ein Beispiel hierfür wäre die Verteidigungsfähigkeit eines Landes, die letztendlich nur durch einen Krieg überprüft werden kann. Es lässt sich in der Literatur auch die Aussage finden, dass die Qualität von Vertrauensgütern gar nicht zu erkennen ist. Dahinter steckt beispielsweise die Frage, ob ein Patient trotz oder wegen eines Medikamentes gesund geworden ist. Vgl. FRITSCH, M., WEIN, TH., EWERS, H.-J. (1999), S. 268. Die Nichtüberprüfbarkeit von Qualitäten erscheint jedoch als sehr restriktive und darüber hinaus als unplausible Annahme, denn ein Medikament muss beispielsweise, bevor es auf den Markt gelangt, seine Wirksamkeit nachweisen.

[19] „Credence qualities arise whenever a good is utilized either in combination with other goods of uncertain properties to produce measurable output or in a production process in which output, at least in a subjective sense, is stochastic, or where both occur.“ DARBY, M, KARNI, E. (1973), S. 69.

[20] Vgl. DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 69, HAUSER, H. (1979), S. 748 u. FRITSCH, M., WEIN, TH., EWERS, H.-J. (1999), S. 268. Heute werden insbesondere Dienstleistungen potenziell Vertrauens- bzw. Erfahrungsguteigenschaften zugeschrieben, denn sie sind nicht lagerfähig bzw. deren Erstellung und Konsum erfolgen zeitgleich (sog. „*Uno-Actu-Prinzip*“). Mit der Produktion der Dienstleistung beginnt die Vertragserfüllung, so dass eine Überprüfung der Leistung, wie bei materiellen Waren, vor Vertragsabschluß nicht möglich ist. Vgl. HERDER-DORNEICH, P. (1994), S. 24 u. WIEDEMANN, R. (1998), S. 23 f.

[21] Die Tabelle gilt für gegebene Rahmenbedingungen.

Die Tabelle zeigt, dass verschiedenen Informationsasymmetriegraden einzelne Gütertypen zugeordnet werden können. Die Grenzen zwischen den Gütersegmenten sind fließend.[22] Eine Einordnung von Gütern zu den einzelnen Güterklassen wird insbesondere dann schwierig, wenn es sich um ein Güterbündel handelt. Dann können einzelne Bestandteile des Güterbündels die Charakteristik von verschiedenen Gütertypen tragen.

2.3 Die Probleme

Das Problem der *adversen Auslese* ist die Konsequenz aus der Tatsache, dass eine bestimmte Art der Informationsasymmetrie, nämlich die der „*hidden characteristics*“, unterstellt wird. Das bedeutet, dass der Käufer (z.B. Patient) die Eigenschaften und Qualitäten der angebotenen Güter ex-ante nicht erkennen kann.[23]

Die adverse Auslese ist durch die Ausführungen von *AKERLOF* zum Gebrauchtwagenmarkt populär geworden.[24] *AKERLOF* unterstellt, dass die Qualität der Wagen *vor Vertragsabschluss* durch die Käufer nicht zu erkennen ist. Ferner wird die Annahme getroffen, dass die Nachfrager nur bereit sind, den Wert für die zu erwartende Qualität zu vergüten.[25] Der Erwartungswert ist der Preis für ein Auto, den die Kunden bereit sind zu zahlen, wenn sie wissen, wie hoch die Anteile der guten und schlechten Qualitäten sind. Liegt der Erwartungswert und damit der Marktpreis unter dem Mindestpreis der Anbieter für qualitativ hochwertige Autos, sogenannte „Peaches“, so werden keine „Peaches“ angeboten.[26] Der Markt für qualitativ gute Autos kommt nicht zustande bzw. er schrumpft zusammen.[27]

---

[22] *STIGLER* spricht von „borderline goods“. Vgl. STIGLER, G. (1987), S. 244.
[23] Vgl. SCHWARTZ, A. (1999), S. 71.
[24] Vgl. AKERLOF, G. (1970), S. 488 ff. Die Erkenntnisse von *AKERLOF* stellen eine Variation des *Greshamschen Gesetzes* (Thomas Gresham, 1519-1579) dar, welches besagt, dass „schlechtes“ Geld das „gute“ verdrängen wird. Vgl. AKERLOF, G. A. (1970), S. 489 u. S. 500. Vgl. des Weiteren KREPS, D. (1994), S. 563 u. VARIAN, H. (1990), S. 586 ff.
[25] Vgl. AKERLOF, G. (1970), S. 490 f.
[26] *KREPS* spricht von „Peaches“. Vgl. KREPS, D. (1994), S. 563.
[27] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 14 u. TIROLE, J. (1995), S. 239.

Liegen Informationsasymmetrien zu Lasten der Nachfrager vor, so besteht die Gefahr eines *moralischen Risikos*.[28] Das moralische Risiko impliziert eine Informationsasymmetrie *nach Vetragsabschluss*, wobei zwei Varianten möglich sind, nämlich einmal die der „*hidden action*" und die der „*hidden information.*"[29] Die erste Variante bedeutet, dass der Käufer (z.B. Patient) die Handlungen des Verkäufers (z.B. Arzt) nicht einschätzen kann, weil die Handlungen nicht direkt zu erkennen sind. Ein Zusammenhang zwischen einer Handlung des Verkäufers und dem Resultat besteht nicht direkt bzw. ist nicht zu nachzuvollziehen. Bei der „hidden information" kann der Käufer im Vergleich zur „hidden action" sehr wohl die Handlungen des Verkäufers beobachten, ist jedoch nicht in der Lage, diese zu beurteilen. Der Verkäufer hat einen Informationsvorsprung und der Käufer weiß nicht, ob der Tauschpartner diesen vertragsgerecht einsetzt.[30]

2.4 Die Möglichkeiten der Relativierung von Informationsasymmetrien

Informationsasymmetrien können nur dann vollständig abgebaut werden, wenn erstens beide Marktseiten die gleichen Fähigkeiten besitzen, um das Gut beurteilen zu können, und zweitens beide Seiten über den gleichen Zugang zu den Informationen über das Gut verfügen. Opportunistisches Verhalten ist dann ausgeschlossen. Dieser Zustand muss jedoch in einer arbeitsteiligen Wirtschaft nicht erwünscht sein. Im Gegenteil kommen viele Transaktionen am Markt gerade wegen des Wissensvorsprunges einer Marktseite zustande: Der Patient sucht den Arzt auf, weil er Experte auf dem Gebiet der Medizin ist.

Die Ansätze, die verhindern können, dass die Asymmetrien zu den geschilderten Problemen führen und knappe Ressourcen womöglich unproduktiven Verwendungen zugeführt werden, werden nun in aller Kürze vorgestellt.

---

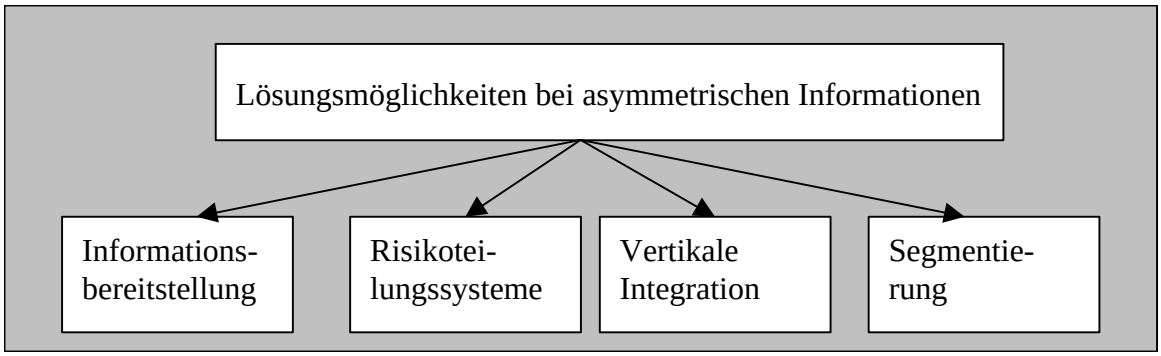
[28] Es handelt sich genauer um das *externe moralische Risiko*. Das sogenannte *interne moralische Risiko*, welches aufgrund von Informationsasymmetrien zwischen den Krankenkassen und den Versicherten besteht, wird nicht weiter betrachtet. Vgl. FRITSCH, M., WEIN, TH., EWERS, H.-J. (1999), S. 271. Es wird insbesondere im Gesundheitsbereich auch von einer *anbieterinduzierten Nachfrage* gesprochen. Damit ist gemeint, dass der Arzt die Nachfrage sowohl qualifiziert als auch quantifiziert und den Anreiz hat, medizinisch nicht notwendige Leistungen zu veranlassen, um sein Einkommen zu steigern. Vgl. DARBY, M, KARNI, E. (1973), S. 72 f. u. S. 80, FOLLAND, S., GOODMAN, A., STANO, M. (1997), S. 168 ff. u. S. 176, PHELPS, C. (1997), S. 245 ff. u. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 244. Vgl. die bei PHELPS zitierten, grundlegenden Studien zur anbieterinduzierten Nachfrage von ROEMER, M. (1961), EVANS, R. (1974) und FUCHS, V. (1978). Es lassen sich auch die Begriffe der *Primär(Originär)nachfrage* des Patienten und der *Sekundär(Fremd)nachfrage* des Arzt finden. Vgl. SCHAPER, K. (1979), S. 180.

[29] Vgl. ARROW, K. (1991), S. 38.

[30] Vgl. KOTOWITZ, Y. (1987), S. 549 u. VARIAN, H. (1990), S. 589.

