

Schriftenreihe
der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft

Heft 53

Herausgeber:
Günther E. Braun und Frank Schulz-Nieswandt
im Auftrag des Wissenschaftlichen Beirats
der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft

Liberalisierung im Gesundheitswesen

Einrichtungen des Gesundheitswesens
zwischen Wettbewerb und Regulierung

mit Beiträgen von:

Johannes Blome-Drees
Günther E. Braun
Helmut Brede
Peter Eichhorn
Peter Friedrich
Jan Güssow

Joachim Merk
Holger Mühlenkamp
Karl Oettle
Günter Püttner
Ingrid Schmale
Frank Schulz-Nieswandt

 **Nomos**

Ökonomische Überlegungen zur Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen

Gliederung

- I. Einleitung
 - II. Merkmale von Gesundheitsleistungen und Leistungsempfängern
 - 1. Gesundheitsleistungen aus informationsökonomischer Sicht
 - 2. Phasen des Dienstleistungsprozesses
 - 3. Mitwirkung und Prädisposition der Leistungsempfänger
 - 4. Gesundheitsleistungen als Prinzipal-Agent-Problem
 - 5. Merkmale der Leistungsempfänger – Eingeschränkte Konsumentensouveränität
 - 6. Die Rolle der Finanzierung von Gesundheitsleistungen
 - III. Qualitätsbegriffe und Qualitätsauffassungen
 - IV. Wesentliche Aspekte der Qualitätsmessung und -bewertung von Gesundheitsleistungen
 - 1. Maßstab – Messung – Bewertung
 - 2. Qualitätsmessung und -bewertung durch verschiedene Informationsagenten
 - a) Qualitätsmessung und -bewertung durch Leistungserbringer
 - b) Qualitätsmessung und -bewertung durch neutrale Stellen
 - c) Qualitätsmessung und -bewertung durch Krankenkassen
 - d) Qualitätsmessung vor dem Hintergrund des Dienstleistungsphasenkonzepts
 - e) Probleme der Gesundheitsmessung und -bewertung
 - V. Der Status Quo der Qualitätssicherung im Spiegel der bisherigen Ausführungen
 - VI. Fazit
- Literaturverzeichnis

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-8329-1766-7

1. Auflage 2006

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2006. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

I. Einleitung

Oft wird behauptet, Gesundheit sei das höchste bzw. wichtigste aller Güter.¹ Gesundheit wird u.a. mit Hilfe von Gesundheitsleistungen erzeugt.² Wenn also Gesundheit ein so bedeutendes Gut ist, müsste auch die Qualität von Gesundheitsleistungen von äußerster Relevanz sein.

Dennoch bräuchte man kaum Gedanken auf das Thema dieses Beitrags zu richten, wenn die Qualität von Gesundheitsleistungen problem- bzw. kostenlos beobachtbar wäre: Jeder könnte die Qualität von Gesundheitsleistungen sofort erkennen, gute und schlechte Leistungserbringer wären leicht identifizierbar, und der Marktmechanismus würde alles zum Besten regeln, indem schlechte Leistungen nicht oder nur zu geringeren Preisen zu verkaufen wären und (zu) schlechte Leistungserbringer aus dem Markt ausscheiden müssten.

In der Realität sind die Märkte für Gesundheitsleistungen respektive die Beziehungen zwischen den Erbringern (Anbietern) und Empfängern (Nachfragern, Käufern, Kunden, Klienten, Patienten) von Gesundheitsleistungen jedoch regelmäßig durch Informationsasymmetrien gekennzeichnet. Vielfach verfügen die Anbieter bezüglich der Eigenschaften oder „Qualität“ von Gesundheitsleistungen über einen Informationsvorsprung gegenüber den Nachfragern. Diesen Informationsvorsprung können die Anbieter im eigenen Interesse nutzen. Beispielsweise könnten sie zur Kostenreduktion oder Arbeitersparnis die medizinische Qualität so weit verringern, dass dies von den Klienten/Patienten gerade nicht bemerkt wird. Dies impliziert die Gefahr einer nichtoptimalen Gesundheitsversorgung inklusive vermeidbarer Gesundheitsschäden auf Seiten der Patienten. Durch das beschriebene Informationsungleichgewicht eröffnet sich auch die Möglichkeit, dass Anbieter trotz unzureichender Leistungen auf Märkten bestehen können oder – gemessen an der tatsächlichen Qualität – zu hohe Preise verlangen und eventuell sogar gute Anbieter verdrängen. Daher gelten asymmetrische Informationen als eine Ursache für „Marktversagen“.³

Ob und inwieweit die Anbieter bzw. Leistungserbringer dazu neigen, ihren Informationsvorsprung gegenüber den Kunden zur Qualitätsreduktion zu nutzen, hängt u.a. vom herrschenden Entgelt- bzw. Anreizsystem (und den Zielsetzungen der Leistungserbringer) ab.⁴ Bei einer Einzelleistungshonorierung wird es tendenziell zu einer zu hohen Qualität („Überversorgung“) kommen,

weil die Leistungserbringer ihren Informationsvorsprung gegenüber Patienten und Krankenversicherungen tendenziell dahingehend nutzen werden, einen zu hohen Leistungsbedarf zu signalisieren. Bei Kostenerstattungssystemen ist ebenfalls mit Überversorgung und darüber hinaus mit betrieblicher Ineffizienz, d.h. mit höheren Kosten der Leistungserstellung als notwendig, zu rechnen.⁵ Pauschalentgeltsysteme, bei denen die Leistungserbringer quasi einen „Festpreis“ für eine bestimmte Leistung(smenge) erhalten, geben dagegen den Anreiz zur latenten Qualitätsminderung („Unterversorgung“), jedenfalls dann, wenn sich dadurch Kosten (Gewinne) reduzieren (steigern) lassen.⁶

Im Gesundheitswesen findet derzeit ein Umstellungsprozess von Einzelleistungs- und Kostenerstattungssystemen auf Pauschalentgeltsysteme statt, um Unwirtschaftlichkeit im Sinne einer Überversorgung zu begegnen. Exemplarisch sei die jüngst erfolgte Einführung von diagnoseabhängigen Fallpauschalen („Diagnoses Related Groups“ – DRGs) im Krankenhaussektor genannt. Bei asymmetrischen Informationen tauscht man durch den Wechsel des Entgeltsystems genau genommen jedoch lediglich einen Unwirtschaftlichkeitsanreiz (Überversorgung und/oder betriebliche Ineffizienz) gegen einen anderen Unwirtschaftlichkeitsanreiz („Unterversorgung“ bei betrieblicher Effizienz).⁷ Der Gesetzgeber versucht, letzterem mit einer steigenden Zahl von Vorschriften zur Qualitätssicherung gegenzusteuern.

Unabdingbare Bestandteile jeder Qualitätssicherung sind die Qualitätsmessung und -bewertung. Zugleich sind Qualitätsmessung und -bewertung Voraussetzungen, um uninformierten Konsumenten (bessere) Informationen über Leistungen und Leistungsersteller zu geben, was wiederum die Funktionsfähigkeit

5 Überversorgung ist spätestens dann als schlechte Leistungsqualität zu interpretieren, wenn medizinisch unnötige Leistungen erbracht werden, die den Patienten gesundheitliche Risiken auferlegen.

6 Zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit besteht kein zwangsläufiger Konflikt. Wenn die Qualität einer Leistung bei gleichen Kosten steigt oder gleiche Qualität zu geringeren Kosten erreicht wird, darf man von einer Wirtschaftlichkeitsverbesserung sprechen. Es ist sogar möglich, steigende Qualität bei geringeren Kosten zu haben – wie beispielsweise ein Rückgang an Behandlungskomplikationen zugleich zu einer Kostenreduktion führen kann. Inwieweit Qualität und Wirtschaftlichkeit rivalisieren bzw. miteinander vereinbar sind, hängt auch davon ab, ob die Akteure die wirtschaftlichen Konsequenzen ihres Handelns tragen müssen oder nicht. Können z.B. Krankenhäuser wenigstens einen Teil der Kosten schlechter Behandlungsqualität auf andere Versorgungsbereiche (Nachsorge, Rehabilitation) verlagern („externalisieren“), werden sie eher zur Qualitätsreduktion geneigt sein als ein über alle Versorgungsstufen integrierter Leistungserbringer, der eine Pauschale für die „Gesamtversorgung“ eines Behandlungsfalles erhält.

7 Zu den Wirkungen von Leistungs- und Gewinnanreizen auf die Leistungsqualität bei Informationsasymmetrien vgl. z.B. Hart u.a. (1997) und Wigger (2004).

1 Vgl. z.B. Breyer u.a. (2005), S. 1 u. 19.

2 Gesundheitsleistungen werden im vorliegenden Beitrag als Dienstleistungen verstanden, die der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Menschen dienen und an Menschen erbracht werden.

3 Vgl. z.B. Fritsch u.a. (2001), S. 272 ff.

4 Vgl. z.B. auch Sauerland (2001).

der entsprechenden Märkte verbessern würde.⁸ Schließlich erfordern auch Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen und ergebnisorientierte Entgeltsysteme Qualitätsmessungen und -bewertungen.

Der Beitrag ist folgendermaßen aufgebaut: Im nächsten Kapitel werden relevante Merkmale von Gesundheitsleistungen und Leistungsempfängern dargelegt. Das dritte Kapitel befasst sich mit verschiedenen Qualitätsbegriffen und -auffassungen. Wesentliche Aspekte der Qualitätsmessung und -bewertung werden im vierten Kapitel dargestellt. In Kapitel fünf werden die vorangehenden Aspekte und Überlegungen am gegenwärtigen Stand der Qualitätssicherung gespiegelt. Am Ende wird ein Fazit gezogen.

II. Merkmale von Gesundheitsleistungen und Leistungsempfängern

Eine Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheits(dienst)leistungen hat die speziellen Merkmale von Gesundheitsleistungen zu berücksichtigen. Daher werden in diesem Abschnitt die im vorliegenden Kontext aus ökonomischer Perspektive relevanten Eigenschaften von Gesundheitsleistungen skizziert. Darüber hinaus sind spezifische Merkmale der Leistungsempfänger und des Finanzierungssystems zu beachten.

