

# Neue Institutionenökonomik

Die Neue Institutionenökonomik ist eine der zentralen ökonomischen Theorien des 20. Jahrhunderts, deren Relevanz sich nicht zuletzt durch die Vergabe zahlreicher Nobelpreise für Wirtschaftswissenschaften an Forscher:innen in diesem Themenfeld (z. B. James M. Buchanan 1986, Ronald H. Coase 1991, George A. Akerlof 2001, Elinor Ostrom und Oliver E. Williamson 2009, sowie Oliver Hart und Bengt Holmström 2016) widerspiegelt. Der Begriff der Institutionen beschreibt (in-) formelle Arrangements inklusive deren Durchsetzungsmechanismen. Das Untersuchungsziel der Neuen Institutionenökonomik sind die Auswirkungen dieser Institutionen, um basierend auf Anreizen das individuelle Verhalten zu steuern sowie die Konsequenzen von begrenzter Rationalität (Simon 1951) und Unsicherheiten in ökonomischen Austauschbeziehungen zu reduzieren. Institutionen können in unterschiedlichen Varianten auftreten: politische (z. B. Wahlregeln), moralische (z. B. Werte), rechtliche (z. B. Gesetze, Regulierungen) und wirtschaftliche Institutionen (z. B. Verträge, Patente) (Richter & Furubotn 2003; Erlei et al. 2007). Die Neue Institutionenökonomik umfasst drei eigenständige Theoriebausteine, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

*„Der aktuelle Koalitionsvertrag ‚Mehr Fortschritt wagen‘ der neuen Bundesregierung nennt im Abschnitt ‚Pflege und Gesundheit‘ konkrete Reformprojekte, die das strukturelle Framework des Gesundheitssystems adressieren. So soll etwa durch das neue Berufsbild der ‚Community Health Nurses‘ das Versorgungsangebot im ländlich-kommunalen Raum verbessert oder durch die Stärkung bevölkerungsbezogener Versorgungsverträge (Gesundheitsregionen) ein Spielraum für vertragliche Kooperationen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherungen gefördert werden (SPD/BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN/FDP 2021). Bei der Planung der konkreten Umsetzung derartiger Reformvorhaben ist es aus Sicht der Autoren sinnvoll, sich neben Ansätzen wie der Netzwerktheorie oder der Pfadabhängigkeitstheorie auch die zentralen Ideen der Neuen Institutionenökonomik nochmals in Erinnerung zu rufen.“*

**Prof. Dr. Dominik Rottenkolber<sup>1</sup>, Dr. Matthias Arnold<sup>2</sup>, Univ.-Prof. Dr. Volker E. Amelung<sup>2,3</sup>**

**1: Alice-Salomon-Hochschule Berlin**

**2: inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin**

**3: Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover**

## Literatur

- Amelung VE. Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 6. Auflage. Springer: Wiesbaden 2022.
- Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963; 53 (5): 941–973.
- Coase R. The Nature of the Firm. Economica 1937; 4 (16): 386–405.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e. V. (Hrsg.). Community Health Nursing in Deutschland. Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen. Internet: [https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn\\_kurzbrochure\\_2019-07.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/chn_kurzbrochure_2019-07.pdf) [Zugriff am 04.01.2022]
- Erlei M, Leschke M, Sauerland D. Neue Institutionenökonomik. 2. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag: Stuttgart 2007.
- Folland S, Goodman AC, Stano M (Hrsg.). The economics of health and health care. 6th edition. Pearson Prentice Hall: Upper Saddle River 2010.
- Fontanari M. Kooperationsgestaltungsprozesse in Theorie und Praxis. Duncker & Humblot: Berlin 1996.
- Ghoshal S, Moran P. Bad for Practice: A Critique of the Transaction Cost Theory. The Academy of Management Review 1996; 21 (1): 13–47.
- Horsch A, Meinhövel H, Paul S (Hrsg.). Institutionenökonomie und Betriebswirtschaftslehre. Verlag Franz Vahlen: München 2005.
- Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics 1976; 3 (4): 305–360.
- Langer A, Schröder-Bäck P, Brink A, Eurich J. The agency problem and medical acting: an example of applying economic theory to medical ethics. Med Health Care Philos 2009; 12 (1): 99–108.
- Picot A, Dietl H, Franck E. Organisation: eine ökonomische Perspektive. Schäffer-Poeschel: Stuttgart 1997.
- Richter R, Furubotn EG. Neue Institutionenökonomik – Eine Einführung und kritische Würdigung. 3. überarbeitete Auflage. Mohr: Tübingen 2003.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Internet: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Langfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf) [Zugriff am 10.01.2021].
- Simon HA. Models of Bounded Rationality. Behavioral Economics and Business Organization, Vol. 2. MIT Press: Cambridge, MA 1951.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freie Demokraten (FDP). Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Berlin. Internet: [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf) [Zugriff am 03.01.2022].
- Stiles RA, Mick SS, Wise CG. The Logic of Transaction Cost Economics in Health Care Organization Theory. Health Care Management Review 2001; 26 (2): 85–92.
- Tofan G, Bodolica V, Spraggon M. Governance mechanisms in the physician-patient relationship: a literature review and conceptual framework. Health Expect 2013; 16 (1): 14–31.
- Williamson OE. Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. The Free Press: New York 1975.
- Williamson OE. The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting. The Free Press: New York 1985.
- Wübker A, Sauerland D, Wübker A. Beeinflussen bessere Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl in Deutschland? Eine empirische Untersuchung. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 2010; 230 (4): 467–490.