Es lässt sich eine Einteilung vornehmen in das sog. *Screening* und das sog. *Signaling*, die anzeigen, welche Marktseite für den Abbau der Informationsasymmetrien eintritt.[31] Beim Screening versucht der Uninformiertere seinen Informationsstand zu verbessern, während beim Signaling die besser informierte Marktseite Informationen zur Verfügung stellt. Es lassen sich außerdem vier Bereiche von alternativen Koordinationsformen zur Überwindung von Informationsasymmetrien ausmachen: Die *Informationsbereitstellung*, die *Risikoteilungssysteme*, die *vertikale Integration* und die *Segmentierung von Märkten*.[32] Einen Überblick über die vier Bereiche gibt Abbildung 1:

Abbildung 1: Die Lösungsmöglichkeiten bei asymmetrischen Informationen



Quelle: *Eigene Darstellung* nach MEYER, D. (1990), S. 109 ff. u. SHAPIRO, C. (1983), S. 531 ff.

a) Informationsbereitstellung

Einer der zentral diskutierten Punkte bei der Relativierung von Informationsasymmetrien ist die zusätzliche Bereitstellung von Informationen. Stehen der anfangs schlechter informierten Marktseite mehr Informationen zur Verfügung, kann die Asymmetrie verringert werden.[33]

Ein Instrument ist die *Werbung*, über die der Anbieter in der Lage ist, die Qualität seiner Produkte anzuzeigen.[34] Er kann eine Reputation oder ein Markenzeichen („Brandname“) aufbauen.[35] Der Name des Unternehmens oder des Produktes steht dann bereits für eine bestimmte Qualität und erzeugt im günstigsten Fall Treue des Käufers. Ähnlich verhält es sich mit dem

---

[31] Vgl. FRITSCH, M., WEIN, TH., EWERS, H.-J. (1999), S. 279 ff.

[32] Vgl. MEYER, D. (1990), S. 109. SHAPIRO nimmt eine Einteilung in „consumer information regulation“ und „product regulation“ vor. Vgl. SHAPIRO, C. (1983), S. 529.

[33] Es besteht das Problem, diese zusätzlichen Informationen zu verarbeiten (sog. „*bounded rationality*“). Vgl. WILLIAMSON, O. (1990), S. 53.

[34] Vgl. NELSON, P. (1974), S. 730 ff. u. FOLLAND, S., GOODMAN, A., STANO, M. (1997), S. 193 ff.

[35] Vgl. LEUBE, K., MOORE, T. (1986), S. 60. Ebenfalls ist eine Spezialisierung denkbar. Vgl. DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 81.

Franchising.[36] Bei dieser Vertriebsform darf der Franchisenehmer den Namen des Franchisegebers benutzen und zeigt somit Qualität an, denn es kommt nur dann zu einem Franchisevertrag, wenn bestimmte Qualitätsnormen hinreichend gesichert werden.[37]

Daneben kann die Informationsasymmetrie durch *Produkttests* bzw. andere *Auskunfteien* sowie durch eine *staatlich vorgeschriebene Informationspflicht* beeinflusst werden. Alle Testinstitute oder Rating-Unternehmen, die entsprechende Informationen bereitstellen, werden zur ersten Kategorie gezählt, während unter der zweiten beispielweise der staatlich vorgeschriebene Aufdruck von Mindesthaltbarkeitsdaten, Inhaltsstoffen oder Gebrauchsanweisungen verstanden wird.[38]

Ein über die staatliche Informationspflicht hinausgehender Ansatz fordert *staatliche Qualitäts-* und *Sicherheitsstandards* sowie *staatliche Zulassungsbeschränkungen*. Dazu zählen zum einen Mindestnormen, die Anbieter mit ihren Produkten erfüllen müssen, und zum anderen Nachweise über die Fähigkeiten eines Anbieters, wie die Approbation eines Arztes oder ein Meisterbrief.[39]

b) Risikoteilungssysteme

Der Ansatz der Beeinflussung der Risikoverteilung auf Märkten zielt nicht wie bei der Informationsbereitstellung darauf ab, den Mangel an Informationen zu beseitigen, sondern mindert bzw. verhindert opportunistisches Verhalten. Das Ausnutzen von Informationsvorsprüngen einer Marktseite soll dadurch vermieden werden, dass die Verteilung von Risiken gezielt gestaltet wird.[40]

---

[36] Vgl. DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 81.
[37] Vgl. DNES, A. (1992), S. 8 ff.
[38] Vgl. SHAPIRO, C. (1983), S. 537 f. u. TIROLE, J. (1995), S. 235.
[39] Vgl. ARROW, K. (1963), S. 952 u. SHAPIRO, C. (1983), S. 539 ff. u. hierzu generell DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 83 ff. Allgemein wird auch von „*Gütesiegeln*“ gesprochen. Vgl. RAU-BREDOW, H. (1992), S. 78.
[40] Vgl. MEYER, D. (1990), S. 113.

Eine Möglichkeit besteht darin, *Verträge* so zu formulieren (insbesondere AGB), dass die Folgen einer Schlechtleistung auf den besser informierten Vertragspartner zurückfallen.[41] Dies geschieht unter anderem im Rahmen von Gewährleistungsrechten (Wandlung, Mahnung, Nachbesserung).[42]

Ferner kann durch Anreize in *Entlohnungssystemen*, wie Akkordzuschläge, Prämien, Gewinn-, Verlust- oder Kapitalbeteiligungen, gewährleistet werden, dass eine opportunistische Zurückhaltung von Leistungen für Anbieter (z.B. von Diensten) zu Einkommenseinbußen führt und somit unattraktiv wird.[43] Es können Quasi-Versicherungsverträge (*implizite Versicherungsverträge*) gebildet werden, wenn ein Nachfrager fixe Entgelte zahlt. Er kann sich dadurch gegen eine Fehleinschätzung von Anbietern versichern, dass sich eine Art unternehmensinterner Versicherungsfond bildet, in den die Differenz aus Wertgrenzprodukt der Arbeit und Lohnzahlung fließt. Diejenigen Arbeitnehmer, bei denen diese Differenz positiv ist, subventionieren dann die Arbeitnehmer mit negativer Differenz. Das Risiko, welches sich aus der asymmetrischen Information zu Lasten des Arbeitgebers ergibt, wird somit verringert.[44]

c) Vertikale Integration

Opportunistisches Verhalten steht auch beim Transaktionskostenansatz von *WILLIAMSON* im Vordergrund.[45] Je nach Ausprägung der dort genannten transaktionsspezifischen Merkmale und der dementsprechenden Höhe der Transaktionskosten kann eine *marktliche* oder eine *unternehmensinterne Koordination* sinnvoll sein. Die Integration einer Produktionsstufe in das Unternehmen kann sowohl Informationsdefizite beseitigen als auch opportunistisches Verhalten unterdrücken.[46]

---

[41] Vgl. ARROW, K. (1963), S. 954 u. SHAPIRO, C. (1983), S. 533. Es sind auch zusätzliche, freiwillige Zusagen denkbar. Vgl. § 476a BGB.

[42] Vgl. dazu § 11 Nr. 10 AGBG. Eine weitere Risikoverteilung lässt sich auch erkennen in den Kreditsicherungsrechten, im Eigentumsvorbehalt, in der Sicherungsübereignung und in der Sicherungszession sowie im Bereich der Produkthaftung, in der eine Garantiehaftung gilt. (Im Falle der Produkthaftung liegt im Vergleich zu den anderen genannten Fällen eine Risikoverteilung zum Anbieter hin vor.) Zu Beherrschungs- und Überwachungssystemen vgl. auch WILLIAMSON, O. (1990), S. 82 ff. Eine besondere Art der Risikoteilung lässt sich im Bereich des *Arbeitsrechtes* erkennen. Das Risiko kann hier zu Lasten des Arbeitnehmers verteilt werden durch: Befristete Arbeitsverträge (grundsätzlich kein Kündigungsschutz), lange Probezeit und Einbindung des Arbeitnehmers in Betriebsstätten, die nicht unter das Kündigungsschutzgesetz fallen.

[43] Zum opportunistischen Verhalten vgl. WOLFF, B. (1999), S. 140. Zu Entlohnungen im Krankenhausbereich vgl. BREYER, F. (1998), S. 109 f. u. ELLIS, R., MCGUIRE, T. (1996), S. 267 ff.

[44] Vgl. MEYER, D. (1990), S. 114 f.

[45] Vgl. WILLIAMSON, O. (1990), S. 73 ff. u. S. 97 f. Dieser Gedanke findet sich auch bei DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 67.

[46] Zur vertikalen Integration vgl. PICOT, A., FRANCK, E. (1993), S. 181 ff.

d) Marksegmentierung

Besteht ein Informationsgefälle auf einem Markt, so ergeben sich häufig *Marktsegmente*, die sich durch formale Voraussetzungen und durch unterschiedliche Qualitätsstandards abgrenzen lassen.[47] Beispielsweise kann der Wertpapiermarkt in einen staatlich regulierten, amtlichen Wertpapierhandel mit Börsenaufsicht und in einen geregelten und ungeregelten Freihandel, an dessen Teilnahme keine so strengen Bedingungen geknüpft sind, separiert werden. Das Informationsgefälle sowie die Kosten der vertraglichen Durchsetzung sind auf dem regulären Markt geringer. Eine Segmentierung ist auch bei Heilberufen zu erkennen, denn es gibt neben approbierten Ärzten auch Heilpraktiker.[48]

3. Die Abgrenzung von Krankenhausleistungen und die potenziellen Nachfrager

3.1 Der Gegenstand der Untersuchung

3.1.1 Die Heilung als Gut?

Analysegegenstand ökonomischer Untersuchungen von Märkten sind die jeweils gehandelten Güter.[49] Entsprechend der ökonomischen Theorie werden Güter konsumiert, um Bedürfnisse zu befriedigen.[50] Gesundheitsgüter haben demzufolge den Sinn, das Bedürfnis nach Gesundheit bzw. Gesundung zu stillen, welches seinen Ausdruck in dem Verlangen nach der Linderung, Heilung oder Beseitigung von Schmerzen, Erkrankungen oder sonstigen Leiden und Gebrechen findet.[51] Die Heilung einer Erkrankung ist demnach nicht das Gut, das der Patient nachfragt, sondern sein Bedürfnis. Die Befriedigung seines Bedürfnisses geschieht durch den Erfolg der Krankheitsbehandlung. Die Heilung und damit der Grad der Bedürfnisbefriedigung stellt das Ergebnis der Krankheitsbehandlung und der damit verbundenen Konsumption von Gesundheitsgütern dar.[52]

