

WHL

DISKUSSIONSPAPIERE

Nr. 3

Strategien zur Sicherung und
Verbesserung der Qualität in der
medizinischen Versorgung
– GKV und PKV im Vergleich

Dirk Sauerland



WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr

Diskussionspapier Nr. 3

Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen
Versorgung
– GKV und PKV im Vergleich

April 2005

Adresse des Verfassers

Prof. Dr. Dirk Sauerland
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre /
Gesundheits- und Institutionenökonomik
an der WHL
dirk.sauerland@akad.de

Herausgeber

WHL – Wissenschaftliche Hochschule Lahr
Hohbergweg 15–17
D-77933 Lahr

Phone +49-(0)7821-9238-50

Fax +49-(0)7821-9238-63

www.whl.akad.de

www.whl.akad.de/diskussionspapiere

1.	Vorbemerkungen.....	1
2.	Der Referenzrahmen: eine ordnungskonforme Strategie.....	3
2.1	Instrumente auf der Regelebene: Regulierung und Qualitätswettbewerb.....	4
2.2	Adäquate Aufgabenträger und ihre Anreize.....	6
2.3	Die USA als Vergleichsmarkt.....	8
3.	Qualitätssicherung und -verbesserung im Bereich der GKV-Versorgung.....	12
3.1	Die Ausgangslage.....	12
3.2	Neue Akteure im Bereich der Qualitätssicherung.....	14
3.3	Neue Regelungen in den Teilbereichen der Versorgung.....	17
3.4	Ein neues Instrument für die gesetzlichen Krankenkassen.....	19
3.5	Zwischenergebnis.....	21
4.	Qualitätssicherung und -verbesserung im Bereich der PKV-Versorgung.....	21
4.1	Die Ausgangslage.....	22
4.2	Die Instrumente der PKV.....	25
4.3	Zwischenergebnis.....	27
5.	Zusammenfassung und Fazit.....	27
	Literatur.....	31

Zusammenfassung

Die Strategie zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die durch die gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland finanziert wird, ist geprägt durch staatliche Regulierungen. Im Gegensatz dazu nutzen die Anbieter von privaten Versicherungen die Möglichkeit, im Wettbewerb „private“ Lösungen zur Erreichung des genannten Ziels zu entwickeln. Die Rahmenbedingungen, Instrumente und relevanten Akteure im Bereich der GKV- und der PKV-Versorgung werden gegenübergestellt. Darauf aufbauend werden die Möglichkeiten zur Verbesserung des Status quo aufgezeigt.

Strategien zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung – GKV und PKV im Vergleich

Dirk Sauerland*

1. Vorbemerkungen

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor zwei großen Herausforderungen. Die in der aktuellen Gesundheitspolitik wohl am heftigsten diskutierte ist die *nachhaltige Finanzierung* der auch in Zukunft stark ansteigenden Gesundheitsausgaben. In diesem Kontext werden etwa die Bürgerversicherung und die pauschalen Gesundheitsprämienmodelle als künftige Finanzierungsformen diskutiert (Sauerland, 2004, S. 227ff.).

Weniger im tagespolitischen Fokus – aber nicht minder wichtig – ist die Frage, wie die *Qualität der medizinischen Versorgung* in Deutschland sichergestellt und verbessert werden kann. Diese Frage gerät immer dann in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Überlegungen, wenn neue Analysen zum Stand der Versorgungsqualität in Deutschland veröffentlicht werden (z.B. SVR-GK 2003; WRO, 2000). Die Forschung in diesem Bereich beschränkt sich primär auf solche Status quo-Analysen. Wenig Aufmerksamkeit wird hingegen der Frage gewidmet, wie die in den verschiedenen Studien aufgezeigten Verbesserungspotentiale im Rahmen einer adäquaten Strategie zur Qualitätssicherung und -verbesserung realisiert werden können.¹ Eine konsistente Strategie umfasst neben der genaueren Zielformulierung die Auswahl der sinnvoll einzusetzenden Mittel sowie die Zuordnung dieser Mittel zu den jeweils am besten geeigneten Instrumententrägern.² Im Punkt 2. wird daher zunächst ein Referenzrahmen für die Sicherung der Qualität vorgestellt, der innerhalb einer sozial verfassten Marktwirtschaft ordnungskonform ausgestaltet ist.

Betrachte man den Status quo im Jahr 2001, so stellte die Strategie zur Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Versorgung, die über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert wird, in erster Linie auf das Instrument der staatlichen Regulierung ab. Anderen Instrumenten, die im Wettbewerb der Leistungserbringer und/oder Ausgabenträger entwickelt werden, wurde wenig Raum gegeben, so dass aus ordnungspolitischer Sicht Verbesserungspo-

* Die vorliegende Arbeit wurde unterstützt durch eine Forschungsbeihilfe des ZAWF e.V. Für kritische und hilfreiche Anmerkungen danke ich Gisela Pläßmann und Ansgar Wübker.

¹ Eine solche Strategie dient letztlich dem Ziel des Verbraucherschutzes.

² Vgl. ähnlich für den Bereich der Geldpolitik Issing (1996, S. 254).

tentiale bestanden (Sauerland 2001a). Seit dem Jahr 2001 hat es allerdings eine Reihe von Reformgesetzen im Gesundheitswesen gegeben, die auch die Strategie zur Qualitätssicherung betreffen. Größere Veränderungen gingen insbesondere vom Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) aus, das im Jahr 2004 in Kraft getreten ist. Somit stellt sich heute die Frage, ob die Strategie im Bereich der GKV-Versorgung inzwischen anders zu beurteilen ist. Diese Frage wird im Punkt 3. beantwortet.

Darüber hinaus gilt es zu klären, wie die Strategie zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in dem Bereich der Versorgung aussieht, der durch die private Krankenversicherung (PKV) finanziert wird. Die PKV ist mit einem Finanzierungsanteil von 8,4 Prozent im Jahr 2002 der zweite große Ausgabenträger des deutschen Gesundheitswesens. Zusammen mit der GKV, deren Finanzierungsanteil 57 Prozent beträgt, werden etwa zwei Drittel der Gesundheitsausgaben in Deutschland finanziert (StatBA, 2004a).

Die PKV unterscheidet sich von der GKV in vielen Bereichen, wie etwa der Prämienkalkulation und der finanzierten Leistungen (Jakobs/Schulze, 2004). Aus *ordnungspolitischer Sicht* hat das PKV-System den Vorteil, die Wahlfreiheit der Versicherten in Bezug auf die abzusiichernden Leistungen stärker zu berücksichtigen – und damit das Prinzip der Konsumentensouveränität. Gleichzeitig wird das Äquivalenzprinzip bei der Kalkulation der Prämien sehr viel stärker berücksichtigt, als dies im Bereich der GKV der Fall ist (Sauerland, 2004, S. 223). Auch aus *Sicht der Patienten* ist die PKV offenbar ein attraktives System, da der Anteil der privat vollversicherten Personen in Deutschland ebenso kontinuierlich ansteigt wie die Zahl derjenigen, die eine private Zusatzversicherung zu ihrem bestehenden GKV-Versicherungsschutz abschließen.³

Die Motivation für den Abschluss solcher Zusatzversicherung besteht in erster Linie darin, das kleiner werdende Leistungspaket der GKV zu ergänzen. Ähnliches gilt für den Bereich der Vollversicherungen, denn privat versicherte Patienten können dort ein größeres Leistungsbündel in Anspruch nehmen als gesetzlich Versicherte. So zeigt etwa eine Studie von Ziegenhagen et al. (2004), die auf Daten einer großen deutschen privaten Krankenversicherung beruht, dass deren Versicherten deutlich mehr patentgeschützte Medikamente verordnet

³ Zum 31.12.2003 waren 8,11 Millionen Personen in der PKV vollversichert, während geschätzte 7,9 Millionen Personen eine private Zusatzversicherung zur Ergänzung (und Verbesserung) ihres GKV-Versicherungsschutzes abgeschlossen hatten. Vgl. PKV (2004a, S. 11 und 17).

werden als GKV-Versicherten.⁴ Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass in staatliche regulierten Gesundheitssystemen die Verfügbarkeit von modernen Behandlungsverfahren und Medikamenten geringer ist als in weniger regulierten Systemen (Cutler, 2002, S. 892ff.). Folgt man dieser Logik, so werden von den wenig regulierten privaten Krankenversicherungen frühzeitig neue Medikamente und Verfahren finanziert, die erst später in den Leistungskatalog der hoch regulierten GKV übernommen werden. Dies stellt aus Sicht der Versicherten einen großen Vorteil dar: Eine neuen Untersuchung aus der Schweiz zeigt, dass die Versicherten eine schnelle Verfügbarkeit neuer Medikamente und Behandlungsmethoden nicht nur wünschen, sondern auch eine hohe Zahlungsbereitschaft dafür haben (Telser et al., 2004, S. 57ff.). Die Frage, ob die Versorgung im Bereich der PKV umfangreicher und besser ist als im Bereich der GKV soll im Folgenden nicht weiter diskutiert werden. Hier geht es allein um die Ausgestaltung der Maßnahmen, mit denen die Qualität der medizinischen Versorgung im Rahmen eines vorgegebenen Leistungspaktes, das von dem jeweiligen Ausgabenträger finanziert wird, sichergestellt und verbessert werden soll.

Da die PKV-Versorgung nicht den Regulierungen der GKV-Versorgung unterliegt, bestehen hier Spielräume für die Entwicklung einer eher wettbewerblich geprägten Strategie, die private Lösungen hervorbringt und die Verantwortung für Instrumentenauswahl und -einsatz den im Wettbewerb stehenden, eigenverantwortlich handelnden Akteuren überlässt. Ob die Akteure der PKV die Möglichkeiten nutzen, eine Strategie zu entwickeln, die dem in Punkt 2. entwickelten Referenzrahmen entspricht, wird im Punkt 4. beschrieben. Dort wird dargestellt, welche Rolle die Qualität im Bereich der PKV-Versorgung spielt und welche Instrumente dort eingesetzt werden. Darüber hinaus wird aufgezeigt, welche Voraussetzungen für weitere Verbesserungen geschaffen werden müssen.

Mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse endet der Beitrag im Punkt 5.

2. Der Referenzrahmen: eine ordnungskonforme Strategie

Wie eingangs erwähnt sollte die Strategie zur Erreichung eines bestimmten *Ziels*, hier also der Sicherung und Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zum Schutz der Verbraucher, neben den adäquaten *Instrumenten* zur Zielerreichung auch die jeweiligen *Aufgabenträger* benennen. Letztere sollten für den Einsatz der Instrumente verantwortlich sein.

⁴ Ziegenhagen et al (2004, S. 108) weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass sie nur nachweisen können, dass die Versorgung anders ist: „Ob dabei ausschließlich Präparate mit hohem Innovationspotential, deren Einsatz einen therapeutischen Fortschritt bedeutet, eingesetzt werden, kann nur mithilfe diagnose- und outcomebezogener Daten beantwortet werden.“

Bevor auf die Frage der Instrumente und der Träger eingegangen wird, kurz einige Anmerkungen zur Operationalisierung des Ziels selbst.

Die Qualität der medizinischen Versorgung bzw. der erbrachten medizinischen Leistungen wird typischerweise – anknüpfend an die Arbeit von Donabedian (1980) – in drei Dimensionen gemessen (Sauerland 2003, S. 265ff.): Die *Strukturqualität* bezieht sich etwa auf die Eigenschaften der Leistungserbringer. Sie kann z.B. an der Qualifikation der Leistungserbringer gemessen werden oder am Vorhandensein einer adäquaten medizintechnischen Ausstattung. Bei der *Prozessqualität* steht die Auswahl der adäquaten Diagnose- und Behandlungsverfahren im Vordergrund. Messbar wird diese Art von Qualität über die Einhaltung evidenzbasierter Leitlinien, die den Stand des medizinischen Wissens repräsentieren (McGlynn et al., 2003). Schließlich bezieht sich die *Ergebnisqualität* auf das eigentliche Resultat des Behandlungsprozesses. Kennziffern zur Ermittlung dieser Qualitätsdimension sind der selbstberichtete Gesundheitszustand und die Zufriedenheit der Patienten ebenso wie etwa Mortalitäts- und Komplikationsraten bei bestimmten Eingriffen. Alle Dimensionen lassen sich mithin (über entsprechende Proxy-Variablen) messen und bilden so die Grundlage für die Strategie zur Sicherung (und Verbesserung) der Qualität medizinischer Leistungen (z.B. RAND, 2004a).

Bei der Auswahl der adäquaten Instrumente und ihrer zugehörigen Träger kann man auf verschiedene Kriterien zurückgreifen, die im Rahmen ordnungspolitischer Analysen regelmäßig herangezogen werden (z.B. Sauerland 2003, S. 289ff.). Innerhalb einer Sozialen Marktwirtschaft empfiehlt es sich Instrumente zu wählen, die sowohl effektiv als auch effizient und ordnungskonform sind. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass der Grundsatz der Konsumentensouveränität ebenso beachtet wird wie das Äquivalenzprinzip. Für die Wahl des adäquaten Trägers steht in erster Linie das Subsidiaritätsprinzip zur Verfügung, das wiederum die Konsumentensouveränität beinhaltet. Legt man diese Kriterien zugrunde, lässt sich das Set sinnvoller Instrumente sowie die dazugehörigen Träger wie folgt beschreiben:

2.1 Instrumente auf der Regelebene: Regulierung und Qualitätswettbewerb

Als Instrumente zur Sicherung und Verbesserung der Qualität stehen den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern auf der *Regelebene* grundsätzlich *Regulierungen* und *private Lösungen*, die im Wettbewerb entstehen, zur Verfügung. Eine sinnvolle Gesamtstrategie kombiniert den Einsatz beider Instrumente: Adäquate Regulierungen zum Zwecke des Verbraucherschutzes machen insbesondere im Bereich der Strukturqualität Sinn, während die Prozess-

und Ergebnisqualität durch einen Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger und Leistungserbringer erhalten bzw. verbessert werden kann.

