



Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges
Professor Dr. Johann Eekhoff
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth
Dr. Peter Danylow

Der Markt für Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer

von Kai Menzel*

Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 4/2006

(Dezember 2006)

* Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wirtschaftspolitischen Seminar der Universität zu Köln (Lehrstuhl Prof. Dr. Eekhoff). Tel.: 0221/470-6610 Fax: 0221/470-5188 E-Mail: menzel@wiso.uni-koeln.de

Der Markt für Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer

I. Einleitung

Der Markt für Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer ist aus zwei Gründen von Interesse: Zum einen können die entsprechenden Informationen eine von Nachfragern gewünschte Entscheidungshilfe sein. Wichtiger aber noch erscheint die Funktion dieses Marktes als vorgelagerte Voraussetzung für Qualitätswettbewerb im Markt für medizinische Dienstleistungen: Wenn keine hinreichenden Informationen über die Qualität der Anbieter vorliegen, kann auch kein Qualitätswettbewerb stattfinden.

In dem vorliegenden Diskussionspapier wird zunächst dargelegt, welche Informationsprobleme auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen bestehen und welche Auswirkungen diese auf den Qualitätswettbewerb haben. Anschließend werden Vorteile und Probleme von Qualitätsindikatoren diskutiert, die häufig als Lösung der Informationsprobleme vorgeschlagen werden. Im vierten Abschnitt werden die Voraussetzungen für ein marktliches Angebot entsprechender Informationen und mögliche staatliche Maßnahmen erörtert. In Abschnitt V werden schließlich die Reaktionen möglicher Adressaten von Qualitätsinformationen dargelegt.

II. Informationsprobleme und Qualitätswettbewerb im Gesundheitsmarkt

Das wohl wichtigste Marktfunktionsproblem im Gesundheitsbereich ist der Informationsnachteil der Patienten gegenüber den Leistungserbringern mit ihrem Expertenwissen. Zunächst einmal ist dieser Informationsunterschied Ausdruck einer effizienten Spezialisierung und Arbeitsteilung, ohne die jeder Nachfrager Medizin studieren und sich auch sämtliche sonstigen Fertigkeiten, die Expertenwissen voraussetzen, selbst aneignen müsste. Dies wäre für den einzelnen aber mit hohen Kosten verbun-

den und zudem sind die Talente für unterschiedliche Expertentätigkeiten höchst unterschiedlich verteilt.

Eine Konsequenz aus dem Informationsnachteil des Patienten ist aber, dass Patienten oft nicht beurteilen können, welche Behandlungen und Untersuchungen in welchem Maße erforderlich sind. Deshalb können Leistungserbringer zur Steigerung ihres eigenen Einkommens den Patienten möglicherweise Leistungen angedeihen lassen, deren Nutzen geringer ist als die Kosten bzw. die der Patient bei gleichem Kenntnisstand wie der Arzt (und Kostenverantwortung) nicht in Anspruch genommen hätte. Durch diese arztinduzierte Nachfrage kommt es zu ineffizienten Gesundheitsausgaben.

Ein verwandtes Problem ist die unzureichende Fähigkeit von Patienten, die Qualität medizinischer Leistungen zu beurteilen. Hierdurch könnten den Anbietern möglicherweise Anreize für einen Qualitätswettbewerb fehlen oder sie könnten sogar bewusst – sofern dies von den Nachfragern unbemerkt bleibt – die Qualität ihrer Leistungen senken, um z.B. Kosten zu sparen.

Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Qualität vor Inanspruchnahme einer Leistung sind charakteristisch für eine Vielzahl von komplexen Gütern und für die meisten Dienstleistungen. Trotzdem scheint der Qualitätswettbewerb auf vielen dieser Märkte gut zu funktionieren, da sich marktliche Instrumente herausgebildet haben, mit denen Konsumenten ihre Unsicherheit im Hinblick auf die Qualität des betreffenden Gutes oder der betreffenden Dienstleistung abbauen können. Eine wichtige Möglichkeit für Anbieter, potenziellen Kunden ihr hohes Qualitätsniveau zu signalisieren, sind z.B. Garantien, da diese einen schlechten Anbieter teuer zu stehen kommen könnten.

Solche Mechanismen können im Gesundheitswesen aber oft nicht mit der gleichen Effektivität funktionieren, da wesentliche Teile medizinischer Dienstleistungen einen starken Vertrauensgutcharakter aufweisen, d.h. dass Konsumenten die Qualität der Leistung selbst nach Inanspruchnahme nicht genügend gut beurteilen können. Eine Ursache hierfür liegt in der Ergebnisunsicherheit bei Gesundheitsleistungen: Der Gesundheitszustand eines Patienten kann sich trotz nach anerkanntem medizinischem Wissen falscher Behandlung bessern oder sich trotz eigentlich optimaler Versorgung verschlechtern. Dies liegt daran, dass neben der Behandlungsqualität auch das Verhalten des Patienten (Compliance), seine genetischen Voraussetzungen, das Alter, andere Erkrankungen, Umwelteinflüsse und viele weitere Faktoren das Behand-

lungsergebnis erheblich beeinflussen können. Erfahrungen anderer Patienten lassen sich daher oft schlecht übertragen und eigene Erfahrungen liegen häufig nicht vor – die Gallenblase lässt sich ein Mensch z.B. nur einmal im Leben entfernen. Auch das Erreichen eines bestimmten Behandlungsergebnisses können Leistungsanbieter angesichts der Vielzahl anderer Einflussfaktoren unmöglich garantieren.

Aus dieser Besonderheit medizinischer Dienstleistungen kann freilich nicht geschlossen werden, dass eine Beurteilung der medizinischen Qualität grundsätzlich nicht möglich ist. Sie setzt aber eben das Expertenwissen eines Arztes voraus. Könnte ein Patient die Qualität der Diagnose eines Arztes genau einschätzen, so könnte er vermutlich auch die Diagnose selbst stellen. Ein anderer Arzt oder zumindest ein Arzt der gleichen Fachrichtung kann indes normalerweise sehr wohl beurteilen, ob ein Kollege nach anerkannten Behandlungsstandards vorgeht, Röntgenbilder korrekt interpretiert etc.

Wenn unter keinen Umständen die Qualität medizinischer Leistungen von Außenstehenden eingeschätzt werden kann, erscheint ein marktlicher Qualitätswettbewerb unmöglich. Wenn höhere Qualität auch mit höheren Kosten verbunden ist, die Nachfrager aber unterschiedliche Qualitäten nicht unterscheiden können, so kommt es zu dem klassischen von Akerlof beschriebenen Adverse Selection-Prozess: Überdurchschnittliche Qualität zahlt sich nicht aus (sie kann wegen Unkenntnis nicht höher bezahlt werden) und Leistungserbringer besitzen deshalb keine finanziellen Anreize, höhere Qualität anzubieten. Da die Nachfrager nur die durchschnittliche Qualität kennen, ist ihre Zahlungsbereitschaft auch nur entsprechend gering und die Anbieter mit höherer Qualität (die z.B. sorgfältiger und damit zeitaufwändiger arbeiten) können ihre Kosten nicht decken und müssen aus dem Markt ausscheiden. Dadurch sinkt die Durchschnittsqualität in dem Markt, die Zahlungsbereitschaft sinkt weiter und weitere Anbieter müssen ausscheiden. Unter diesen Umständen kommt es zu einem Zusammenbruch des Marktes für höhere Qualitäten und zu Marktversagen.