## Property-Rights-Theorie

>> Verfügungsrechte sind mit (im-)materiellen Vermögensgegenständen assoziierte Rechte und Pflichten (z.B. Recht auf Nutzung, Veränderung, Ertragnisaneignung/Verlustübernahme sowie Veräußerung eines Gutes), die den Wert eines Gutes nachhaltig determinieren. Der ökonomische Wert eines Gutes ist somit nicht allein von seiner Substanz abhängig. Bei einer Transaktion werden nun Bündel an Verfügungsrechten übertragen, deren Verteilung zwischen den Akteuren vor dem Austausch eines Gutes erfolgen muss, wobei Transaktionskosten entstehen (Fontanari 1996; Richter & Furubotn 2003; Horsch et al. 2005; Erlei et al. 2007).

## Transaktionskostentheorie

Die theoretischen Grundlagen der Transaktionskosten begründete Ronald H. Coase in seiner Publikation „The Nature of the Firm“. Ausgehend von den Prämissen der neoklassischen Ökonomik, dass der Markt der effizienteste Koordinationsmechanismus für ökonomische Aktivitäten sei, stellte Coase die Frage nach der Existenz von Unternehmen, die ebenfalls der Koordination von ökonomischen Aktivitäten dienen (Coase 1937). Während die Vertreter der Neoklassik noch

von einem perfekten Markt ausgingen, auf dem alle Akteure unter der Annahme von vollständiger Transparenz direkt und rational miteinander interagieren (d.h. die vorhandenen Ressourcen werden primär für die Waren- und/oder Dienstleistungsproduktion eingesetzt, da die Kosten für die Koordinierungsaktivitäten als minimal betrachtet werden), wurden nun realistischere Verhaltens- und Umweltannahmen in ökonomische Modelle integriert (Stiles et al. 2001). Coase argumentierte, dass die Existenz von Organisationen auf das Nichtvorhandensein eines vollkommenen Marktes zurückzuführen sei, da bei Produktionsprozessen zusätzliche Kosten, die über die eigentlichen Produktionsfaktoren hinausgehen, anfallen. Diese Kosten sind der entscheidende Grund dafür, ob der Markt oder ein Unternehmen die effizientere Lösung zur Abwicklung einer Transaktion darstellt (Fontanari 1996). Die Coase'schen Ideen wurden in der Folge von zahlreichen Wissenschaftler:innen weiterentwickelt (z. B. Williamson 1975).

Die Transaktionskostentheorie bietet für strategische Entscheidungen im Gesundheitswesen – ohne normativen Anspruch – ein Rahmenkonzept zur Analyse von Transaktionen sowie deren Auswirkungen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Gesundheitsversorgung (Stiles et al. 2001).

Transaktionskosten können in zwei Phasen (ex-ante- und ex-post-Kosten) sowie fünf Kostenarten unterteilt werden und umfassen somit alle Informations- und Kommunikationskosten bei der Anbahnung, Vereinbarung, Abwicklung, Kontrolle sowie Anpassung von Verträgen (vgl. Abb. 1) (Amelung 2022).