Wählt man *Regulierungen im Bereich der Strukturqualität*, so kann der Markteintritt qualifizierter Leistungserbringer über das Setzen von Eintrittsbarrieren – etwa in Form qualifizierter (Hochschul-) Abschlüsse – beschränkt werden. Um die Strukturqualität auch im Zeitablauf zu sichern, ist die regelmäßige Überprüfung des Wissensstands zu empfehlen. Hier gilt es nachzuweisen, dass die Leistungserbringer sich fortlaufend auf dem ‚Stand des Wissens‘ in dem von ihnen vertretenen Fachgebiet halten.

Über den allgemeinen Marktzutritt hinaus sind Regulierungen im Bereich der Strukturqualität sinnvoll, wenn etwa ein Zusammenhang zwischen der Zahl der erbrachten Leistungen und der zu beobachtenden Ergebnisqualität (empirisch abgesichert) festgestellt werden kann (Gandjour et al., 2003). Gleiches gilt, falls bestimmte Eingriffe oder Behandlungsverfahren auf eine notwendige medizintechnische oder infrastrukturelle Mindestausstattung angewiesen sind. In diesen Fällen ist die Erlaubnis zur Durchführung solcher Eingriffe auf diejenigen Leistungserbringer zu begrenzen, welche die jeweiligen Voraussetzungen erfüllen (Schirmer, 2002).

Aufbauend auf dieser Grund-Strukturqualität bietet es sich an, einen *Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer* zu implementieren (Sauerland, 2001a). Dieser funktioniert jedoch nur unter adäquat gestalteten Rahmenbedingungen, die das Verhalten der Leistungserbringer in gewünschte Bahnen lenken. Eine wichtig Rolle spielt dabei die Frage, wie die Ausgabenträger das Verhalten der Leistungserbringer beeinflussen können und ob die Ausgabenträger ihrerseits im (Qualitäts-)Wettbewerb miteinander stehen. Grundsätzlich ist ein Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer in Form eines Preis- oder eines Leistungswettbewerbs vorstellbar.

Ist ein selektives Kontrahieren zwischen den Leistungserbringern und den Ausgabenträgern möglich, kann im Sinne eines *Preiswettbewerbs* die Höhe der Entlohnung der Leistungserbringer an die von ihnen bereitgestellte Qualität gekoppelt werden: Erbringer höherer Qualität erhalten dann höhere Entgelte als solche, die eine schlechtere Qualität erbringen. Besonders effektiv ist ein solcher Wettbewerb, wenn die Ausgabenträgern mit der Qualität der bei ihnen unter Vertrag stehenden Leistungserbringer bzw. der Qualität der bereitgestellten Leistungen Versicherte gewinnen können (komplementärer Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger). Dann ist auch die Möglichkeit für die Ausgabenträger gegeben, die Patienten, die für eine bestimmte Qualität zahlen (wollen), auch direkt an Erbringer der gewünschten Qualität zu lenken.

Im Gegensatz zu diesem Preiswettbewerb setzt ein *Leistungswettbewerb* kein selektives Kontrahieren voraus. Konkurrieren die Leistungserbringer um die Patienten, so können sich Anbieter höherer Qualität allein über ihre Leistungserbringung einen höheren Gewinn sichern, wenn es ihnen gelingt, durch ihre höhere Qualität mehr Patienten zu gewinnen, d.h. ihren Marktanteil zu erhöhen. Dieser Leistungswettbewerb der Leistungserbringer funktioniert auch ohne einen komplementären Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger.

Voraussetzung für das Funktionieren beider Arten von Qualitätswettbewerb ist die Existenz von aussagekräftigen *Informationen* über die Qualität der Leistungserbringer. Im Fall des direkten Leistungswettbewerbs um Patienten müssen diese Informationen zusätzlich noch anwenderfreundlicher aufbereitet werden, um auch den Patienten eine aufgeklärte Entscheidung für einen Leistungserbringer ‚ihrer Wahl‘ zu ermöglichen.

2.2 Adäquate Aufgabenträger und ihre Anreize

Grundsätzlich können innerhalb der gerade skizzierten Gesamtstrategie verschiedene Akteure wichtige Funktionen übernehmen. Neben der Regierung kommen die Leistungserbringer (und ihre Organisationen) und die Ausgabenträger (und ihre Organisationen) sowie die Patienten in ihrer Funktion als Nachfrager in Frage. Um sich als ‚Aufgabenträger der Wahl‘ zu qualifizieren, müssen alle genannten Akteure in der Lage und willens sein, die ihnen zugeordneten Aufgaben gut zu erfüllen.

Der Staat, d.h. die *Regierung* gibt zunächst die Ziele vor, die im Gesundheitssystem erreicht werden sollen. Folgt man dem Subsidiaritätsprinzip, so sollte sich die Regierung prinzipiell darauf beschränken, *adäquate Rahmenbedingungen* für die Akteure im Gesundheitswesen zu setzen. Die Regierung sollte also im Rahmen ihrer Ordnungspolitik auf der unter 2.1. beschriebenen Regelebene tätig werden. Dazu gehört etwa die Überwindung der Informationsmängel, die im Gesundheitswesen zweifellos herrschen und insbesondere die Qualität der erbrachten Leistungen betreffen. Da Informationsmängel zu Marktversagen führen können, kann die Regierung durch Einsatz des Instruments ‚Regulierung‘ dieses Problem vermindern. Notwendig wird ein solcher Regulierungseingriff aber nur, wenn die beteiligten Akteure nicht von sich aus hinreichende Informationen zur Verfügung stellen. Ein solcher Informationsmangel ist dann zu erwarten, wenn die Ausgabenträger und Leistungserbringer nicht in einem Qualitätswettbewerb miteinander stehen.⁵ In einer solchen Situation kann die Regierung bei-

⁵ Herrscht Qualitätswettbewerb, haben die beteiligten Akteure gute Anreize, Informationen bereitzustellen und sich so als ‚guter Anbieter‘ im Wettbewerb zu positionieren (Sauerland 2005, S. 258ff.).

spielsweise Vorschriften über die von den Anbietern zwangsweise bereitzustellenden Informationen erlassen und damit den Patienten als Verbraucher schützen.⁶

Die *Regelungen der Details*, d.h. die Auswahl der eigentlichen Instrumente zur Qualitätssicherung sollte die Regierung – innerhalb des vorgegebenen Rahmens – den *beteiligten Akteuren* überlassen. Die in Selbstverwaltungsgremien organisierten Akteure, zu denen insbesondere die *Ausgabenträger und Leistungserbringer* gehören, verfügen typischerweise über einen besseren Informationsstand um die spezifischen Mess- und Kontrollprobleme zu lösen. Notwendig ist staatlicherseits allerdings die Verankerung von glaubhaften Sanktionen für den Fall, dass die Selbstverwaltung die ihr übertragenen Aufgaben nicht oder nicht gut erfüllt.⁷ Aber auch ohne solche Sanktionsdrohungen können die Akteure im Gesundheitswesen Anreize haben, die Qualität der erbrachten Leistungen hoch zu halten.

Die *Ausgabenträger* haben immer dann ein hohes Interesse an der Qualität der medizinischen Leistungen, wenn mit einer verbesserten Qualität Ausgabensenkungen für sie einhergehen. Dies ist etwa dann gegeben, wenn im Rahmen von Disease-Management-Programmen die Compliance der Patienten so verbessert werden kann, dass die Prozessqualität erhöht wird: Gut eingestellte Kranke, die ihre Medikamente regelmäßig und in der richtigen Dosierung nehmen, sind dann für die Ausgabenträger ‚günstiger‘ als schlecht eingestellte Patienten.⁸

Disease-Management-Programme sind darüber hinaus ein Instrument, das innerhalb eines Leistungswettbewerbes zwischen den Ausgabenträgern eingesetzt werden kann. Damit wird deutlich dass die Ausgabenträger auch dann ein hohes Interesse an der Leistungsqualität haben, wenn sie mit Leistungserbringern unterschiedlicher Qualität selektive Kontrakte abschließen und so die Qualität der Leistungserbringer im Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger an ihre Versicherten weitergeben können.

⁶ Bei einer solchen Veröffentlichungspflicht bestimmter Kennziffern handelt es sich um ein Instrument, das auch in anderen Bereichen eingesetzt wird, um die Transparenz und den Informationsstand der Nachfrager zu verbessern und ihnen eine gut informierte Entscheidung zu ermöglichen. So besteht etwa in Deutschland die gesetzliche Verpflichtung, die handelsrechtlichen Jahresabschlüsse zu veröffentlichen, und Banken sind nach der Preisangabenverordnung verpflichtet, ihre Konditionen im Standardgeschäft öffentlich zugänglich zu machen, um so für den Kunden die Transparenz der Preise zu erhöhen und damit eine bessere Entscheidungsbasis zu liefern.

⁷ Ähnliche Konstruktionen sind in Deutschland im Bereich der Umweltpolitik bekannt: So hat die Verpackungsverordnung die Sicherstellung der Einhaltung einer bestimmte Mehrwegquote den beteiligten Akteuren überlassen. Erst als diese Quote nicht mehr eingehalten wurde, die Selbstverwaltung also schlechte Ergebnisse generierte, griffen öffentliche Regulierungen (quasi als Strafe) in den Markt ein.

⁸ Vgl. Schilling (1998) mit Hinweis darauf, dass schlecht eingestellte Diabetiker für die Versicherung mit Ausgaben von etwa 10.000 DM verbunden sind, während gut eingestellte lediglich 1.000 DM Ausgaben verursachen.

Die *Leistungserbringer* haben immer dann starke Anreize, die Qualität der erbrachten Leistungen zu sichern und zu verbessern, wenn sie über diese Maßnahmen einen höheren Gewinn bzw. ein höheres Einkommen realisieren können. Dies kann im Wege des oben beschriebenen Qualitätswettbewerbs über höhere Entlohnungssätze bzw. höhere Patientenzahlen geschehen. Eine wichtige Voraussetzung für die Sicherstellung der Qualität ist ein anreizkompatibel gestaltetes Entlohnungssystem für die Leistungserbringer. Hier haben adäquat bemessene Pauschalvorteile gegenüber Einzelfallentlohnungen oder gar einer fixen Entlohnung.⁹

Schließlich können die *Patienten* selbst eine wichtige Funktion übernehmen, wenn sie im Sinne des Exit Leistungserbringer mit einer erkennbar schlechten Qualität sanktionieren und zu Erbringern besserer Qualitäten wechseln. Dass Patienten die Qualität bei der Wahl der medizinischen Leistungserbringer berücksichtigen, belegen verschiedene Studien (z.B. Hanson/Yip/Hsiao, 2004). Um diese Funktion des rational aufgeklärten Nachfragers erfüllen und damit den Verbraucherschutz selbst übernehmen zu können, benötigen die Patienten hinreichende und gut aufbereitete Informationen über die Qualität der einzelnen Leistungserbringer. Sind diese Informationen verfügbar haben die Patienten ein genuines Interesse an der Nutzung der Informationen, da es um ihre eigene Gesundheit geht.¹⁰

Zusammenfassend ergibt sich – zumindest in der Theorie – die Möglichkeit, über ein Zusammenspiel unterschiedlicher Akteure, deren Anreize durch entsprechende Rahmenregeln gelenkt werden, die Qualität der medizinischen Versorgung innerhalb eines Gesundheitssystems zu sichern und zu verbessern. Die Ausgabenträger können dabei eine wichtige Rolle spielen.

2.3 Die USA als Vergleichsmarkt

Im Bereich der Qualitätssicherung und -verbesserung werden die USA oftmals als Referenzmaßstab herangezogen. Insbesondere seit dem Aufkommen der Managed Care Ansätze in den 90er Jahren sind dort systematische Versuche unternommen worden, die Qualität der medizinischen Versorgung zu messen (z.B. RAND, 1998) und mit Hilfe der Managed Care Instru-

⁹ Fixe Entlohnungen beinhalten eher Anreize zu einer Unterversorgung, Einzelleistungsvergütungen hingegen eher zu einer Überversorgung. Vgl. dazu Sauerland (2005, S. 261f.).

¹⁰ Verschiedene Umfragen in Deutschland haben gezeigt, dass die Patienten ein großes Interesse an besseren bzw. besser aufbereiteten Informationen über die Qualität der Leistungserbringer haben (Nolting/Wasem, 2002; Gehrke et al., 2003 sowie Bertelsmann Stiftung, 2004).

mentarien zu verbessern.¹¹ Wie also stellt sich das dortige System innerhalb des hier skizzierten Referenzrahmens dar?