Die Schlussfolgerung, dass Qualitätswettbewerb bei medizinischen Dienstleistungen grundsätzlich nicht funktionieren kann, ist allerdings vorschnell. Zum einen sind verschiedene Dimensionen der Qualität medizinischer Dienstleistungen zu beachten: Die Qualität der Kommunikation mit Ärzten, die Freundlichkeit des Personals, Gestaltung und Sauberkeit von Räumen, Wartezeiten, die Qualität des Essens in Einrich-

tungen und viele andere nicht-medizinische Aspekte¹ der Qualität können Patienten sehr gut beurteilen. Von daher ist auch davon auszugehen, dass bei diesen Qualitätsdimensionen der Qualitätswettbewerb nicht schlechter funktioniert als bei anderen Dienstleistungen auch. Problematisch könnte es allerdings sein, wenn Patienten nicht-medizinische Qualitätsdimensionen als Indikator für medizinische Qualität verwenden, ohne dass dieser Zusammenhang notwendigerweise gegeben ist.

Eine andere Unterscheidung ist die zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1980). Strukturqualität umfasst die sachlichen, organisatorischen und persönlichen Voraussetzungen von Leistungserbringern, z.B. Qualifikationen, Personalausstattung, Fallzahlen und die technische Ausstattung. Prozessqualität beinhaltet z.B. die Einhaltung von Behandlungsleitlinien und Standards. Ergebnisqualität bemisst sich schließlich an der Erreichung von zuvor gesetzten Behandlungszielen. Dimensionen von Strukturqualität können Patienten relativ gut beobachten und häufig auch beurteilen. Die Zahl der von einem Leistungserbringer behandelten Fälle kann Patienten z.B. relativ leicht zugänglich gemacht werden. Diese kennen dann zwar nicht unbedingt die bei einer Behandlung sinnvollen Schwellenwerte, aber solche Informationen können vergleichsweise leicht beschafft oder von Dritten zur Verfügung gestellt werden. Schwieriger zu beurteilen ist die Prozessqualität, da der Patient ohne entsprechenden medizinischen Sachverstand häufig nicht beurteilen kann, ob seine Behandlung anerkannten Standards entspricht oder nicht und selbst bei diesen Standards oft weit gehende Interpretationsspielräume existieren. Auch die Ergebnisqualität, auf die es dem Patienten ja letztlich ankommen dürfte, ist aus den oben genannten Gründen für den einzelnen Patienten zunächst nur sehr schlecht zu beurteilen.

Diese Probleme sind aber nicht bei allen medizinischen Dienstleistungen in gleichem Maße relevant. Eine hilfreiche Differenzierung erlaubt das ursprünglich auf Überlegungen von Pauly (1988) zurückgehende Schema (siehe Tabelle auf Seite 5).

¹ Allerdings können Faktoren wie die zwischenmenschliche Kommunikation sehr wohl auch das medizinische Ergebnis einer Behandlung beeinflussen.

Tabelle: Typologie medizinischer Dienstleistungen

	Häufig erbracht	Selten erbracht
Häufig nachgefragt	Individuelle Erfahrungsgüter	-----
Selten nachgefragt	Statistische Erfahrungsgüter	Reine Vertrauensgüter

Individuelle Erfahrungsgüter zeichnen sich dadurch aus, dass sie vom Leistungserbringer häufig erbracht und vom einzelnen Nachfrager häufig nachgefragt werden. Durch die Erfahrungen des Patienten wird er selbst zum Experten für diese Leistungen und kann Qualitätsabweichungen identifizieren. Ist eine häufig notwendige Behandlung z.B. bei einem Anbieter schmerzhafter als bei einem anderen, kann ein Patient dies durch Wechsel des Leistungserbringers herausfinden. Ein Arzt, der beim Blutabnehmen fünf Einstichversuche benötigt, obwohl der Patient bei anderen Ärzten keine ähnlichen Probleme hatte, hat diese Leistung für den Patienten erkennbar qualitativ minderwertig ausgeführt. Insbesondere chronisch Kranke Menschen können durch ihre häufigeren Kontakte mit dem medizinischen System die Qualität der von ihnen öfter in Anspruch genommenen Leistungen bisweilen gut beurteilen.

Allerdings ist fraglich, ob die Häufigkeit der individuellen Inanspruchnahme tatsächlich in jedem Fall als alleiniges Kriterium für die Urteilsfähigkeit des Patienten ausreicht. Zu bedenken ist auch die Komplexität der Leistung. So ist es keinesfalls sicher, dass trotz häufiger Blutuntersuchungen ein Patient die Angemessenheit der Interpretation der Ergebnisse durch den Arzt hinreichend gut einschätzen kann. Hierzu sind bei vielen Krankheitsbildern selbst Allgemeinmediziner nicht in der Lage.

Insgesamt unterscheiden sich also häufig in Anspruch genommene medizinische Leistungen mit geringem Komplexitätsgrad nicht von anderen Dienstleistungen und Reputationsmechanismen dürften hier ähnlich gut funktionieren. Im Falle dieses Gütertyps erscheint es daher auch wenig lohnend, über die Funktionsfähigkeit des Marktes für entsprechende Qualitätsinformationen nachzudenken. Bei höherem Komplexitätsgrad ergeben sich aber ähnliche Probleme und Fragestellungen wie bei den Gütern des III. Quadranten (s.u.).

Problematisch sind dagegen Dienstleistungen des IV. Quadranten, die vom Nachfrager selten in Anspruch genommen und vom Anbieter selten erbracht werden. Aussagen zur Ergebnisqualität sind in diesem Fall nicht möglich, da jeder Leistungserbringer nur eine so geringe Zahl an vergleichbaren Fällen behandelt, dass statistische Bewertungen der Ergebnisse aufgrund der geringen Fallzahlen nicht zulässig sind. Damit ist keinesfalls impliziert, dass diese Leistungskategorie auch nur einen sehr geringen Anteil an allen medizinischen Dienstleistungen haben muss. Dies hängt vielmehr auch davon ab, wann Vergleichbarkeit von Fällen gegeben ist. Es kann z.B. sein, dass Ärzte zwar häufig eine bestimmte Diagnose behandeln, die einzelnen Fälle aber sehr heterogen und daher untereinander nicht vergleichbar sind, z.B. individuell sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe bei Schizophrenie. Das (tautologische) Kriterium für Vergleichbarkeit würde also lauten, dass bei gleicher Behandlung der Fälle auch mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (z.B. mindestens 95%) das gleiche Behandlungsergebnis zu erwarten wäre.

Auch die Prozessqualität ist bei dieser Leistungskategorie schwer zu beurteilen, da für individuell sehr unterschiedliche Behandlungserfordernisse keine genau spezifizierten Behandlungsleitlinien festgelegt werden können. Beispielsweise wird man kaum allgemeingültige präzise Behandlungsleitlinien für Unfallopfer mit multiplen Verletzungen formulieren können. Allenfalls kann auf allgemeinere Standards zurückgegriffen werden, z.B. Hygienevorschriften. Neben Anhaltspunkten bei der Prozessqualität muss bei dieser Leistungskategorie v.a. auf die Beurteilung der Strukturqualität zurückgegriffen werden. Der Qualitätswettbewerb kann hier also nur sehr eingeschränkt funktionieren. Allerdings liegt dieses Problem in der Natur der Dienstleistung und es kann nicht durch staatliche Maßnahmen beseitigt werden. Auch staatliche Eingriffe können sich lediglich auf Vorschriften zur Strukturqualität und allgemeine Prozessstandards beziehen. Der Markt für Qualitätsinformationen bei diesem Gütertyp bleibt damit aus der Natur der Dienstleistung heraus beschränkt.

Bei Leistungen des III. Quadranten kann der einzelne Nachfrager zunächst die Qualität eines Leistungserbringers aufgrund fehlender eigener Erfahrung nicht beurteilen. Da hier aber definitionsgemäß eine Vielzahl vergleichbarer Fälle vorliegt, sind aussagekräftige statistische Vergleiche zwischen den Behandlungsergebnissen grundsätzlich möglich. Auf diese Leistungskategorie beziehen sich alle folgenden Ausführungen.