1. Gesundheitsleistungen aus informationsökonomischer Sicht

Aus informationsökonomischer Perspektive wird zwischen Inspektions-, Erfahrungs- und Vertrauensgütern unterschieden. Inspektionsgüter sind dadurch gekennzeichnet, dass die – je nach Kontext – Käufer/Kunden/Klienten die Eigenschaften (Qualitätsmerkmale) des Gutes, für das eine Kaufabsicht besteht, vor dem Kauf bzw. Vertragsabschluß erkennen („inspizieren“) können. Bei Erfahrungsgütern offenbart sich die Qualität eines Gutes erst später, während des Gebrauchs. Bei Vertrauensgütern hingegen können die Käufer die tatsächliche Qualität nicht einmal im nachhinein exakt beurteilen.

Entsprechend dieser Gütertypologie weisen Gesundheits(dienst)leistungen ausschließlich Erfahrungsgut- und Vertrauensguteigenschaften, aber niemals die Merkmale eines Inspektionsguts auf, weil Dienstleistungen nicht im Vorhinein, quasi „auf Vorrat“, sondern erst nach dem Abschluss eines

Dienstleistungs- oder Behandlungsvertrags erbracht werden (können). Im Vorhinein sind lediglich feststehende Merkmale der Anbieter bzw. Leistungserbringer – wie deren Qualifikation oder Praxisausstattung – erkennbar.

Es ist davon auszugehen, dass medizinische Leistungen eine starke, wenn nicht sogar dominante Vertrauensgutkomponente aufweisen, weil (a) der Behandlungserfolg nicht nur von der Qualität einer medizinischen Dienstleistung, sondern auch von weiteren Faktoren abhängt, deren Wirkungen häufig nur schwer von denen der Gesundheitsdienstleistung zu isolieren sind, (b) ein Teil der erbrachten Dienstleistungen für den Patienten unsichtbar ist (z.B. Operationen unter Vollnarkose) und (c) selbst bei sichtbaren Dienstleistungskomponenten (Anamnese, Diagnostik, sichtbare Teile therapeutischer Maßnahmen) für den Patienten mangels Fachwissen nicht erkennbar ist, welche Qualität tatsächlich „geliefert“ wird. Man kann daher von „Informationsmängeln“ sprechen, die als eine bestimmte Form von „Marktversagen“ gelten.

2. Phasen des Dienstleistungsprozesses

Des weiteren spielt die auf *Donabedian*⁹ zurückgehende phasenorientierte Betrachtung von Dienstleistungen bei der Qualitätsbeurteilung derselben eine entscheidende Rolle. Gemäß der Phasenbetrachtung werden Dienstleistungen in eine Potenzial- bzw. Struktur-, eine Prozess- und eine Ergebnisphase unterteilt.¹⁰ Zum Dienstleistungspotential (zur Dienstleistungsstruktur) sind z.B. die Qualifikation der Leistungserbringer, deren räumliche Ausstattung sowie deren Organisation von Behandlungsabläufen zu zählen. Der medizinische Dienstleistungsprozess besteht – abgesehen von der Erhebung der Krankenvorgeschichte (Anamnese) – im Kern aus der Untersuchung der Patienten (Diagnose) und deren Behandlung (Therapie). Das Ergebnis (des Behandlungsprozesses) manifestiert sich in der durch die Behandlung erzeugten Veränderung des Gesundheitszustands der Patienten und der Patientenzufriedenheit (beides wird auch als „Outcome“ bezeichnet). Bei einer weiten Begriffsauslegung wären zum Outcome auch das beim Patienten erzeugte krankheits- bzw. gesundheitsspezifische Wissen, seine Einstellungs- sowie seine

⁸ Mit dieser Sichtweise ist die vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (*SVRKAiG* (2001), S. 144 ff., u. (2003), S. 102 ff.) vertretene Position der Notwendigkeit einer Kompetenzerweiterung und Partizipation der Nutzer des Gesundheitssystems durchaus kompatibel.

⁹ Vgl. *Donabedian* (1980), S. 81 ff.

¹⁰ Die ebenfalls auf *Donabedian* (1980) zurückgehende Differenzierung zwischen sog. Teilqualitäten ist hier nicht relevant und wird deshalb nicht weiter verfolgt. Der Teilqualitätenansatz unterscheidet zwischen der Qualität medizinischer Leistungen (medizinisch-technische Qualität), der Qualität der persönlichen Beziehungen zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger (Freundlichkeit, Höflichkeit, Respekt etc.) und den Annehmlichkeiten im Umfeld der medizinischen Behandlung (räumliche Atmosphäre, Hotelleistungen im Krankenhaus u.ä.).

Gesundheitsverhaltensänderungen dazuzuzählen.¹¹ Bei einer (noch) weitergehenden Interpretation kann man letztlich den Gewinn an Lebensqualität als Outcome ansehen.

3. Mitwirkung und Prädisposition der Leistungsempfänger

Ein weiteres wesentliches Merkmal vieler Dienstleistungen im allgemeinen¹² und von Gesundheitsleistungen im speziellen ist die Einbindung bzw. die Mitwirkung (notwendigkeit) der Leistungsempfänger/Patienten in den bzw. am Behandlungs- und Heilungsprozess („Compliance“).¹³ Deshalb werden die Leistungsempfänger gelegentlich als „Koproduzenten“ bezeichnet. Dabei und darüber hinaus spielt häufig die physische, psychische und soziale Prädisposition der Patienten für den Leistungsprozess und das Leistungsergebnis eine erhebliche Rolle.

Eine ähnliche Sichtweise liefert das in der Gesundheitsökonomik bekannte „Gesundheitsproduktions-Modell“ („Grossman-Modell“).¹⁴ Hiernach wird Gesundheit als persönlicher Kapitalstock angesehen, welcher durch entsprechende Investitionen in Form von Gesundheitsleistungen, gesunder Ernährung, sportlichen Aktivitäten, Erholung u.ä. erhöht werden kann. Die Individuen treten also quasi unmittelbar als Produzenten ihrer Gesundheit auf. Gesundheitsleistungen sind unter diesem Blickwinkel eine Form des „Inputs“ oder „Sekundärleistungen“ bei der Erzeugung des individuellen „Gesundheits-Outputs“ oder der „Primärleistung“.

Sowohl die Perspektive der Dienstleistungsökonomik als auch das Gesundheitsproduktionsmodell implizieren, dass das Behandlungsergebnis nicht allein von den Leistungserbringern bzw. deren Dienstleistungsqualität determiniert wird. Daraus folgt wiederum – zumindest für eine faire Leistungsbeurteilung – die Notwendigkeit einer Separation des Produzenten- und Koproduzenteneinflusses auf das Ergebnis. Das gleiche gilt für die Beurteilung des Behandlungsprozesses.

4. Gesundheitsleistungen als Prinzipal-Agent-Problem

Die Beziehung zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern im Gesundheitswesen stellt eine typische Auftraggeber-Auftragnehmer-Relation

dar.¹⁵ Derartige Beziehungen sind Gegenstand der sog. Prinzipal-Agent-Theorie. Im vorliegenden Kontext ist der Patient bzw. Versicherte originärer Auftraggeber (Prinzipal); Auftragnehmer (Agenten) sind die Leistungserbringer respektive Krankenkassen.¹⁶ Das (Haupt-)Problem solcher Beziehungen besteht darin, dass der Prinzipal mangels ausreichender Informationen die Handlungen des Agenten (seine Anstrengung, Sorgfalt, Orientierung an bestehenden medizinischen Erkenntnissen etc.) nicht exakt beurteilen kann. Aus diesem Grund können Prinzipal und Agent keinen Vertrag schließen, der das Entgelt des Agenten unmittelbar an seine Anstrengungen koppelt. Die Prinzipal-Agent-Theorie untersucht nun (ersatzweise) die Möglichkeiten der Einführung sog. leistungs- oder ergebnisorientierter Entgeltsysteme. Im vorliegenden Kontext wäre demzufolge der Frage nachzugehen, wie die Leistung von Ärzten und anderen Leistungserbringern bzw. das Ergebnis des medizinischen Leistungsprozesses gemessen werden und ein tauglicher Zusammenhang zwischen Leistung/Ergebnis und Entgelt hergestellt werden kann.

5. Merkmale der Leistungsempfänger – Eingeschränkte Konsumentensouveränität

Neben den durch die Eigenschaften von Gesundheitsleistungen unvermeidlich bedingten Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern¹⁷ darf man von einer teilweisen Einschränkung der Konsumentensouveränität durch den situativen Kontext der Leistungsabgabe und des Leistungsempfangs ausgehen – z.B. bei Notfällen, Bewusstlosigkeit und demenziellen Erkrankungen. Mangelnde Konsumentensouveränität bedeutet hier, dass die Konsumenten (Patienten) wenigstens in bestimmten Situationen, selbst im Falle vorliegender Qualitätsinformationen, nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, diese Informationen zu verwerten.¹⁸ Man muss also

11 Vgl. Donabedian (1978), S. 857.

12 Zu den konstituierenden Merkmalen von Dienstleistungen vgl. z.B. Bezold (1996), S. 29, und Bruhn (2003), S. 13 ff.

13 Vgl. z.B. Corsten (2001), S. 26.

14 Vgl. Grossman (1972) und z.B. Breyer u.a. (2005), S. 73 ff.

15 Breyer u.a. (2005), S. 435 ff., sprechen vom Arzt als „Sachwalter“ des Patienten.

16 Natürlich sind neben „einfachen“ Prinzipal-Agent-Beziehungen mehrstufige Prinzipal-Agenten-Verhältnisse ebenso anzutreffen wie Agenten, die für mehrere Prinzipale arbeiten bzw. Prinzipale, die mehrere Agenten einschalten. Beispielsweise könnten Krankenkassen als zwischengeschaltete Agenten der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern auftreten. Ärzte arbeiten grundsätzlich für viele Patienten (Prinzipale), und Patienten beauftragen durchaus verschiedene Ärzte (Agenten) mit der Heilung einer bestimmten Krankheit.

17 Diese können selbstverständlich individuell sein und im Zeitablauf auch abnehmen. Beispielsweise wird bei chronisch erkrankten Patienten häufig unterstellt, dass sie im Lauf der Zeit viel über ihre Erkrankung und die Wirkungen von Behandlungen lernen, so dass sich ihr Informationsnachteil gegenüber den behandelnden Ärzten reduziert.