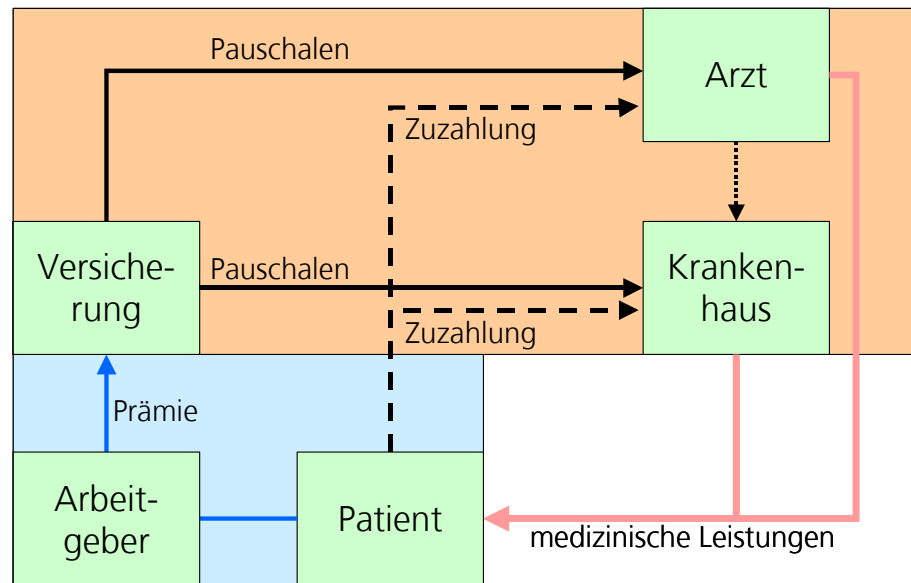


Abbildung 1: USA: Arbeitgeber als Agenten der Versicherten

Auch das US-System ist durch die Beziehungen der Akteure Nachfrager (Patienten), Produzenten (Leistungserbringer) und Ausgabenträger (Versicherungen u.a.) geprägt.¹² Die letztliche Bereitstellung der medizinischen Dienstleistungen erfolgt in den USA über *Health Plans* (Versicherungen) als Ausgabenträger (OECD, 2004). Eine wichtige Rolle bei der Wahl der Ausgabenträger durch die versicherten Patienten spielen die Arbeitgeber (Abbildung 1). Diese treffen – quasi als Agenten ihrer Angestellten – eine Vorauswahl zwischen den Versicherungen, schließen Verträge mit den betreffenden Ausgabenträgern und stellen ihren Mitarbeitern nur noch diese Vertragspartner zur Auswahl bereit.¹³ Letztlich übernehmen die *Unternehmen* damit die Funktion der Käufer (purchaser) von Gesundheitsleistungen. Sie haben ein großes Interesse an einer guten Qualität, da beispielsweise die Ausfallzeiten, die aufgrund schlechter Behandlungsqualität entstehen, für die Unternehmen Gewinneinbußen bedeuten (PBGH, 2004). Folglich haben auch die Versicherungen ein großes Interesse an der Qualität der von ihnen und ihren Leistungserbringern bereitgestellten Leistungen: Über eine höhere Qualität können sie mehr Arbeitgeber – und damit mehr Versicherte – für sich gewinnen.

¹¹ Die Bedeutung der Qualitätssicherung und -verbesserung in den USA lässt sich auch daran erkennen, dass die jüngste Ausgabe der Zeitschrift „Health Affairs“ allein diesem Thema gewidmet ist. Vgl. Health Affairs (2005).

¹² Bei Managed Care Organisationen (MCO) schließen sich Leistungserbringer aus dem ambulanten und dem stationären Sektor zusammen. Zum Teil übernehmen die MCO auch noch die Versicherungsfunktion, d.h. sie tragen das finanzielle Risiko (Gold, 1998).

¹³ Wählen Mitarbeiter andere Versicherungen, werden die Prämien nicht vom Arbeitgeber übernommen.

Für die Vorauswahl der Versicherungen stehen den Arbeitgebern *Informationsdatenbanken* zur Verfügung, in denen Kosten und Leistungen der einzelnen Health Plans anwenderfreundlich aufbereitet sind (z.B. NCQA 2004a).¹⁴ Darüber hinaus haben sich verschiedene Arbeitgeber – in ihrer Funktion als Käufer von Gesundheitsleistungen – zusammengeschlossen, um ihrerseits Qualitätsinformationen (insbesondere von Krankenhäusern) auszuwerten und öffentlich zur Verfügung zu stellen (Leapfroggroup, 2004).¹⁵ Ähnliche Informationsquellen gibt es über einzelne Instrumente, die von den Health Plans eingesetzt werden, wie z.B. *Disease-Management-Programme* (z.B. PBGH, 2002).

Diese Programme (DMPs) wurden Mitte der 90er Jahre von der US-amerikanischen Pharmaindustrie initiiert, die damit ihre Position im US-Gesundheitssystem verbessern wollte. DMPs werden von den Health Plans entweder von externen Anbietern zugekauft (Buy-Option) oder von ihnen selbst produziert (Make-Option). Insbesondere bei letzteren DMPs sind sowohl ein Rückgang bei den Kosten pro Versicherten (für die Health Plans) als auch Qualitätsverbesserungen – gemessen an der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlungsqualität – festzustellen (Nadolski, 2002).

Da die Health Plans selektive Kontrakte mit einzelnen Anbietern oder Managed Care Organisationen schließen können, gibt es Märkte für medizinische Dienstleistungen auf beiden – unter 2.1 beschriebenen – Ebenen: Zunächst herrscht ein *Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger*. Adressaten dieses Wettbewerbs sind in erster Linie die Arbeitgeber als Vertragspartner der Ausgabenträger. Unterhalb dieses Wettbewerbs der Ausgabenträger herrscht ein *Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern*. Diese schließen selektive Verträge mit einzelnen Ausgabenträgern, um von diesen Patienten ‚zugewiesen‘ zu bekommen. Auf dieser Ebene findet ein Preiswettbewerb um Finanzierungsverträge statt – unter der Voraussetzung, dass eine bestimmte Qualität durch die Leistungserbringer produziert wird. Darüber hinaus konkurrieren die verschiedenen Leistungserbringer eines Health Plans um die vorhandenen Patienten. Hier spielen die Serviceleistungen eine wichtige Rolle, die den Patienten über die eigentliche Qualität der medizinischen Versorgung hinaus gewährt werden (Vistnes 2003).

¹⁴ So bietet etwa das National Committee for Quality Assurance ein EDV-Tool an, mit dem die Arbeitgeber den Einfluss der durch unterschiedliche Health Plans bereitgestellten Versorgungsqualität auf krankheitsbedingte Ausfallzeiten berechnen können (NCQA 2004b). Die Daten der einzelnen Health Plans werden dabei hinsichtlich Qualität, Zugang zur Versorgung und Zufriedenheit der Versicherten in standardisierter Form (HEDIS) erfasst.

¹⁵ Darüber hinaus werden interessierte Krankenhäuser auch über Standards und best practises im Bereich der Qualitätssicherung beraten. Vgl. zu ähnlichen Untersuchungen etwa USNWR (2004).

Auch für die Patienten stehen Datenbanken zur Verfügung, die über die Qualität von Leistungserbringern Auskunft geben¹⁶ und es ihnen ermöglichen, eine gut informierte Entscheidung in Bezug auf die Wahl eines Health Plan und/oder eines medizinischen Leistungserbringers zu treffen (Leapfroggroup, 2004). Die Informationen über die Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Leistungserbringer und der Health Plans werden auf Basis unterschiedlicher Motivationen erhoben und veröffentlicht: Erstens bestehen gesetzliche Erhebungs- und Veröffentlichungspflichten und zweitens existieren freiwillige Vereinbarungen der betroffenen Akteure, die unter dem gerade beschriebenen Wettbewerbsdruck stehen.¹⁷

Insgesamt lässt sich festhalten, dass in den USA vielfältige Quellen zur Verfügung stehen, mit deren Hilfe die Betroffenen ihre Informationsdefizite abbauen können.¹⁸ Die Bereitstellung der Informationen wird in den USA unter dem Label ‚Verbraucherschutz‘ vorangetrieben und im Zusammenspiel von Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten, Wettbewerb der Ausgabenträger und Leistungserbringer sowie Regulierungen und Selbstbindungen durchgesetzt.¹⁹

Betrachtet man die *Qualitätssicherungsstrategie in den USA*, so finden sich viele der unter 2.1 und 2.2 angeführten Überlegungen wieder. Die Sicherung der Qualität über einen Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer und der Ausgabenträger ist – wie dieses Beispiel zeigt – nicht nur in der Theorie sondern auch in der Praxis möglich. Voraussetzung dafür sind Rahmenbedingungen, die so gestaltet sind, dass zum einen die Nutzer von Gesundheitsleistungen (Patienten), zum anderen die Käufer von Gesundheitsleistungen (hier: die Arbeitgeber) einen guten Informationsstand bezüglich der Qualität der erbrachten Leistungen haben und auch Anreize, diese Informationen zu nutzen. Die Anreize der Ausgabenträger, die Qualität als Wettbewerbsparameter einzusetzen, werden dann auf die Ebene der Leistungserbringer ‚trans-

¹⁶ So stellt etwa die NCQA eine Liste derjenigen Ärzte bereit, die im Rahmen der Behandlung von Diabetes durch die entsprechende medizinische Fachgesellschaft zertifiziert sind. Vgl. NCQA (2004c). Ebenso werden Vergleichsdaten zu nicht zertifizierten Ärzten veröffentlicht. Diese Datenbanken enthalten Informationen sowohl zur Prozess- als auch zur Ergebnisqualität. Insbesondere im Bereich der Managed Care Organisationen spielen medizinische Leitlinien für die Behandlung (zur Gewährleistung der Prozessqualität) eine wichtige Rolle.

¹⁷ Für die Health Plans vgl. etwa Ingnani (2003).

¹⁸ Allerdings führen mehr verfügbare Informationen nicht zwingend zu einer Erhöhung der gesamtwirtschaftlichen Wohlfahrt. Bestehen auf Seiten der Leistungserbringer Anreize zur Selektion ihrer Patienten, um so eine bessere Ergebnisqualität ausweisen zu können, kann das Selektionsverhalten dazu führen, dass schwer kranke Patienten einen schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung bekommen. Vgl. dazu Dranove et al. (2002).

¹⁹ Ein weiterer Anreiz zur Erbringung einer qualitativ guten Leistung besteht für us-amerikanische Leistungserbringer darin, Schadenersatzforderungen (liability claims) von Patienten zu vermeiden (IOM 2001).

feriert'. Unter diesen Bedingungen kann etwa der Wettbewerb von Krankenhäusern eine qualitativ höherwertige Versorgung mit stationären Dienstleistungen hervorbringen.²⁰

3. Qualitätssicherung und -verbesserung im Bereich der GKV-Versorgung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist der dominierende Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen. Der weitaus größte Teil der Bevölkerung (etwa 90 Prozent) ist in der GKV versichert, und der Anteil der GKV an den Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland betrug 57 Prozent im Jahr 2002 (StatBA, 2004a). Aufgrund dieser herausgehobenen Stellung genießt die GKV die besondere Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik – auch wenn es um den Bereich der Qualitätssicherung geht: Alle Aktivitäten der Regierung, welche die Qualität der medizinischen Versorgung betreffen, beziehen sich auf die Leistungen und Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung (Schirmer, 2002).²¹

3.1 Die Ausgangslage

Die Qualitätssicherungsstrategie im Gesundheitswesen ist – wie andere Bereiche des Verbraucherschutzes in Deutschland auch – geprägt durch das Instrument *Regulierung*, d.h. gesetzliche Vorschriften. Im Jahr 2001 war die deutsche Qualitätssicherungsstrategie, die sich auf der Basis der damaligen gesetzlichen Bestimmungen ergab, als verbesserungsfähig zu bezeichnen (Sauerland 2001a). Insbesondere fehlten Maßnahmen zur Einführung einer wettbewerblichen Strategie der Qualitätssicherung, wie sie in Punkt 2.1 skizziert wurde. Die Qualitätssicherung basierte in erster Linie auf Regulierungen in den Bereichen der ambulanten und der stationären Versorgung sowie der Heil- und Hilfsmittel (Sauerland, 2001b). Problematisch war dabei insbesondere auch das Fehlen von glaubhaften Sanktionen für den Fall der Bereitstellung einer schlechten Qualität (Sauerland, 2001a, S. 137).

Die Grundlage für die Qualitätssicherung im Bereich der GKV findet sich im 4. Kapitel des *Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch (SGB V)*. Hier sind etwa in den §§ 101 bis 104 die Markteintrittsbarrieren für den Zugang zur kassenärztlichen Versorgung geregelt, die eine Mindest-Strukturqualität sicherstellen sollen. Detaillierte Vorschriften über die Qualitätssicherung in den verschiedenen Bereichen der Versorgung, die über die GKV finanziert wird, finden sich in den §§ 135 bis 139c SGB V.

²⁰ Vgl. etwa Kessler/McClellan (1999), die nachweisen, dass der – durch Auftreten der Managed Care Organisationen intensivierete – Krankenhauswettbewerb sowohl zu niedrigeren Kosten als auch zu höherer Qualität geführt hat. Ähnliche Ergebnisse finden Gowrisankaran/Town (2002).