Die Transaktionskostentheorie zielt darauf ab, ein optimales institutionelles Arrangement zu bestimmen (Williamson 1985). Dabei erstreckt sich das mögliche Kontinuum von vollständiger Integration in ein Unternehmen auf der einen Seite, über unterschiedliche Formen der Kooperation mit abnehmendem Bindungsgrad, bis hin zu marktlichen Verträgen auf der anderen Seite (vgl. Abb. 2).

Mittels der Transaktionskostentheorie können nun die verschiedenen Varianten analysiert werden. Die absolute Höhe der Transaktionskosten ist abhängig von den jeweiligen Vertragskonstellationen und den organisatorischen Rahmenbedingungen (z. B. Ausmaß an Unsicherheit, Anzahl verfügbarer Alternativen, Opportunismus und Vertrauen zwischen den Vertragsparteien und den verfügbaren Mechanismen zur Durchsetzung von Verträgen), wengleich sich deren quantitative Operationalisierung in der Praxis als sehr schwierig erweist (Richter & Furubotn 2003; Erlei et al. 2007).

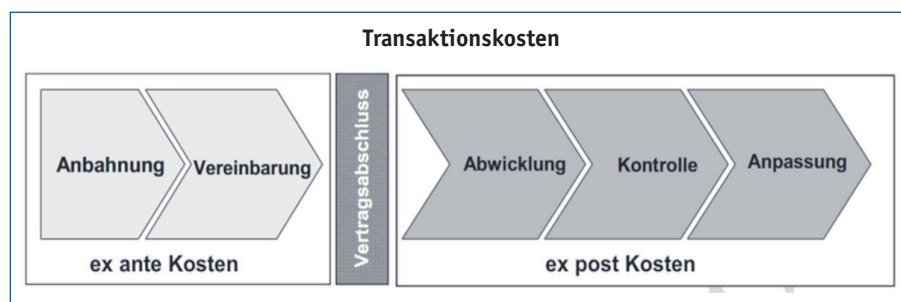


Abb. 1: Transaktionskosten (Eigene Darstellung in Anlehnung an Picot et al. 1997).

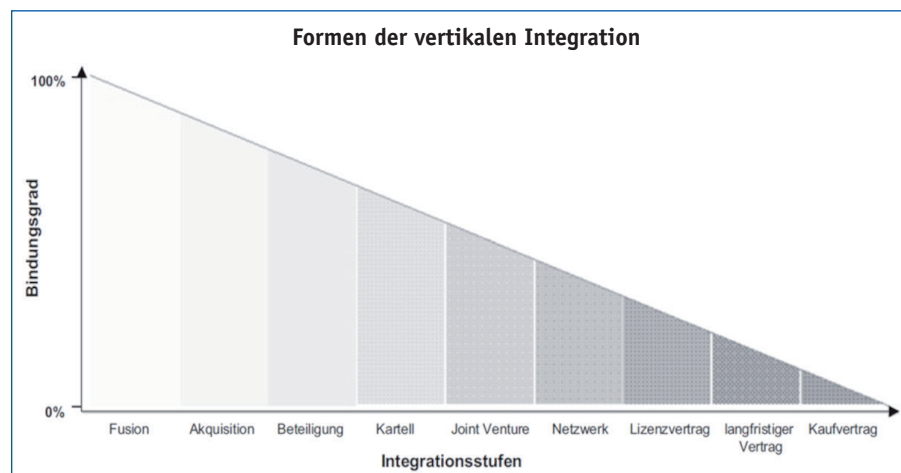


Abb. 2: Formen der vertikalen Integration (Amelung 2022).

## Prinzipal-Agenten-Theorie

Bei der Prinzipal-Agenten-Theorie handelt es sich um eine ökonomische Vertragstheorie, bei der häufig eine vertraglich vereinbarte Leistung und Rekompensation zeitlich auseinanderfallen, die unterschiedliche Ansätze zur effizienteren Gestaltung von Vertragsbeziehungen vereint (Amelung 2022). Die Grundidee besteht darin, dass potenzielle Vorteile einer Kooperation (die mit der Überlassung von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen einhergehen) zwischen einem Auftraggeber (Prinzipal) und einem Auftragnehmer (Agent) nur dann bestehen, wenn entsprechende institutionelle Arrangements getroffen werden. Eine der zentralen Annahmen dabei ist, dass der Auftragnehmer auch spezifische Eigeninteressen verfolgen kann, die nicht mit den Interessen des Prinzipals übereinstimmen, und er somit in Vertragssituationen seinen Handlungsspielraum auch opportunistisch zu nutzen versucht (Horsch et al. 2005; Richter & Furubotn 2003; Jensen & Meckling 1976).