18 Es ist relativ unbestritten, dass die Patienten sehr wohl die Qualität der persönlichen Beziehungen und der Annehmlichkeiten zu beurteilen in der Lage sind (s. Fn. 10), sofern der situative Kontext nicht auch diese Fähigkeit beeinträchtigt.

unterscheiden zwischen der Unmöglichkeit rationaler Entscheidungen aufgrund fehlender Informationen und der Unmöglichkeit rationaler Entscheidungen aufgrund persönlicher oder situativer Unfähigkeit zur Informationsverarbeitung.

6. Die Rolle der Finanzierung von Gesundheitsleistungen

Oben wurde bereits angesprochen, dass die Wahl des Finanzierungsmechanismus das Verhalten der Leistungserbringer beeinflusst. Die Art der Finanzierung beeinflusst aber auch das Verhalten der Leistungsempfänger. Alle bisherigen Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung haben wenig daran geändert, dass die dort Versicherten – immerhin ca. 88 % aller Krankenversicherten in Deutschland¹⁹ – in den meisten Fällen keinen oder nur einen schwachen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und -qualität und den von Ihnen zu entrichtenden Zahlungen spüren.²⁰ Diese Tatsache lässt zwei Wirkungen erwarten. Zum einen wird der Anreiz für die Patienten gesenkt, die Leistungsqualität zu hinterfragen bzw. Informationen über die Leistungsqualität zu suchen – selbst in den Fällen, in denen sie dazu in der Lage wären. Zum anderen reduziert dies den Antrieb zur Mitwirkung der Patienten beim Behandlungs- und Heilungsprozess („Compliance“), weil dadurch entstehende finanzielle Folgen nicht von den Patienten getragen werden müssen.

III. Qualitätsbegriffe und Qualitätsauffassungen

Was ist Qualität (von Gesundheitsleistungen)? Zunächst bedeutet Qualität (lateinisch „qualitas“) etymologisch betrachtet nichts weiter als Beschaffenheit, Verhältnis, Eigenschaft. Demnach wäre Qualität als Gesamtheit der Merkmale/Eigenschaften eines Gutes bzw. einer Dienstleistung zu verstehen.

In der Dienstleistungsliteratur finden sich verschiedene Qualitätsbegriffe, hinter denen differierende Qualitätsverständnisse und -perspektiven stehen. *Haller* diskutiert u.a. den teleologischen Qualitätsbegriff, den produktorientierten Qualitätsbegriff, den herstellungsorientierten Qualitätsbegriff, den kundenorientierten Qualitätsbegriff sowie den wertorientierten Qualitätsbegriff.²¹

19 Im Jahr 2003 waren 87,8 % der Bevölkerung in der GKV und 9,7 % in der PKV versichert (vgl. *Bund* (2005)).

20 Auch die Praxisgebühr in der GKV beeinflusst lediglich die Zahl der Arztbesuche („Erstkontakte“), aber nicht die Leistungsmenge und -qualität pro Arztbesuch. Selbst Privatpatienten müssen häufig keine Selbstbeteiligung leisten, so dass dann auch hier die medizinischen Kosten nicht direkt gespürt werden.

21 Vgl. *Haller* (1998), S. 5 ff.

Der teleologische (zweckorientierte) Qualitätsbegriff sieht in der Qualität die Erfüllung der an ein Produkt gestellten Anforderungen bzw. die Eignung eines Produkts zur Erfüllung menschlicher Bedürfnisse. Gesundheitsleistungen wären demnach an den mit ihrer Hilfe verfolgten Zwecken (Zielen) zu beurteilen. Liegt der Zweck in der Heilung, sind Gesundheitsleistungen dann von hoher (geringer) Qualität, wenn sie (nicht oder wenig) geeignet sind, einen angestrebten Heilerfolg herbeizuführen bzw. (nicht oder wenig) effektiv sind.

Der produktorientierte Qualitätsbegriff zielt auf objektiv messbare Eigenschaften von Gütern/Dienstleistungen, z.B. die Größe, Länge, Farbe und Materialeigenschaften von Gebrauchsgegenständen, den Fettgehalt und Brennwert von Nahrungsmitteln, die Knotenzahl pro cm² bei Orientteppichen etc. Übertragen auf medizinische Leistungen wäre die objektiv messbare Dauer von Behandlungen, Beratungsgesprächen und Wartezeiten, die Art und Menge medizinischer Handgriffe und Prozeduren oder die (qualitätsbereinigte) Verlängerung des Lebens etc. anzusetzen. Qualitätsunterschiede ergäben sich dann aus Unterschieden in der Menge oder Ausprägung eines Attributs. Beispielsweise könnte man folgern, fettarme Nahrungsmittel, längere Beratungsgespräche oder ein hoher Gewinn an Lebensjahren seien besser als fetthaltige Nahrungsmittel, kurze Beratungsgespräche oder wenig Gewinn an Lebensjahren.

Der herstellungsorientierte Qualitätsansatz ist durch Normen- und Standardsetzung charakterisiert und zielt primär auf den Herstellungsprozess. Die Einhaltung von medizinischen Leitlinien würde demnach hier hohe Qualität implizieren, während deren Nichteinhaltung als geringe Qualität zu interpretieren wäre.

Der kundenorientierte Qualitätsbegriff korrespondiert mit der Vorstellung des in der Ökonomik verbreiteten normativen Individualismus – der sog. Konsumentensouveränität. Danach soll der Kunde – und niemand anderes – über die Qualität eines Produkts entscheiden. Demnach wären hier allein die Qualitätswahrnehmungen und -bewertungen der Patienten relevant.

Das wertorientierte Qualitätsverständnis entspricht dem Preis-Leistungs- bzw. dem Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Produkts. Diese Qualitätsauffassung berücksichtigt, dass Qualität nicht kostenlos zu haben ist und deshalb Qualitätskosten und Qualitätsnutzen gegeneinander abzuwägen sind. Die optimale (effiziente) Qualität ist folglich nicht identisch mit der maximal möglichen Qualität. Vielmehr halten sich beim optimalen Qualitätsniveau Grenznutzen und Grenzkosten die Waage. Im vorliegenden Kontext wäre demnach nicht das höchstmögliche, sondern ein effizientes Qualitätsniveau medizinischer Leistungen anzustreben.

Berücksichtigt man die o.g. verschiedenen Dienstleistungsphasen, liegt es auf der Hand, zwischen Potenzial-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden. Entsprechend dem Gesundheitsproduktionsmodell könnte auch zwischen Sekundär- und Primärqualität differenziert werden. Weiter könnte man die Phasen bzw. Primär- und Sekundärqualität mit den eben genannten Qualitätsauffassungen kombinieren. Beispielsweise könnte man eine prozess- und herstellungsseitige Qualitätsauffassung oder eine ergebnis- und kundenorientierte Qualitätsauffassung vertreten.

Aber welcher Qualitätsbegriff bzw. welche Qualitätsauffassung ist bei medizinischen Dienstleistungen respektive Gesundheitsleistungen angezeigt? Es gibt wohl kein allumfassend geeignetes und akzeptiertes Qualitätsverständnis, vielmehr hängt die Antwort von Werturteilen, Zielsetzungen etc. ab. Aus normativ-ökonomischer Sicht wäre prinzipiell die wertorientierte Kundenperspektive vorzuziehen. Da sowohl die teleologische als auch die produktorientierte und die wertorientierte Qualitätsauffassung offen lassen, wer Ziele, Zwecke bzw. relevante Eigenschaften definiert bzw. die Bewertung vornimmt, sind diese Qualitätsverständnisse mit dem kundenorientierten Qualitätsbegriff grundsätzlich kompatibel. Dies ist dann der Fall, wenn Ziel- und Zwecksetzung, die Bestimmung der relevanten Eigenschaften und die Bewertung den Kunden überlassen bleibt. Der wertorientierte Ansatz hat zudem den Charme, dass er rationale Qualitätsentscheidungen ermöglicht. (Qualitäts-)Entscheidungen ohne Beachtung von Restriktionen bzw. Kosten und Preisen bewirken nämlich nur zufällig optimale, aber mit großer Wahrscheinlichkeit ökonomisch suboptimale Ergebnisse. Ohne Berücksichtigung der Kostenkomponente ist die Gefahr sehr groß, dass Qualitäten gewählt werden, deren (Grenz-)Kosten über oder unter deren (Grenz-)Nutzen liegen.

Wie bereits oben erwähnt, ist die Annahme ausreichender Konsumenten- bzw. Patientensouveränität im vorliegenden Kontext jedoch berechtigten Zweifeln ausgesetzt, so dass die normativ-ökonomisch wünschenswerte Qualitätsauffassung hier nicht generell, sondern nur eher selten angebracht ist.²² Man wird im Regelfall nicht umhin kommen, Expertenrat einzuholen und die Anbieterseite zu berücksichtigen. Damit nähert man sich de facto zwangsläufig einem maßgeblich von Experten und Anbietern bestimmten Qualitätsverständnis.

22 In einem Übersichtsartikel widmet sich *Rubin (1990)* der Frage, inwieweit Patienten die Qualität von Krankenhausleistungen bewerten können. Er kommt zu folgenden Resultaten: (a) Es gibt einen Zusammenhang zwischen der von den Patienten empfundenen Gesundheitsverbesserung und der Zufriedenheit mit bzw. der Bewertung von bestimmten Komponenten/Indikatoren der Krankenhaus-Qualität. Allerdings ist die Stärke dieses Zusammenhangs unklar. (b) In mancher Hinsicht stimmen Patientenurteile und die Urteile des Fachpersonals überein. Dies betrifft jedoch nicht die Qualität medizinischer Leistungen i.e.S., sondern lediglich pflegerische Leistungen und die Stationsatmosphäre.

Meines Erachtens kann man sich an dieser Stelle immerhin auf den Standpunkt stellen, dass jeder vernünftige Qualitätsbegriff in der Medizin zumindest auch die Ergebnisqualität umfassen muss, denn es ist nur schwer vorstellbar und zu rechtfertigen, dass Patienten medizinische Behandlungen ohne jeglichen Bezug zu ihrem Gesundheitszustand – quasi als reines Konsumgut ohne jede Investitionskomponente – in Anspruch nehmen (sollten).