Weist ein Herzchirurg bei einer hinreichend großen Zahl vergleichbarer Fälle eine signifikant höhere Mortalitätsrate auf als ein anderer, kann auf gesicherte Qualitätsunterschiede geschlossen werden. Unter der Annahme, dass alle relevanten Daten den Patienten zur Verfügung stünden und von diesen auch genutzt würden, ergäben sich Anreize für die Leistungserbringer, ihre Qualität so weit zu steigern, wie die damit verbundenen Kostensteigerungen durch die Zahlungsbereitschaft der Patienten (bzw. der zuständigen Finanzträger) gedeckt werden. Anbieter, die nicht oder nur mit sehr hohen Kosten die Qualitätswünsche der Nachfrager erfüllen können, müssten aus dem Markt ausscheiden.

Die theoretisch elegante Lösung für Probleme mit dem Qualitätswettbewerb bei dieser Leistungskategorie ist in der praktischen Umsetzung aber mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Anders als bei vielen anderen homogenen Dienstleistungen könnte es den Nachfragern sehr schwer fallen, die Vergleichbarkeit von unterschiedlichen Fällen zu beurteilen. Selbst wenn dies gelingt bleibt bei dieser Leistungskategorie das Problem bestehen, dass der einzelne anders als bei vielen anderen Dienstleistungen auch nach Inanspruchnahme der Leistung keine fundierte Qualitätsbeurteilung leisten kann:

Jeder einzelne Kunde eines Fliesenlegers kann nach dem Verlegen der Fliesen sagen, ob die Dienstleistung gut oder schlecht erbracht wurde, der Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Leistungserbringung und der Qualität der Leistungserbringung ist eindeutig und deterministisch. Darüber kann sich unter bestimmten Umständen trotz seltener Inanspruchnahme der Leistung durch den einzelnen ein funktionsfähiger Reputationsmechanismus ergeben, indem zufriedene Kunden Leistungserbringer weiterempfehlen und unzufriedene Kunden vor bestimmten Anbietern warnen etc. Selbst wenn dem einzelnen Nachfrager keine statistisch aussagekräftige Stichprobe an Empfehlungen oder Warnungen über einen Fliesenleger vorliegt, kann bereits Mundpropaganda hinreichend für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb sein, da mehr Kunden zu den Leistungserbringern mit guten Ergebnissen und damit hoher Qualität wandern.

Der einzelne Nachfrager nach medizinischen Leistungen kann zwar die Freundlichkeit eines Arztes und andere nicht-medizinische Aspekte beurteilen, die medizinische Leistung hingegen nicht fundiert einschätzen. Das Erreichen oder Verfehlen eines bestimmten Behandlungszieles bietet hierfür wie bereits dargelegt keine hinreichen-

de Grundlage. Würden die Patienten sich nur am Behandlungsergebnis anderer Patienten ausrichten, könnte es durchaus passieren, dass besonders gute Anbieter Kunden verlieren. Die Beurteilung einer medizinischen Dienstleistung kann erst auf der Basis einer statistisch aussagekräftigen Stichprobe erfolgen, bei der dann signifikante Abweichungen zwischen den Leistungen einzelner Ärzte oder Krankenhäuser ausgemacht werden können. Die Information über eine erfolgreiche oder erfolglose Behandlung anderer Patienten ist für sich genommen bei Gesundheitsleistungen aussagegelos. Verwertbare Information entsteht in diesem Fall erst durch hinreichend große Stichproben.

Im Folgenden soll zunächst auf die Probleme bei der Generierung entsprechender Daten und mögliche Fehlanreize eingegangen werden. Anschließend wird untersucht, ob derartige Informationen über den Markt zustande kommen oder welche staatlichen Eingriffe ggf. hilfreich sein könnten. Schließlich ist zu prüfen, ob von solchen Informationen wettbewerbswirksame Auswirkungen auf das Verhalten der Marktakteure ausgehen können.

III. Diskussion von Qualitätsindikatoren

In der Praxis gestaltet es sich sehr schwierig, vergleichbare medizinische Leistungen zu definieren und abzugrenzen. Wie bereits dargestellt beeinflussen neben der ärztlichen Leistung eine Vielzahl anderer Faktoren wie das Alter, Co-Morbiditäten, die allgemeine physische und psychische Konstitution eines Patienten sowie genetische Faktoren, die sich z.B. auf die Verträglichkeit von Medikamenten auswirken, das Behandlungsergebnis. So ist es sogar wahrscheinlich, dass besonders gute Chirurgen überdurchschnittlich hohe (nicht risikoangepasste) Mortalitätsraten aufweisen, wenn sie vermehrt besonders schwere Fälle behandeln. Um Behandlungsergebnisse vergleichbar zu machen, müsste also bei den meisten Indikatoren zur Ergebnisqualität eine Berücksichtigung der Fallschwere durch Risikoadjustierung der Ergebnisse erfolgen. Zwar sind eine Vielzahl von Verfahren zur Risikoadjustierung entwickelt worden (einen Überblick geben z.B. Marshall et al., 2000), ihr Erklärungswert ist aber umstritten (Narins et al., 2005). Perfekte Risikoadjustierung wird nie möglich sein, da z.B. viele Einflüsse wie psychologische Faktoren kaum einer Quantifizierung zugäng-

lich sein dürften. Auch imperfekte Risikoadjustierung kann aber hinreichend sein, wenn sie trotzdem die Ermittlung signifikanter Unterschiede zwischen Leistungserbringern ermöglicht und Selektionsanreize für Leistungserbringer weitgehend vermindert.

Anreize zur Behandlung gesünderer Patienten können entstehen, wenn das Verfahren zur Risikoadjustierung höhere Fallschweren nur unzureichend berücksichtigt und eine Behandlung kränkerer Patienten somit zu schlechteren Indikatorenwerten für die behandelnden Leistungserbringer führen würde. Dranove et al. (2003) nennen weitere Gründe für Risikoselektion durch die Leistungserbringer. Zum einen führen sie an, dass behandelnde Ärzte möglicherweise in der Lage sind, für das Behandlungsergebnis relevante Eigenschaften von Patienten zu beobachten, die unmöglich in einem allgemeinen Risikoanpassungssystem berücksichtigt werden können. Ferner legen sie dar, dass sich Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern insbesondere bei schweren Fällen zeigen, während bei leichten Fällen kaum Unterschiede festzustellen sind. Weniger gute Ärzte hätten dann einen Anreiz, nur Patienten mit geringem Risiko zu behandeln und würden dann bei den Kennzahlen ähnlich gut abschneiden wie überdurchschnittlich gute Ärzte. Hierzu ist aber anzumerken, dass diese Art der Selektion grundsätzlich wünschenswert wäre, da dann die schwersten Fälle auch von den fähigsten Ärzten behandelt würden.

Des Weiteren führen Dranove et al. (2003) an, dass risikoaverse Ärzte selbst bei sehr guter Risikoadjustierung schwerwiegende Fälle abweisen würden, wenn die Varianz bei diesen Fällen größer ist als bei den leichteren Fällen. Sie würden dann die Gefahr eines sehr schlechten Abschneidens höher gewichten als die Chance eines sehr guten Abschneidens, selbst wenn sich die Wahrscheinlichkeit im Mittel ausgleiche. Hier ist aber zu bedenken, dass solche Anreize durch entsprechend höhere Vergütungen bei der Behandlung schwerer Fälle kompensiert werden könnten.