Eine weitere Grundidee ist die asymmetrische Informationsverteilung zwischen den

beiden Vertragsparteien. Diese kann reduziert werden, sofern die besser informierte Vertragspartei (d. h. der Agent) dem Gegenüber glaubhaft die Qualität seiner Kompetenzen (z. B. durch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten) signalisieren kann (Wübker et al. 2010).

Auch der Prinzipal kann versuchen, durch systematisches Screening die relevanten Eigenschaften unterschiedlicher Agenten zu ermitteln (z. B. Rankings) und somit die Informationsasymmetrie zu verringern. Dabei entstehen sogenannte Agency-Kosten (Messkosten), die sich wie folgt zusammensetzen:

- Signalisierungskosten des Agenten zur Dokumentation seiner Leistungsbereitschaft und -fähigkeit (z. B. Zertifizierungen),
- Überwachungs- und Kontrollkosten, die zu Lasten des Prinzipals zur Verringerung der Informationsasymmetrie anfallen, sowie
- Residualverluste, d. h. trotz Signalisierung und Kontrolle verbleibende Messkosten (Jensen & Meckling 1976).

Aufgrund der großen Tragweite der Entscheidungen haben Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen eine besonders hohe Relevanz. Ebenso sind vertragliche Beziehungen von hoher Unsicherheit (z. B. hinsichtlich der Qualität der medizinischen Behandlung, der Erfolgswahrscheinlichkeiten therapeutischer Interventionen etc.) geprägt (Arrow 1963). Erschwerend kommt hinzu, dass die Qualität medizinischer Leistungen erst nach deren Erbringung seitens der Patient:innen abschließend beurteilt werden kann (Erfahrungsgüter). Im Gesundheitswesen bestehen Informationsasymmetrien nicht nur zwischen (1) Leistungserbringer und Patient:innen, sondern auch zwischen (2) Patient:innen und Versicherung sowie (3) zwischen Versicherung und Leistungserbringer.

Am Beispiel der Leistungserbringer/Patient:innen-Beziehung wird dies besonders deutlich. Zwischen Ärzt:innen/Kliniken und Patient:innen existieren Informationsasymmetrien bei der Wahl von medizinischen Interventionen und der Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen. Da Patient:innen selbst häufig nicht über die notwendige Expertise für die Wahl der Leistungen verfügen, beauftragen Patient:innen (Prinzipal) eine Ärzt:in (Agent) mit der Wahl und Durchführung der medizinischen Leistung. Besteht ein finanzielles Eigeninteresse des Agenten, die Leistungserbringung auszuweiten, kann dies zu einer künstlichen Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheits-

gütern oder -dienstleistungen führen – der angebotsinduzierten Nachfrage, für die sich rational handelnde Patient:innen mit vollem Informationsniveau nicht entschieden hätten (Folland et al. 2010). Das Phänomen der Angebotsausweitung über den eigentlichen Bedarf hinaus kann mit Hilfe der Prinzipal-Agenten-Theorie erklärt werden und findet in der Analyse des deutschen Gesundheitssystems regelmäßig Anwendung (bspw. Sachverständigenrat 2014).

### Rolle der Neuen Institutionenökonomik für die Versorgungsforschung

Die Gesundheitsversorgung basiert auf zahlreichen Transaktionen zwischen den unterschiedlichen Akteuren (Patient:innen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen), die sowohl marktbasierend als auch innerhalb von Organisationen stattfinden können (Stiles et al. 2001). Zahlreiche Versorgungsforschungsprojekte (z. B. im Rahmen des Innovationsfonds) beschäftigen sich mit der Neugestaltung bestehender Versorgungsstrukturen und -prozesse im deutschen Gesundheitswesen. Die Institutionenökonomik kann dabei Empfehlungen für die organisatorische Ausgestaltung dieser strukturellen Veränderungen geben, um eine effiziente Koordinierung der Transaktionen zu ermöglichen, und somit ein institutionelles Arrangement zu finden, in dem Transaktionskosten minimiert werden.

