

2793-2012

Andrea Schwartz

Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor

Eine institutionenökonomische Analyse

Mit einem Geleitwort
von Prof. Dr. Arnold Picot

Deutscher UniversitätsVerlag

INHALTSVERZEICHNIS

Liste der Abbildungen.....	XV
-----------------------------------	-----------

Liste der Abkürzungen	XVII
------------------------------------	-------------

1. Einführung.....	1
1.1. Problemstellung und Zielsetzung	1
1.2. Vorgehensweise in den einzelnen Kapiteln.....	5
2. Begriffliche und theoretische Grundlagen	7
2.1. Das Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht	7
2.1.1. Aktuelle Situation der Krankenhäuser im Gesundheitswesen.....	7
2.1.1.1. Kostenentwicklung	7
2.1.1.2. Das Gesundheitsstrukturgesetz.....	8
2.1.2. Konstituive Merkmale des Krankenhauses	10
2.1.3. Das Krankenhaus als Leistungserbringer	11
2.1.3.1. Gesundheit als besonderes Gut.....	11
2.1.3.2. Gesundheitsleistungen und ihre Charakteristika	14
2.1.3.3. Leistungen im Produktionssystem Krankenhaus.....	15
2.1.3.4. Der Produktionsprozeß im Krankenhaus	17
2.1.4. Erfolgsgrößen im Krankenhaus	19
2.1.4.1. Effektivität und Effizienz im Krankenhaussektor	19
2.1.4.2. Effizienzmessung im Krankenhaus	20
2.1.5. Die Qualität von Krankenhausleistungen	21
2.1.5.1. Das Qualitätsmodell von Donabedian (1966)	22
2.1.5.2. Das Qualitätsmodell von Øvretveit (1990)	25

2.2. Die Rolle des Krankenhauses im Gesundheitswesen aus Sicht der Principal-Agent-Theorie.....	26
2.2.1. Grundlagen der Principal-Agent-Theorie	27
2.2.1.1. Agency-Kosten	27
2.2.1.2. Prämissen der Principal-Agent-Theorie	28
2.2.2. Wesentliche Principal-Agent-Beziehungen im Krankenhaussektor.....	30
 3. Die Verfügungsrechtstruktur des Krankenhauses	33
3.1. Entscheidungs- und Handlungsträger im Krankenhaus	34
3.1.1. Organe der Unternehmensleitung	34
3.1.2. Die dominierende Stellung der Ärzteschaft innerhalb der Krankenhauses und der Krankenhausleitung	36
3.2. Die Unternehmensverfassung eines Krankenhauses aus Sicht der Property-Rights-Theorie.....	39
3.3. Die Grundzüge der Property-Rights-Theorie	40
3.3.1. Property-Rights und Transaktionskosten.....	40
3.3.2. Eigentumssurrogate	42
3.4. Typische Unternehmensverfassungen von Krankenhäusern	43
3.5. Die Verfügungsrechtstruktur managergeleiteter For-Profit-Krankenhäuser	44
3.5.1. Verdünnung der Verfügungsrechte.....	44
3.5.2. Der Aufsichtsrat als Kontrollorgan.....	45
3.5.3. Anreizmechanismen für Manager und Ärzte.....	47
3.6. Die Verfügungsrechtstruktur managergeleiteter Not-For-Profit-Krankenhäuser	47
3.6.1. Die Zuordnung der Verfügungsrechte	48
3.6.2. Fehlende Anreize zur Kontrolle	49
3.6.3. Eingeschränkte Möglichkeiten zur Schaffung von Anreizen	51
3.7. For-Profit- und Not-For-Profit-Krankenhäuser im Effizienzvergleich - Empirische Ergebnisse.....	52