Die Selektionsbestrebungen der Leistungserbringer können verschiedene Formen annehmen. Zum einen können Behandlungen von Patienten mit hohem Risiko z.B. mit dem Verweis auf eine hohe Komplikationsgefahr abgelehnt werden, obwohl die Behandlung für die Patienten im Erwartungswert vorteilhaft wäre. Des Weiteren können Patienten mit höherem Risiko an andere Leistungserbringer weitergeleitet werden, z.B. Universitätskliniken. Dieses Verhalten kann wie bereits ausgeführt wohlfahrtssteigernd sein, wenn es bedeutet, dass es zu einer Aufteilung der

verschiedenen Fallschweren auf die unterschiedlichen Leistungserbringer kommt, die den Fähigkeiten der Leistungserbringer am besten entspricht, dass also besonders schwere Fälle von für diese Fälle besonders geeigneten Anbietern behandelt werden. Auf der anderen Seite sind aber auch reine Verschiebeversuche denkbar, die womöglich die Zeit bis zum Einsetzen einer Behandlung ergebnisrelevant verlängern, den Patienten zusätzliche Umstände zumuten und zudem zusätzliche Kosten verursachen. Möglicherweise werden auch leichtere Fälle einer Behandlung unterzogen, die an sich für schwerwiegendere Fälle angebracht ist, um die Ergebnisse bei den Qualitätsindikatoren zu verbessern. Ein solches Verhalten ist aber aus medizinischen Überlegungen wie auch aus Kostengesichtspunkten negativ zu bewerten.

Verschiedene Untersuchungen zu der Publikation risikoadjustierter Mortalitätsraten bei Bypassoperationen in den US-Bundesstaaten New York und Pennsylvania, in denen die Publikation dieser Daten obligatorisch ist, finden Anhaltspunkte für Selektionsverhalten bei den Leistungserbringern. Narins et al. (2005) befragen Herzchirurgen aus dem Staat New York mit einem anonymen Fragebogen zu verschiedenen Aspekten der Veröffentlichung der Mortalitätsraten. Über die Hälfte der Ärzte gab an, dass das Wissen um die Veröffentlichung ihre Entscheidung, einen Patienten mit hohem Mortalitätsrisiko nicht zu operieren, schon einmal beeinflusst habe. 56% der Ärzte waren der Meinung, dass durch die Veröffentlichung der Daten an sich sinnvolle Operationen teilweise unterlassen werden. Eine Ursache kann darin liegen, dass 85% der Ärzte der Ansicht waren, dass die Risikoadjustierung nicht ausreicht, um Chirurgen mit schweren Fällen nicht trotzdem schlechter in der Statistik erscheinen zu lassen. Ein anderer Grund für durchweg eher negative Beurteilungen der Publikation durch die Ärzte kann aber auch in deren ablehnender Haltung gegenüber der größeren Rechenschaftspflicht und dem erhöhten Wettbewerbsdruck liegen.

Moscucci et al. (2005) stellen fest, dass im Staat New York signifikant weniger Bypassoperationen bei Patienten mit höherem Mortalitätsrisiko durchgeführt werden als in einem Vergleichsstaat ohne Veröffentlichung der Mortalitätsraten und schließen daraus auf Selektionsverhalten der Chirurgen.

Dranove et al. (2003) stellen in einer sehr kritischen Studie zu den Auswirkungen der Publikation der Mortalitätsraten in New York und Pennsylvania fest, dass bei besonders kranken Patienten aufgrund von Selektionsaktivitäten weniger Bypassoperationen durchgeführt wurden und es dadurch zu einer erheblichen Verschlechterung des

durchschnittlichen Gesundheitszustandes dieser Gruppe im Vergleich zu Staaten ohne Veröffentlichung der Daten kam, während sich der Gesundheitszustand in weniger kranken Gruppen nur geringfügig besser darstellte und es insgesamt zu einem Kostenanstieg kam. Als möglichen Ausweg schlagen sie vor, die Mortalitätsraten nicht pauschal für einen bestimmten Eingriff zu veröffentlichen, sondern Kategorien nach Diagnosen zu bilden, z.B. Herzinfarktpatienten.

Das Problem eines verschlechterten Gesundheitszustandes von nicht operierten Patienten könnte zumindest teilweise auch dadurch abgemildert werden, dass ein breiteres Indikatorenset eingesetzt wird, in dem noch zahlreiche weitere Qualitätsindikatoren als die Mortalitätsrate bei Bypassoperationen erfasst werden. Andere Indikatoren würden sich folglich bei Unterlassen von medizinisch sinnvollen Operationen verschlechtern. Insgesamt weisen diese Untersuchungen aber auf die Notwendigkeit einer sehr präzisen Abgrenzung der zu bewertenden Kategorien sowie eines ausgefeilten Risikoadjustierungssystems hin, von dessen Funktionsfähigkeit auch die Ärzteschaft überzeugt sein muss. Eine weitere Verringerung des Selektionsproblems könnte durch eine Trennung der Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit (z.B. einer Operation) und der eigentlichen Ausführung der Behandlung erreicht werden. Hier besteht allerdings die Gefahr der Doppelbefundung, durch die möglicherweise viel Zeit bis zur Behandlung verstreicht und zusätzliche Kosten entstehen.

Gegen die Veröffentlichung von Leistungsdaten werden weitere Argumente ins Feld geführt. Neben Ergebnisbeeinflussung durch Selektion kann es zu „gaming“ kommen, d.h. die Leistungsdaten werden auf verschiedene Weise manipuliert, z.B. durch Coding-up, also die Einordnung von Fällen in schwerwiegendere Kategorien als eigentlich angemessen. Ähnliche Verhaltensweisen von Leistungserbringern konnten bei der Einführung von Vergütungssystemen mit Fallpauschalen beobachtet werden. Überdies wird die Gefahr gesehen, dass Qualitätsindikatoren zu einer zu starken Fokussierung nur auf die Indikatoren führen und andere, in den Indikatoren nicht abgebildete Qualitätsaspekte vernachlässigt und längerfristige Behandlungsziele aus den Augen verloren werden. Dieser Aspekt weist auf die Notwendigkeit eines engen Zusammenhangs zwischen den gemessenen Indikatoren und den für die Patienten relevanten Ergebnissen sowie eines breiten Indikatorensets hin.

Detsky (2001) kritisiert ferner, dass die Rangplätze der Krankenhäuser bei den Mortalitätsraten im Staat New York von Jahr zu Jahr relativ stark variieren und die Er-

gebnisse daher eine geringe Stabilität im Zeitablauf aufweisen. Seines Erachtens verhält es sich bei Krankenhausbewertungen ähnlich wie bei Investmentfonds: Aus der Leistung in der Vergangenheit kann nicht unbedingt auf die Leistung in der Zukunft geschlossen werden.

Schließlich werden noch grundsätzliche Einwände gegen die Publikation von Daten wie Mortalitätsraten geltend gemacht, da dies die Ängste bei den Patienten steigern und möglicherweise sogar schlechtere Behandlungsergebnisse mit sich bringe (Marshall und Davies, 2001). Evidenz für diese Kritik kann allerdings nicht beigebracht werden.

Zahlreiche Untersuchungen belegen auf der anderen Seite aber positive Effekte der Veröffentlichung von Leistungsdaten. Hannan et al. (1994) stellen z.B. fest, dass die risikoadjustierte Sterblichkeit bei Bypassoperationen im Staat New York nach Einführung der Veröffentlichungspflicht um 41% zurückgegangen ist. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Peterson et al. (1998). Mukamel und Mushlin (1998) stellen fest, dass Ärzte und Krankenhäuser mit guten Bewertungen ihren Marktanteil ausweiten können, während solche mit schlechten Bewertungen überdurchschnittlich häufig aus dem Markt ausschieden. Auch können in diesen Studien zusätzliche Qualitätsverbesserungsbemühungen der Krankenhäuser, z.B. bei der Organisation interner Prozesse, nachgewiesen werden. Cutler et al. (2004) untersuchen Zeitreihen der Krankenhäuser in New York und stellen fest, dass sich die risikoadjustierte Qualität der schlechteren Häuser sowie die durchschnittliche Qualität verbessert habe. Zudem kommen sie zu dem Ergebnis, dass es zu einem Rückgang der Bypassoperationen bei weniger kranken Patienten, nicht aber bei Patienten mit höherem Risiko gekommen ist, was im Widerspruch zu der Selektionsthese steht.