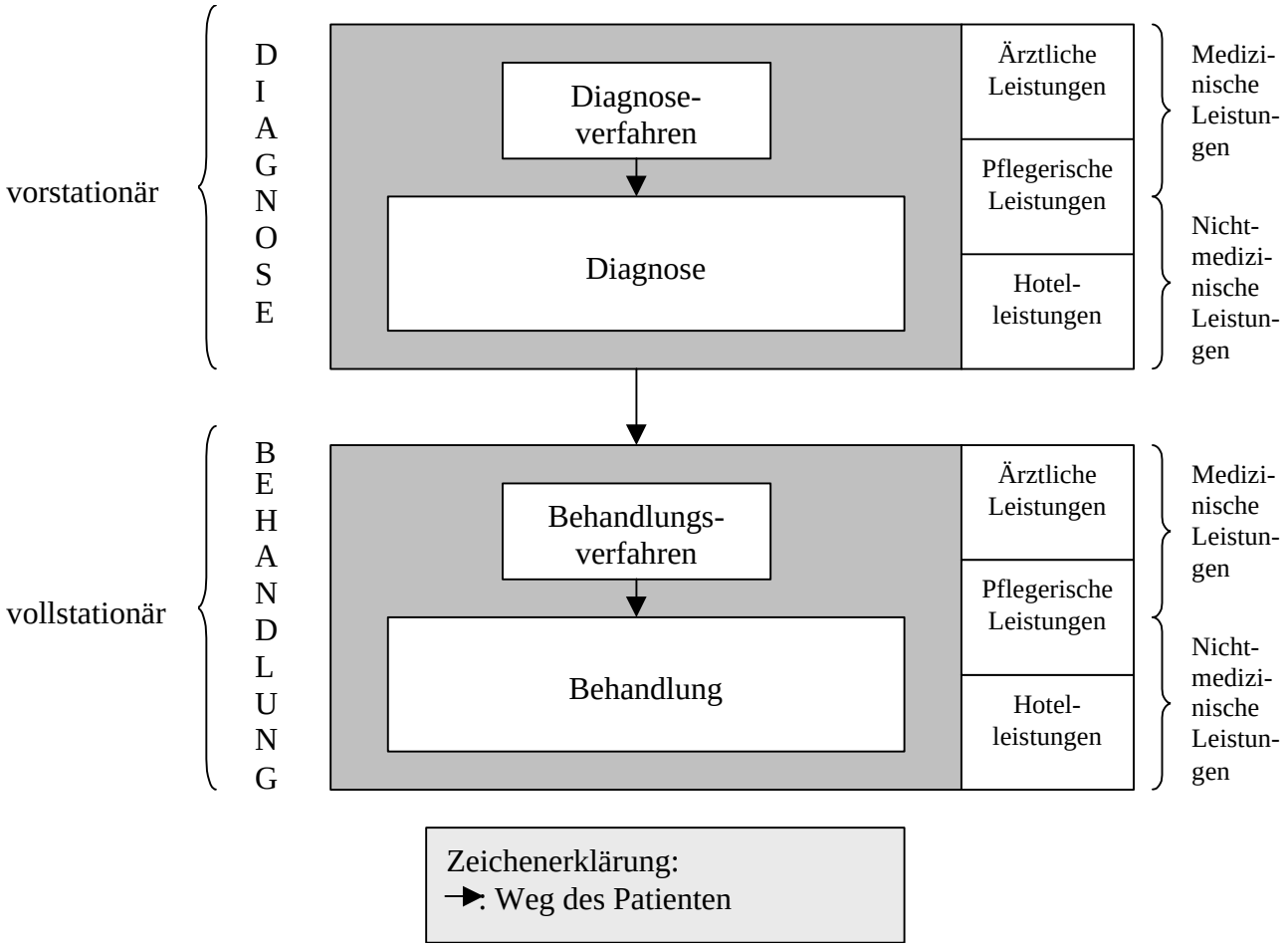
---

[47] Vgl. SHAPIRO, C. (1983), S. 533.
[48] Vgl. MEYER, D. (1990), S. 117 f.
[49] Vgl. ARROW, K. (1963), S. 941.
[50] Zum Begriff „Bedürfnis“ vgl. KIRSCH, G. (1993), S. 181 f.
[51] Die Heilung muss nicht zwingend am Ende einer Behandlung stehen. Das Ziel kann auch die Stabilisierung eines Gesundheitszustandes sein.
[52] Vgl. GROSSMAN, M. (1972), S. 1 ff. u. DOPPMANN, R. (1985), S. 8 ff. Neben den Gesundheitsgütern gibt es andere Faktoren, wie physische Konstitution oder Lebenswandel des Patienten, die die Gesundung beeinflussen. Diese sollen außer Acht gelassen werden.

3.1.2 Die vor- und vollstationären Leistungen und ihre Bestandteile

Der Krankenhauspatient kann vor- und vollstationäre Leistungen in Anspruch nehmen.[53] *Vorstationäre* Leistungen sind dadurch zu charakterisieren, dass sie zeitlich vor dem eigentlichen Krankenhausaufenthalt erbracht werden, um die Behandlung zu ermöglichen. Es werden hierzu im Wesentlichen alle möglichen Formen der Untersuchung vor Beginn der Behandlung gezählt. Auf dieser Stufe der medizinischen Betreuung wird die Diagnose gestellt, d.h. die Erkrankung wird spezifiziert. Die Diagnoseleistungen werden von der niedergelassenen Ärzteschaft und/oder von den Krankenhäusern erbracht. Die *vollstationäre* Behandlung ist abhängig von der Diagnose. Sie setzt ein, wenn die Voruntersuchungen abgeschlossen sind und mit der Therapie für die Erkrankung begonnen werden kann. Diese Abgrenzung verdeutlicht Abbildung 2:

Abbildung 2: Die Diagnose und die Behandlung



Quelle: *Eigene Darstellung*

---

[53] Vgl. STBA (1998), S. 326, KUCHINKE, B. (1999), S. 4 f. u. GORSCHLÜTER, P. (1999), S. 1 f. Die nachstationären Leistungen, welche im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt nötig werden können, werden im Folgenden vernachlässigt.

Die Analyse von Informationsasymmetrien ist damit grob auf zwei medizinische Leistungsbereiche zu beziehen, nämlich auf die Gütergruppen „*Diagnose*“ und „*Behandlung*.“[54] Jede einzelne ist wiederum unterteilbar. So kann zum einen eine Informationsasymmetrie hinsichtlich der Auswahl des Diagnoseverfahrens bestehen, zum anderen bei der Durchführung dieses Verfahrens und der Interpretation, also der Diagnose im eigentlichen Sinne. Das Gleiche gilt für die Behandlung. Um die Analyse übersichtlich zu halten, wird auf die Feineinteilung verzichtet und nur von Diagnose und Behandlung gesprochen und diese jeweils untersucht.

Ferner ist insbesondere der Bereich der vollstationären Leistungen durch drei Bestandteile gekennzeichnet, nämlich die *ärztlichen*, die *pflegerischen* und die *Hotelleistungen*.[55] Es können jeweils Informationsasymmetrien bestehen. Mit dem ärztlichen Bestandteil sind sämtliche von den im Krankenhaus tätigen Ärzten erbrachten Leistungen gemeint. Die Palette an Leistungen ist hierbei sehr breit und reicht von einfachen Beratungsgesprächen bis zu Operationen. Mit der pflegerischen Komponente werden die erbrachten Leistungen des Pflegepersonals umrissen. Hierzu zählen in erster Linie die auf den Stationen anfallenden Tätigkeiten, wie Verbände anlegen oder Medikationen verabreichen. Die pflegerischen Leistungen werden maßgeblich über die ärztlichen Entscheidungsträger bzw. über die ärztlichen Leistungen festgelegt. Zu den Hotelleistungen werden die Bereitstellung des Bettes, des Gebäudes oder aber des Essens subsummiert.

In der folgenden Analyse wird an manchen Stellen lediglich auf eine Einteilung in *medizinische* und *nicht-medizinische* Leistungen zurückgegriffen. Zu den medizinischen Leistungen werden alle ärztlichen und Teile der pflegerischen Maßnahmen (Medikation etc., also Pflege im engeren Sinne) gezählt. Zu den nicht-medizinischen Leistungen gehören die Hotelleistungen und Teile der pflegerischen Maßnahmen (Betten machen, Essen austeilen etc.).[56]

Krankenhausleistungen stellen somit ein *komplexes Güterbündel* dar. Das Güterbündel ist jeweils auf die Erkrankung (*Erkrankungsart*, *-häufigkeit* und *–schwere*) des Patienten zugeschnitten bzw. zusammengestellt. Krankenhäuser sind in diesem Sinne Mehrproduktunternehmen, es werden heterogene Güter angeboten.

---

[54] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 13 u. S. 17. Erfolgt die Diagnose im niedergelassenen Ärztebereich fallen die pflegerischen und Hotelleistungen weg. Es müssen zur Diagnose auch Laborleistungen gezählt werden.

[55] Vgl. KUCHINKE, B. (1999), S. 3 ff.

[56] Die medizinischen Leistungen werden grundsätzlich von den medizinischen Fachkräften beeinflusst, während die nicht-medizinischen in gleichem Maße von den Krankenhausmanagern gesteuert werden. Vgl. PHELPS, C. (1997), S. 263.

3.2 Die Qualitäten von Krankenhausleistungen

Die Qualität einer Krankenhausleistung kann nach folgender, relativ allgemeiner Definition verstanden werden als „die Merkmale...eines Objektes hinsichtlich der Eignung, vorgegebene Erfordernisse im Sinne des Patienten, unter der Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin, zu erfüllen“.[57] Die Definition umfasst sowohl objektive als auch subjektive Eigenschaften des Gutes. Sie zielt auf die zu fördernde Gesundheit des Patienten ab und impliziert den Effektivitätsgedanken einer medizinischen Maßnahme.[58]

Die Qualität des Gutes „Krankenhausleistung“ setzt sich aus verschiedenen *Teilqualitäten* zusammen.[59] Eine Teilqualität ist die Hotelleistung des Krankenhauses. Zu bewerten sind folglich etwa die Ruhe, der Komfort und die Verpflegung. Weitere nicht-medizinische Qualitäten, die aber eher dem Pflegebereich zuzuordnen sind, wären die Organisation (z.B. Erreichbarkeit des Pflegepersonals), der Tagesablauf (z.B. Weckzeiten) oder der Informationsfluss.[60] Indikatoren für die medizinischen Qualitäten eines Krankenhauses könnten z.B. die Berücksichtigung bei Überweisungen aus dem niedergelassenen Ärztebereich, die Erfahrungen der Ärzte bzw. der Operationsteams, die Geräteausstattung des Krankenhauses, die Berechtigung, ausbilden zu dürfen, und verschiedene Outputgrößen sein (z.B.: Wie häufig wurde der Eingriff bereits vorgenommen?, Wie waren die Heilungsquoten?).[61]

Die verschiedenen Komponenten des Güterbündels beeinflussen sich mehr oder weniger, d.h., die Teilqualitäten werden auch über die anderen Gutskomponenten bestimmt.[62] Zum Beispiel hängt die Qualität einer Therapie mit einem Medikament nicht nur von der Wirksamkeit desselben ab, sondern auch von der richtigen Medikation. Die alleinige Bestimmung einer Teilqualität (Wirksamkeit des Medikamentes) reicht aus Patientensicht nicht aus, sondern es gilt, das gesamte zu konsumierende Leistungsbündel zu beurteilen und gegebenenfalls Teilqualitäten gegeneinander abzuwägen.[63]

---

[57] VIETHEN, G. (1995), S. 13. Vgl. hierzu auch GINSBURG, P., HAMMONS, G. (1988), S. 109.
[58] Effektivität ist in diesem Sinne also die Bedürfnisbefriedigung, die durch die Konsumption der medizinischen Maßnahmen erreicht wird.
[59] Vgl. KALTENBACH, T. (1991), S. 446
[60] Vgl. hierzu und zum Folgenden STIFTUNG WARENTEST (1999), S. 90.
[61] Vgl. FOLLAND, S., GOODMAN, A., STANO, M. (1997), S. 163 f. u. PHELPS, CH. (1997), S. 130 u. S. 296.
[62] Vgl. dazu allgemein EICHHORN, S. (1998), S. 164.
[63] Vgl. KOTOWITZ, Y. (1987), S. 549.