4. Die Principal-Agent-Beziehung zwischen Patient und Krankenhausarzt	59
4.1. Patient und Arzt - eine typische Principal-Agent-Beziehung?	59
4.1.1. Anmerkungen zu einzelnen Prämissen der Principal-Agent-Theorie	60
4.1.2. Der Faktor 'Unsicherheit' in der Arzt-Patienten-Beziehung	66
4.2. Die Informationsdefizite des Patienten gegenüber dem Krankenhaus und dem (Krankenhaus-)Arzt	69
4.2.1. Die hidden characteristics des Krankenhauses und des (Krankenhaus-) Arztes und das Adverse Selection-Risiko	69
4.2.1.1. Das Risiko der Adverse Selection: Ex ante- Informations- asymmetrie als Ursache für opportunistisches Verhalten	69
4.2.1.2. Die Rolle des einweisenden Arztes bei der Auswahl des Krankenhauses bzw. des Krankenhausarztes	70
4.2.1.3. Möglichkeiten zur Reduzierung der Informationsasymmetrien	73
4.2.1.4. Zusammenfassung der Ergebnisse	79
4.2.2. Die hidden information und hidden action des (Krankenhaus-)Arztes und das Moral Hazard-Risiko	80
4.2.2.1. Das Moral Hazard-Risiko: Ex post- Informationsasymmetrie als Ursache für opportunistisches Verhalten	80
4.2.2.2. Die hidden information und hidden action des (Krankenhaus-)Arztes	82
4.2.2.3. Das potentielle Moral Hazard-Verhalten des (Krankenhaus-)Arztes	87
4.2.2.4. Möglichkeiten zur Reduzierung der Informationsasymmetrien	88
4.2.2.5. Möglichkeiten der Interessenangleichung	94
4.2.2.6. Zusammenfassung der Ergebnisse	99
4.3. Die Informationsdefizite des Krankenhauses und des (Krankenhaus-)Arztes gegenüber dem Patienten	100
4.3.1. Die hidden characteristics des Patienten	101
4.3.2. Die hidden action des Patienten und das Moral Hazard-Risiko	102
4.3.3. Möglichkeiten zur Reduzierung der Informationsasymmetrien	103
4.4. 'Einseitige spezifische Investitionen' des Patienten und das Hold Up-Risiko	104
4.4.1. Das Hold Up-Risiko: Spezifische Investitionen als Ursache für opportunistisches Verhalten	104
4.4.2. Das Hold Up-Risiko in der Arzt-Patienten-Beziehung	104

5. Die Principal-Agent-Beziehung zwischen Krankenkasse und Versicherungsnehmer	106
5.1. Wesentliche Gestaltungsparameter eines Krankenversicherungssystems	107
5.2. Die hidden characteristics des Versicherungsnehmers gegenüber der Krankenkasse und das Adverse Selection-Risiko	108
5.2.1. Ausgangspunkt der Diskussion: Der Adverse Selection-Prozeß bei vollständig versteckten Eigenschaften der Versicherungsnehmer	109
5.2.2. Erweiterung: Der Adverse Selection-Prozeß bei Erkennbarkeit bestimmter Risikomerkmale der Versicherungsnehmer	111
5.2.3. Möglichkeiten zur Reduzierung der Informationsasymmetrien	113
5.2.4. Staatliche Eingriffe im Bereich der Krankenversicherung	113
5.2.4.1. Die Versicherungspflicht	114
5.2.4.2. Diskriminierung verschiedener Versichertengruppen vor der Einführung des GSG	115
5.2.4.3. Der Risikostrukturausgleich im Rahmen des GSG	116
5.2.4.4. Gefahr einer Risikoselektion durch die Versicherungsunternehmen	118
5.2.5. Kritik an der gegenwärtigen Art der Umverteilung	120
5.3. Die hidden action des Versicherten gegenüber der Krankenkasse und das Moral Hazard-Risiko	120
5.3.1. Formen von Moral Hazard-Verhalten	121
5.3.2. Möglichkeiten der Interessenangleichung	125
5.3.2.1. Realisierte Ansätze	125
5.3.2.2. Potentielle Ansätze	132
5.3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse	134

6. Die Principal-Agent-Beziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus.....	136
6.1. Die hidden characteristics des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse und das Adverse Selection-Risiko.....	137
6.2. Die hidden action des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse und das Moral Hazard-Risiko.....	139
6.2.1. Vergütungsformen für Krankenhausleistungen.....	139
6.2.2. Das Moral Hazard-Risiko bei einer Leistungsvergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip	141
6.2.3. Das Moral Hazard-Risiko bei einer Leistungsvergütung nach Fallpauschalen	142
6.2.3.1. Die Leistungsvergütung nach Einführung des GSG.....	142
6.2.3.2. Diagnosis Related Groups (DRGs) als Variante einer prospektiven Vergütung mit Fallpauschalen.....	145
6.2.3.3. Formen von Moral Hazard-Verhalten	147
6.2.3.4. Erfahrungen der USA	148
6.2.3.5. Möglichkeiten zur Begrenzung des Moral Hazard-Risikos	149
6.2.4. Agency-Kosten bei alternativen Vergütungssystemen	153
7. Zusammenfassung.....	156
8. Literaturverzeichnis.....	158