Insgesamt sind die empirischen Befunde zur Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren nicht eindeutig. Fast alle existierenden Untersuchungen beziehen sich aber ausschließlich auf die Veröffentlichung von Mortalitätsraten bei Bypassoperationen in den US-Bundesstaaten New York und seltener Pennsylvania. Zumindest ein Teil der festgestellten Probleme dürfte hier darauf zurückzuführen sein, dass nur ein sehr beschränkter Ausschnitt aus dem Spektrum der Ergebnisqualität gewählt wurde. Bei Indikatoren zur Prozessqualität sind zudem vergleichbare Probleme kaum zu befürchten, allerdings sind diese auch weniger aussagekräftig.

Da mit zunehmender Aussagekraft der Indikatoren auch die Gefahr unerwünschter Effekte abnimmt, kann zusammenfassend kein hinreichender Grund gesehen werden, die Entwicklung eines entsprechenden Marktes nicht zu unterstützen oder gar zu verhindern. Hier soll der Auffassung des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003, 2006) gefolgt werden, der zu dem Ergebnis gelangt, dass insgesamt die Vorteile von mehr Information für die Patienten überwiegen. Im Folgenden wird untersucht, inwieweit verlässliche Informationen über die Qualität von Leistungserbringern über den Markt zustande kommen oder ob und ggf. welche staatlichen Eingriffe sinnvoll sein könnten.

IV. Das Angebot an Informationen über die Qualität medizinischer Dienstleister

1. Information durch die Leistungserbringer

Zunächst einmal haben gute Leistungserbringer Anreize, ihre hohe Qualität potenziellen Kunden zu kommunizieren. Wenn die Nachfrager aber die Behandlungsqualität nicht beurteilen können, so ist ihnen auch keine Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Kommunikation eines Anbieters möglich. Zum einen könnten einzelne Leistungserbringer eine Auswahl an Qualitätsmerkmalen treffen, die sie selbst in einem günstigen Licht erscheinen lassen und solche Merkmale, bei denen sie schlecht abschneiden, zurückhalten. Hierdurch würde nur ein unvollkommenes Bild der Qualität der Dienstleister vermittelt und die Vergleichbarkeit der verschiedenen Anbieter könnte stark eingeschränkt sein. Allerdings könnten gute Leistungserbringer in einer solchen Situation die Initiative ergreifen und einen umfassenden Katalog an Qualitätsmerkmalen kommunizieren. Sie könnten hierdurch zum einen dadurch Wettbewerbsvorteile erzielen, dass sie mehr Qualitätsmerkmale kommunizieren, die von den Kunden als relevant eingeschätzt werden. Darüber hinaus könnten sie durch ihre Kommunikation Informationsstandards etablieren, die andere Leistungserbringer dazu zwingen, entweder diese Daten ebenfalls zu publizieren oder durch das Verschweigen dieser Information automatisch ein schlechtes Qualitätssignal an die Nachfrager zu senden. Denkbar wäre allerdings auch der gegenteilige Effekt: Leistungserbringer, die z.B. ihre relativ besseren Mortalitätsraten veröffentlichen, könnten einen Wettbe-

werbsnachteil gegenüber solchen Anbietern erleiden, die diese Daten nicht publizieren, weil die Patienten dadurch verunsichert werden. Das Herausbilden von Informationsstandards am Markt setzt zudem voraus, dass eine hinreichend große Zahl von Marktakteuren Relevanz, Ausprägung und Auslassung von Qualitätsmerkmalen beurteilen kann und hiernach ihr Handeln ausrichtet.

Selbst wenn diese Voraussetzungen aber erfüllt sind, bestehen erhebliche Manipulationspotenziale, wenn die Erhebung und Risikoadjustierung von Qualitätsdaten ausschließlich den Leistungserbringern selbst überlassen wird, beispielsweise bei der Beurteilung von Fallschweren. Ohne Kontrollen Dritter bestehen Möglichkeiten und Anreize für schlechte Leistungserbringer, sich als gute zu gerieren. Anbieterkommunikation alleine kann also die Probleme auf dem Markt für Qualitätsinformationen nicht lösen.

2. Information durch Krankenversicherungen

Ein wichtiger Sachwalter der Patienten könnten Krankenversicherungen sein. Diese verfügen z.B. durch die bei ihnen abgerechneten Leistungen über viele wichtige Qualitäts- und Kostendaten von Leistungserbringern, inklusive Informationen über die durchschnittlichen Fallschweren und andere Besonderheiten der Leistungserbringer. Auf diese Weise könnten Versicherer höherwertig behandelnde Ärzte von qualitativ schlechteren unterscheiden oder auch unwirtschaftlich arbeitende Leistungserbringer identifizieren und (z.B. durch selektives Kontrahieren, entsprechend ausgestaltete Vergütungssysteme) Anreize für günstige Kosten/Nutzenverhältnisse der Leistungserbringer setzen. Versicherungen, die bessere Qualität anbieten, würden versuchen dies der Kundschaft zu signalisieren, z.B. durch Werbung.

Hier kann eingewandt werden, dass auch schlechtere Versicherungen leicht mit vermeintlich hoher Qualität werben könnten, wenn diese für Patienten nicht beobachtbar ist und die Daten der Versicherungen nicht allgemein verfügbar sind. Hier würde sich das Problem der Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer auf die Beurteilung der Qualität der Versicherung verlagern. Da in diesem Fall eine Vielzahl von kontrahierten Leistungserbringern zu beurteilen wäre, wäre diese Entscheidung sogar noch um ein Vielfaches komplexer als die für einen einzelnen Leistungserbringer.

Dieser Einwand ist allerdings nur dann relevant, wenn tatsächlich auch ein Interessenkonflikt zwischen Versicherung und Patient besteht, also höhere Qualität für den Patienten mit höheren Kosten für die Versicherung verbunden ist. Für eine Vielzahl von Qualitätsproblemen trifft aber das Gegenteil zu: Infektionen nach Operationen, die Wiederholung missglückter Behandlungen oder spät erkannte Erkrankungen sind regelmäßig nicht nur ein Zeichen schlechter Qualität, sondern auch mit extrem hohen Kosten für die Versicherungen verbunden, die im Gegensatz zu den einzelnen Leistungserbringern nicht nur die Behandlungskosten, sondern auch Folgekosten tragen müssen. In vielen Bereichen besteht also Interessenskongruenz zwischen Versicherungen und Patienten.

Auf der so genannten Effizienzgrenze besteht allerdings ein Zielkonflikt zwischen Kosten und Qualität und es können sich Interessengegensätze zwischen Versicherungen und Patienten ergeben, so dass die Versicherungen keine perfekten Sachwalter der Patienten sein können. Hinzu kommt, dass gerade kleinere Versicherungen wegen geringer Fallzahlen oft über keine statistisch aussagekräftigen Daten über einzelne Leistungserbringer verfügen können. Hier wären aber Kooperationslösungen zwischen den Versicherungen denkbar.

3. Informationsintermediäre

Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, die Qualitätsversprechen durch „neutrale Dritte“ überprüfen zu lassen, z.B. Fort- und Weiterbildungen der Leistungserbringer (Strukturqualität), die Einhaltung bestimmter anerkannter Behandlungsstandards (Prozessqualität) und insbesondere Einsichtgewährung in die Daten über Behandlungsergebnisse an Dritte (Ergebnisqualität). Institutionen, die der Ansicht sind, besonders gute Qualität anzubieten, haben besondere Anreize, Zertifizierungen und Akkreditierungen, Überprüfungen durch Institutionen wie die „Stiftung Warentest“, Untersuchungen durch Akteure des Mediensektors etc. durchführen zu lassen.