3.3 Die Nachfragergruppen und die potenziellen Informationsasymmetrien

3.3.1 Der Überwiesene

Im Normalfall wird ein Patient in ein Krankenhaus überwiesen.[64] Das bedeutet, der Patient wird von einem niedergelassenen Arzt (oder von einem Krankenhausarzt eines anderen Krankenhauses) in eine stationäre Einrichtung überstellt. Es wird angenommen, dass die Behandlung nicht sofort, sondern innerhalb mehrerer Tage oder Wochen beginnen muss.

Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird bei Überwiesenen über einen *zweistufigen Selektionsprozess* gelenkt. Die Diagnose wird im einfachsten Fall durch den Hausarzt gestellt und dieser legt i.d.R. die weiteren Maßnahmen fest.[65] Nicht nur die Erkrankung, sondern auch die Behandlungsmethode ist im Optimalfall bestimmt. Hier würden im Krankenhaus nur noch Routine- oder Standarduntersuchungen, wie z.B. vor einer Operation (Blutdruck messen usw.), oder eine nochmalige Überprüfung der Diagnose durchgeführt. Zumindest besteht im Rahmen der Diagnose des niedergelassenen Arztes ein bestimmter Erkrankungsverdacht, der im Krankenhaus möglicherweise weiter überprüft wird, oder es werden dort bereits Erkrankungen ausgeschlossen.[66] Der weiter behandelnde Krankenhausarzt übernimmt die Ergebnisse und beginnt mit der Behandlung in einer zweiten Stufe, d.h. er vollzieht die eigentliche Heilbehandlung. Die Patienten dieser Gruppe haben aufgrund ihrer Erkrankung noch weitestgehend die Möglichkeit, rational zwischen Anbietern von Krankenhausleistungen zu entscheiden.[67]

Informationsasymmetrien können auf den verschiedenen Stufen vorliegen, wie Abbildung 3 veranschaulicht:

---

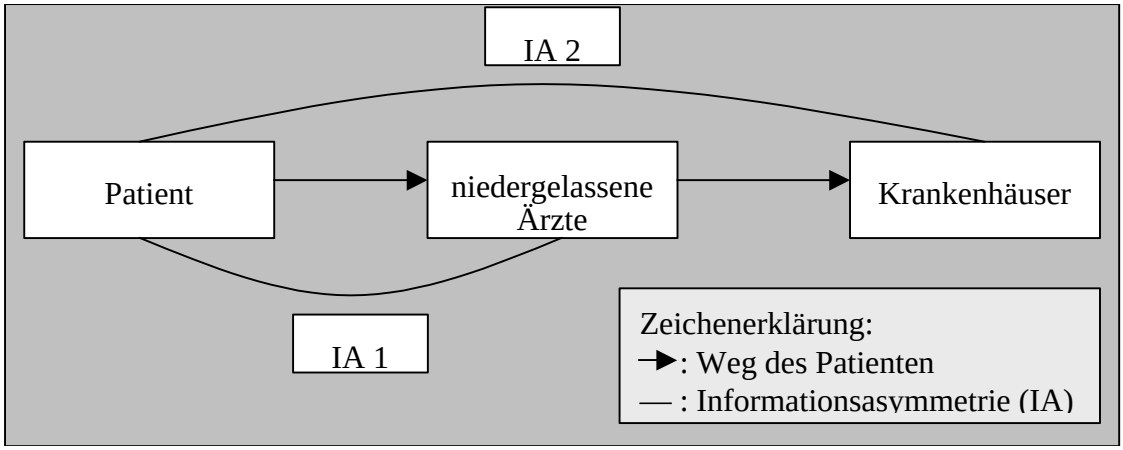
[64] Vgl. THIES-ZAJONC, S. (1995), S. 20 ff., RIEGEL, G. (1989), S. 23, GREEN, J. (1987), S. 10 ff. u. BRODY, D. (1980), S. 719.

[65] Bei dieser Stufe des Behandlungsprozesses hat der Patient im jetzigen System freie Wahl. Sie ist jedoch entscheidend dafür, ob und gegebenenfalls in welches Krankenhaus eingeliefert wird. Vgl. SCHWARTZ, A. (1997), S. 73.

[66] Es ist auch denkbar, dass sich der Patient bereits den Rat von mehreren niedergelassenen Ärzten eingeholt hat.

[67] Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1997), S. 157 f.

Abbildung 3: Die Überwiesenen und die Informationsasymmetrien



Quelle: *Eigene Darstellung*[68]

Vor allem die Hausärzte in ihrer *Gatekeeper*-Funktion entscheiden über den größten Teil der Einweisungen, die abhängig von der Diagnose ist.[69] Die Krankenhäuser haben auf die Zahl der Einweisungen („Fallzahl“) keinen direkten Einfluss, sondern nur auf die Verweildauer.[70] Sie sind bei dieser Patientengruppe quasi *ein direkter Leistungsanbieter zweiter Stufe*.[71]

Informationsasymmetrien hinsichtlich der Diagnose können auf Krankenhausmärkten nur dann bestehen, wenn der niedergelassene Bereich keine oder wenige Aussagen über die Erkrankung machen kann, weil z.B. die Möglichkeiten einer Diagnose aufgrund von fehlenden Geräten nicht gegeben ist.[72] Die Informationsasymmetrie 1 ist bei Überwiesenen also zunächst auf dem Markt für niedergelassene Ärzte relevant. Der Patient kennt im Idealfall nach der Untersuchung seine Erkrankung und die möglichen Behandlungsmethoden. Die Informationsasymmetrie 2 ist dagegen immanent in Krankenhausmärkten. Es geht für den Patienten darum, das für ihn qualitativ beste Behandlungsverfahren zu wählen und den geeignetsten Anbieter zu finden.

---

[68] Informationsasymmetrien, die zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bestehen können, werden hier vernachlässigt.

[69] Aufgrund einer Untersuchung in den Jahren 1980-81 ergab sich für die Schweiz eine Erhöhung der Spitaltage von 0.16 v.H. bei einer Erhöhung der Arztbesuche von 1 v.H. Vgl. DOPPMANN, R. (1985), S. 159.

[70] Vgl. BREYER, F. (1998), S. 169 f. Es wird davon abstrahiert, dass Folgeerkrankungen auftreten.

[71] Abgrenzungskriterium bei *direkten* und *indirekten Anbietern* ist der Kontakt zum Endkunden. Zu den indirekten Anbietern zählen z.B. Geräte- und Medikamentenhersteller, während zu den direkten niedergelassene Ärzte zählen. Vgl. SAUERLAND, D. (1999), S. 10.

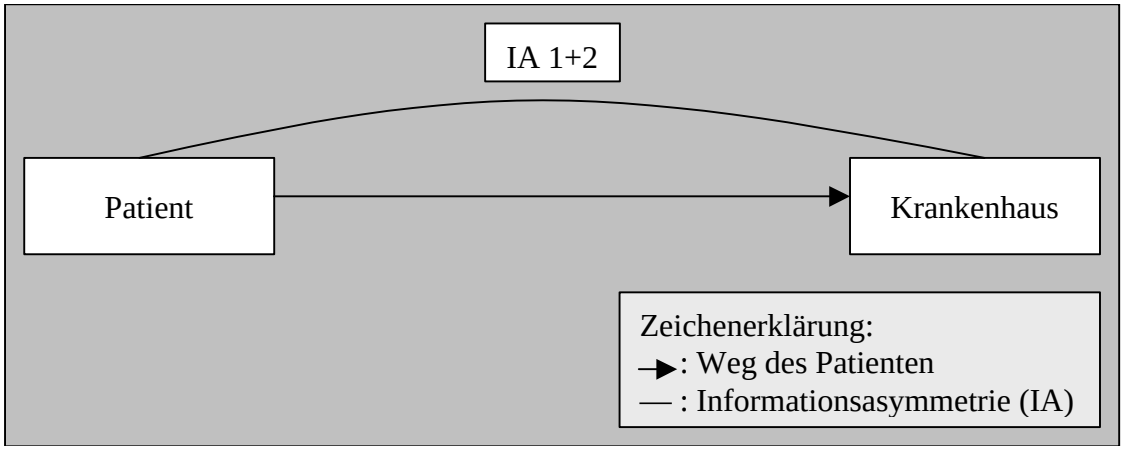
[72] Das wären dann Überwiesene ohne Diagnose.