²¹ Gesetzliche Vorschriften für die im Rahmen der privaten Krankenversicherung erbrachten Leistungen existieren nicht.

Die Vorschriften des SGB V unterscheiden unter anderem zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Von den gesetzlichen Auflagen des § 137 SGB V sind im stationären Sektor alle zugelassenen (§ 108 SGB V) sowie diejenigen Krankenhäuser betroffen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Legt man die aktuelle Krankenhausstatistik zugrunde, so waren im Jahr 2001 von diesen Vorschriften 89,7 Prozent der in Deutschland verfügbaren Bettenkapazität in allgemeinen Krankenhäusern betroffen.²² Ähnlich sieht das Bild im Bereich der ambulanten Versorgung aus: Hier unterliegen allein die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer den Vorschriften des SGB V (§§ 136a und 136b) den gesetzlichen Bestimmungen. Im Jahr 2001 waren dies 94,0 Prozent aller niedergelassenen Ärzte.²³

Relevant für die Möglichkeiten der Akteure im Gesundheitswesen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinflussen, ist das *Beziehungsgeflecht* zwischen den beteiligten Akteuren: Je mehr Vertragsbeziehungen etwa zwischen den Ausgabenträgern und den Leistungserbringern bestehen, desto direkter ist die Einflussnahme der Aufgabenträger auf das Verhalten der Leistungserbringer.

Mit den *gesetzlichen Kassen* und den *ambulanten sowie stationären Leistungserbringern* sind zwei der *wichtigsten Akteursgruppen* im Rahmen der aktuellen Strategie genannt. Diese gestalten nicht nur die genauen Regelungen im Bereich der Qualitätssicherung, sie setzen diese – im Falle der Leistungserbringer – auch um. Da die gesetzlichen Kassen im Bereich der stationären Versorgung direkte Vertragspartner der Leistungserbringer sind, ist hier der Einfluss auf das Handeln der Leistungserbringer unmittelbarer als im Bereich der ambulanten Versorgung, in der die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Kassen und Leistungserbringer geschaltet sind (Abbildung 2).

Innerhalb dieser Struktur ist es grundsätzlich möglich, dass die Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder den Krankenhäusern innerhalb ihrer Vertragsbeziehung auch Regelungen bezüglich der zu erbringenden Qualität (in den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis) vereinbaren. Solche Regelungen, die unabhängig von den betroffenen Versicherten/Patienten getroffen werden können, haben den Vorteil, dass sie mit Einführung für alle erbrachten Leistungen gültig sind. Jedoch ist ihre bilaterale Einführung nur dann wahr-

²² Der Anteil nahm seit 1998 (90,1 %) bis 2001 nur unwesentlich ab (StatBA, 2004b).

²³ Der Anteil der niedergelassenen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, geht seit 1995 (Anteil 96,9 %) kontinuierlich zurück (StatBA, 2004). Der Anteil derjenigen Ärzte, die allein im privaten Bereich abrechnen, nimmt dementsprechend kontinuierlich zu.

scheinlich, wenn die Beteiligten die unter 2.2 skizzierten Anreize innerhalb eines Qualitätswettbewerbs der Kassen und Leistungserbringer haben. In Deutschland sind diese Anreize jedoch relativ schwach ausgeprägt, da – wie bereits erwähnt – innerhalb der bestehenden Qualitätssicherungsstrategie weniger auf Wettbewerb und mehr auf Regulierungen gesetzt wird.

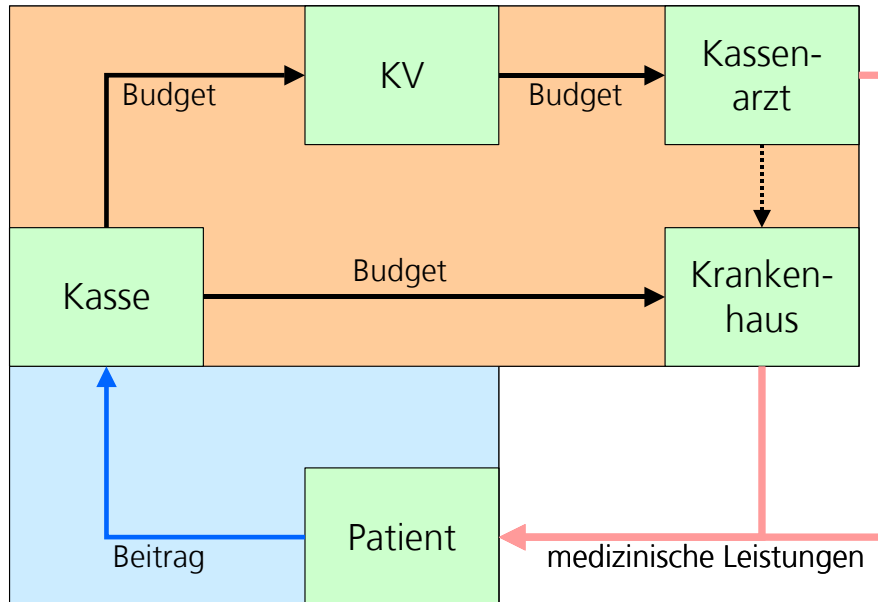


Abbildung 2: GKV: Sachleistungsprinzip mit direkten Vertragsbeziehungen

Seit dem Jahr 2001 haben sich im Bereich der Qualitätssicherung verschiedene Änderungen ergeben, die im Wesentlichen durch das *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), das im Jahr 2004 in Kraft getreten ist, begründet wurden. Um den aktuellen Status quo in Deutschland beurteilen zu können, müssen zunächst die *größeren Änderungen*, die sich *im SGB V* ergeben haben, analysiert werden. Diese Änderungen beziehen sich zum einen auf die Ebene der Akteure innerhalb der Qualitätssicherung (Punkt 3.2), zum anderen auf die Teilbereiche der Versorgung, z.B. auf den ambulanten und den stationären Sektor (Punkt 3.3) und schließlich auf die Ebene der Instrumente, die von den Akteuren eingesetzt werden können (Punkt 3.4).

3.2 Neue Akteure im Bereich der Qualitätssicherung

Durch das GMG 2004 sind zwei neue *Akteure* im Bereich der Qualitätssicherung aktiv geworden: der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGBV und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dessen Rechtsgrundlagen §§139a-139c des SGB V bilden.

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* gem. § 91 SGB V löst formal 4 Ausschüsse ab, die vorher an der gesetzlich fixierten Qualitätssicherungsstrategie beteiligt waren: den Koordinierungs-

ausschuss, den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss Krankenhaus. Darüber hinaus übernimmt er die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung gemäß § 137b SGB V. Allerdings ist die daraus resultierende Vereinfachung der Kompetenzzuordnung nur vordergründig gegeben, denn der Bundesausschuss beschließt in verschiedenen Zusammensetzungen, die im Wesentlichen der Struktur der alten Ausschüsse bzw. der Arbeitsgemeinschaft entspricht.

Grundsätzlich sind im Gemeinsamen Bundesausschuss neben dem Vorsitzenden sowie zwei unabhängigen Mitgliedern die Kassenärztliche Bundesvereinigung (4 Vertreter) die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (1 Vertreter), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (4 Vertreter) sowie die gesetzlichen Krankenkassen mit 9 Vertretern²⁴ präsent. Je nach zu fällender Entscheidung werden die jeweils nicht betroffenen Mitglieder durch betroffene ersetzt (§ 91 Abs. 4 bis 7 SGB V). Das bedeutet etwa, dass bei Entscheidungen, welche die ambulante ärztliche Behandlung betreffen, gemäß § 91 Abs. 5 SGB V die 4 Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung durch 5 zusätzliche Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ersetzt werden. Per Gesetz sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss Aufgaben bei der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen, der vertragszahnärztlichen, der stationären und der sektorübergreifenden Qualitätssicherung zugewiesen.²⁵

Der Bundesausschuss kann Aufträge im Rahmen der wissenschaftlichen Analyse von Qualitätssicherungsmaßnahmen an das ebenfalls neu gegründete *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* vergeben. Die Aufgaben des Instituts sind in § 139a Abs. 3 fixiert; das Institut soll

- den aktuelle Wissensstand zur Diagnose und Therapie ausgewählter Krankheiten erfassen (§ 139a Abs. 3 Nr. 1),
- wissenschaftliche Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zur Qualität der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen erstellen (§ 139a Abs. 3 Nr. 2),
- evidenzbasierte Leitlinien bewerten (§ 139a Abs. 3 Nr. 3),
- Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen abgeben (§ 139a Abs. 3 Nr. 4),
- den Nutzen von Arzneimitteln bewerten (§ 139a Abs. 3 Nr. 5) und

²⁴ Von diesen 9 Vertretern werden 3 von den Allgemeinen Ortskrankenkassen, 2 von den Ersatzkassen sowie jeweils einer von den Betriebs-, den Innungskrankenkassen und den landwirtschaftliche Kassen entsandt. Dazu kommt ein Vertreter der Bundesknappschaft.

²⁵ Die Aufgaben in den jeweiligen Bereichen werden in Punkt 3.3 erläutert.

- Informationen über die Qualität (und Effizienz) der Gesundheitsversorgung für Bürger bereitstellen (§ 139a Abs. 3 Nr. 6).

Zur Durchführung dieser Aufgaben sollen externe Sachverständige herangezogen werden. Die Arbeit des Instituts soll durch regelmäßige Berichte möglichst transparent und nachvollziehbar sein. Darüber hinaus soll die Einflussnahme von Interessengruppen auf die Arbeit des IQWiG durch die Offenlegung möglicher Interessenkonflikte der Beteiligten, wie etwa ihrer Beziehungen zur Pharmaindustrie, verhindert werden (§139a Abs. 6).

Die letztgenannten Regelungen sind auch aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem Britischen National Institute of Excellence (NICE) gesetzlich verankert worden, das oftmals als Vorbild für das IQWiG genannt wird. Das NICE hat in erster Linie die Aufgabe, medizinische Verfahren sowie Medikamente zu bewerten. Eine positive Bewertung ist Voraussetzung für die Finanzierung der Leistungen durch den National Health Service.

Die bisherige Arbeit des NICE wird generell positiv beurteilt. So kommt beispielsweise die WHO, die das NICE im Jahr 2003 evaluierte, zu folgendem Gesamtergebnis: “The review concluded that, in only four years, NICE had developed a well-deserved reputation for innovation and methodological developments that represent an important model for technology appraisals internationally.” Auch eine Befragung der Direktoren der regionalen Gesundheitsbehörden in Großbritannien ergab eine überwiegend positive Einschätzung der Bewertungskompetenz des NICE (Davies/Littlejohns, 2002).²⁶

Es gibt aber auch kritische Stimmen zur Arbeit des NICE, die sich insbesondere auf die vermutete fehlende Unabhängigkeit des Instituts beziehen. So gaben in einer schriftlichen Befragung 60 von 92 Direktoren der regionalen Gesundheitsbehörden an, dass sie eine unzulässige Beeinflussung durch Interessengruppen vermuten (Davies/Littlejohns, 2002). Insbesondere ist die enge Verbindung zur Pharmaindustrie zu bemängeln. Zu diesem Schluss kommt auch die WHO (2003) in ihrer Evaluation.²⁷ Ein Indikator für die enge Verbindung des NICE zur

²⁶ Andere Studien heben hervor, dass die Entscheidungen des NICE stark von der Kosteneffektivität der zu beurteilenden Behandlungsverfahren abhängig ist (Vgl. Towse/Pritchard, 2002) und damit auch im Einklang mit einer utilitaristisch geprägten normativen gesundheitsökonomischen Theorie stehen (Rothgang et al., 2004, S. 24).

²⁷ Der große Einfluss der Pharmaindustrie zeigte sich beispielsweise bei der Empfehlung des Influenzamedikaments Relenza durch das NICE auf Druck des Pharmakonzerns GlaxoWellcome. Die Folge war ein erheblicher Vertrauensverlust in die Arbeit des Instituts (Waiß 2003, S. 50).

Pharmaindustrie ist, dass der Schwerpunkt der Leistungsbewertung bei Arzneimitteln liegt und die Quote der positiven Empfehlungen bei Arzneimitteln überdurchschnittlich hoch ist.²⁸

Ein weitere Kritikpunkt besteht darin, dass Arzneimittel häufig erst mit einer deutlichen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung stehen, da der Entscheidungsprozess des NICE eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Insbesondere weist die pharmazeutische Industrie auf diese Problematik hin (Kmietowicz, 2000, S. 980). Grundsätzlich ist dies auch erforderlich, da die gesetzten Richtlinien höchsten wissenschaftlichen Anforderungen genügen sollen. Dennoch ergibt sich die Problematik, dass Patienten des NHS in der Regel länger als ein Jahr warten müssen, ehe sie von innovativen Medikamenten profitieren (Fuhr, 2003).²⁹

Wenn es gelingt, aus den Erfahrungen mit dem NICE zu lernen und die oben angeführten Probleme zu vermeiden, kann das neue IQWiG eine wichtige Funktion im Bereich der Qualitätssicherungsstrategie spielen.³⁰ Mit der Bewertung evidenzbasierter Leitlinien kann es sowohl die Qualität der Leitlinien selbst als auch die Transparenz in Bezug auf solche Leitlinien verbessern.³¹ Darüber hinaus ist insbesondere die in § 139 Abs. 3 Nr. 6 formulierte Aufgabe zu begrüßen: Durch die Bereitstellung zielgruppengerecht aufbereiteter Informationen werden die Patienten (als Nachfrager) in die Lage versetzt, besser fundierte Entscheidungen bei der Wahl der Leistungserbringer zu treffen.³² Beide Teilbereiche, Leitlinienbewertung und Informationsvermittlung, sind wichtige Voraussetzungen für eine stärker auf Qualitätswettbewerb basierende Strategie zur Qualitätssicherung in Deutschland (Sauerland, 2001a, S. 142). Ob das IQWiG den Erwartungen tatsächlich gerecht wird, bleibt abzuwarten.