Neutrale Dritte haben weniger Anreize zur Manipulation von Daten als die Leistungserbringer selbst. Allerdings bleibt hier das Problem der Informationsasymmetrie: Patienten können auch die Qualität der Informationen „neutraler Dritter“ nicht einschätzen, wenn sie die Qualität der Leistungserbringer nicht kennen. Die Informationsasymmetrie pflanzt sich also fort. Können die Patienten die Qualität der

Akkreditierer nicht beurteilen, könnten diese wiederum von Akkreditierern akkreditiert werden. Aber auch die Qualität der Akkreditierer-Akkreditierer ist für Patienten nicht zu beurteilen usw. Dies ist solange unproblematisch, wie alle neutralen Dritten z.B. aus Berufsethos ihr Möglichstes tun, um korrekte und hilfreiche Informationen für die Nachfrager bereitzustellen. In diesem Fall könnte man aber auch gleich auf das Berufsethos der Leistungserbringer alleine vertrauen, denn auch bei den Informationsintermediären wären bessere Informationen mit erhöhten Anstrengungen und Kosten verbunden und könnten vom Markt nicht honoriert werden.

Möglicherweise können Patienten aber die Reputation bestimmter Institutionen (wie etwa der Stiftung Warentest), die diese in anderen (durch die Patienten besser überprüfbaren) Bereichen gewonnen haben, auf den Gesundheitsbereich übertragen. Hat eine Institution in der Vergangenheit stets verlässlich die Interessen der Konsumenten vertreten, besteht berechnete Hoffnung, dass sie dies auch bei Gesundheitsleistungen versuchen wird. Letztlich bleiben die Patienten aber auf den Goodwill dieser Institutionen angewiesen, allenfalls können sie Struktur- und Prozessqualität der Institution bei der Bewertung von medizinischen Leistungserbringern ermitteln, z.B. die Qualifikation der Gutachter.

Existiert erst einmal eine etablierte und bei allen Marktakteuren hinreichend anerkannte Bewertungsinstitution im Gesundheitswesen, könnte es einen erheblichen Wettbewerbsnachteil für Leistungsanbieter darstellen, nicht von dieser Institution bewertet worden zu sein. Die Bedingungen, die zur Entstehung einer solchen Institution führen könnten, sind allerdings unklar. Existiert eine solche Institution nicht, könnte z.B. die Gefahr bestehen, dass sich ein Markt für neutrale Dritte etabliert, die besonders schlechten Leistungserbringern besonders gute Qualität bescheinigen, ohne dass dies von anderen Institutionen, die keinen Einblick in die Daten der entsprechenden Leistungserbringer haben, stichhaltig belegt werden könnte. Auch können Nachfrager womöglich nicht immer wissen, in wieweit die Leistungserbringer selber Einfluss auf die Bewertungsergebnisse (z.B. durch verschachtelte Beteiligungen an Akkreditierungsinstitutionen etc.) nehmen.

Neben direkten Abhängigkeiten können auch noch schwerer zu ermittelnde Einflüsse der Leistungserbringer auf Informationsintermediäre ausgeübt werden. Vorstellbar sind z.B. Gutachtaufträge an einzelne Mitarbeiter von Institutionen. Die praktische Relevanz solcher Einflussnahmen hat sich z.B. bei den deutschen Public Health-

Wissenschaftlern gezeigt, die allesamt über Jahrzehnte durch teure Gutachtenaufträge von der Tabakindustrie beeinflusst wurden und im Zuge dieser Gutachten zuvor vertretene Positionen gegen das Rauchen eklatant revidierten (Der Spiegel 34/2005).

Ein weiteres Problem könnte auch darin bestehen, dass die Gewinnung aussagekräftiger Daten durch Dritte sehr weitgehende Selbstverpflichtungen der Leistungserbringer (und/oder der Versicherungen) erfordern würde mit der Gewährung von weit reichenden Einblicken in Abläufe und Daten. Hier könnten z.B. Datenschutzbedenken oder Sorge vor der Weitergabe von Informationen an Wettbewerber, aber auch die fehlende Teilnahme schlechterer Leistungserbringer solche Lösungen erschweren und sich z.B. weniger restriktive Bewertungsinstitutionen in diesem Informationsmarkt durchsetzen, da ein größerer Teil der Leistungsanbieter bereit wäre sich von ihnen bewerten zu lassen. So lange es nicht eine oder zwei etablierte Institutionen gibt, könnte die Menge der bewerteten und damit vergleichbaren Institutionen ein wichtiger Wettbewerbsfaktor sein. Stark selektive Qualitätssiegel, die nur besonders hochwertigen Leistungserbringern vorbehalten bleiben sollen, können von den Patienten nicht unbedingt als solche erkannt werden.

Schließlich könnte die kostspielige Generierung „objektiver“ Qualitätsinformationen einem Kollektivgutproblem unterliegen: Einmal produzierte Informationen könnten von einem Käufer zu geringen Kosten an andere Personen weitergegeben werden, so dass der Anbieter womöglich keine hinreichenden Erlöse für sein Informationsprodukt erzielen kann und das Angebot nicht erfolgt oder zumindest weniger als das volkswirtschaftlich sinnvolle Maß an Ressourcen in die Produktion entsprechender Informationen gelenkt wird. Copyrights auf die erstellte Information können dieses Problem abmildern, aber keinesfalls beseitigen. Denkbar wäre zudem, dass Informationen für einzelne Patienten individualisiert werden, also speziell an ihre Bedürfnisse und Präferenzen angepasst werden. Ob die Zahlungsbereitschaft der Patienten für solche Leistungen aber hinreichend hoch ist, um das Kollektivgutproblem zu beseitigen, ist unklar.

Ein anderes mögliches Geschäftsmodell der neutralen Dritten könnte allerdings sein, dass die bewerteten Institutionen die Bewertung finanzieren, um so ihre Qualität signalisieren zu können. Ähnliche Arrangements sind z.B. seit langem bei Kredit-Ratingagenturen etabliert. Hierdurch könnte allerdings die Gefahr von „Gefälligkeits-

ratings“ steigen, es sei denn, es gibt wiederum etablierte Institutionen, auf deren Beurteilung die teilnehmenden Institutionen nicht verzichten können. In jedem Fall steigt mit der Relevanz des Kollektivgutproblems entweder die Gefahr eines unzureichenden Angebotes oder aber von durch Anbietereinfluss verzerrten Informationen.

Insgesamt erscheint die Etablierung eines funktionierenden Angebotes an Qualitätsinformationen über medizinische Leistungserbringer möglich, aber keinesfalls sicher. Mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern wird ohne Zweifel auch zu verstärktem Wettbewerb auf dem Informationsmarkt führen. Wenn allerdings eine höhere Markttransparenz Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Qualitätswettbewerbs ist, ist nicht sicher, dass sich diese Transparenz bei mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern hinreichend schnell einstellt. Daher sollen im Folgenden mögliche staatliche Eingriffe in diesen Markt diskutiert werden.

4. Mögliche Politikmaßnahmen

Zunächst einmal ist festzustellen, dass auch staatliche Institutionen Informationsproblemen bei der Beurteilung medizinischer Leistungen unterliegen. Für einen staatlichen Eingriff könnte zunächst sprechen, dass staatliche Institutionen keine unmittelbaren Abhängigkeiten von Leistungserbringern aufweisen. Dies unterscheidet sie allerdings nicht von „neutralen Dritten“. Ein Vorteil könnte allenfalls gesehen werden, wenn staatliche Angestellte gegenüber indirekten Einflussnahmen weniger empfänglich sind. Dies ist aber keinesfalls sicher. Durch das Setzen von Informationsstandards kann der Staat allerdings einen Wettbewerb hin zu weniger strengen Standards verhindern. Auch bei der Kontrolle von Daten und der Sanktionierung falscher Angaben stehen dem Staat mehr Möglichkeiten zur Verfügung als privaten Institutionen. Schließlich könnte das Kollektivgutproblem durch die Bereitstellung von Finanzmitteln durch den Staat überwunden werden.