3.3.2 Der Notfall

Notfälle sind Patienten, die innerhalb weniger Minuten oder Stunden eine Behandlung in einem Krankenhaus erhalten müssen. Klassischerweise werden diese Patienten über einen Notfalldienst eingewiesen.[73]

Der Notfallpatient delegiert alle Entscheidungen über die Konsumption von Krankenhausleistungen an den Notfall- bzw. den Krankenhausarzt. Dieser stellt die Diagnose und führt die Behandlung durch. Der zweistufige Selektionsprozess besteht zwar immer noch, aber er ist i.d.R. in das Krankenhaus integriert. Der Notfallpatient hat keine Möglichkeit, auf die Konkretisierung seiner Nachfrage Einfluss zu nehmen. Der diskretionäre Handlungsspielraum des Arztes im Krankenhaus ist folglich relativ groß.[74] Diese Tatsache veranschaulicht Abbildung 4:

Abbildung 4: Die Notfälle und die Informationsasymmetrien



Quelle: *Eigene Darstellung*

Die Informationsasymmetrie besteht in diesen Fällen gegenüber dem Krankenhaus bzw. dem Krankenhausarzt, denn Diagnose und Behandlung liegen in einer Hand und somit fallen die Informationsasymmetrie 1 und 2 zusammen. Der Krankenhausarzt agiert jetzt unabhängig von einem Dritten, also vom niedergelassenen Arzt. Im Extremfall des ohnmächtigen Patienten ist es sogar ausgeschlossen, dass eine Qualitätsbewertung vorgenommen wird. Ansonsten ist die Möglichkeit einer qualitativen Bewertung aufgrund des engen Zeitrahmens zumindest stark eingeschränkt.

---

[73] Vgl. BRODY, D. (1980), S. 719.

[74] Dies wird umso deutlicher, wenn beispielsweise davon ausgegangen wird, dass der Notfallpatient bewusstlos ist. Vgl. hierzu in Bezug auf das Problem des moralischen Risikos KOTOWITZ, Y. (1987), S. 549 f.

3.3.3 Der Selbsteinweiser

Als Selbsteinweiser werden die Patienten bezeichnet, die nicht zuerst ihren Hausarzt oder einen anderen niedergelassenen Arzt aufsuchen, sondern sich direkt zur Behandlung in ein Krankenhaus begeben.

Es ergeben sich vom Prinzip her die gleichen Informationsasymmetrien wie bei einem Notfall, wenn man unterstellt, dass der Patient im Krankenhaus weiterbehandelt wird, weil beispielsweise die Erkrankung akut ist. Ist der Patient in der Lage, das Krankenhaus nach der Diagnose zu verlassen, dürften die Informationsasymmetrien eher im Sinne der Überwiesenen bestehen.

4. Die Einteilung von Krankenhausleistungen nach ihren Informationsasymmetrien und die Möglichkeiten der Bewältigung von Informationsasymmetrien

4.1 Die Faktoren, die Informationsasymmetrien auf Krankenhausmärkten beeinflussen

Informationsasymmetrien können hinsichtlich der Diagnose und der Behandlung bzw. deren Bestandteilen bestehen. Durch die Einführung verschiedener Nachfragerklassen ist deutlich geworden, dass insbesondere der Faktor *Zeit* einen Einfluss auf Informationsasymmetrien bzw. auf deren Relativierung hat. Beispielsweise können zusätzliche Informationen über das optimale Krankenhaus durch den Patienten nur dann eingeholt werden, wenn es sich um keinen Notfall handelt und die Erkrankung nicht sofort behandelt werden muss. Die Informationsverarbeitung eines Wirtschaftssubjektes wird außerdem über die *Art der Erkrankung* beeinflusst. Bewusstlose oder Patienten mit geistigen Erkrankungen sind z.B. nicht in der Lage, rational zu entscheiden.[75] Die *Häufigkeit* des Auftretens einer Erkrankung beeinflusst das Beurteilungsvermögen ebenfalls. Chronisch Erkrankte, also *Wiederholungskäufer*, entwickeln Fähigkeiten, Qualitäten zu beurteilen, weil sie das gleiche Gut mehrmals konsumieren.[76] Sie haben Vorteile gegenüber *Einmalkäufern*.[77]

---

[75] Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 157.

[76] *PAULY* nennt diese Käufer auch „reasonable well-informed like workable competition.“ Vgl. PAULY, M. (1978), S. 17. Es sind somit nicht unbedingt „expert buyers“ nötig. Vgl. DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 70.

[77] Vgl. TIROLE, J. (1995), S. 234 u. S. 242 ff.

4.2 Die Informationsasymmetrien bei der Diagnose und bei der Behandlung

4.2.1 Die Diagnose

Zum einen werden Diagnosen im niedergelassenen Sektor gestellt. Insofern gilt es Regelungen und Institutionen zu schaffen, die mögliche Asymmetrien im niedergelassenen Ärztebereich bewältigen. Das ist nicht Thema dieses Papiers. Zum anderen werden Diagnoseleistungen im Krankenhaus nachgefragt. Bei der Diagnose im Krankenhaus nimmt der Patient nicht-medizinische und medizinische Leistungen in Anspruch.

Bei großen Teilen der nicht-medizinischen Qualitäten, wie Ambiente, Weckzeiten, Komfort oder Reinlichkeit der sanitären Einrichtungen, liegen prinzipiell keine Informationsasymmetrien vor. Sie sind zu den Suchgütern zu zählen. Der Patient kann sie vor Vertragsabschluss, z.B. durch einen Besuch oder durch einen Anruf, erfahren. Andere Teilqualitäten sind den Erfahrungsgütern zuzurechnen, wie die Freundlichkeit des Personals, die Ruhe oder der Informationsfluss. Diese Leistungen sind erst nach einem Aufenthalt, jedoch ohne zusätzliche Kosten zu bewerten.

Die entscheidenden Komponenten sind aber die medizinischen Leistungen. Der Patient möchte durch den Besuch beim Arzt seine Erkrankung, die er aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden vermutet, bestimmen lassen. Die Diagnose hat somit einen reinen Informations- bzw. Dienstleistungscharakter.[78] Normalerweise ist dem Patienten nicht klar, welches Diagnoseverfahren sinnvoll ist und wie die Ergebnisse der Untersuchung zu interpretieren sind. Die Überprüfung einer Diagnose ist nur durch mindestens einen zweiten Arzt möglich, so dass weitere Kosten anfallen. Die Güte der Diagnose ist sowohl vom Patienten als auch möglicherweise vom Arzt erst nach Abschluss der Behandlung zu erkennen. Die Qualität der Diagnose, wenn sie über die Heilung des Patienten gemessen wird, hängt zusätzlich von weiteren, nicht vom Anbieter beeinflussbaren Faktoren ab, wie der Konstitution des Patienten. Prinzipiell könnten Indikatoren, wie der Ausbildungsstand oder die Anzahl der Untersuchungen, herangezogen werden, um die Diagnosefähigkeiten eines Arztes zu bewerten. Es besteht jedoch das Problem, dass dem Patienten das richtige medizinische Fachgebiet für seine Erkrankung, die durch den Arzt erst bestimmt werden soll, bekannt sein muss, um den besten Diagnostiker aufzusuchen.

---

[78] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 13 u. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1999), S. 159.

Insbesondere wird bei Notfällen, die aufgrund ihrer Erkrankungsart und dem engen Zeitrahmen nicht in der Lage sind, Qualitäten zu beurteilen, deutlich, dass Diagnoseleistungen als Güterbündel Vertrauensgüter sind. Bei den Überwiesenen und bei den Selbsteinweiser bleibt dieses Ergebnis prinzipiell bestehen. Die letztgenannten Nachfragergruppen haben zwar, bevor sie ins Krankenhaus kommen, eine Diagnose, nämlich zum einen durch den niedergelassenen Arzt und zum anderen durch den Krankenhausarzt, aber eine Überprüfung der Qualität kann nur durch Aufwendung von zusätzlichen Kosten nach dem Kauf erfolgen. Damit liegen auch hier Vertrauensgutqualitäten vor.

4.2.2 Die Behandlung

Für die nicht-medizinischen Teile einer Behandlung gelten die gleichen Überlegungen wie bei der Diagnose. Sie sind in die Kategorien Such- und Erfahrungsgüter einzuordnen.

Die Beurteilung der medizinischen Leistungen unterscheidet sich jedoch von der Diagnose. Zunächst ist die Qualität vieler Behandlungen relativ rasch, ohne längere Konsumption und ohne weitere Kosten zu erkennen, denn erstens kann der Patient die Auswirkungen der Behandlung vielfach sofort erfahren und zweitens muss der Patient letztendlich erkennen, ob die Behandlung den gewünschten Erfolg hatte oder nicht. Welche Qualitäten ein Krankenhaus hinsichtlich der Behandlung aufweist, ist für den Patienten darüber hinaus relativ leicht nachzuvollziehen, da erstens die Nachfrage festgelegt ist, d.h. der Patient weiß im günstigsten Fall aufgrund seiner Diagnose die richtige Behandlungsmethode.[79] Zweitens sind Qualitätskriterien wie der Zeitraum der Zusammenarbeit des OP-Teams, die angewandten Heilungsmethoden oder die Heilungsquoten einfacher zu bestimmen und zu bewerten als bei der Diagnose. Erhält der Patient Informationen über diese Qualitätsmerkmale, so wird er in die Lage versetzt, sich für das beste Krankenhaus zu entscheiden.

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass die Heilung als Ergebnis der Behandlung immer noch von Umständen abhängen kann, die der Anbieter nicht beeinflussen kann. Es ist trotzdem zu bezweifeln, ob es sich bei der Behandlung generell um ein Vertrauensgut handelt. Viele Behandlungsmethoden sind bei bestimmten Erkrankungen bzw. Diagnosen vorgegeben und die Leistungen sind standardisiert bzw. es handelt sich um einen patientengerechten Mix aus verschiedenen Standardprodukten.[80] Standardprodukte zeichnen sich zumindest durch teilweise

---

[79] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 14.
[80] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 13 u. vgl. STIFTUNG WARENTEST (1999), S. 90.

klar definierte Qualitäten aus, die beispielsweise dem medizinischen Stand der Technik genügen sollten. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit geschaffen. Wenn nicht Komplikationen eintreten, die im übrigen erst wiederum diagnostiziert werden müssen, muss ein Wirkungszusammenhang bestehen, d.h. die Qualität der Behandlung muss mit der Heilung und damit mit der Bedürfnisbefriedigung positiv korreliert sein. Der Einfluss der anderen Umstände ist für die Heilung entweder nicht relevant oder ist auf Unsicherheit, zum Beispiel hinsichtlich von Nebenerkrankungen, zurückzuführen. Unsicherheit resultiert auch aus dem unzulänglichen Stand des medizinischen Wissens bezüglich der Diagnose- und Behandlungsmethoden.[81] Es liegt im übrigen häufig dann Unsicherheit gegenüber der Qualität der Behandlung vor, wenn die Diagnose ungenau oder falsch ist.