3.3 Neue Regelungen in den Teilbereichen der Versorgung

Eine erste Veränderung betrifft die *allgemeine Verpflichtung zur Qualitätssicherung*. Der § 135a SGB V wurde dahingehend ergänzt, dass nun präzisiert wird, wie das explizite Ziel, die

²⁸ So wurden bis Dezember 2003 in über 64 Prozent der Leistungsbewertungen Arzneimittel bewertet und eine Zulassungsquote von über 95 % erreicht. Vgl. dazu Rothgang et al. (2004, S. 10).

²⁹ Beispielsweise benötigte NICE für die Bewertung der Kosteneffektivität des Medikamentes Beta Interferon 2 Jahre (Waiß, 2003, S. 50). Auch die regionalen Gesundheitsdirektoren sind überwiegend der Meinung, dass die Empfehlungen des NICE nicht rechtzeitig erfolgen (Davies/Littlejohns, 2002).

³⁰ Hingegen bringt die Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses keine qualitativen Verbesserungen, sondern trägt lediglich dazu bei, den organisatorischen Aufwand im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung zu reduzieren.

³¹ Damit hat das IQWiG vom Gesetzgeber ähnliche Aufgaben erhalten wie die, die sich das bereits bestehende Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gesetzt hat, an dessen Arbeit sich auch die PKV beteiligt (ÄZQ, 2004, S. 3). Hier wird deutlich, dass von Seiten der Regierung staatliche Institute privat gegründeten Organisationen vorgezogen werden. Dies ist ein weiter Hinweis darauf, dass weiterhin stärker auf Regulierungen und weniger auf freiwillige, private Lösungen gesetzt wird, die der Wettbewerb hervorbringt.

³² Zur Bedeutung der Patientenberatung im Bereich der GKV-Versorgung vgl. Schaeffer et al. (2004).

Ergebnisqualität zu verbessern, erreicht werden soll. Mittel zum Zweck ist gemäß Abs. 2 Nr. 2 die Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements im ambulanten und stationären Bereich der GKV-Leistungen.³³

Die Vorgaben für den *ambulanten Sektor* (§§ 135, 136 sowie 136a und 136b) sind relativ allgemein gehalten und nur durch neue Kompetenzzuordnungen verändert: die genauere Spezifizierung der Richtlinien wird den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 136) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (§§ 136 a und 136b) übertragen. Interessant ist jedoch der Verweis in § 135 Abs. 2 auf explizite Anforderungen im Bereich der Strukturqualität, wenn es um die Erbringung bestimmter Leistungen geht, die besondere Qualifikationen und/oder Praxisausstattungen erfordern.³⁴ Hier werden – im Sinne von Markteintrittsbarrieren – erstmals Anforderungen an die Strukturqualität der Leistungserbringer formuliert.

Im Verhältnis zu den Vorgaben für den ambulanten Sektor gehen die Vorschriften für den *stationären Bereich* stärker ins Detail. Hier gibt § 137 vor, dass wiederum der Gemeinsame Bundesausschuss – unter Beteiligung des Verbands der Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe³⁵ – die Maßnahmen zur Qualitätssicherung erlässt. Welche Bereiche die Maßnahmen umfassen sollen, wird in § 137 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 geregelt. Hier werden Mindestanforderungen an die Strukturqualität formuliert (Abs. 1 Nr. 2), und für planbare Eingriffe werden Mindestmengen pro Arzt oder Krankenhaus gefordert, damit die Eingriffe durchgeführt werden dürfen (Abs. 1 Nr. 3).³⁶ Erwähnenswert ist zusätzlich die Vorschrift in Abs. 1 Nr. 6, nach der ein strukturierter Qualitätsreport der zugelassenen Krankenhäuser erstellt werden soll, der über den Stand der Qualitätssicherung sowie Art und Umfang der erbrachten Leistungen berichtet. Dieser Report soll explizit auch im Internet veröffentlicht werden, somit also einer breiten Öffentlichkeit zugänglich sein. Darüber hinaus können auch vergleichende Qualitätsreports durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassen (bzw. ihre Verbände) erstellt werden, um Informationen für die Vertragsärzte und die Versicherten zur Verfügung zu stellen.

³³ Zu den Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement in Krankenhäusern vgl. Pietsch-Breitfeld/Heizmann/Selbmann (2003).

³⁴ Die Regelungen für den ärztlichen und zahnärztlichen Bereich sind identisch. Im zahnärztlichen Bereich wird ergänzend eine zweijährige Gewährleistung des Zahnarztes auf Füllungen und Zahnersatz festgelegt (§ 136b Abs. 2).

³⁵ Diese Akteure werden nur noch beteiligt, d.h. sie können beratend an den Verfahren teilnehmen, sind aber nicht abstimmungsberechtigt.

³⁶ Werden die Mindestmengen nicht nachgewiesen, dürfen die Leistungen nicht erbracht werden. Ausnahmen von dieser Regel sind nur für den Fall vorgesehen, dass die flächendeckende Versorgung gefährdet ist.

Eine deutliche Verbesserung gegenüber den alten Vorschriften besteht im ambulanten Bereich darin, dass die niedergelassenen Ärzte nun explizit zum Qualitätsmanagement verpflichtet werden. Im stationären Bereich ist die Pflicht zur Sammlung und Veröffentlichung von Qualitätsdaten positiv hervorzuheben. Auch die Ausweitung der Zugangsregulierung auf Kriterien der Strukturqualität (Schirmer, 2002), d.h. auf bestimmte Qualifikationen und apparative Ausstattungen um anspruchsvolle Behandlungen bzw. Eingriffe vornehmen zu dürfen, ist aus Qualitätssicht und vor dem Hintergrund des in Punkt 2.1 entwickelten Referenzrahmens positiv zu bewerten.

3.4 Ein neues Instrument für die gesetzlichen Krankenkassen

Eine gravierende Veränderung gibt es im Bereich der Instrumente, die den Kassen zur Verfügung stehen, um in einen Leistungs- bzw. Qualitätswettbewerb einzutreten. Im Jahr 2002 wurden für die Kassen die Voraussetzungen geschaffen, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten anzubieten (BMGS, 2002). Die Rechtsgrundlagen dieser Disease-Management-Programme finden sich in §§ 137f bis 137g SGB V. Die Programme sollen die Qualität der Versorgung für chronisch Kranke verbessern (§ 137f Abs. 1, Nr. 2); sie werden von den gesetzlichen Kassen angeboten. Die Teilnahme der chronisch kranken Versicherten an diesen Programmen ist freiwillig. Ziel der Programme ist es, durch eine bessere Betreuung der Patienten deren Compliance zu verbessern und so über eine verbesserte Qualität gleichzeitig auch geringere Ausgaben zu realisieren (BMGS, 2002). Dementsprechend werden nur Krankheiten für Disease-Management-Programme herangezogen, die (a) eine hohe Zahl von Betroffenen aufweisen (§ 137f Abs. 1, Nr. 1), bei denen (b) die Eigeninitiative bzw. die Compliance der Betroffenen eine große Bedeutung für den Erfolg der Behandlung hat (§ 137f Abs. 1, Nr. 5) und mit denen (c) ein hoher finanzieller Aufwand für die Kassen verbunden ist (§ 137f Abs. 1, Nr. 6).

Die Programme, die von den einzelnen Kassen angeboten werden können, müssen vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden (§ 137g Abs. 1), d.h. der Markteintritt ist reguliert.³⁷ Die Zulassung ist befristet und mit der Auflage verbunden, die Programme von externen Gut-

³⁷ Die ersten strukturierten Behandlungsprogramme für Diabetes Mellitus Typ 2 und Brustkrebspatientinnen sind im Jahr 2003 zugelassen worden (Bundesversicherungsamt 2003). Dazu gibt es bis dato Programme für Patienten mit koronarer Herzkrankheit sowie Diabetes Mellitus Typ 1 (Bundesversicherungsamt 2004a). Geplant sind Disease-Management-Programme für Patienten mit Asthma und Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) (Bundesversicherungsamt, 2003).

achtern evaluieren zu lassen (§ 137f Abs. 4).³⁸ Um die Einführung solcher Programme zu fördern, sollen die einführenden Kassen finanziell nicht belastet werden. Bei Einführung eines DMP besteht für die jeweilige Kasse das ‚Risiko‘ eines Zustroms von chronisch kranken Versicherten. Wenn deren (einkommensabhängige) Beiträge die Kosten pro Kopf nicht decken (auch wenn diese in dem DMP sinken sollten), steigen die Ausgaben der Kasse stärker an als ihre Einnahmen. Als Folge steigt der Beitragssatz und damit ihre Position in einem Kassenwettbewerb, in dem der Beitragssatz der wesentliche Wettbewerbsparameter ist. Aus diesem Grund ist eine Finanzierung über die Mittel des Risikostrukturausgleichs (§ 166 Abs. 7) vorgesehen.³⁹ Damit werden diejenigen Kassen besser gestellt, die mit einem guten Versorgungsangebot für chronisch Kranke im Markt tätig sind (Seitz, 2004, S. 11).

Die gesetzlichen Kassen haben das neue Instrument gut angenommen und eine Vielzahl von DMPs aufgelegt. So waren (im Januar 2005) 3.127 DMPs vom Bundesversicherungsamt zugelassen (Daubenbüchel, 2005). Davon waren 384 Brustkrebs-Programme und 2.742 Programme für Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 sowie ein Programm für Koronare Herzkrankheiten.⁴⁰ Auch von den Versicherten scheinen die Programme gut angenommen zu werden (z.B. AOK, 2003).

Betrachtet man die bisherigen Erfahrungen in den USA⁴¹, so ist die Einführung der DMP in Deutschland prinzipiell zu begrüßen. Ein wesentlicher Vorteil dieser Programme im Rahmen der GKV besteht darin, dass chronisch Kranke von den Kassen nicht länger als ‚schlechte Risiken‘ angesehen werden – die Subventionierung aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) macht sie aus Sicht der Kassen nun eher zu ‚guten Risiken‘ (Busse, 2004).⁴² Darüber hinaus eröffnet das Instrument den Kassen die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung als Wettbewerbsparameter einzusetzen (Seitz, 2004). Damit lässt sich die Versorgungsqualität prinzi-

³⁸ Das Bundesversicherungsamt (2004b) hat inzwischen Richtlinien erlassen, die bei der Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes Mellitus angewandt werden müssen. Vgl. zur wissenschaftlichen Evaluation von DMPs auch Gerlach et al. (2003).

³⁹ Vgl. dazu auch die am 1.7.2002 in Kraft getretene 4. Änderungsverordnung zur Risikostrukturausgleichsverordnung.

⁴⁰ Damit sind allein im Dezember 2004 50 DMPs zugelassen worden. Die Zahl der zugelassenen DMPs übersteigt die Zahl der in Deutschland vorhandenen gesetzlichen Kassen, weil überregional tätige Kassen jeweils eigene Programme in den einzelnen Regionen (der Kassenärztlichen Vereinigungen) beantragen müssen. So hat allein die Techniker Krankenkasse 8 zugelassene Programme für Diabetes Mellitus Typ 2 im Angebot (Bundesversicherungsamt, 2004c).

⁴¹ Vgl. dazu die Ausführungen in Punkt 2.3.

⁴² Jedoch kann es aufgrund der Subventionierung aus dem RSA auch zu unerwünschten Anreizwirkungen kommen. So versuchen einige Kassen durch Zahlung von ‚Kopfprämien‘ chronisch kranke Versicherte zu gewinnen, weil die Zahlungen aus dem RSA so hoch sind, dass daraus Überschüsse erwartet werden (o.V., 2003).

piell verbessern und gleichzeitig lassen sich – möglicherweise – die Ausgaben der gesetzlichen Kassen senken.⁴³ Die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt reguliert den Marktzutritt und gewährleistet einen Mindeststandard der Programme; gleichzeitig entspricht dieses Vorgehen dem Referenzrahmen, der unter Punkt 2.1 skizziert wurde. Diese Beurteilung bezieht sich allerdings nur auf den Rahmen, der vom SGB V vorgegeben ist. Eine Beurteilung der DMPs selbst kann erst erfolgen, wenn wissenschaftliche Evaluationen vorliegen.