Es hat zumindest den Anschein, dass von medizinischer Seite stammende Qualitätsdefinitionen regelmäßig diese Ansicht teilen und die Ergebniskomponente sogar in den Vordergrund stellen. Beispielhaft sei die vom Institute of Medicine in den USA stammende Qualitätsauffassung genannt: "Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge."²³ Die medizinische Sichtweise lässt jedoch zumeist – wie auch in diesem Zitat deutlich wird – Effizienzerwägungen außer acht. Daher ist zu erwarten, dass Mediziner – gemessen am ökonomischen Optimum – zu einer „zu hohen“ Qualität neigen.

Inwieweit Prozess- und Strukturkomponenten bei einer Qualitätsbeurteilung zu beachten sind, sollte von den Präferenzen der Leistungsempfänger abhängen. Sofern nicht nur das Ergebnis, sondern auch „der Weg das Ziel ist“, wären Prozesselemente berücksichtigenswert. Spiel(t)en Prestigeüberlegungen eine Rolle, könn(t)en aus Kundensicht auch Struktur- bzw. Potenzialkomponenten von Bedeutung sein. Bei einem strikten Ergebnisinteresse der Leistungsempfänger bzw. einer reinen Investitionsbetrachtung wären dagegen Struktur- und Prozesskomponenten zu ignorieren.

IV. Wesentliche Aspekte der Qualitätsmessung und -bewertung von Gesundheitsleistungen

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Elemente einer Bewertung unterschieden und untersucht, wie eine im Patienteninteresse liegende Bewertung aussehen müsste. Anschließend wird die Qualitätsmessung unter Berücksichtigung der Dienstleistungsphasen betrachtet, wobei besonders auf die Ergebnisqualität und damit die Gesundheitsmessung eingegangen wird.

23 Institute of Medicine – IOM zitiert nach *Lohr (1995)*, S. 215.

1. Maßstab – Messung – Bewertung

Jede Qualitätsbewertung bzw. -beurteilung²⁴ beinhaltet drei Elemente: zum einen eine Qualitätsmessung (Qualitätswahrnehmung), zum zweiten einen impliziten oder expliziten Bewertungsmaßstab und zum dritten die Bewertung an sich, die aus dem Abgleich des wahrgenommenen Qualitätsergebnisses mit dem Qualitätsmaßstab resultiert. Messung und Maßstab sind also unabdingbare Voraussetzungen der Bewertung.

Eine „objektive“ Qualitätsbeurteilung/-bewertung ist nur insoweit möglich, als ausschließlich objektiv messbare Qualitätsmerkmale – wie beim produktorientierten Qualitätsverständnis – verwendet werden und darüber hinaus die Bewertung anhand eines transparenten Wertmaßstabs und nach eindeutigen, intersubjektiv nachvollziehbaren Regeln stattfindet. Die Wertmaßstäbe sind dagegen im wissenschaftstheoretischen Sinne zwangsläufig „normativ“, d.h. sie lassen sich weder als „richtig“ noch als „falsch“ beweisen. Gemäß dem individualistischen Werturteil der ökonomischen Theorie müssten die Wertmaßstäbe der Konsumenten bzw. Patienten zugrunde gelegt werden.

Aus den oben genannten Gründen sind die tatsächlichen oder potenziellen Leistungsempfänger jedoch in vielen Fällen bestenfalls eingeschränkt in der Lage, eine oder mehrere der Teilfunktionen/Arbeitsschritte Maßstabentwicklung, Messung und Bewertung zu übernehmen.²⁵ Deshalb ist zu untersuchen, an wen die Versicherten/Patienten diese Aufgaben ggf. am besten delegieren. So gesehen ist nicht nur die eigentliche Leistungserbringung, sondern auch die Maßstablieferung, Messung und Bewertung – respektive die Lieferung von Qualitätsinformationen – als Prinzipal-Agent-Relation anzusehen.

Die genannten Arbeitsschritte können von ein und derselben Person bzw. Institution durchgeführt werden. Es ist aber auch denkbar, jede Teilfunktion einer anderen Person bzw. einem anderen Agenten zu überlassen. Werden z.B. im Rahmen der Ergebnisfeststellung physiologische Maße (Blutdruck, Blutzuckergehalt etc.) herangezogen, können diese von Medizinern, teilweise aber auch von den Patienten selbst ermittelt werden. Werden Patienten über ihren (subjektiv wahrgenommenen) Gesundheitszustand befragt, kann man dies interpretieren als Qualitätsmessung (Wahrnehmung) durch den Patienten. Die Bewertung der physiologischen Indikatoren und der Befragungsergebnisse bleibt dann jedoch üblicherweise Medizinern überlassen. Die von diesen verwendeten Maßstäbe stammen häufig von einer wieder anderen Instanz wie den medizinischen Fachgesellschaften.

24 Beide Begriffe werden im folgenden synonym verwendet.

25 Mit anderen Worten: Die Informationsmängel bzw. die Uninformiertheit des Patienten können sich auf Maßstab und/oder Messung und/oder Bewertung beziehen.

Ob Messung, Kriteriensetzung und Bewertung jeweils von der gleichen Person/Instanz oder getrennt erfolgen sollten oder nicht, kann sowohl unter Effizienzgesichtspunkten als auch unter Anreizgesichtspunkten gesehen werden. Unter Effizienzgesichtspunkten ist abzuwägen zwischen dem Übermittlungs- und Vermittlungsaufwand von qualitätsrelevanten Informationen sowie einem eventuell bestehenden Spezialisierungsvorteil. Der Übermittlungsaufwand – z.B. vom Messenden zum Bewertenden – spricht für die Vereinigung der Arbeitsschritte bei einer Instanz. Spezialisierungsvorteile könnten dagegen eine Trennung begründen. Unter Anreizgesichtspunkten sollten die Teilaufgaben dagegen jeweils denjenigen übertragen werden, die am ehesten geneigt sind, im Interesse der Patienten zu handeln.

2. Qualitätsmessung und -bewertung durch verschiedene Informationsagenten

Als Agenten für Messung, Maßstablieferung und Bewertung – im folgenden als „(Qualitäts-) Informationsagenten“ bezeichnet²⁶ – kämen grundsätzlich in Frage: die Leistungserbringer, neutrale Instanzen (sog. spezialisierte Dritte) und die Financiers der Gesundheitsleistungen, nämlich die Krankenkassen und Krankenversicherungen.

a) Qualitätsmessung und -bewertung durch Leistungserbringer

Für die Beauftragung der Leistungserbringer spricht die gegenüber den Leistungsempfängern grundsätzlich überlegene Beurteilungskompetenz. Zudem müssten die Anbieter aus Reputationsgründen sogar ein ureigenes Interesse an einer Selbstüberwachung haben. Deshalb könnte eine sog. Selbstregulierung der Leistungserbringer u.U. ein adäquates Qualitätsniveau sicherstellen. „[...] we have expected the (health!) professions to govern themselves so strictly that we need to have no fear of exploitation or incompetence. The object of quality assessment is to determine how successful they have been in doing so [...]“²⁷

26 Genau genommen ist zwischen reinen „Informationsagenten“ und „Entscheidungsagenten“ zu differenzieren. Erstere liefern lediglich Informationen, Entscheidung treffen jedoch die Klienten als Prinzipale. Entscheidungsagenten bestimmen dagegen im Auftrag der Patienten über Therapien, die Auswahl von Leistungserbringern etc. Man darf wohl davon ausgehen, dass insbesondere dann Entscheidungsagenten eingesetzt werden, wenn die Klienten nicht (ausreichend) in der Lage sind, medizinische Prozeduren, die Qualität von Leistungserbringern usw. zu beurteilen, also Messergebnisse und Maßstäbe nicht (ausreichend) verarbeiten können.

27 Donabedian (1978), S. 856.

Jedoch ist zu bedenken, dass der Reputationsmechanismus bei Vertrauensgütern nur funktionieren kann, wenn die a priori bestehende „Qualitätsunsicherheit“ durch neutrale Experten behoben wird, da die Klienten definitionsgemäß gar nicht in der Lage sind, fundierte Qualitätsurteile zu treffen. Wenigstens eklatante Qualitätsmängel können u.U. von Fachgutachtern festgestellt werden.²⁸ So ist die Feststellung sog. „Kunstfehler“ geeignet, die Reputation eines Leistungserbringers zu beschädigen. Also liegt es im Interesse jedes einzelnen Leistungserbringers, wenigstens grobe Mängel zu vermeiden.

Neben der individuellen Reputation existiert eine Gruppenreputation, die ebenfalls Bestrebungen nach Selbstregulierung erklären dürfte. Allerdings ist die Gruppenreputation ein Kollektivgut, auf das die Reputation der Gruppenmitglieder wie ein externer Effekt wirkt. Bei Kollektivgütern besteht immer die Gefahr des „Trittbrettfahrens“ – das einzelne Gruppenmitglied wird abwägen zwischen den Vor- und Nachteilen der Einhaltung und des Abweichens von den Gruppenkodizes. Interpretieren wir hohe (geringe) Leistungsqualität des einzelnen Leistungserbringers als positiven (negativen) externen Effekt gegenüber den Kollegen, wird dieser jedoch ohne „Marktkorrektur“ (soziale Gruppenzwänge, gesetzliche Maßnahmen etc.) nicht in das Entscheidungskalkül der einzelnen Leistungserbringer eingehen.

Der Wille des Einzelnen und der Gruppe zur Verhinderung negativer Qualitätsauswüchse wird natürlich durch gegenseitige Rücksichtnahme gemindert. Die Rücksichtnahme wird mit gegenseitiger Abhängigkeit und der Notwendigkeit wechselseitigen „Good will“ steigen.²⁹ Bei einer Selbstregulierung besteht zudem die Gefahr, dass die Gruppeninteressen oder ganz einfach die Einigungskosten der Gruppe zu suboptimalen Qualitätsmaßstäben führen. So könnte statt des Standes des medizinischen Wissens die durchschnittliche medizinische Praxis als Qualitätsstandard angesetzt werden.³⁰ Insgesamt ist von einer Selbstregulierung jedoch zu erwarten, dass sie wenigstens grobe Auswüchse verhindert oder einschränkt. Im Patienteninteresse wird sie jedoch gewisser Ergänzungen bedürfen.

28 Genau genommen liegt ein infinites Regress vor: Die Konsumenten/Patienten können die exakte Leistungsqualität nur durch die Einschaltung von Dritten in Erfahrung bringen. Wie sollen die Konsumenten/Nachfrager jedoch die Glaubwürdigkeit eines Dritten beurteilen können? Dazu bräuchten Sie Informationen über diesen Dritten usw.