Beim Setzen von Informationsstandards könnten bestimmte Angaben für alle Leistungserbringer verpflichtend sein und diese z.B. mit einheitlichen Risikoadjustierungen korrigiert werden. Die Publikation der Daten könnte obligatorisch oder freiwillig ausgestaltet sein. In Deutschland existieren für Krankenhäuser bestimmte Publikationspflichten, die meisten der erhobenen Daten über die Krankenhausqualität müssen aber nicht publiziert werden. Im Jahr 2004 wurden z.B. jeweils 212 Qualitätsindi-

katoren und 318 Qualitätskennzahlen für alle deutschen Krankenhäuser bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) gesammelt. Die Risikoadjustierung dieser Daten ist weit fortgeschritten, wobei verschiedene Verfahren zum Einsatz kommen, z.B. das auch bei den britischen Daten verwendete Euroscore-Modell für Herzoperationen. Alle diese Daten sind aber zunächst für die Nutzung durch die BQS und den internen Gebrauch durch die Krankenhäuser bestimmt. Eine Veröffentlichung wird von der BQS nicht vorgenommen und ist für die einzelnen Krankenhäuser nicht verpflichtend. Obligatorisch ist für alle Kliniken die Publikation eines strukturierter Qualitätsberichtes, bei dessen Gestaltung die Krankenhäuser viele Spielräume haben. In diesem Bericht müssen zahlreiche Angaben zur Strukturqualität gemacht werden, Angaben zur Prozess- und insbesondere zur Ergebnisqualität sind aber rein freiwillig. Lediglich ein Fünftel der Krankenhäuser hat in dem Qualitätsbericht 2005 seine BQS-Daten veröffentlicht. Auch werden die Daten teilweise im Rahmen regionaler Initiativen zugänglich gemacht, insbesondere beim Krankenhausreport des Berliner Tagesspiegel, in dem mit Ausnahme der Charité sämtliche Berliner Krankenhäuser ihre BQS-Daten für eine vergleichende Darstellung zur Verfügung gestellt haben. Im Krankenhausreport Ruhrgebiet wurde ein besonders gutes Abschneiden einer Klinik bei den BQS-Daten herausgestellt. Für die große Mehrheit der Kliniken bleiben diese Ergebnisse für die Patienten aber unbekannt.

Die Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht durch manche Krankenhäuser und regionale Initiativen wie in Berlin oder im Ruhrgebiet können, insbesondere wenn das Interesse der Patienten an solchen Informationen im Zeitablauf zunimmt, die nicht veröffentlichenden Häuser unter erheblichen Druck setzen. Auch eine Intensivierung des Wettbewerbs im Krankenhaussektor könnte die Kliniken zu erhöhter Transparenz veranlassen, ohne dass hierfür ein Zwang zur Veröffentlichung unbedingt nötig wäre. Es ist also nicht auszuschließen, dass auf mittlere Sicht eine Mehrheit der Krankenhäuser ihre Ergebnisse von sich aus veröffentlichen würde.

Britische Untersuchungen zur Krankenhauswahl haben hingegen gezeigt, dass Patienten zwar nicht unbedingt sehr stark auf besonders gute Ergebnisse von Krankenhäusern reagieren, sehr wohl aber auf schlechte Ergebnisse und Warnungen. Solange aber für die Patienten nicht eindeutig ist, was die genauen Motive eines Krankenhauses sind, seine Ergebnisse nicht zu veröffentlichen, können sie auch schwerer um eher schlechte Häuser einen Bogen machen. Die Entscheidungsbasis

der Patienten würde sich verbessern und der Qualitätswettbewerb verschärft, wenn wirklich von allen Krankenhäusern die Ergebnisse vorliegen würden.

Unabhängig von der Frage der freiwilligen oder obligatorischen Veröffentlichung der Daten liegt der Vorteil dieses Eingriffs darin, dass vergleichbare Daten für alle Leistungserbringer vorliegen und ein Wettbewerb um die verständlichste Aufbereitung der Ergebnisse und ihre patientenfreundliche Kommunikation entstehen könnte. Auch private Institutionen könnten diese Daten nutzen und z.B. noch weitergehende Informationen von den Leistungserbringern verlangen.

Eine andere Politikmaßnahme liegt im Bereich der staatlichen Förderung von Informationsangeboten, die angebracht erscheinen kann, wenn das Kollektivgutproblem erhebliche Relevanz besitzt. Hier dürfte allerdings die Auswahl der zu fördernden Institutionen schwierig sein und die Höhe der notwendigen Förderung ist unbekannt. Wenn aber bereits staatliche Informationsstandards existieren, sind die Kosten für die Bereitstellung von z.B. patientenfreundlich aufbereiteter Information bereits massiv gesunken, so dass ggf. ganz auf eine Förderung verzichtet werden kann.

V. Nachfrage nach Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer

Selbst wenn Informationen von entsprechender Qualität vorhanden sind, ist nicht gesichert, dass eine so große Zahl von Marktakteuren diese nutzt oder nutzen kann, so dass diese Informationen erhebliche Qualitäts- oder Effizienzsteigerungen bewirken könnten.

Die Erfahrungen mit den veröffentlichten Mortalitätsraten und anderen Qualitätsindikatoren in den USA unterscheiden sich je nach Untersuchung zum Teil stark. Schneider und Epstein (1998) befragen 474 Patienten nach Bypassoperationen nach ihrer Nutzung der Mortalitätsraten. Nur 56 von diesen waren sich vor ihrer Operation überhaupt der Existenz dieser Daten bewusst und weniger als ein Viertel von diesen gab an, die Informationen bei der Entscheidung genutzt zu haben. Allerdings sagte über die Hälfte der Befragten, dass diese Informationen ihre Entscheidung beeinflusst hätte, wenn sie sie zur Verfügung gehabt hätten. Dies ist in Übereinstimmung

mit der Untersuchung von Shaller Consulting (2006). 22% der Patienten in dieser Erhebung hatten Krankenhausbewertungen gesehen, 50% von diesen gaben an, die Informationen auch für Entscheidungen nutzen zu wollen. Jensen (2004) stellt aber fest, dass nur 1% der Patienten, die von Qualitätsbewertungen wissen, diese auch tatsächlich nutzen. Eine neuere Untersuchung von Mukamel et al. (2005) zeigt allerdings wiederum signifikante Einflüsse der Mortalitätsdaten auf die Chirurgenwahl der Patienten. Im britischen Kontext stellen Megee et al. (2003) in Focusgruppen fest, dass Patienten solche Informationen kaum nutzen würden. Trotz der Bandbreite der Ergebnisse scheinen Qualitätsdaten aber insgesamt von Patienten wenig genutzt zu werden.

Gründe für das eher zurückhaltende Informationsverhalten der Patienten können mangelnde Kenntnis von der Existenz solcher Informationen, Zeitdruck bei der Entscheidung, Verständnisschwierigkeiten, Angst vor dem Bewusstmachen von Risiken und ein geringes Vertrauen in die Korrektheit der Daten sein (Marshall, 2000).

Entscheidend für einen funktionierenden Wettbewerb ist aber keinesfalls, dass sämtliche Nachfrager gut informiert sind. Dies ist auch auf anderen Märkten nicht der Fall. Klein und Ford (2001) untersuchen beispielsweise das Informationsverhalten von Autokäufern und stellen fest, dass nur 10% der Personen der Stichprobe eine intensive Informationssuche betreiben. Die übrigen Personen haben entweder nahezu keine Informationen gesucht oder sich stark auf die Empfehlungen von Freunden und Verwandten verlassen. Es ist in aller Regel bereits ausreichend, wenn eine „kritische Schwelle“ von gut informierten Nachfragern existiert. Diese können durch ihr Wissen und Verhalten die Anbieter unter erheblichen Druck setzen und zudem anderen Nachfragern Orientierung geben. Die Quantifizierung einer solchen Schwelle ist freilich kaum möglich.