3.5 Zwischenergebnis

Vergleicht man die aktuelle Ausgestaltung der Qualitätssicherungsstrategie im Bereich der GKV-Versorgung mit dem Stand des Jahres 2001, so sind partielle Verbesserungen festzustellen. Neben der weiterhin recht starken Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips und der damit verbundenen Aufgabenverteilung zwischen staatlichen Stellen und Selbstverwaltung, gibt es Fortschritte im Bereich der Regulierungen. So ist die Einführung von Mindestmengen zur Sicherung der Strukturqualität ebenso zu begrüßen wie die verstärkte Bereitstellung von Informationen über die Qualität für die Nachfrager-Patienten. Letztgenannter Punkt ist ein Schritt in Richtung mehr Qualitätswettbewerb in den Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität. Prinzipiell vorteilhaft ist auch die Einführung der DMPs, wenngleich die aktuelle Finanzierung aus dem Risikostrukturausgleich nicht unproblematisch ist.

Grundsätzlich sind aber die im Jahr 2001 konstatierten Schwächen weiterhin vorhanden: Das von der Gesundheitspolitik präferierte Instrument zur Sicherung der Qualität im Bereich der GKV-Versorgung ist immer noch die Regulierung. Immer noch fehlen adäquate Sanktionsdrohungen für den Fall der Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben. Schließlich zeigt auch die Einrichtung des IQWiG, dass eher auf staatliche Organisationen zur Qualitätssicherung gesetzt wird, als auf private, wie das bereits bestehende und mit ähnlichen Fragestellungen beschäftigte ÄZQ.

4. Qualitätssicherung und -verbesserung im Bereich der PKV-Versorgung

Betrachtet man allein die Zahl der Versicherten und das Ausgabenvolumen, so hat die Private Krankenversicherung bei der Finanzierung der Ausgaben für Gesundheit in Deutschland momentan nur eine geringe Bedeutung: Lediglich etwa 10 Prozent der Bevölkerung sind im Rahmen einer Vollversicherung bei den Anbietern der PKV gegen die mit Krankheiten ver-

⁴³ Möglicherweise steigen die Ausgaben der GKV bei einer besseren Behandlungsqualität innerhalb der DMPs sogar an. Rechnet man die vermiedenen Kosten aufgrund der besseren Qualität dagegen, sind die Programme aus gesamtwirtschaftlicher Sicht dennoch zu begrüßen. Vgl. dazu Häussler/Berger (2004, S. 11 und 53ff).

bunden Risiken (Krankheitskosten und Verdienstaussfall) versichert.⁴⁴ Der Anteil der PKV an den gesamten Gesundheitsausgaben ist mit 8,4 Prozent⁴⁵ entsprechend niedrig (StatBA, 2004). Dennoch ist die PKV Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion, und zwar nicht nur, weil immer mehr Versicherte eine private Zusatzversicherung zur GKV wählen und der Marktanteil der PKV im Bereich der Vollversicherungen zunimmt (Sauerland, 2004, S. 225). Vielmehr spielt auch der Frage, in welcher Form die Finanzierung des Gesundheitswesens künftig ausgestaltet sein soll, für die künftige Bedeutung der PKV eine wesentliche Rolle. Während das Modell der Bürgerversicherung die jetzige Rolle der PKV als Vollversicherung abschaffen könnte, tritt die PKV im Rahmen verschiedener Prämienmodelle in einen – im Verhältnis zum Status quo – intensiveren Wettbewerb mit den Gesetzlichen Krankenkassen. In diesem Fall könnte die Bedeutung der PKV für die Qualität der gesamten medizinischen Versorgung künftig deutlich stärker werden, wenn es ihr gelingt, im Wettbewerb mit den GKV-Anbietern Marktanteile zu gewinnen.

4.1 Die Ausgangslage

Angesichts der aktuell niedrigen Anteilswerte ist aber die Tatsache verständlich, dass der Bereich der privatärztlichen Versorgung bisher nicht von gesonderten Regulierungen zur Qualitätssicherung betroffen ist. Durch die bis dato alleinige Regulierung im Bereich der GKV-Anbieter werden – im Sinne des Verbraucherschutzes – nur diejenigen privat versicherten Patienten nicht geschützt, die etwa im ambulanten Bereich von Ärzten behandelt werden, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.⁴⁶ Da die weitaus größte Zahl der niedergelassenen Ärzte sowie der allgemeinen Krankenhäuser sowohl GKV als auch PKV-Leistungen erbringt, produziert die GKV-Regulierung mithin einen externen Nutzen für die Versicherten der PKV.

Wie bereits erläutert, kommen Aktivitäten zur Qualitätssicherung von Seiten der Ausgaben-träger insbesondere dann zustande, wenn diese miteinander im Wettbewerb stehen und die unter 2.1 und 2.2 skizzierten Anreize bestehen. Angesichts der fehlenden Regulierung und des durchaus vorhandenen Wettbewerbs der privaten Versicherer im Bereich der Neukunden stellt sich die damit Frage, ob die Anbieter der PKV ihre Freiräume nutzen und in einem Qualitäts-

⁴⁴ Dieser Marktanteil bezieht sich allein auf die Vollversicherten in der PKV.

⁴⁵ Diese Zahl bezieht sich auf die Ausgaben im Jahr 2002.

⁴⁶ Legt man die in Punkt 3. angeführten Zahlen zugrunde, so sind das nur etwa 6 Prozent der niedergelassenen Ärzte.

wettbewerb versuchen, über eigenen Aktivitäten die Qualität der von ihnen finanzierten Leistungen zu beeinflussen.⁴⁷

Eigene Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind angesichts der beschriebenen Externalitäten der GKV-Regulierung für die Anbieter der PKV nur dann sinnvoll, wenn a) die Standards der GKV nicht greifen, weil etwa einige ambulante Leistungserbringer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder b) die Standards der GKV-Regulierung als unzureichend angesehen werden und daher eigene Maßnahmen ergriffen werden sollen, die über die Standards der GKV hinausgehen.⁴⁸ Eigene Maßnahmen sind auch dann sinnvoll, wenn sie c) den einzelnen Anbietern Möglichkeiten eröffnen, sich im Wettbewerb der privaten Krankenversicherungen zu profilieren. Schließlich sind – wie in Punkt 2.2 bereits erwähnt – Maßnahmen zur Qualitätssicherung aus Sicht der Ausgabenträger immer dann sinnvoll, wenn damit die Ausgaben für die Behandlung gesenkt werden können.

Probleme bei der Umsetzung solcher Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung resultieren für die PKV-Anbieter insbesondere aus der Struktur der Beziehungen, in der sich die Akteure in der privatärztlichen Versorgung bewegen. Im Gegensatz zur GKV hat die PKV keine direkten Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern. Vielmehr ergibt sich eine duale Vertragsbeziehung zwischen der Versicherung und dem Versicherten auf der einen und dem Patienten und dem Leistungserbringer auf der anderen Seite (Abbildung 3).⁴⁹

Wollten die privaten Krankenversicherungen einen ähnlichen Einfluss auf die Qualität der zu erbringenden Leistungen nehmen wie die GKV, so könnten sie das nur, indem sie zusätzliche Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. Im Rahmen solcher Verträge wäre es theoretisch möglich, finanzielle Anreize für eine bessere Qualität zu verankern. Faktisch sind solche Vereinbarungen im Status quo ausgeschlossen, denn die Entlohnung der Leistungserbringer wird etwa im ambulanten Bereich der privatärztlichen Versorgung durch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) geregelt (VVGKom, 2004, S. 164). Dort sind beispielsweise keine qualitätsabhängigen Entlohnungssätze für die erbrachten Leistungen

⁴⁷ Für den Fall, dass der Wettbewerb innerhalb der PKV durch eine Übertragbarkeit der Altersrückstellungen auf den Bestandskundenbereich ausgedehnt wird, muss diese Frage auch für diesen Bereich gestellt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Risikoselektion vermieden wird.

⁴⁸ Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen erscheint es sinnvoll, Vertreter der PKV aktiv an den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beteiligen, d.h. ihnen auch ein Stimmrecht einzuräumen.

⁴⁹ Zwar gibt es im Bereich der stationären Versorgung Vertragsbeziehungen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und Krankenhäusern. Im Rahmen dieser Klinik Card-Vereinbarungen geht es aber nur darum, den Versicherten von der Vorfinanzierung der Rechnungssumme zu entlasten. Die Versicherung bietet daher als Zusatzleistung die direkte Begleichung der Rechnung beim Krankenhaus an (PKV, 2004b).

vorgesehen. Damit fehlt die wesentliche Voraussetzung dafür, dass ein Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger über selektives Kontrahieren auf die Ebenen der Leistungserbringer weiter getragen wird.

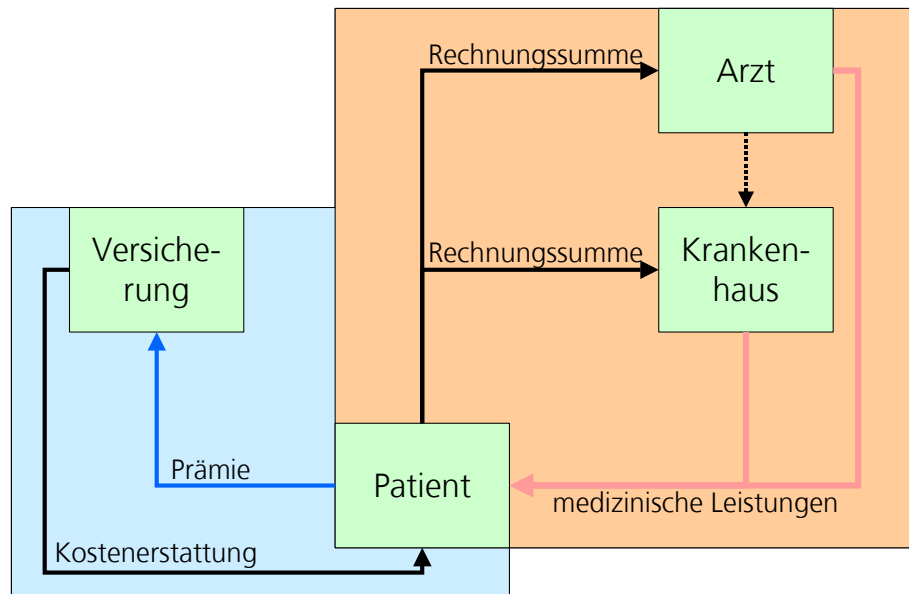


Abbildung 3: PKV: Kostenerstattungsprinzip im dualen Vertragsmodell

Ein Möglichkeit, innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen in direkten Kontakt mit den Leistungserbringern zu kommen, besteht für die PKV-Anbieter darin, entsprechende Leistungserbringer als Mitglieder für von ihnen organisierte Versorgungsnetzwerke zu gewinnen. Solche Netzwerke können auch dem Gedanken der integrierten Versorgung entsprechen, der für den Bereich der GKV-Versorgung vorgesehen ist.⁵⁰ Dort gibt es bisher nur wenige Verträge über integrierte Versorgungsformen. Ein möglicher Grund dafür ist – neben der Ablehnung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (als Standesorganisation der niedergelassenen Kassenärzte) – auch die Unkenntnis der Versicherten über diese Versorgungsform (Brechtel/Zöll, 2004, S. 3). Bevor also die Anbieter der PKV mit solchen Netzwerken oder anderen integrierten Versorgungsformen die Qualität verbessern kann, müssen die Versicherten über die Vorteile einer (freiwilligen) Teilnahme an solchen Versorgungsformen aufgeklärt werden.⁵¹ Aber selbst dann werden Versorgungsnetzwerke eher in Ballungsgebieten funktionieren als zu einer flächendeckenden Versorgungsform innerhalb der PKV werden: Für die Ver-

⁵⁰ Vgl. dazu die Rechtsgrundlagen in §§ 140a bis d SGB V.

⁵¹ Erste Einrichtungen dieser Art gibt es im Bereich der PKV bereits. So hat etwa die DKV das Projekt goMedus gestartet, in dem die beteiligten Leistungserbringer künftig auch eine qualitätsabhängige Entlohnung erhalten sollen (DKV, 2004b).

sorgung „in der Fläche“ fehlt den einzelnen PKV-Anbietern die ‚kritische Masse‘ an Versicherten, die solche Netzwerke nutzen könnten.⁵²

Trotz der für sie ungünstigen Rahmenbedingungen versuchen sich die Anbieter der PKV in den letzten Jahren auch im Bereich der Qualität der angebotenen Leistungen zu positionieren. Ursächlich dafür sind in erster Linie die Stärkung der Angebotspalette und damit der Marktposition. Letztlich ist es mithin der Leistungswettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen, der neue Aktivitäten und Lösungen hervorbringt.

4.2 Die Instrumente der PKV

Da sie nicht direkt mit den Leistungserbringern kontrahieren können, versuchen die Versicherer im Rahmen ihrer Aktivitäten im Gesundheitsmanagement Einfluss auf das Verhalten der Versicherten zu nehmen. So bieten die privaten Versicherer auch Disease-Management-Programme an. Ziel ist es, einerseits die Behandlungsqualität für chronisch kranke Versicherte zu verbessern und andererseits von den vermuteten Kostensenkungspotentialen zu profitieren. Im Mittelpunkt stehen dabei – wie bei den Anbietern der GKV – Patienten mit Diabetes Mellitus.⁵³ Anders als bei den GKV-Anbietern müssen diese Programme jedoch nicht vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden. Auch ist keine Evaluationspflicht verankert.⁵⁴ Die Qualität der privaten DMPs wird mithin nicht per se von externen Instanzen überprüft; es ist aber zu erwarten, dass eine solche Zertifizierung und/oder Evaluation – im Sinne eines Qualitätslabels – über den Wettbewerbsdruck initiiert wird.