29 Vgl. *Donabedian (1978)*, S. 863.

30 Dies könnte unter ökonomischen Gesichtspunkten sogar vorteilhaft sein, nämlich dann, wenn das durchschnittliche Qualitätsniveau näher am Qualitätsoptimum liegt als die Maximalqualität.

b) Qualitätsmessung und -bewertung durch neutrale Stellen

Die Leistungserbringer haben nicht zwangsläufig das Monopol über Experten- oder Fachwissen, da es unabhängige Forscher und Fachmediziner geben kann, die keine finanziellen Interessen gegenüber den Patienten, der Pharmaindustrie oder sonstigen Akteuren aufweisen.³¹ Neutrale Stellen könnten dann (neutrales) Expertenwissen nutzen, indem sie Experten einstellen oder beauftragen, Qualitätsmaßstäbe zu liefern und/oder Qualität zu messen und/oder zu bewerten.

Auf die Generierung von Qualitätsinformationen spezialisierte Dritte können anders oder besser als einzelne Leistungserbringer und Leistungsempfänger Größenvorteile der Informationsgewinnung und -verbreitung realisieren. Also kann man daran denken, allgemeine Verbraucherschutzinstitutionen wie die Stiftung Warentest oder speziell für das Gesundheitswesen geschaffene Einrichtungen wie das Deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) mit der Lieferung von Qualitätsinformationen über Gesundheitsleistungen zu beauftragen.

Es wäre jedoch naiv zu glauben, dass neutrale Instanzen nicht wenigstens versuchsweise von Lobbyisten bzw. Politikern bedrängt würden. Daher ist von entscheidender Bedeutung, inwieweit derartige Institutionen befähigt werden, äußeren Pressionen standzuhalten.³² Auch sollte man nicht davon ausgehen, Mitglieder neutraler oder nicht kommerzieller Anreize ausgesetzter Stellen seien „interessenlos“. Sie unterliegen, wenn nicht fremden, so doch eigenen Interessen. Beispielsweise wird in der Theorie zu Nonprofit-Organisationen regelmäßig unterstellt, die dort Verantwortlichen verfolgten anstelle der Gewinnmaximierung das Ziel der Mengen- und oder Qualitätsmaximierung.³³ Dies könnte dazu führen, dass Dritte gemessen am ökonomischen Optimum zu hohe Qualitätsanforderungen stellen.

c) Qualitätsmessung und -bewertung durch Krankenkassen

Für die Wahrnehmung der beschriebenen Aufgaben durch die Krankenkassen spricht das Argument der „Dateneffizienz“. Krankenkassen können im Vergleich zu Einzelpersonen ebenfalls Größenvorteile der Informationsgenerie-

31 Dies ist keineswegs selbstverständlich. Beispielsweise gab es wenigstens früher kaum Atomreaktorexperten, die nicht auf irgendeine Art der Atomindustrie bzw. den Energieerzeugern verbunden waren.

32 Zu den Pressionen, denen das für das IQWiG als Vorbild geltende britische National Institute of Clinical Excellence (NICE) ausgesetzt ist, vgl. *Waiß (2003)*.

33 Vgl. z.B. *Hansmann (1987)*.

rung realisieren. Darüber hinaus stehen ihnen, anders als neutralen Dritten, routinemäßig Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Verfügung, die Rückschlüsse vor allem auf die Ergebnisqualität ermöglichen. Die Nutzung dieser Daten zum Zweck der Qualitätssicherung erzeugt also keine weiteren Erzeugungs- und Übermittlungskosten, sondern lediglich Auswertungskosten.

Darüber hinaus scheint es auf den ersten Blick so, als ob Krankenkassen und Patienten gleichgerichtete Interessen hätten. Beide dürften grundsätzlich an einer kostengünstigen, aber qualitativ wenigstens zufriedenstellenden und damit wirtschaftlichen Leistungsqualität interessiert sein. Dabei dürfte der Wirtschaftlichkeitsanreiz für Krankenkassen unter dem gegebenen Beitragsatzwettbewerbsregime deutlich größer sein als der der Patienten, weil sich die Patienten wiederum einem Gefangenen-Dilemma ausgesetzt sehen: Jede Einsparung oder Mehrausgabe, die ein einzelner Versicherter erzeugt, kommt auch allen anderen Versicherten zugute bzw. muss von ihnen mitgetragen werden. Vor diesem Hintergrund wären die Krankenkassen die besten verfügbaren Informationsagenten der Versicherten.

Allerdings hat der Beitragssatzwettbewerb der Krankenkassen auch Schattenseiten. Da die Patienten gegenüber den Krankenkassen den gleichen Informationsnachteil wie gegenüber den Leistungserbringern haben, könnten die Kassen geneigt sein, vordergründige oder einseitige Qualitätssignale zu verwenden.³⁴ Ein besonderes Problem besteht darin, dass die Krankenkassen Gefahr laufen, bei guter Leistungsqualität (in bestimmten Bereichen) gerade die sog. schlechten Risiken anzuziehen. Daher besteht – wenigstens solange der Risikostrukturausgleich (RSA) in der GKV Morbiditätsrisiken nicht völlig ausgleicht – kein Anreiz, Qualitätsverbesserungen für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand zu erreichen bzw. zu kommunizieren.

d) Qualitätsmessung vor dem Hintergrund des Dienstleistungsphasenkonzepts

Schließt man sich dem (Dienstleistungs-)Phasenkonzept an, kommt man nicht umhin, die Qualität phasenspezifisch zu erheben. Dabei dürften sich relativ leicht Indikatoren³⁵ zur Struktur-/Potenzialqualität finden lassen. Dazu zählen neben Qualifikations- und Ausstattungsmerkmalen auch vergangenheitsbezogene Indikatoren wie Fallzahlen und Fehlerraten.

34 Zu den möglichen Informationsstrategien von Krankenkassen vgl. *Leber (2005)*.

35 In der einschlägigen Literatur taucht auch der Begriff „Tracer“ auf. Als Tracer werden häufig Kriterien bezeichnet, die als besonders relevant für einen speziellen Versorgungsaspekt gelten. Zugleich wird dieser Begriff aber auch als Synonym für Qualitätsindikator verwendet (vgl. *ÄZQ (2001)*, S. 7).

Die Messung der Prozessqualität orientiert sich in der Praxis häufig an (Behandlungs-)Standards³⁶ oder dem Auftreten außergewöhnlicher Ereignisse (Komplikationen). Die Einhaltung von Standards (das Nichtauftreten von Komplikationen) wird positiv bewertet, inakzeptable Abweichungen (das Auftreten von Komplikationen) werden dagegen negativ bewertet. Abgesehen von der oben problematisierten Frage, wer Standards setzt bzw. wie Standards gesetzt werden, entsprechen Standards nicht unbedingt den Einzelfallgegebenheiten. Im Regelfall gibt die Feststellung von Abweichungen erst den Anlass zu weiteren Untersuchungen und einer umfassenderen Gesamtbewertung.³⁷

Als Ergebnisqualität werden regelmäßig Gesundheit(sänderungen) und die Zufriedenheit der Patienten angesehen, wobei anzunehmen ist, dass eine Korrelation zwischen beiden Größen besteht. Folglich mündet die Ermittlung der Ergebnisqualität in der Gesundheits- und Zufriedenheitsmessung. Auf die Gesundheitsmessung wird aufgrund ihrer besonderen Bedeutung im nächsten Abschnitt vertieft eingegangen.³⁸

Möchte man zu einem Gesamturteil gelangen, muss man die Phasenqualitäten zu einem Qualitätsindex zusammenführen.³⁹ Selbst wenn man die Qualitäten der drei Phasen analog zur Terminologie der Gesundheitsmessung⁴⁰ in Form eines „Qualitätsprofils“ separat darstellen würde, müsste innerhalb der Phasen aggregiert und gewichtet werden. Eine Aggregation und Gewichtung durch den Informationsgeber wäre lediglich dann vermeidbar, wenn die Werte aller Qualitätsindikatoren einfach nur aufgelistet würden („Batterie von Qualitätsindikatoren“). Im letztgenannten Fall wäre die Aggregation den Adressaten der Qualitätsinformationen überlassen. Folglich ist neben der Auswahl geeigneter Indikatoren immer auch die Aufgabe der Findung einer geeigneten Aggregationsregel, entweder seitens des Informationsgebers oder seitens des Informationsempfängers, zu lösen.

36 Um Behandlungsstandards vorgeben zu können, muss man zunächst die Fälle kategorisieren, auf die ein Standard anzuwenden ist. Dann können kategorische und kontingente Qualitätskriterien gebildet werden. Kategorische Kriterien enthalten Listen von Prozeduren, die bei bestimmten Fällen durchgeführt werden müssen oder auf keinen Fall durchgeführt werden dürfen. Kontingente Prozeduren sollten oder könnten unter bestimmten Umständen eingesetzt werden (vgl. *Donabedian (1978)*, S. 857).

37 Vgl. auch *Donabedian (1978)*, S. 857.

38 Zufriedenheitsaussagen beinhalten bereits eine Bewertung, da das Konstrukt Zufriedenheit aus Qualitätswahrnehmung und Qualitätserwartung resultiert. Die Kunden- oder Patientenzufriedenheit steht tendenziell im Zentrum marketingorientierter Untersuchungen, während die Gesundheitsmessung im wesentlichen der medizinischen Forschung zuzurechnen sein dürfte.