Im Hinblick auf die verschiedenen Nachfragergruppen lässt sich analog zur Diagnose die Behandlung bei Notfällen als Vertrauensgut charakterisieren. Bei Überwiesenen und Teilen der Selbsteinweiser trägt die Behandlung als Güterbündel eher (bzw. mindestens) den Charakter eines Erfahrungsgutes, denn es darf bezweifelt werden, ob die Kriterien der zusätzlich anfallenden Kosten für die Qualitätsbestimmung und der längeren Konsumption, um die Qualität festzustellen, erfüllt sind. Der Gutscharakter wird umso deutlicher, wenn berücksichtigt wird, dass hier die nicht-medizinischen Leistungen möglicherweise ein höheres Gewicht haben als bei der Diagnose. In Abhängigkeit von der Art der Erkrankung und von der Länge des Klinikaufenthaltes wird von Seiten der Patienten unter Umständen mehr Wert auf diese Qualitäten gelegt.[82]

4.3 Die Relativierung von Informationsasymmetrien: Praxis und Möglichkeiten

Die Analyse hat gezeigt, dass die Frage, ob Krankenhausleistungen Vertrauensgüter sind, nicht ohne weiteres mit ja oder nein zu beantworten bzw. eine generelle Bejahung als falsch zu beurteilen ist. Verschiedene Komponenten von Krankenhausleistungen weisen die Charakteristik von unterschiedlichen Gütertypen auf. Einen Überblick über die Einordnung von Krankenhausleistungen als Güterbündel gibt Tabelle 2:

---

[81] Vgl. PAULY, M. (1978), S. 17, BRODY, D. (1980), S. 720 u. vgl. GINSBURG, P., HAMMONS, G. (1988), S. 111.

[82] Vgl. TSCHEULIN, K., HELMIG, B., MOOG, R. (1997), S. 8 f. Die Untersuchung bezieht sich auf die relevanten Merkmale der Klinikwahlentscheidung bei Schwangerschaften. Die wichtigsten Merkmale sind hiernach die aktive Beteiligung des Vaters und ob sich das WC auf dem Zimmer befindet.

Tabelle 2: Die Einordnung von Krankenhausleistungen in Abhängigkeit von den Nachfragerklassen

		NACHFRAGERKLASSEN			
		Überwiesene	Notfall	Selbsteinweiser	
LEISTUNG	Diagnose	Vertrauensgut	Vertrauensgut	Vertrauensgut	
	Behandlung	Erfahrungsgut	Vertrauensgut	Erfahrungsgut	Vertrauensgut

Quelle: *Eigene Darstellung*

Selbst wenn die Diagnose letztendlich als Vertrauensgut zu kennzeichnen ist und bei der Behandlung ebenfalls potenziell Informationsasymmetrien vorliegen können, so sind insbesondere auch medizinische Teilqualitäten bis zu einem gewissen Grad objektivierbar bzw. für den Patienten erkennbar. Informationsasymmetrien können also relativiert werden.[83] In der heutigen Praxis geschieht dies i.d.R. über die Befragung von anderen Patienten bzw. Bekannten und über den Besuch mehrerer Ärzte bei ein und derselben Erkrankung.[84] Eine Vorauswahl von Krankenhäusern trifft ferner teilweise der Hausarzt, d.h. die Diagnose- und Behandlungsfähigkeiten werden durch einen Experten beurteilt.[85] Außerdem kann der Patient davon ausgehen, dass ein Krankenhaus den staatlichen Qualitäts- und Sicherheitsstandards genügt und alle Bediensteten staatlich zugelassene Fachkräfte sind. Daneben gibt es noch die Möglichkeit, sich durch die Bedarfspläne der Länder über die Ausstattung und die medizinische Ausrichtung des Krankenhauses zu informieren.[86] Zusätzlich versuchen Krankenhäuser über Informationsbroschüren oder einen „Tag der offenen Tür" einen guten Ruf aufzubauen und ihre Qualitäten an-

---

[83] Die Unkenntnis gegenüber der Qualität könnte abgebaut werde, nicht jedoch die Unsicherheit, die auch den Arzt betrifft. Nach *PAULY* besteht die Informationspflicht des Arztes auch darin zu sagen, was er nicht erkennen kann. Vgl. PAULY, M. (1978), S. 18.

[84] Vgl. zum Informationsverhalten z.B. die Studie von TSCHEULIN, K., HELMIG, B., MOOG, R. (1997), S. 11. Mit anderen Patienten sind hier informierte Käufer bzw. Wiederholungskäufer gemeint. Durch das Verhalten von informierten Käufern wird Qualität angezeigt, an dem sich uninformierte Patienten orientieren können. Vgl. TIROLE, J. (1995), S. 235 u. S. 242 f. Hauptsächlich werden Diagnosen im niedergelassenen Ärztebereich mehrfach überprüft, wie die ständige Diskussion um den Missbrauch von Chipkarten andeutet.

[85] Vgl. zum Informationsverhalten z.B. die Studie von TSCHEULIN, K., HELMIG, B., MOOG, R. (1997), S. 11.

zuzeigen.[87] Vereinzelt lassen sich mittlerweile auch Auskunfteien finden, die Krankenhaus-Ratings vornehmen.[88]

Die heutige Praxis zeigt, dass in Deutschland im Hinblick auf Krankenhäuser nur Teile der vorgestellten Möglichkeiten genutzt werden, um Informationsasymmetrien abzubauen. Es werden zwar über staatliche Anforderungen gewisse Mindeststandards gewährleistet, aber eine darüber hinaus gehende, differenzierte Qualitätsabwägung von Seiten des Patienten, insbesondere der medizinischen Leistungen, fällt schwer, weil entscheidungsrelevante Daten dem Patienten vielfach nicht zugänglich sind.

Es stellt sich die Frage, ob nicht viele Informationsasymmetrien lediglich aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen bestehen.[89] Es lässt sich vermuten, dass aufgrund der mangelnden marktlichen Ausrichtung der Krankenhausmärkte in Deutschland kaum Institutionen und Koordinationsverfahren existieren, die das Informationsgefälle hinsichtlich der Krankenhausleistungen verringern, und so die theoretischen Möglichkeiten der Relativierung von Informationsasymmetrien ausgenutzt werden. Es wird im jetzigen System nur selten der Versuch unternommen, sei es bei der Diagnose oder bei der Behandlung, Erfahrungs- bzw. Suchgüter auf Krankenhausmärkten zu erzeugen.[90]

Das Instrument der Werbung ist zum Beispiel für Krankenhäuser nur eingeschränkt nutzbar, weil sie ausschließlich mit nicht-medizinischen Leistungen werben dürfen.[91] Das Franchising bzw. die Krankenhauskettenbildung spielt bislang nur eine geringe Rolle.[92] Beide Instrumente könnten gewährleisten, dass zusätzliche Informationen sowohl über die Diagnose- als auch über die Behandlungsqualitäten zur Verfügung gestellt werden.[93]

Als eines der größten Probleme stellt sich aber das bisherige *Vertrags*- und *Entlohnungssystem* in Deutschland dar. Für den Patienten wäre es z.B. sinnvoll, dass der Anbieter Gewährleistungen gibt.[94] Ein Krankenhaus könnte demnach zumindest eine Gewährleistung hinsichtlich der

---

[86] Vgl. beispielsweise THÜRINGER INNENMINISTERIUM (1998), S. 119 ff.
[87] Vgl. VON EIFF, W., HARTMANN, B., STORCKS, H. (2000), S. 41 ff.
[88] Vgl. STIFTUNG WARENTEST (1999), S. 89 ff. u. O.V. (2000), S. 33.
[89] Vgl. SAUERLAND, D. (1999), S. 1.
[90] Vgl. hierzu auch DARBY, M., KARNI, E. (1973), S. 81.
[91] Allgemein gelten §§ 1, 3 UWG. Vgl. darüber hinaus §§ 11, 12 HEILMITTELWERBEGESETZ u. § 27 sowie Kapitel D Nr. 1-6 BERUFSORDNUNG DER LANDESÄRZTEKAMMER THÜRINGEN. (Die BOLTh ist an die Musterberufsordnung angelehnt, die Grundlage für alle Berufsordnungen ist.)
[92] Vgl. NEUBAUER, G. und ZELLE, B. (1996), S. 340.
[93] Es besteht natürlich hier, wie im Folgenden, das Problem der unterschiedlichen Nachfragerklassen und den jeweiligen Möglichkeiten, die Diagnose zu bewerten sowie das Problem der bounded rationality.
[94] Vgl. FEDERWISCH, D. (1999), S. 343 ff.

Prozessqualität geben, d.h. es wird eine Garantie auf eine zu definierende Qualität bei der Herstellung der Leistungen gegeben.[95] Eine Möglichkeit sind Leit- und Richtlinien, die, wenn sie dem Patienten zugänglich sind, Qualität anzeigen können.[96]

Eine *Garantie* beispielsweise über ein bestimmtes *Ergebnis* einer Behandlung ist dagegen zunächst aus zwei Gründen mit Vorsicht zu betrachten.[97] Erstens erscheint eine Garantie nur dann sinnvoll, wenn die Möglichkeit zu einer Nachbesserung besteht. Diese Möglichkeit besteht bei medizinischen Leistungen nicht zwangsläufig. Zweitens ist das Ergebnis einer Behandlung, wie bereits erläutert, nicht immer vollständig von der Handlung des Arztes abhängig.[98] Trotzdem sind Behandlungsgarantien generell möglich.[99]

Beim Entlohnungssystem ist seit Jahren eine Tendenz zu Fallpauschalen zu erkennen. Diese sollen die Kosten eines Behandlungsfalles decken. Die Pauschale gilt für alle Krankenhäuser. Zur Berechnung werden bestimmte Indikatoren, wie die Länge des Krankenhausaufenthaltes und die Versorgungsintensität auf der Station, herangezogen, es wird also eine durchschnittliche Qualität vergütet.[100] Aus Patientensicht ist diese Entwicklung bedenklich. Ein Krankenhaus kann nur dann Gewinne erzielen, wenn seine Kosten unter der Pauschale liegen. Kostensenkungen können unter anderem durch die Verringerung der Qualität bis auf einen Mindeststandard erreicht werden. Dies kann nicht im Sinne des Patienten sein, der qualitätsorientiert handelt. Das Entlohnungssystem müsste also daraufhin überprüft werden, inwiefern Pauschalen, Einzelleistungsvergütungen oder Mischformen bei der Diagnose und bei der Behandlung einen Einfluss auf die Qualität bzw. auf die Anzeige von Qualitäten haben.[101] Das Entlohnungssystem ist im übrigen auch davon abhängig, welche *Anbieterformen* zugelassen werden. Zu denken ist hierbei an neue Formen, wie Gemeinschaftspraxen, Krankenhausverbünde oder –kooperationen, Versorgungsketten sowie an die in den Vereinigten Staaten weit verbreiteten Health Maintenance Organisationen, die mehr oder weniger stark niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser in ihre Organisationsstruktur integrieren.[102]