Zurückkommend auf das anfangs genannte Beispiel der Delegation ärztlicher Leistungen an Community Health Nurses wird dies deutlich. Je nach Aufgabenbereich erfolgen hierbei unterschiedlich ausgeprägte Kooperationen zwischen Ärzt:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Pflegepersonal, um die Versorgung der Patient:innen koordinierend zu steuern (DbfK 2019). Die dabei entstehenden Austauschbeziehungen können sowohl gegenständlich (z. B. eine medizinische/pflegerische Intervention) als auch immateriell (z. B. medizinische Beratung) sein, wobei an jeder Schnittstelle Transaktionskosten entstehen (Stiles et al. 2001).

Die Transaktionskostentheorie ermöglicht der Versorgungsforschung hierbei Antworten auf die Frage, wie gute Netzwerkstrukturen und Organisationen aufgebaut werden können, wenngleich die Kritik an diesem Ansatz nicht außer Acht gelassen werden sollte, dass Organisationen keine reinen Substitute zur Gestaltung von effizienten Transaktionen im Falle eines Marktversagens sind (Ghoshal & Moran 1996).

Mit einem abschließenden Blick auf das Thema „Gesundheitsregionen“ und die unterschiedlichen Varianten der vertikalen Integration darf angenommen werden, dass eine Gesundheitsregion nicht alle Leistungserbringer in Eigenregie betreiben kann. Parallelen zu komplett integrierten Systemen, wie dem staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens, lassen sich nur sehr begrenzt auf das deutsche Gesundheitssystem und seine Strukturen übertragen. Die zentrale Frage, um das richtige Maß an Integration zu finden, ist, welche Funktionsbereiche eine Gesundheitsregion besitzen muss und welche Leistungen sie am Markt hinzukaufen kann. Und somit: Welcher Grad an vertraglicher Bindung und wie viel Eigentum ist erforderlich?

In der Praxis dürfte die Antwort wie häufig im Kompromiss liegen. Zweifelsohne sollte eine Gesundheitsregion eine eigene Managementgesellschaft haben und diese wichtige Funktion nicht extern beauftragen. Aber nicht jede Gesundheitsleistung muss integriert sein. Sehr spezielle Gesundheitsleistungen, beispielsweise Videosprechstunden oder andere telemedizinische Angebote, können häufig effektiver und effizienter an externe Dienstleister ausgelagert werden. Diese müssen nicht zwangsweise Eigentum der Gesundheitsregion sein, hier reicht ein vertragliches Arrangement aus.

Die Prinzipal-Agenten-Theorie kann im Bereich der Delegationen von Aufgaben und der Frage, wie damit umzugehen ist, wenn Auftragnehmer einen Informationsvorsprung besitzen, hilfreich sein. Mit einer klaren Fokussierung auf Informationsasymmetrie und Unsicherheit können Probleme im Gesundheitswesen strukturiert und gelöst werden, z. B. im Rahmen des Managed-Care-Konzepts (Amelung 2022). Auch auf der Mikroebene von Gesundheitssystemen, auf deren Analyse ein Schwerpunkt der Versorgungsforschung liegt, kann die Prinzipal-Agenten-Theorie die Identifikation von existierenden Handlungsspielräumen in Patient:innen/Leistungserbringer-Beziehungen und Gestaltungsempfehlungen für Institutionen ermöglichen (Langer et al. 2009, Tofan et al. 2013).

### Zitationshinweis

Rottenkolber, D., Arnold, M., Amelung, V.: „Neue Institutionenökonomik“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 26-28. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2371>



# STOLZ, EIN TEIL DAVON ZU SEIN.

Mit dem Tarifvertrag  
Pro Personal Vivantes verändern  
wir die Arbeit in Pflege und  
Funktionsdiensten.

Werde Teil unseres Teams.

Du hast Fragen?  
WhatsApp an: 0170 568 63 09.  
Oder direkt online bewerben.



Mitarbeiter\*innen gesucht!

Jetzt bewerben.

 Vivantes

[pflege-veraendern.de](https://pflege-veraendern.de)