39 Dazu wären alle Qualitätsindikatoren in eine einheitliche Metrik zu überführen und zu gewichten.

40 Vgl. *Patrick/Erickson (1993)*, S. 32.

Unter dem Gesichtspunkt der Messkosten sind leicht bzw. mit geringem Aufwand erfassbare Indikatoren schwer bzw. nur mit hohem Aufwand anwendbaren Indikatoren vorzuziehen, vorausgesetzt, sie haben den gleichen Aussagewert. Deshalb stellt sich die Frage, inwieweit „teure“ Indikatoren durch kostengünstige, eventuell auch anderen Phasen zuzurechnenden Indikatoren ersetzbar sind. Sofern beispielsweise Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisindikatoren hinreichend gesichert sind⁴¹, können Indikatoren für Prozessqualität als Substitute für Ergebnisindikatoren und umgekehrt verwendet werden.⁴²

e) Probleme der Gesundheitsmessung und -bewertung

Sieht man als Ergebnis (Outcome) eines Gesundheitsdienstleistungsprozesses die dadurch verursachte Veränderung des Gesundheitszustands eines Patienten an, müsste der Gesundheitszustand der Patienten jeweils am Anfang der Behandlung und am Ende der Behandlung oder, falls das endgültige Ergebnis erst mit Verzögerung erwartet werden darf, später exakt bestimmt, dokumentiert und ausgewertet werden.⁴³ Dabei wäre wegen der unterschiedlichen Prädisposition und der Koproduzentenrolle der Patienten der Patienteneinfluss auf das Ergebnis vom Einfluss des Leistungserbringers zu isolieren. Dies allein reicht jedoch (immer noch) nicht aus, um die Leistungsqualität einzelner Leistungserbringer zu beurteilen. Darüber hinaus müssen die Ergebnisse verschiedener Leistungserbringer miteinander verglichen oder andere Vergleichsmaßstäbe herangezogen werden.

Wollte man die Qualität einer bestimmten medizinischen Prozedur oder Therapie erfassen, wäre zusätzlich der Gesundheitszustand eines Patienten (oder eines Patientenkollektivs) mit einer bestimmten Behandlung dem (hypothetischen) Gesundheitszustand ohne diese Behandlung oder mit einer alternativen

(Referenz-)Behandlung gegenüberzustellen. Bereits diese Überlegungen verdeutlichen den mit einer exakten Ergebnisqualitätsmessung verbundenen Aufwand und das dadurch bedingte Interesse an einfach(er)en Messmöglichkeiten.

Vor der Messung und Bewertung muss jedoch eine Entscheidung für ein bestimmtes Gesundheitskonzept gefällt werden. In der Literatur wird nämlich eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte aufgeführt. Diese Konzepte reichen von der Ermittlung krankheitsbedingter beruflicher und sozialer Benachteiligungen über die Messung der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, der Messung des funktionalen Status (Mobilität, Wahrnehmung üblicher sozialer Rollen etc.), der Erfassung von Beeinträchtigungen (Symptome, Schmerzen, Labordaten etc.) bis hin zu Mortalitätsraten und gewonnenen Lebensjahren.⁴⁴ Nach einem (noch) breiteren Qualitätsverständnis umfasst der Outcome, wie oben bereits erwähnt, auch die Änderungen des gesundheitsrelevanten Wissens der Patienten, deren Einstellungen und Verhaltensweisen.⁴⁵

Um dem wertorientierten Qualitätsbegriff gerecht zu werden respektive die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen beurteilen zu können, sind den Ergebnissen deren Kosten gegenüberzustellen. Zur Konstruktion von Wirtschaftlichkeitsindikatoren müssen wenigstens Gesundheitsindizes – wie dies im Rahmen von Kosten-Wirksamkeits-Analysen und Kosten-Nutzwert-Analysen geschieht – gebildet werden. Wollte man darüber hinaus die Frage untersuchen, ob bestimmte Leistungen überhaupt einen Nettonutzen abwerfen, oder gar das optimale Ausmaß einer Behandlung bestimmen, müsste man das Ergebnis sogar monetarisieren. Dazu wären im Vergleich zu den anderen Evaluationsmethoden (noch) aufwendigere Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen.⁴⁶

V. Der Status Quo der Qualitätssicherung im Spiegel der bisherigen Ausführungen

Im Zuge diverser Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat der deutsche Gesetzgeber der Qualitätssicherung und damit auch der Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen einen zunehmenden rechtlichen Stellenwert verschafft.

Die Qualitätssicherung in der GKV erfolgt grundsätzlich auf korporatistischem Weg. Danach werden die Qualitätsmaßstäbe der Gesundheitsversor-

41 Dabei ist es im Grunde gleichgültig, ob diese Zusammenhänge positiver oder negativer Art sind. So ist nicht nur denkbar, dass eine gute Prozessqualität zu einem guten Ergebnis führt. Auch der umgekehrte Fall ist vorstellbar. So könnten bei einer gegebenen Diagnose eine Therapie mit vergleichsweise geringen Schmerzen und hohen Behandlungsannehmlichkeiten (was als hohe Prozessqualität angesehen werden könnte), aber relativ geringem Behandlungserfolg (geringer Ergebnisqualität) sowie eine andere Therapie mit großen Unannehmlichkeiten während des Behandlungsprozesses, aber durchschlagendem Behandlungserfolg existieren.

42 Sofern die von Donabedian (1978), S. 857, vertretene Position (noch) zutrifft, dass die Zusammenhänge zwischen Prozessen und Ergebnissen bisher wenig verstanden sind, scheint jedoch Vorsicht geboten.

43 Ein Beispiel für eine strikte Input-Output-Orientierung liefert der speziell für Krankenhäuser entwickelte „Rosser-Index“ (vgl. Rosser (1993)).

44 Vgl. Patrick/Erickson (1993).

45 Vgl. Donabedian (1978), S. 857.

46 Zu Verfahren der (ökonomischen) Evaluation von Gesundheitsleistungen vgl. z.B. Drummond u.a. (1997).

gung der sog. Selbstverwaltung – genauer gesagt: dem von den Verbänden der Kassenärzte, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen gebildeten Gemeinsamen Bundesausschuss – überlassen.⁴⁷ Diese Art der Qualitätsfindung trägt dem Gedanken Rechnung, dass die Fachebene dazu eher in der Lage ist als der Gesetzgeber und die Patienten. Allerdings darf man von zum Teil erheblichen Interessengegensätzen zwischen den im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Parteien ausgehen, die häufig nur zu Einigungen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner führen dürften.

§ 135a des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verpflichtet alle Leistungserbringer zur Qualitätssicherung und zur Teilnahme an Maßnahmen zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements. Über die verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung und grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement beschließt der gemeinsame Bundesausschuss. Bei Nichteinhaltung der Verpflichtung zur Qualitätssicherung sind gem. § 137 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Vergütungsabschläge vorgesehen, die sich bisher auf den Krankenhaussektor beschränken und nur von geringem Ausmaß sind.

Im Gefolge der Qualitätsvorschriften des SGB V entwickelten die GKV-Selbstverwaltung sowie einzelne Leistungserbringer und Krankenkassen insbesondere im hier exemplarisch herausgegriffenen Krankenhaussektor vielfältige Maßnahmen/Aktivitäten. Dazu zählen u.a. die Einrichtung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), das Qualitätsmodell Krankenhaus (QMK), das Projekt Qualitätssicherung in der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) sowie Zertifizierungen nach den Prinzipien der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ), der EN ISO 9001 oder der Joint Commission International (JCI).⁴⁸ Die meisten dieser Maßnahmen erzeugen derzeit keine brauchbaren Informationen über die Ergebnisqualität. Beispielsweise wird beim KTQ-Verfahren geprüft, ob eine Mortalitätsstatistik existiert, ohne jedoch die Ergebnisse dieser Statistik abzufragen und weiterzugeben.⁴⁹ Selbst über Struktur- und Prozessqualität wird wenig bis nichts ausgesagt.⁵⁰

Erstmals im Jahr 2005 und dann in zweijährigen Abständen müssen die Krankenhäuser einen Qualitätsbericht erstellen, der von den Krankenkassen zu veröffentlichen ist.⁵¹ Dieser Bericht, dessen Inhalte und Umfang wiederum vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, wird nach gegenwärtigem Stand keine nennenswerten Verbesserungen bringen. Es handelt sich lediglich

um einen Struktur- und Mengenreport, der keine Ergebnisparameter beinhaltet. Zudem werden zur Beurteilung der krankenhausspezifischen Ergebnisse nicht einmal Vergleichswerte geliefert⁵², so dass fachfremden Lesern jeglicher Anhaltspunkt zur Ergebnisbeurteilung fehlt.⁵³

Ebenfalls neu eingerichtet ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), welches seine Arbeit offiziell am 24. Februar 2005 aufnahm. Zu seinen Aufgaben zählen u.a. die Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der in der GKV erbrachten Leistungen, die Bewertung von Behandlungsleitlinien sowie die Aufarbeitung und Bereitstellung von Bürgerinformationen in allgemeinverständlicher Form.⁵⁴ Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss gegründete Institut arbeitet im Auftrag dieses Ausschusses sowie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Es wird zu beobachten sein, inwieweit das IQWiG trotz seiner Nähe zur GKV-Selbstverwaltung⁵⁵ und damit auch zu den Verbänden der Leistungserbringer im Interesse der Öffentlichkeit und der Patienten arbeitet.

Wenigstens vom Ansatz her unabhängiger ist die Stiftung Warentest. Die Stiftung Warentest liefert in zunehmenden Maß gesundheitsrelevante Informationen (z.B. über den Füllstoff Amalgam und Grippeimpfungen) und testet neuerdings auch Dienstleistungsqualitäten im Gesundheitswesen (z.B. die Beratung in Versand- und Ladenapotheken). Das „Handbuch Medikamente“ zählt zu den erfolgreichsten Publikationen der Stiftung Warentest.⁵⁶

52 Vgl. Lütticke/Schellschmidt (2005), S. 202 f.

53 Nebenbei bemerkt wären einzelne Krankenhäuser gar nicht in der Lage, gehaltvolle Daten über die Ergebnisqualität bereitzustellen, weil die Krankenhäuser nach der Entlassung auftretende Effekte nicht erfassen können und auch die notwendige Risikoadjustierung nicht zu leisten vermögen (vgl. Leber (2005), S. 167).

54 Vgl. § 139a SGB V Abs. 3 Nr. 6.

55 Die GKV-Selbstverwaltung nimmt auf zwei Wegen Einfluss auf das Institut. Zum einen durch die Erteilung von Arbeitsaufträgen gem. § 139b Abs. 1 i.V.m. § 139a Abs. 3 SGB V und zum anderen durch Stellenbesetzungen. Laut Satzung des IQWiG wird die Institutsleitung auf Vorschlag des Stiftungsrats vom Vorstand bestellt (vgl. IQWiG (2005)). Vier von fünf Vorstandsmitgliedern bestellt der Stiftungsrat, der sich aus sechs Kassenvertretern sowie sechs Vertretern der kassenärztlichen und der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammensetzt.