Erschwerend kommt auf dem Gesundheitsmarkt allerdings hinzu, dass es bei manchen Leistungen kaum möglich ist, informierte Entscheidungen zu treffen. Dies ist sofort einsichtig in Situationen, in denen der Patient bewusstlos ist. Ebenso bestehen in schwerwiegenden Notfällen wenig bis keine Entscheidungsmöglichkeiten. Auch in anderen Situationen müssen Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden, und das häufig unter körperlichen Einschränkungen und emotionaler Anspannung. Ferner dürften bei vielen psychischen Erkrankungen und Krankheitsbildern wie Alzheimer oder Demenz Menschen oft nicht zu überlegten Entscheidungen in der Lage sein.

Diese Probleme können teilweise dadurch abgemildert werden, dass bereits vor Eintritt einer Erkrankung eine Versicherung gewählt wird, die mit Leistungserbringern Verträge abgeschlossen hat, die eine hohe Qualität aufweisen. Zum einen dürfte aber die Auswahl einer Versicherung nach solchen Kriterien hoch komplex sein, da beispielsweise auch die Qualität von Spezialisten für Krankheiten überprüft werden müsste, von denen der Versicherte noch nie etwas gehört hat. Dieses Problem kann allerdings grundsätzlich wiederum durch Informationsintermediäre abgemildert werden. Bei Notfällen aber beispielsweise ist keinesfalls sicher, dass der Patient auch in einem Krankenhaus behandelt werden kann, das von seiner Versicherung wegen seiner hohen Qualität unter Vertrag genommen wurde.

Weitere Einflusskanäle von veröffentlichten Qualitätsindikatoren könnte die Nutzung durch Institutionen sein, die Patienten beraten, insbesondere Ärzte. Untersuchungen im Staat New York zeigen wiederum sehr unterschiedliche Ergebnisse, deuten aber darauf hin, dass auch überweisende Kardiologen die vorhandenen Informationen wenig nutzen. Je nach Studie beläuft sich der Anteil der Kardiologen, deren Überweisungsverhalten nach eigenen Angaben von den Mortalitätsraten beeinflusst wurde, auf zwischen 3 und 38% (Narins et al., 2005). Die Gründe für die Zurückhaltung der Ärzte waren, dass sie die Risikoadjustierung der Ergebnisse als unzureichend empfanden und Mortalitätsraten als einziges Qualitätskriterium als zu eng ansahen.

Am deutlichsten schien der Einfluss der Veröffentlichung der Mortalitätsraten auf die Leistungserbringer selbst zu sein. Häuser mit schlechtem Abschneiden schienen verstärkt Qualitätsverbesserungsbemühungen zu unternehmen und Kliniken mit gutem Abschneiden nutzten diese Ergebnisse intensiv für die interne und externe Kommunikation. Dieses Verhalten könnte zum einen aus Wettbewerbsgründen erfolgen. Marshall und Davies (2001) weisen aber darauf hin, dass dieser Effekt dann nicht von Dauer sein dürfte, wenn die Ergebnisse in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen werden. Allerdings könnte die Anbieterkommunikation auf längere Sicht auch für eine verstärkte Wahrnehmung der Ergebnisse sorgen. Ein anderes Motiv der Leistungserbringer für Verhaltensänderungen könnte aber auch die Reputation im Kollegenkreis sein, die durch die Publikation beeinflusst werden kann.

VI. Fazit

Die theoretischen und empirischen Befunde zur Funktionsfähigkeit des Marktes für Informationen über medizinische Leistungserbringer sind nicht völlig eindeutig. Insgesamt spricht aber einiges dafür, dass von staatlicher Seite Informationsstandards vorgegeben und durchgesetzt werden.

Staatliche Maßnahmen zur Verbesserung der Informationslage auf dem Gesundheitsmarkt und zur Erhöhung der Transparenz sind aus ordnungspolitischer Sicht relativ milde Mittel und sind, sofern sie denn für erforderlich gehalten werden, anderen staatlichen Eingriffen vorzuziehen. Da aber mit und ohne staatliche Eingriffe zumindest nicht in allen Bereichen des Gesundheitsmarktes sicher mit einer hinreichenden Funktionsfähigkeit des Informationsmarktes gerechnet werden kann, könnte auch ergänzend die Vorgabe von Mindestqualitäten erwogen werden.

Literatur

- Cutler, David M. et al. (2004): The Role of Information in Medical Markets: An Analysis of Publicly Reported Outcomes in Cardiac Surgery, NBER Working Paper No. 10489, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Donabedian, Avedis (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. I: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment and Monitoring, Ann Arbor.
- Dranove, David et al. (2003): Is More Information Better? The Effects of "Report Cards" on Health Care Providers, in: Journal of Political Economy, Vol. 111, No. 3, S. 555-587.
- Hall, Christopher J. et al. (2001): Exploring the Use of Physician Report Cards, in: University of Toronto Medical Journal, Vol. 78, No. 3, S. 216-219.
- Hannan, E. L. et al. (1994): Improving the Outcomes of Coronary Artery Surgery in New York State, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 271, No. 10, S. 761-766.
- Jacobson, Peter D. (2001): Regulating Health Care: From Self-Regulation to Self-Regulation?, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No. 5, S. 1166-1177.
- Jensen, Joyce (2004): The Ratings Game, in: Marketing Health Services, Vol. 24, No. 1, S. 40-45.
- Lansky, David (1998): Measuring What Matters To The Public, in: Health Affairs, Vol. 17, No. 4, S. 40-41.
- Magee, Helen et al. (2003): Public Views on Healthcare Performance Indicators and Patient Choice, in: Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 96, S. 338-342.
- Marshall, Martin N. et al. (2000): The Public Release of Performance Data, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 283, No. 14, S. 1866-1874.
- Marshall, Martin N. et al. (2002): Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study, in: BMJ, Vol. 325.

- Marshall, Martin, Davies, Huw (2001): Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond?, in: *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol. 6, No. 3, S. 158-162.
- Moscucci, Mauro et al. (2005): Public Reporting and Case Selection for Percutaneous Coronary Interventions, in: *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 45, No. 11, S. 1759-1765.
- Mukamel, Dana B., Mushlin, Alvin I. (1998): Quality of Care Information Makes a Difference: An Analysis of Market Share and Price Changes after Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports, in: *Medical Care*, Vol. 36, No. 7, S. 945-954.
- Mukamel, Dana B., Weimer, D. L., Zwanziger, J. (2005): Quality Report Cards, Selection of Cardiac Surgeons, and Racial Disparities: A Study of the Publication of the New York State Cardiac Surgery Reports, in: *Inquiry*, Vol. 41, No. 4, S. 435-446.
- Narins, Craig R. et al. (2005): The Influence of Public Reporting of Outcome Data on Medical Decision Making Physicians, in: *Archives of Internal Medicine*, Vol. 165, S. 83-87.
- Pauly, Mark V. (1988): Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers, in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 13, No. 2, S. 227-237.
- Peterson, Eric D. et al. (1998): The Effects of New York's Bypass Surgery Provider Profiling on Access to Care and Patient Outcomes in the Elderly, in: *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 32, No. 4, S. 993-999.
- Schneider, Eric C., Epstein, Arnold M. (1996): Influence of Cardiac-Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care, in: *New England J. Medicine* 335, S. 251-256.
- Schneider, Eric C., Epstein, Arnold M. (1998): Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery, in: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 279, No. 20, S. 1638-1642.
- Shaller Consulting (2006): *Consumers in Health Care: Creating Decision-Support Tools That Work* (prepared for California HealthCare Foundation), Oakland, California.