Ein weiteres Betätigungsfeld der privaten Krankenversicherungen besteht darin, die versicherten Patienten hinsichtlich möglicher Leistungserbringer zu informieren und zu beraten (z.B. Barmenia, 2004b). Momentan geht es hier aber eher darum, prinzipiell über verfügbare Leistungserbringer zu informieren als über deren spezifische Qualität. Diese Qualitätsinformationen sind momentan allerdings nur spärlich vorhanden. Zwar erhalten die Anbieter der PKV im Rahmen der Einzelleistungsvergütung Abrechnungsdaten über alle erbrachten Leistungen, ein einzelner Versicherer verfügt aber in der Regel nur über wenige Patienten (als „Informati-

⁵² Selbst bei einer Kooperation mehrerer Anbieter ist die Zahl der Patienten möglicherweise zu gering.

⁵³ Im Rahmen einer willkürlichen Stichprobe von drei Anbietern von privaten Vollversicherungen (Allianz, Barmenia, DKV Deutsche Krankenversicherung) fanden sich in den Internetseiten aller Anbieter DMPs im Angebot (Allianz, 2004a; Barmenia, 2004a und DKV, 2004a). Alle Anbieter offerieren ein Programm für Diabetes Mellitus-Patienten. Zwei Anbieter haben Programme für Patienten mit Bluthochdruck aufgelegt (DKV) oder geplant (Allianz geplant ab 2005). Darüber hinaus bietet die DKV Disease Management Programme für Herzinsuffizienz und Asthma-Patienten (Programmname „Besser atmen“) an.

⁵⁴ Untersuchungen darüber, wie sich die DMPs der privaten Krankenversicherer auf Kosten und Qualität auswirken, sind bisher nicht bekannt.

onsquelle“ für Abrechnungsdaten) bei einzelnen Leistungserbringern. Damit ist die Datenbasis des einzelnen PKV-Anbieters eher schmal.⁵⁵ Die privaten Versicherungen sind daher im Rahmen ihrer Rolle als Informationsvermittler darauf angewiesen, dass im Rahmen der GKV-Versorgung mehr Informationen über Leistungserbringer erhoben und bereitgestellt werden. Wenn mehr und bessere Informationen über die Behandlungsqualität einzelner Leistungserbringer verfügbar sind, können die Anbieter der PKV über ihre Beratung den Qualitätswettbewerb (und damit das Verhalten) der Leistungserbringer stärker beeinflussen.

Neben den DMP und der Beratung wird von einigen privaten Krankenversicherungen auch ein aktives Patientenmanagement, d.h. die Optimierung der Behandlungsabläufe, angeboten (z.B. Allianz, 2004b).⁵⁶ Hier geht es im Sinne einer Verbesserung der Prozessqualität darum, durch speziell geschultes Personal den Behandlungsablauf so zu optimieren, dass beispielsweise belastende Doppeluntersuchungen vermieden werden und auch die zeitliche Abfolge einzelner Diagnose- und Behandlungsschritte optimiert wird. Alle angeführten Instrumente stellen für die Versicherten Service-Leistungen dar, mit denen sich die Versicherungen profilieren können – und wollen.

Letztlich sind die privaten Versicherer aber nur in der Lage, indirekt – d.h. über die Versicherten – Einfluss auf die Qualität der Versorgung zu nehmen. Wenn sie ihren Einfluss auf die Qualität der erbrachten Leistungen über diesen Kanal intensivieren wollten, könnten sie in die Verträge mit ihren Versicherten qualitätsabhängige Leistungsbegrenzungen einführen. So könnten Vertragsklauseln vorsehen, dass die Kosten für bestimmte Leistungen nur noch dann erstattet werden, wenn die ausführenden Leistungserbringer eine entsprechende Strukturqualität nachweisen können und/oder sich zur Einhaltung einer bestimmten Prozessqualität verpflichten, die etwa über eine glaubhafte Bindung an evidenzbasierte Leitlinien nachgewiesen werden könnte.

Ob solche Maßnahmen von den einzelnen Anbietern der PKV tatsächlich ergriffen werden, ist davon abhängig, wie sich ein solches Qualitätsmanagement auf ihre Wettbewerbsposition auswirkt. Eine Verbesserung dieser Position ist nur zu erwarten, wenn die daraus resultierende Qualitätsverbesserung a) den Versicherten verdeutlicht werden kann und b) die Versicher-

⁵⁵ Eine breitere Datenbasis könnte generiert werden, wenn alle privaten Krankenversicherungen ihre Datensätze poolten. Verfahren zur systematischen Auswertung von Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Qualität der medizinischen Behandlung werden zurzeit in den USA entwickelt (RAND, 2004b).

⁵⁶ Ähnliche Leistungen bietet die DKV im Rahmen ihres Tarifs „Best Care“ (DKV, 2004c). Dieser Tarif beinhaltet zum einen die Optimierung der Behandlungsabläufe, zum anderen den Zugang zu ausgewählten Spezialisten. Die Qualität der Maßnahmen und Leistungserbringer wird durch ein Scientific Board gewährleistet.

ten die Einschränkung ihrer Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer akzeptieren.⁵⁷ Grundsätzlich könnte sich aber auch das Ausmaß der Wahlfreiheit und die bereitgestellt Behandlungsqualität über eine entsprechenden Preisgestaltung in den individuellen Versicherungsverträgen widerspiegeln.⁵⁸

4.3 Zwischenergebnis

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anbieter der PKV aufgrund der fehlenden Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringer momentan nicht-optimale Möglichkeiten haben, die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu beeinflussen. Trotz der schlechten Voraussetzungen entstehen im Wettbewerb der Versicherungen private Lösungen zur Sicherung der Qualität. Elemente eines Qualitätswettbewerbs der privaten Krankenversicherung sind vorhanden, der sich auch auf die Ebenen der Leistungserbringer auswirkt und dem in Punkt 2 skizzierten Referenzrahmen entspricht.

Um ihre aktiven Einflussmöglichkeiten weiter zu verbessern, müssten die Anbieter der PKV in die Lage versetzt werden, direkt mit den Leistungserbringern zu kontrahieren. Das würde die Möglichkeiten für den Einsatz anderer Qualitätssicherungsinstrumente eröffnen, wie etwa die Bindung der Leistungserbringer an evidenzbasierte Leitlinien oder die qualitätsabhängige Entlohnung. Dies sind Maßnahmen, die im Status quo aufgrund der ungünstig gestalteten Rahmenbedingungen der privaten Versicherer nicht realisiert werden können. Abhilfe könnte hier das neue Versicherungsvertragsgesetz schaffen, dessen Einführung für 2006 geplant ist und mit dem explizit die Möglichkeit für ein direktes Kontrahieren zwischen privaten Versicherern und den Leistungserbringern geschaffen werden soll (VVGKom, 2004, S. 166).

5. Zusammenfassung und Fazit

Betrachtet man den Status quo der Qualitätssicherung in Deutschland, so zeigen sich zwischen dem Bereich der GKV-Versorgung und der PKV-Versorgung deutliche Unterschiede (Tabelle 1).

Wie in den vorangegangenen Abschnitten erläutert, fokussiert die Gesundheitspolitik ihre

⁵⁷ Die Ergebnisse von Telser et al. (2004, S. 54ff.) deuten darauf hin, dass eine solche Akzeptanz nur dann zu erwarten ist, wenn die Einschränkung der Wahlfreiheit mit einer Senkung der Versicherungsprämien einhergeht.

⁵⁸ Ein mögliches Problem einer solchen Regelung besteht aber – im Verhältnis zu der Konstruktion innerhalb der GKV-Versorgung – darin, dass solche Qualitätsklauseln zunächst nur bei neuen Versicherungsverträgen eingeführt werden können, da es einen Bestandsschutz für bereits laufende Verträge gibt. Damit würde der Einfluss solcher Konstruktionen auf die Qualität der Versorgung auch nur mittel- bis langfristig wirksam werden.

aktuelle Strategie zur Qualitätssicherung auf den Bereich der *GKV-Versorgung*. Unterscheidet man hier zwischen den Trägern, den eingesetzten Instrumenten und den konkreten Zielformulierungen, ergibt sich folgendes Bild.

	GKV-Versorgung	PKV-Versorgung
Aufgabenträger <i>Regierung (stellt bereit)</i> <i>Staatliche Organisationen</i> <i>Selbstverwaltung (Organisationen)</i> <i>Versicherte/Patienten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezieller gesetzlicher Rahmen: SGB V • IQWiG • Bundesversicherungsamt • Gemeinsamer Bundesausschuss • informierte Nachfrager • Förderung der Compliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeines Versicherungsvertragsgesetz • Allgemeines Wettbewerbsrecht • Gemeinsamer Bundesausschuss (PKV nur beratend) • ÄZQ • informierte Nachfrager • Förderung der Compliance
Instrumente <i>Regelebene</i> <i>Ausgabenträger</i>	<ul style="list-style-type: none"> • primär Regulierung • DMP 	<ul style="list-style-type: none"> • primär Wettbewerb • DMP • Informationsvermittlung • Patientenmanagement
Zielgröße	<ul style="list-style-type: none"> • primär Ergebnisqualität • Strukturqualität (Zulassungsbeschränkungen) • Prozessqualität (Leitlinien) 	<ul style="list-style-type: none"> • eher Prozessqualität (Patientenmanagement) • Externalität aus Strukturqualität der GKV

Tabelle 1: Die Qualitätssicherung in der GKV- und in der PKV-Versorgung

Auf der Ebene der *Träger* gibt die Gesundheitspolitik, d.h. die Bundesregierung den allgemeinen Handlungsrahmen für die Akteure in der GKV-Versorgung vor. Innerhalb des im SGB V abgesteckten Rahmens sind die Kompetenzen weitgehend nach dem Subsidiaritätsprinzip verteilt; der Selbstverwaltung werden wichtige Aufgaben überlassen. Gestärkt werden soll die Position der Versicherten, damit sie ihre Rolle bei der Wahl der Leistungserbringer und als Mitgestalter des Behandlungsprozesses besser erfüllen können. Damit entspricht die Aufgabenverteilung im Wesentlichen dem in Punkt 2.1 erläuterten Referenzrahmen. Die per Gesetz verordnete Einrichtung des IQWiG durchbricht jedoch diese Logik.

Hinsichtlich der konkreten *Zielgröße* ist das SGB V zwar weiterhin primär auf die Größe ‚Ergebnisqualität‘ fokussiert, jedoch werden auch Leitlinien als Kriterium der Prozessqualität stärker gefördert. Darüber hinaus sind heute im Bereich der Strukturqualität Regulierungen vorhanden, die im Jahr 2001 noch nicht existierten, und die einen Fortschritt im Bereich der Regulierung darstellen.

Auf der *Regelebene der Instrumentenwahl* dominieren bei der GKV-Versorgung weiterhin die

Regulierungen. Auch ist der bereits 2001 festzustellende Schwachpunkt, d.h. die fehlende Sanktionierung bei Nichteinhaltung der Regulierungsvorschriften, nicht behoben. Jedoch werden langsam Potentiale eröffnet, um einem Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger und der Leistungserbringer eine größere Bedeutung zukommen zu lassen. Zu den wesentlichen Fortschritten in diesem Bereich gehört die deutlich stärkere Berücksichtigung der Patienten als Adressaten von Informationen über die bereitgestellte Qualität einzelner Leistungserbringer. Hervorzuheben sind dabei die (geplanten) Qualitätsreports, die im Rahmen der Qualitätssicherung im stationären Sektor erstellt werden sollen. Hier öffnen sich Spielräume für einen Qualitätswettbewerb, wenn sich die Leistungserbringer über veröffentlichte Qualitätsinformationen gegeneinander abgrenzen können. Positiv zu werten ist auch das stärkere Abstellen auf die Strukturqualität, wenn es um die Durchführung bestimmter Maßnahmen geht.

Auf der Ebene der *Instrumente* der hier betrachteten *Ausgabenträger* ist die Einführung des neuen Instruments der strukturierten Programme zur Behandlung chronisch Kranker grundsätzlich positiv zu werten. Dieses Instrument eröffnet auch auf der Ebene der Ausgabenträger das Potential für einen qualitätsorientierten Leistungswettbewerb. Das hier ein Wettbewerbspotential besteht, zeigt die Nachfrage nach den Disease-Management-Programmen der gesetzlichen Versicherungen. Allerdings sind die unerwünschten Anreizwirkungen, die von der Subventionierung durch den Risikostrukturausgleich ausgehen, zu beobachten und zu minimieren. Auch muss abgewartet werden, ob durch die DMPs tatsächlich Qualitätsverbesserungen nachgewiesen werden können.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich in den Details der GKV-Qualitätsregulierung Verbesserungen ergeben haben, dass das Instrument Regulierungen aber weiterhin zu dominant ist und dass weiterhin zu wenig Wettbewerbslösungen zugelassen werden.