---

[95] Zur Prozessqualität vgl. EICHHORN, S. (1998), S. 168 ff.
[96] Zur aktuellen Diskussion zu Leit- und Richtlinien vgl. z.B. KERSTING, TH., SOBHANI, B. (1999), S. 312 ff., PHILIPPI, M. (1999), S. 308 ff., BÄK/KÄBV (1997) u. ÄZQ (2000).
[97] Zur Ergebnisqualität vgl. EICHHORN, S. (1998), S. 168 ff.
[98] Vgl. SAUERLAND, D. (2000), S. 17.
[99] Im Rahmen eines Versuchs der AOK Schleswig-Hostein sind mit vier Krankenhäusern „*Komplexpauschalen*“ bei Hüftgelenksoperationen vereinbart worden. Treten innerhalb von 5 Jahren Mängel auf, so müssen die Krankenhäuser die weiteren erforderlichen Leistungen kostenlos erbringen. Vgl. KIESELBACH, K. (2000), S. 15.
[100] Vgl. ANDRESSEN, R. (1997), S. 99 f.
[101] Marktpreise können nur dann entstehen, wenn Wettbewerb unter den Krankenhäusern gewährleistet ist.
[102] Vgl. OBERENDER, P., ECKER, TH. (1997), S. 17 ff. u. VON DER WEIDEN, G., HAISCHER, M. (1999), S. 226 f.

Als weiteres großes Problem in Deutschland ist zu sehen, dass bisher nur Ansätze für die Bildung eines Informationsmarktes zu erkennen sind. Qualitätsdaten könnten durch externe Informationsvermittler, wie Ratingagenturen, angeboten werden.[103] Der Patient könnte sich dann z.B. über bestimmte Standards hinsichtlich der Prozessqualität informieren. In einem marktlich ausgerichteten Gesundheitssystem besteht aber nicht nur ein Interesse von Seiten des Patienten an diesen Daten, sondern gleichfalls von Seiten der Versicherungen, der Anbieter und des Staates.[104] Versicherungen haben dann ein Interesse an den besten Anbietern, wenn sie selber in einem Qualitätswettbewerb stehen. Die Anbieter müssen dann nicht nur die Qualität gegenüber den Patienten, sondern auch gegenüber den Versicherungen anzeigen. Der Staat kann als zusätzlicher Informationslieferant hinzutreten.[105]

5. Wirtschaftspolitische Folgerungen und Implikationen

Die Analyse hat folgende Erkenntnis gebracht: Erstens sind Krankenhausleistungen nicht generell als Vertrauensgüter zu deklarieren, womit staatliche Eingriffe häufig gerechtfertigt werden. Zweitens würden durch marktliche Steuerungselemente Informationsasymmetrien relativiert. Drittens ergibt sich daraus, dass die angesprochenen Probleme der adversen Auslese und des moralischen Risikos als gering einzustufen sind. Die problematischen Patientengruppen (Notfall, Teile der Selbsteinweiser) machen nur einen Teil der gesamten Patientenzahl aus bzw. stellen nicht den Regelfall dar. Nur bei diesen Patientengruppen können Probleme auftreten, weil hier der Krankenhausarzt die Diagnose stellt und somit Einfluss auf die Fallzahl hat. Außerdem lässt sich in Krankenhäusern häufig eine organisatorische und mentale Trennung zwischen Management und Medizinern ausmachen.[106] Manager eines Krankenhauses verfolgen i.d.R. das Ziel der Gewinnmaximierung, begrüßen also die Ausweitung der Diagnostik und der Behandlung. Krankenhausärzte, Belegärzte ausgenommen, beziehen dagegen ein festes Gehalt und können nur dadurch gewinnen, dass sie Arbeit vermeiden und sozusagen die Freizeit am

---

[103] Vgl. FEDERWISCH, D. (1999), S. 343 ff.
[104] Vgl. SAUERLAND, D. (2000), S. 19 f.
[105] Das macht insbesondere dann Sinn, wenn der Staat, wie von der Politik immer wieder angezeigt, an einem „qualitativ guten“ Gesundheitssystem interessiert ist. Vgl. BMFG (2000) u. GMK (1999). Dies schließt auch die Möglichkeit ein, die Krankenhäuser zur Veröffentlichung von Daten gesetzlich zu verpflichten.
[106] Vgl. PHELPS, C. (1997), S. 265.

Arbeitsplatz maximieren.[107] Dies würde gegen eine unnötige Ausweitung der Diagnosetätigkeit und der damit verbundenen Behandlung sprechen.[108]

Eine effiziente Produktion auf Krankenhausmärkten kann nur dann zustande kommen, wenn gute Leistungen positiv belohnt und schlechte Leistungen negativ sanktioniert werden. Damit dieser Mechanismus funktioniert, bedarf es Nachfrager, die über Qualität und Preis des Angebotes informiert sind und diese Informationen auswerten können.[109] Darum sind zwingend Institutionen und Kooperationsverfahren nötig, die Informationsasymmetrien bewältigen. Sieht man von dem medizinischen Problem ab, dass es eventuell Sinn macht, sich vom diagnosestellenden Arzt operieren zu lassen, so gibt es keinen Grund, keinen Markt bzw. Wettbewerb zumindest im vollstationären Bereich einzuführen.[110] Ganz im Gegenteil ist eine marktliche Ausrichtung zwingend erforderlich, um Informationsasymmetrien zu relativieren.[111]

Vor allem die Politik hat jedoch immer noch erhebliche Vorurteile gegen Wettbewerb, wobei regelmäßig übersehen wird, dass der Arzt nur einer von vielen Tauschpartnern des Patienten ist.[112] Es gibt andere Güter, für die beispielsweise das uno-actu-Prinzip gilt (Friseur, Bank, Restaurant). Hier existieren Märkte, auf denen mit potenziellen Informationsasymmetrien behaftete Güter gehandelt werden, für die aber eine marktliche Koordination nicht in Frage gestellt wird.[113] Warum sollte dann ausgerechnet der Markt für Krankenhausleistungen versagen?[114]

Eine wettbewerbliche Ausrichtung von Krankenhausmärkten hat weitreichende Folgen. Zunächst wird die länderspezifische Krankenhausbedarfsplanung obsolet. Damit fällt der faktisch vorhandene Bestandsschutz für Krankenhäuser weg. Diejenigen Anbieter, die eine falsche Qualität oder ein ungünstiges Preis-Leistungs-Verhältnis bereitstellen, werden dann vom Markt verdrängt.[115] Gleichzeitig können neue Wettbewerber ihre Leistungen auf dem Markt anbieten,

---

[107] Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1997), S. 341. Daneben sind sie beispielsweise an einer guten Ausstattung ihrer Station interessiert. Die These, dass Ärzte nur an einer Freizeitmaximierung interessiert sind, wird dadurch beeinflusst, dass Medizinern ein Berufsethos unterstellt wird, der ihnen besondere Hilfsbereitschaft unterstellt. Außerdem werden Mediziner durch viele Behandlungen zu Experten, wodurch berufliche Aufstiegschancen erwachsen können.

[108] Dieses Argument gilt nur bei Normal- oder Vollauslastung der Kapazitäten. Bei Unterauslastung der Kapazität und Gefährdung der Arbeitsplätze besteht ein Interesse an der Ausweitung der Diagnosetätigkeit.

[109] Vgl. SAUERLAND, D. (1999), S. 3 u. S. 6 u. GINSBURG, P., HAMMONS, G. (1988), S. 110. Zur Voraussetzung eines informierten Konsumenten vgl. HAUSER, H. (1979), S. 746 ff.

[110] Dagegen vgl. BOLLES, W. (1994), S. 62.

[111] Vgl. hierzu auch NEUFFER, A., SCHÖNEMARK, M. (1999), S. 49.

[112] Vgl. hierzu beispielsweise BOLLES, W. (1994), S. 60 ff.

[113] Vgl. BREYER, F., ZWEIFEL, P. (1997), S. 158.

[114] Vgl. ARROW, K. (1991), S. 37.

[115] Vgl. hierzu z.B. BUHLMANN, F. (2000), S. 3.

wenn die staatliche Markteintrittsbarriere des Bedarfsplanes nicht mehr besteht. Unter Umständen werden sich neue Anbieterformen bilden. Dadurch wird sich auch die von der Politik immer wieder geforderte engere Verzahnung von stationärem und ambulanten Sektor ergeben.

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

ANDRESSEN, RÜDIGER (1997): Hat sich der Sozialstaat mit seiner Umlageverpflichtung überlebt?, in: FHTW-Magazin, S. 97-101.

ÄRZTLICHE ZENTRALSTELLE QUALITÄTSSICHERUNG (2000): Ärztliche Leitlinien in Deutschland aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen; im Internet abzurufen unter: http://www.leitlinien.de/infoziele.htm.

AKERLOF, GEORGE A. (1970): The Market for „Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, Vol. LXXXIV, S. 488-500.

ARROW, KENNETH J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, Vol. LIII, No. 5, S. 941-973.

ARROW, KENNETH J. (1991): The Economics of Agency, in: Pratt, John W. und Richard J. Zeckhauser (Hrsg.): Principals and Agents: The structure of business, Boston, S. 37- 55.

BÖSSMANN, EVA (1988): Information, in: Albers, Willi et. al. (Hrsg.): Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Bd. 4, Frankfurt, S. 184-200.

BOLLES, WILFRIED (1994): „Markt" für Krankenhausleistungen - Realität oder Wunschvorstellung?, in: Das Krankenhaus, 86. Jg., S. 60-65.

BRAMAN, SANDRA (1989): Defining Information: An Approach for Policymakers, in: Telecommunications Policy, Vol. 13, Nr. 3, S. 233-242.

BREYER, FRIEDRICH (1998): Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung, in: Hauser, Richard (Hrsg.): Die Zukunft des Sozialstaates, Berlin, S. 167-199.