56 Neben dem IQWiG und der Stiftung Warentest existieren natürlich weitere mehr oder minder neutrale Anbieter von Gesundheitsinformationen wie die im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) befindliche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die diversen Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände. Diese Stellen zielen allerdings ausschließlich oder überwiegend auf das Gesundheitsverhalten und nicht auf die Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen.

47 § 91 SGB V i.V.m. § 92 SGB V u. §§ 135 ff. SGB V.

48 Vgl. Hildebrand (2005).

49 Vgl. z.B. Leber (2005), S. 165.

50 Vgl. Hildebrand (2005) und Leber (2005).

51 Vgl. § 137 Abs. 1, S. 3, Nr. 6 SGB V.

Die Arbeit der Stiftung Warentest zielt wie auch die vom IQWiG zu gebenden Bürgerinformationen auf entscheidungssouveräne Konsumenten/Patienten, die durch neue und bessere Informationen in die Lage versetzt werden, bessere Kauf- und Auswahlentscheidungen zu treffen. Inwieweit das IQWiG und die Stiftung Warentest bezüglich gesundheitsrelevanter Informationen konkurrieren oder arbeitsteilig vorgehen, wird ebenfalls noch zu beobachten sein.

Ein selbst bei entscheidungssouveränen Konsumenten nur schwer lösbares Problem besteht in der Vermittlung von Informationen über den Aussagegehalt von Qualitätsindikatoren; denn wenn man der Öffentlichkeit Qualitätsindikatoren liefert, sollte diese in der Lage sein, den Aussagegehalt dieser Indikatoren einzuschätzen. Patienten stehen beispielsweise vor der Frage, ob eine koronarchirurgische Abteilung eines Krankenhauses, in der in der Vorperiode 1.200 koronarchirurgische Operationen durchgeführt wurden, besser ist als eine Station, die „nur“ 1.000 entsprechende OPs durchführte – und wenn ja, um wie viel.⁵⁷

Erste Untersuchungen aus den USA zeigen, dass nur ein geringer Teil der Patienten Leistungsdaten von Krankenhäusern überhaupt zur Kenntnis nimmt. Davon verwendet wiederum nur eine Minderheit diese Informationen zur Entscheidungsfindung. Zudem sind viele der Patienten, die behaupten, sich auf Leistungsdaten oder Qualitätsinformationen zu stützen, auf Nachfrage nicht einmal in der Lage, diese Daten näher zu beschreiben. Als Gründe für die mangelnde Nutzung von Qualitätsindikatoren durch Patienten gelten Verständnisschwierigkeiten, Misstrauen und der Beschaffungsaufwand.⁵⁸

Empirische Ergebnisse aus Deutschland weisen darauf hin, dass sich Versicherte mehr Gesundheitsinformationen von Ärzten und insbesondere von Krankenversicherungen wünschen, wobei Informationen über die Qualifikation der Ärzte, deren Vorgehensweise bei der Untersuchung und bisherige Behandlungserfolge von den Befragten als besonders wichtig angesehen werden.⁵⁹ Interessant wären Vergleiche der Wünsche der Versicherten mit deren tatsächlichem Verhalten. Eine Untersuchung des realen Verhaltens von Wöchnerinnen ergibt jedenfalls, dass diese bei der Krankenhauswahl vornehmlich auf die nicht-medizinische Infrastruktur und Serviceleistungen, aber kaum auf die medizinische Infrastruktur und auf medizinische Leistungen achten.⁶⁰ Inwieweit bessere Informationen über letztere deren Gewicht bei Versicherten- respektive Patientenentscheidungen erhöhen, ist offen.

57 Zur Beantwortung dieser Frage müsste man den Zusammenhang zwischen Leistungsmengen und -qualitäten kennen (vgl. z.B. Heller (2005), S. 228 f.).

58 Vgl. Matthes/Wiest (2005), S. 68.

59 Vgl. Bürger (2003), S. 175 ff.

60 Vgl. Tschudin u.a. (1997).

Es kommt sehr wahrscheinlich darauf an, Ergebnisse bzw. Qualitäten so darzustellen, dass sie allgemeinverständlich und zugleich aussagekräftig sind. Da ein grundsätzlicher Zielkonflikt zwischen Allgemeinverständlichkeit und Aussagekraft besteht, ist die Aufbereitung und Darstellung von Qualitätsinformationen ein nicht zu unterschätzendes Problem. Nicht zufällig hat die staatliche Health Care Financing Administration (HCFA) in den USA als Vorläufer der heutigen Centers for Medicare und Medicaid Services (CMS) die Publikation von Krankenhaussterberaten aufgrund von Fehlinterpretationen und heftiger Kritik wieder eingestellt. Die heute in den USA zu beobachtende Erfassung und Publikation von Qualitätsdaten im Gesundheitswesen nimmt Abstand von Ergebnisqualitäten und konzentriert sich – ähnlich wie die derzeitige Qualitätssicherung in Deutschland – auf leichter darstellbare und weniger bestreitbare Informationen zu Behandlungsprozessen.⁶¹ Allerdings bleibt dann die bereits oben aufgeworfene Frage ungeklärt, inwieweit Prozessinformationen aussagekräftig in Hinblick auf Ergebnisse sind.

Zudem ist zu bedenken, dass konkurrierende Qualitätssignale und Anbieter von Qualitätssignalen existieren. Was sagen z.B. eine Zertifizierung der BQS und eine der JCI aus? Wo liegt der Unterschied? Welcher Informationsagent ist seriös und welcher weniger seriös? Dies kann kein Patient ohne weiteres wissen, außer er ist zufällig Qualitätssicherungs- oder Zertifizierungsexperte. Solange sich keine einheitlichen Qualitätssignale und Erhebungsstandards herausbilden, muss der Patient nicht nur einzelne Signale verstehen, sondern auch noch unter konkurrierenden Signalen geeignete von weniger geeigneten unterscheiden. Zu recht wird darauf hingewiesen, dass die rivalisierenden Akteure unter diesen Umständen Anreize zur Erringung einer Qualitäts(messungs)meinungsführerschaft haben.⁶²

Wem also nützen der Qualitätswettbewerb und der damit verbundene Aufwand? Gewinner werden sicherlich die einschlägigen Experten und Mitglieder der unvermeidlichen Qualitätssicherungsbürokratie sein, deren Aufgaben, Beschäftigungs- und Einkommensmöglichkeiten steigen. Da Qualitätsinformationen eher und besser von Experten als von Laien angenommen und verstanden werden, sind Qualitätsinformationen für die Leistungserbringer und die Krankenkassen von größerem Wert als für die Öffentlichkeit und die Patienten. So ist damit zu rechnen, dass Qualitätsinformationen z.B. das Ein- und Überweisungsverhalten von Ärzten und die Verhandlungsstrategien von Krankenkassen beeinflussen, aber im Allgemeinen wenig Einfluss auf das Versicherten-/Patientenverhalten haben werden. Damit bleiben die Versicherten/Patienten weiterhin in den Händen der gleichen – nun jedoch besser in-

61 Vgl. Matthes/Wiest (2005).

62 Vgl. Leber (2005), S. 176 f.

formierten Agenten. Dies kann, muss aber nicht den Patienten zugute kommen.

Unter der nicht den Fachkreisen zuzurechnenden Bevölkerung werden höchstwahrscheinlich die besser gebildeten und vermögenden Schichten stärker von einer vermeintlichen Qualitätstransparenz profitieren als die weniger Gebildeten und Nichtvermögenden, einfach weil die erstgenannten Gruppen über bessere Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und -auswertung verfügen.

Eine noch offene Frage ist, wie sich die Qualitätsbemühungen des Gesetzgebers, die sich eindeutig auf die gesetzliche Krankenversicherung konzentrieren⁶³, auf Nichtmitglieder der GKV – also privat Versicherte, Heilfürsorgeberechtigte, Sozialhilfeempfänger und Nichtversicherte – auswirken. Setzt der Gesetzgeber darauf, dass die Änderungen in der GKV auf die übrigen Patienten abstrahlen oder sind Qualität und Wirtschaftlichkeit außerhalb der GKV von geringerem politischen Interesse?

VI. Fazit

Märkte für Gesundheitsleistungen sind durch Informationsmängel, insbesondere durch Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern gekennzeichnet. Die Auswirkungen dieser Informationsmängel hängen im wesentlichen von den Handlungsanreizen und den Zielvorstellungen der Akteure ab. Mit der Einführung von Pauschalentgeltsystemen wächst die Gefahr einer Reduktion der Gesundheitsleistungsqualität, jedenfalls dort, wo sich gewinnorientierte Leistungserbringer durch unbemerkte Qualitätsminderungen Kosteneinsparungen respektive Gewinnsteigerungen versprechen. Mit parallel zum Einsatz von Pauschalentgeltsystemen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigenden gesetzlichen Anforderungen an die Qualitätssicherung versucht der Gesetzgeber, diesem Phänomen Rechnung zu tragen.

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen beinhaltet die Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen. Die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung und -bewertung sind gebunden an die Eigenschaften von Gesundheitsleistungen. Zu den wesentlichen Merkmalen von Gesundheits(dienst)leistungen zählen der Informationsvorsprung der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser etc.) gegenüber den Leistungsempfängern (Versicherte, Patienten) sowie die Mitwirkungsnotwendigkeit der Patienten während

des Leistungsprozesses. Neben der Mitwirkung der Leistungsempfänger hat auch deren Prädisposition Einfluss auf das Leistungsergebnis. Folglich erfordert eine verursachungsgerechte Ergebnismessung und -bewertung eine sorgfältige Trennung von Anbieter- und Patienteneinfluss.

Die Bewertungskriterien und das Bewertungsergebnis hängen zudem vom Qualitätsverständnis ab. Entsprechend der hier vertretenen normativen ökonomischen Theorie ist für ein kunden- und wertorientiertes Qualitätsverständnis zu plädieren, welches letztlich eine Bezahlung nach der von den Kunden wahrgenommenen Qualität impliziert. Darüber hinaus wurde argumentiert, dass sich jede Qualitätsmessung zumindest auch an den Ergebnissen orientieren sollte. Im Extremfall wären Struktur- und Prozessqualitäten nur dann zu betrachten, wenn sie geeignet sind, gesicherte Rückschlüsse auf das Ergebnis zu ziehen.

Die Ergebnismessung führt zwangsläufig zur Gesundheitsmessung. Die Vielzahl der Gesundheitsmesskonzepte führt ihrerseits zu unterschiedlichen Messkonzepten und Qualitätsmaßstäben, so dass wiederum Entscheidungen zugunsten bestimmter Konzepte getroffen werden müssen. Wollte man eine konsequente Wertorientierung herbeiführen, führt kein Weg an einer Monetarisierung der Ergebnisse vorbei, die die in Frage kommenden Messkonzepte immerhin eingrenzt. Die Messung von Behandlungsergebnissen respektive Gesundheit ist jedoch grundsätzlich mit größerem Aufwand verbunden als die Messung von Strukturen und Prozessen.

Unabänderlich ist die Tatsache, dass die Kunden mangels Informationen und/oder mangels Bewertungs- und Entscheidungsfähigkeit häufig gar nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, entsprechende Bewertungen und Entscheidungen vorzunehmen (mangelnde Konsumenten souveränität) und daher entweder Qualitätsbewertungen delegieren oder wenigstens Dritte damit beauftragen müssen, fehlende Informationen bereitzustellen.

Keiner der innerhalb der GKV in Betracht kommenden Informationsagenten ist aus Patientensicht ideal. Gegen die Leistungsanbieter sprechen insbesondere deren finanzielle Interessen. Inwieweit es dem kürzlich eingerichteten Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen trotz der Nähe zur GKV-Selbstverwaltung gelingt, als unabhängiger Hüter der Qualität in der GKV aufzutreten, muss sich erst zeigen. Krankenkassen könnten analog zu den Anbietern geneigt sein, eine Informationspolitik zu betreiben, die verdeckt, dass lediglich Kosten gespart werden sollen. Immerhin existiert mit der Stiftung Warentest in Hinblick auf bestimmte Gesundheitsbereiche eine alternative Informationsquelle, die eventuell zu stärken wäre.

Die gesetzlichen Anforderungen führten im hier exemplarisch diskutierten Krankenhausesektor zu einer Berichterstattung der Krankenhäuser an die Bun-

63 Lediglich bei der Erstellung von Qualitätsrichtlinien für zugelassene Krankenhäuser ist der Verband der privaten Krankenversicherung beteiligt (vgl. § 137 Abs. 1 Satz 1).

desgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), weiteren Modellversuchen der Qualitätsberichterstattung, Zertifizierungen und jetzt auch zu regelmäßigen, öffentlich zugänglichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Neu ist auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), dessen Tätigkeit sich auf alle GKV-Leitungsbereiche erstreckt. Zusammenfassend muss man jedoch sagen, dass das System der Qualitätssicherung sowohl im Krankenhaussektor als auch in der GKV insgesamt zumindest für den Versicherten bzw. Patienten unübersichtlich, anbieterbeeinflusst, nicht ergebnis- und schon gar nicht wertorientiert ist.

Nützt die real existierende Qualitätssicherung überhaupt? Sie schafft zum einen Arbeitsplätze innerhalb der Qualitätssicherungsbürokratie. Zum zweiten gibt sie Anbietern gewisse Informationen über Verbesserungsmöglichkeiten und ihre Position gegenüber Wettbewerbern. Krankenkassen können die Leistungen verschiedener Anbieter eher als in der Vergangenheit vergleichen. Von besser informierten Leistungserbringern und Krankenkassen könnten dann auch die Patienten respektive Versicherten indirekt profitieren – garantiert ist dies jedoch nicht.

Sicher ist bereits daran gedacht, Leistungsentgelte zukünftig generell an die Leistungsqualität zu koppeln. Es dürfte jedoch wenig Sinn ergeben, einen Zusammenhang zwischen Strukturen/Prozessen und Entgelten herzustellen, solange der Zusammenhang zwischen Strukturen/Prozessen und Ergebnissen nicht gesichert ist, da es letztlich auf die Ergebnisqualität ankommt. Da die Ergebnis- bzw. Gesundheitsmessung mit großem Aufwand verbunden und gerade bei ergebnisorientierten Entgeltsystemen eine hinreichende Messgenauigkeit anzustreben ist, gewinne dann die Frage nach der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Qualitätsmessung und -bewertung noch mehr an Bedeutung als ohnehin. In diesem Zusammenhang ist deshalb unbedingt von Doppelarbeiten abzuraten, während die Nutzung von Routinedaten anzuraten ist. Von der Entgeltkopplung ist wenigstens so lange abzusehen, wie die damit zusammenhängenden Probleme nicht ausreichend beherrschbar sind.

Alles in allem scheint die Einführung von Qualitätssicherungssystemen zunächst eine gute Nachricht für Versicherte und Patienten zu sein. Bei näherem Hinsehen zeigen sich jedoch erhebliche Mess- und Bewertungsprobleme und damit verbundene Kosten. Im Extremfall könnte die Qualitätssicherung mehr Ressourcen aufzehren als sie wert ist. Aus diesem Grund sind der Qualitätssicherung Grenzen zu setzen. Zudem sind Entgeltsysteme und Qualitätssicherung gemeinsam zu betrachten, weil Art und Umfang eines Qualitätssicherungssystems vom Entgeltsystem beeinflusst werden. Die Kosten der Qualitätssicherung sind letztlich wenigstens zum Teil Kosten eines Entgeltsystems.

Literaturverzeichnis

- ÄZQ (2001):** Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und -indikatoren in der Gesundheitsversorgung, in: <http://www.aezq.de/qualitaetsindikatoren/pdf/klinmessgroessen.pdf>
- Bezold (1996):** T. Bezold, Zur Messung der Dienstleistungsqualität, Frankfurt/M. u.a. 1996.
- Breyer u.a. (2005):** F. Breyer, P. Zweifel u. M. Kifmann, Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin u.a. 2005.
- Bruhn (2003):** M. Bruhn, Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, 4. Aufl., Berlin u.a. 2003.
- Bürger (2003):** C. Bürger, Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wiesbaden 2003.
- Bund (2005):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes, in: <http://www.gbe-bund.de>
- Corsten (2001):** H. Corsten, Dienstleistungsmanagement, 4. Aufl., München 2001.
- Donabedian (1978):** A. Donabedian, The Quality of Medical Care, in: Science, Jg. 1978, Vol. 200, S. 856-864.
- Donabedian (1980):** A. Donabedian, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor 1980.
- Drummond u.a. (1997):** M. F. Drummond, B. O'Brien, G. L. Stoddart u. G. W. Torrance, Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 2nd. ed., Oxford/New York 1997.
- Fritsch u.a. (2001):** M. Fritsch, T. Wein u. H. Ewers, Marktversagen und Wirtschaftspolitik, 4. Aufl., München 2001.
- Grossman (1972):** M. Grossmann, On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: Journal of Political Economy, Jg. 1972, Vol. 80, No. 2, S. 223- 255.
- Haller (1998):** S. Haller, Beurteilung von Dienstleistungsqualität, 2. Aufl., Wiesbaden 1998.
- Hansmann (1987):** H. B. Hansmann, Economic Theories of Nonprofit Organization, in: W.W. Powell (Hrsg.), The Nonprofit Sector – A Research Handbook, New Haven u.a. 1987, S. 27-42.
- Hart u.a. (1997):** O. Hart, A. Shleifer u. R. W. Vishny, The Proper Scope of Government – Theory and an Application to Prisons, in: Quarterly Journal of Economics, Jg. 1997, Vol. 112, S. 1127-1161.

Heller (2005): G. Heller, Gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen in Deutschland?, in: *Klauber u.a. (2005)*, S. 213-232.

Hildebrand (2005): R. Hildebrand, Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute, in: *Klauber u.a. (2005)*, S. 27-47.

IQWiG (2005): Deutsches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin, in:
http://www.iqwig.de/media/_ber_uns/institut/files/Satzung-Institut.pdf
(22.03.2005).

Klauber u.a. (2005): J. Klauber, B.-P. Robra u. H. Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2004 – Schwerpunkt: Qualitätstransparenz, Stuttgart/New York 2005.

Leber (2005): W.-D. Leber, Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld, in: *Klauber u.a. (2005)*, S. 163-177.

Lohr (1995): K. N. Lohr, Effective Measures to Assure Quality of Care in Hospitals, in: H.-K. Selbmann (Hrsg.): Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin, Gerlingen 1995, S. 211-230.

Lütticke/Schellschmidt (2005): J. Lütticke u. H. Schellschmidt, Qualitätsberichte nach § 137 SGB V, in: *Klauber u.a. (2005)*, S. 197-211.

Matthes/Wiest (2005): N. Matthes u. A. Wiest, Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA, in: *Klauber u.a. (2005)*, S. 49-74.

Patrick/Erickson (1993): D. L. Patrick u. P. Erickson, Assessing Health-related Quality of Life for Clinical Decision-making, in: S.R. Walker u. R.M. Rosser (Hrsg.), Quality of Life Assessment – Key Issues in the 1990s, Dordrecht u.a. 1993, S. 11-63.

Rosser (1993): R. M. Rosser, A Health Index and Output Measure, in: S.R. Walker u. R.M. Rosser (Hrsg.), Quality of Life Assessment – Key Issues in the 1990s, Dordrecht u.a. 1993, S. 151-178.

Rubin (1990): H. R. Rubin, Can Patients Evaluate the Quality of Hospital Care?, in: Medical Care Review, Jg. 1990, Vol. 47, No. 3, S. 267-326.

Sauerland (2001): D. Sauerland, Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Jg. 2001, H. 2, S. 211-227.

SVRKaiG (2001): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bundestagsdrucksache 14/5660 v. 21.03.2001, Berlin.

SVRKaiG (2003): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bundestagsdrucksache 15/530 v. 26.02.2003, Berlin.

Tscheulin u.a. (1997): D. Tscheulin, B. Helmig u. R. Moog, Determinanten der Krankenhauswahl – Grundlagen eines zielorientierten Krankenhausmarketing, Freiburger Betriebswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Nr. 24, 1997, Universität Freiburg, Freiburg/Br. 1997.

Waiß (2003): S. Waiß, Das National Institute for Clinical Excellence – Lösungsansatz für die Qualitäts- und Effizienzdefizite im deutschen Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt, Jg. 2003, H. 2, S. 47-54.

Wigger (2004): B. U. Wigger, Public versus Private Production of Government Services, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft (ZfB), Jg. 2004, H. 1, S. 53-67.