BREYER, FRIEDRICH und PETER ZWEIFEL (1999): Gesundheitsökonomie, 3. Aufl., Heidelberg.

BRODY, DAVID S. (1980): The Patient`s Role in Clinical Decision-Making, in: Annals of Internal Medicine, 93. Jg., S. 718-722.

BUHLMANN, FRANK (2000): Folgenschwerer Gips, in: Thüringer Allgemeine vom 24.5.2000, S. 3.

BUNDESÄRZTEKAMMER und KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt, 94. Jg., Heft 33, S. A2154-2155.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (1998): Aufbruch und Erneuerung - Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert; Auszug aus der Koalitionsvereinbarung: Leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem für alle; im Internet abzurufen unter: http://www.bmgesundheit.de/themen/gkv/leistung/gsys.htm.

DARBY, MICHAEL R. und EDI KARNI (1973): Free Competition and the Amount of Fraud, in: Journal of Law and Economics, 8. Jg., Vol. 88, S. 67-88.

DNES, ANTONY W. (1992): Franchising: A Case-study Approach, Aldershot.

DOPPMANN, RETO (1985): Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Eine ökonomische und ökonometrische Analyse für die Schweiz, Basel.

EICHHORN, SIEGFRIED (1998): Strukturmodell der Krankenhausqualität, in: Matschke, Manfred Jürgen und Thomas Schildbach (Hrsg.): Unternehmensberatung und Wirtschaftsprüfung, Stuttgart, S. 161-173.

ELLIS, RANDALL P. und THOMAS G. MCGUIRE (1996): Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects, in: Journal of Health Economics, 15. Jg., No. 3, S. 257-277.

FEDERWISCH, DAGMAR (1999): Joint Commission, in: f&w, 16. Jg., Nr. 4, S. 343-346.

FOLLAND, SHERMAN, ALLEN C. GOODMAN und MIRO STANO (1997): The Economics of Health and Health Care, New Jersey.

FRANZ, WOLFGANG (2000): Wirtschaftspolitische Beratung: Reminiszenzen und Reflexionen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 1. Jg., Heft 1, S. 53-71.

FRITSCH, MICHAEL, THOMAS WEIN und HANS-JÜRGEN EWERS (1999): Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 3. Aufl., München.

GESUNDHEITSMINISTERKONFERENZ (1999): Ziele für eine einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen; Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier; im Internet abzurufen unter: http://www.gqmg.de/Links/strategie.htm.

GINSBURG, PAUL G. und GLENN T. HAMMONS (1988): Competition and the Quality of Care: The Importance of Information, in: Inquiry, Vol. 25, S. 108-115.

GORSCHLÜTER, PETRA (1999): Das Krankenhaus der Zukunft: Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart.

GREEN, JANE M. (1987): The Role of Information Systems in the Hospital-Physician Relationship, in: Topics in Health Care Financing, 14. Jg., No. 2, S. 9-16.

GROSSMANN, MICHAEL (1972): The Demand for Health: A theoretical and empirical Investigation, New York.

HAUSER, HEINZ (1979): Qualitätsinformationen und Marktstruktur, in: Kyklos, Vol. 32, S. 739-763.

HERDER-DORNEICH, PHILIPP (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens: Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden.

HIRSHLEIFER, JACK (1973): Where are we in the Theory of Information?, in: American Economic Review, Vol. LXXIII, Nr. 2, S. 31-39.

KALTENBACH, TOBIAS (1991): Qualitätsdefinition im Krankenhaus, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Bd. 14, Heft 4, S. 442-450.

KERSTING, THOMAS und BIDJAN SOBHANI (1999): Der Einsatz von EBM erhöht die Qualität und hilft auch Kosten sparen, in: f&w, 16. Jg., Nr. 44. S. 312-314.

KIESELBACH, KURT (2000): Ministerin begrüßt Leistungshonorare, in: Die Welt vom 26.4.2000, S. 15.

KIRSCH, GUY (1993): Neue Politische Ökonomie, 3. Aufl., Düsseldorf.

KOTOWITZ, Y. (1987): Moral Hazard, in: Eatwell, John, Murray Milgate und Peter Newman (Hrsg.): The New Palgrave: A Dictionary of Economics, S. 549-551.

KREPS, DAVID M. (1994): Mikroöokonomische Theorie, Landsberg am Lech.

KUCHINKE, BJÖRN (1999): Wettbewerb auf dem Markt für vollstationäre Behandlung, unveröffentlichter Beitrag zum 13. Hohenheimer Oberseminar, Ilmenau.

LEUBE, KURT R. und THOMAS GALE MOORE (1986): The Essence of Stigler, Stanford.

MENGER, CARL (1968): Gesammelte Werke, Band I, Grundsätze der Volkswirtschaftslehre (1871), herausgegeben von Friedrich A. Hayek, 2. Aufl., Tübingen.

MEYER, DIRK (1990): Asymmetrische Informationen, Institutional Choice und die Funktion von Wertorientierungen, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, 41. Jg., S. 104-121.

NELSON, PHILLIP (1970): Information and Consumer Behavior, in: Journal of Political Economy, 78. Jg., S. 311-329.

NELSON, PHILLIP (1974): Advertising as Information, in: Journal of Political Economy, 82. Jg., S. 729-754.

NEUBAUER, GÜNTER und BARBARA ZELLE (1996): Unternehmensverbindungen und Internalisierungstendenzen privater Krankenhäuser im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes, in: Die Betriebswirtschaft, 56. Jg., Nr. 3, S. 339-349.

NEUFFER, ANDREAS und MATTHIAS SCHÖNEMARK (1999): Mehr Marktfreiheit für das Gesundheitswesen, in: Handelsblatt vom 14.12.1999, S. 49.

OBERENDER, PETER und THOMAS ECKER (1997): „Managed Care“ und Wettbewerb im Gesundheitswesen – Voraussetzungen und mögliche Anwendungen, in: Knappe, Eckhard (Hrsg.): Reformstrategie „Managed Care“, Baden-Baden, S. 11-28.

OBERENDER, PETER und THOMAS ECKER (2000): Theorie und Politik der Gesundheitsökonomie, unveröffentlichtes Manuskript.

O.V. (2000): Gesundheits-Scout informiert online, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23.3.2000, S. 33.

PAULY, MARK V. (1978): Is Medical Care Different?, in: Greenberg, Warren (Hrsg.): Competition in the Health Care Sector, Germantown, S. 11-37.

PHELPS, CHARLES E. (1997): Health Economics, Reading u.a.

PHILIPPI, MICHAEL (1999): EBM und Leitlinien, in: f&w, 16. Jg., Nr. 4, S. 308-310.

PICOT, ARNOLD und EGON FRANCK (1993): Vertikale Integration, in: Grün, Oskar und Jürgen Hauschildt (Hrsg.): Ergebnisse empirischer betriebswirtschaftlicher Forschung, Stuttgart, S. 181-219.

PRATT, JOHN W. und RICHARD J. ZECKHAUSER (1991): Principals and Agents: An Overview, in: Pratt, John W. und Richard J. Zeckhauser (Hrsg.): Principals and Agents: The structure of business, Boston, S. 1-37.

RAU-BREDOW, HANS (1992): Zur theoretischen Fundierung der Institutionenkönomie, München.

RIEGEL, GERHARD F. (1989): Krankenhaus-Marketing und einweisende Ärzte, in: f&w, 6. Jg., H. 1, S. 287-308.

SAUERLAND, DIRK (1999): Gesundheitspolitik durch staatlich gesetzte Fehlanreize?, Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge Münster Nr. 298, Münster.

SAUERLAND, DIRK (2000): Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, unveröffentlichtes Arbeitspapier, Münster.

SCHAPER, KLAUS (1979): Zur Kritik des Moral-Hazard-Theorems der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Sozialer Fortschritt, 28. Jg., Bd. 7/8, S. 178-182.

SCHWARTZ, ANDREA (1997): Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor: Eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden.

SHAPIRO, CARL (1983): Consumer Protection Policy in the United States, in: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, 139 Jg., S. 527-544.

STATISTISCHES BUNDESAMT (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden.

STIFTUNG WARENTEST (1999): Hitliste der Hospitäler, in: test, 12. Jg., Nr. 11, S. 89-95.

STIGLER, GEORGE J. (1961): The Economics of Information, in: The Journal of Political Economy, Vol. LXIX, Nr. 3, S. 213-225.

STIGLER, GEORGE J. (1987): The Theory of Price, 4. Aufl., New York.

TALKENBERG, ANDREA (1991): Die Ökonomie des Bildermarktes: Eine institutionenökonomische Analyse, Göttingen.

THIES-ZAJONC, SOPHIA (1995): Wenn der Hausarzt überweist: Perspektiven von Ärzten und Patienten zu den Bedeutungen von Überweisungen, Frankfurt am Main u.a.

THÜRINGER INNENMINISTERIUM (1998): 3. Thüringer Krankenhausplan, Auszug Thüringer Staatsanzeiger Nr. 3/1998, St. Stedtfeld.

TIROLE, JEAN (1995): Industrieökonomik, München.

TSCHEULIN, DIETER K., BERND HELMIG und RALPH MOOG (1997): Determinanten der Krankenhaus-Wahl, Freiburger Betriebswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Nr. 24/97, Freiburg.

VARIAN, HAL R. (1990): Intermediate Microeconomics, 2. Aufl., New York.

VIETHEN, GREGOR (1995): Qualität im Krankenhaus, Stuttgart, New York.

VON DER WEIDEN, GUIDO und MICHAEL HAISCHER (1999): Versorgungsketten öffnen Horizonte, in: f&w, 16. Jg., Nr. 3, S. 226-228.

VON EIFF, WILFRIED, BERND HARTMANN und HOLGER STORCKS (2000): Die Krankenhäuser verschenken Chancen am Telefon und reden in ihren Broschüren am Patienten vorbei, in: f&w, 17. Jg., Nr. 1/2, S. 40-44.

WIEDEMANN, REGINA (1998): Wettbewerb unter Krankenhäusern: Eine Institutionenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Informationsasymmetrien, Frankfurt am Main u.a.

WILLIAMSON, OLIVER E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus, Tübingen.

WOLFF, BIRGITTA (1999): Zum methodischen Status von Verhaltensannahmen in der Neuen Institutionenökonomik, in: Edeling, Thomas, Werner Jann und Dieter Wagner (Hrsg.): Institutionenökonomie und Neuer Institutionalismus, Opladen, S. 133-147.