Dass solche Wettbewerbslösungen funktionieren, zeigt ein Blick auf den Bereich der *PKV-Versorgung*. Hier dominieren Wettbewerbslösungen auf der *Regelebene der Instrumente*; staatliche Regulierungen fehlen bis dato gänzlich. Die privaten Versicherungen nutzen diese Freiräume, um ihrerseits als *Ausgabenträger Instrumente* zu entwickeln, die ihnen im (Qualitäts-)Wettbewerb um neue Versicherte Vorteile verschaffen. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass sie Disease-Management-Programme anbieten, und zwar ohne dass die Einführung der Programme durch Subventionen aus einem Risikostrukturausgleich unterstützt werden. Dies lässt aber auch vermuten, dass mit der Einführung von DMPs Einsparpotentiale gesehen werden: In Bereichen, in denen Qualität und Ausgaben aus Sicht der Ausgabenträger nicht in einer solchen Zielharmonie stehen, sind die Anreize zur Einführung von Instrumenten zur

Sicherung und Erhöhung der Qualität für die Ausgabenträger im deutschen System weniger stark ausgeprägt. Letztlich ist die Einführung solcher Instrumente davon abhängig, ob die Versicherten eine höhere Qualität auch honorieren.

Mit den DMP stellen die Anbieter der PKV ebenso auf die *Zielgröße* ‚Prozessqualität‘ ab, wie im Rahmen ihres Patientenmanagement. Zulassungsbeschränkungen für Leistungserbringer zur Sicherung der Strukturqualität innerhalb der PKV-Versorgung spielen bis dato keine Rolle, sind aber prinzipiell möglich. In diesem Bereich profitieren aber die Anbieter und Versicherten der PKV von den bestehenden Regulierungen im GKV-Bereich.

Dass die Intensität des Qualitätswettbewerbs zwischen den Ausgabenträgern der PKV begrenzt ist, ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Möglichkeiten der privaten Krankenversicherung die Qualität der bereitgestellten Leistungen zu beeinflussen nicht optimal sind. Dies liegt an den schlechten Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb: Die Einflussmöglichkeiten der privaten Versicherer sind – aufgrund fehlender Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern – begrenzt. Vorhandene Einflusskanäle stellen auf das Verhalten der Versicherten ab und wirken daher nur indirekt.

Das Fazit für den Bereich der PKV-Versorgung lautet daher, dass in diesem Bereich Wettbewerbslösungen funktionieren. Die eingesetzten Instrumente sind kompatibel zu dem Referenzrahmen aus Punkt 2. Weitere Instrumente könnten hinzukommen und den Qualitätswettbewerb intensivieren, wenn die Voraussetzungen (im Sinne direkter Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern) verbessert werden. Eine solche Verbesserung der Voraussetzungen ist von einer Veränderung der Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber abhängig. Die Vorarbeiten zum neuen Versicherungsvertragsgesetz weisen dabei in die richtige Richtung. Für die Anbieter der PKV bietet sich dann die Chance zu zeigen, dass ein Qualitätswettbewerb der Ausgabenträger und der Leistungserbringer die Qualität der medizinischen Versorgung im Bereich der PKV sicherstellen und verbessern kann.

Das Verhalten der privaten Versicherten ist nicht nur für sie selbst sondern auch für die künftige Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems wichtig: Zeigt die PKV, dass sie selbst zu guten Lösungen findet, kann sie möglicherweise Regulierungen durch den Gesetzgeber zur Beeinflussung der Qualität in ihrem Bereich vermeiden. Gleichzeitig kann ihr Beispiel zeigen, dass auch im Bereich der GKV mehr Spielraum für weniger Regulierungen vorhanden ist. Gelingt es, diesen Beweis zu erbringen, so wäre das nicht nur für die privaten Versicherer von Vorteil.

Literatur

- Allianz (2004a), Gesundheitsprogramme;
<http://www.allianz.de/service/gesundheitsmanagement/gesundheitsprogramme/index.html?foe=60&styp=30>
- Allianz (2004b), Patientenbegleiter – Mehr Service für Sie;
<http://www.allianz.de/service/gesundheitsmanagement/gesundheitsprogramme/patientenbegleiter/index.html?foe=60&styp=40>
- AOK – AOK Bundesverband (2003), Bereits 165.000 Patienten machen bei Programmen der AOK mit, in: psg Politik 10, S. 2–3.
- ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2004), Tätigkeitsbericht 2003 des Leitlinien-Clearingverfahrens,
<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/index/pdf/taetberclearing2003.pdf>
- Barmenia (2004a), Der besondere Service - Barmenia Gesundheitservice,
http://www.barmenia.de/index.asp?page=/service/1097_DEU_HTML.html
- Barmenia (2004b), Der besondere Service - Barmenia-mediLine,
http://www.barmenia.de/index.asp?page=/produkte/1092_DEU_HTML.html
- Bertelsmann Stiftung (2004), Studie: Versicherte wünschen sich größere Transparenz über medizinische Leistungen, Pressemeldung vom 07.12.2004,
http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/16412_21159.jsp
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002), Strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker,
http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/gesetzl/index_2139.cfm
- Brechtel, Thomas und Ralf Zöll (2004), „Neue Versorgungsformen aus Sicht der Versicherten: Integrierte Versorgung, Ambulantes Operieren und die Stellung des Hausarztes“, Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, Ausgabe 4/04, S. 1–5.
- Bundesversicherungsamt (2003), Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA), Stand: Juli 2003
<http://www.bundesversicherungsamt.de/Fachinformationen/Dmp/dmp.htm#1>. Ausgangslage
- Bundesversicherungsamt (2004a), Tabelle: Unterlagen zur Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen, Stand: Mittwoch 14. Oktober 2004,
http://www.bundesversicherungsamt.de/Fachinformationen/Dmp/uebersicht_dok.pdf
- Bundesversicherungsamt (2004b), Kriterien des Bundesversicherungsamtes zur Evaluation strukturierter Behandlungsprogramme bei Diabetes mellitus Typ 2, Fassung vom 4. November 2004
<http://www.bundesversicherungsamt.de/Fachinformationen/Dmp/Evaluation-Diabetes-2.pdf>
- Bundesversicherungsamt (2004c), DMP – Zulassungen, Stand 02.12.2004, Bonn.
- Busse, Reinhard (2004), Disease management programs in Germany's statutory health insurance system: a Gordian solution to the adverse selection of chronically ill people in competitive markets?, in: Health affairs 23(3), S. 56–67.
- Cutler, David M. (2002), Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform, in: Journal of Economic Literature 150, S. 881–906.
- Daubenbüchel, Rainer (2005), „Wir können ja Burgen bauen mit dem Papier“, in: Deutsches Ärzteblatt 102(3), S. A91–A94.
- Davies, Elizabeth und Peter Littlejohns (2002), Views of Directors of Public Health about NICE appraisal guidance: results of a postal survey, in: Journal of Public Health Medicine 24, S. 319–325.
- DKV – Deutsche Krankenversicherung AG (2004a), Disease-Management-Programme - Beste Versorgung!,
http://www.dkv.com/disease_management_programme_beste_versorgung.phtml

- DKV – Deutsche Krankenversicherung AG (2004b), Hohe Patientenzufriedenheit im goMedus-Gesundheitszentrum - Konsequenter Netzwerkgedanke erfolgreich, Pressemitteilung vom 05.07.2004
<http://www.gomedus.de/pressemitteilungen.phtml?typ=content#rep6003>
- DKV – Deutsche Krankenversicherung AG (2004c), Best Care - Behandlung durch Spezialisten, http://www.dkv.com/bestcare_spezialisten.phtml
- Donabedian, Avedis (1980), Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Ann Arbor.
- Dranove, David et al. (2002) Is More Information Better? The Effects of 'Report Cards' on Health Care Providers, NBER Working Paper No. w8697, Washington DC.
- Fuhr, Christoph (2003), Kranke warten viel zu lange auf neue Arzneimittel, in: Ärzte Zeitung vom 15.07.2003.
- Gandjour, Afschin et al. (2003), Mindestmengen in der stationären Versorgung: Bundesweite Analyse ausgewählter Interventionen und Forschungsbedarf, in: Arnold, Michael, Jürgen Klauber und Henner Schellschmidt (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart, S. 189–201.
- Gehrke J. et al. (2003): Welche Informationen erwarten Patienten und Versicherte von medizinischen Informationsdiensten, in: Das Gesundheitswesen 65, S. 548–554.
- Gerlach, Ferdinand M. et al. (2003), Evaluation von Disease-Management-Programmen – Aktuelle Defizite, Anforderungen, Methoden, in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 97, S. 495–501.
- Gold, Marsha R. et al. (1998), Behind the curve: A critical assessment of how little is known about arrangements between Managed Care Plans and Physicians, in: Gold, Marsha R. (Hrsg.), Contemporary Managed Care, Chicago, S. 67–100.
- Gowrisankaran, Gautam und Robert Town (2002), Competition, Payer, and Hospital Quality, NBER Working Paper No. w9206, Washington DC.
- Hans-Dieter Nolting und Jürgen Wasem (2002), Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsstudie 2002.
- Hanson, Kara, Winnie C. Yip und William Hsiao (2004), The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus, in: Health Economics 13(12), S. 1167–1180.
- Häussler Bertram und Ursula Berger (2004), Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme – Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Baden-Baden.
- Health Affairs – The Policy Journal of the Health Sphere (2005), Putting Evidence Into Practice January/February 2005 - Volume 24, Number 1.
- Ignagni, Karen (2003), Health Plan Initiatives to Improve Quality and to Provide Information to Consumers, <http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/030527kimtestimony.pdf>.
- IOM – Institute of Medicine (2001), Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century, Washington, DC.
- Jacobs, Klaus und Sabine Schulze (2004), Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre?, in: Gesundheit und Gesellschaft 4(1), S. 7–18.
- Kessler, David und Mark McClellan (1999), Is Hospital Competition Socially Wasteful?, NBER Working Paper No. 7266, Washington DC.
- Kmietowicz, Zosia (2000), NICE's appraisal procedures attacked, in: British Medical Journal, 321(7267), S. 980.
- Leapfroggroup – The Leapfroggroup for Patient Safety (2004), With most comprehensive hospital survey to date, consumers urged to use Leapfrog Safety and Quality Data to make hospital choices, Press release November 16, 2004,
http://www.leapfroggroup.org/media/file/Leapfrog-Survey_Release-11-16-04.pdf

- McGlynn, Elisabeth A. et al. (2003), The quality of health care delivered to adults in the United States, in: *New England Journal of Medicine*, 348(26), S. 2635–2645.
- Nadolski, Heidi (2002), Disease Management in den USA, in: *Gesundheit und Gesellschaft* 2(1), S. 17–23.
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004a), The NCQA Health Plan Report Card, <http://hprc.ncqa.org/index.asp>
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004b), The NCQA Quality Dividend CalculatorTM 2.0, <http://www.ncqacalculator.com/Start.asp>
- NCQA – National Committee for Quality Assurance (2004c), Diabetes Physician Recognition Program, <http://www.ncqa.org/dprp/search.asp>.
- o.V. (2003), Extrabudgetäre Vergütung im DMP Diabetes entzweit Kassen, in: *Ärzte Zeitung* vom 22.05.2003, <http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/05/22/095a0901.asp>
- OECD (2004), Health care financing in the United States, in: *OECD Health Data 2004*, 3rd. ed., Paris.
- PBGH – Pacific Business Group on Health (2002), Disease Management Effectiveness Project http://www.pbgh.org/programs/dmep/disease_mgmt_report_11-02.pdf
- PBGH – Pacific Business Group on Health (2004), Measuring Health Plans' Disease Management Programs - Disease Management Effectiveness Project (DMEP) <http://www.pbgh.org/programs/dmep/default.asp>
- Pietsch-Breitfeld, Barbara, Gabriele Heizmann und Hans-Konrad Selbmann (2003), Qualität in deutschen Krankenhäusern - Strategien zur Einführung von Qualitätsmanagement: ein Bericht über das Demonstrationsprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Baden-Baden.
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2004a), Die private Krankenversicherung – Zahlenbericht 2003/2004, Köln, <http://www.pkv.de/downloads/Zb04.pdf>.
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2004b), Grundlagen Klinik-Card <http://www.pkv-krankenhaus-welt.de/roots/klinik-card.asp>
- RAND (1998), Assessing the Appropriateness of Care, RAND Health Research Highlights, <http://www.rand.org/publications/RB/RB4522/>
- RAND (2004a), The First National Report Card on Quality of Health Care in America, RAND Health Research Highlights, <http://www.rand.org/publications/RB/RB9053-1/RB9053-1.pdf>
- RAND (2004b), RAND Corporation and Humana to test clinical QA tools, RAND News release vom 09.11.2004, <http://www.rand.org/news/press.04/11.09.html>
- Rothgang, Heinz et al. (2004), Evidenzbasierte Bestimmung des Leistungskatalogs im Gesundheitswesen? Das Beispiel des englischen National Institute for Clinical Excellence (NICE), ZeS-Arbeitspapier Nr. 02/2004, <http://www.zes.uni-bremen.de/pages/arbeitspapierBeschreibung.php?ID=212&SPRACHE=DE>
- Sauerland, Dirk (2001a), The German strategy for quality improvement in health care: still to improve, in: *Health Policy* 56, S. 127–147.
- Sauerland, Dirk (2001b), Wege zur Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen: Theorie und Praxis, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 2(2)/2001, S. 211–227.
- Sauerland, Dirk (2003), *Gesundheitspolitik in Deutschland*, 2. Aufl., Gütersloh.
- Sauerland, Dirk (2004), Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse, in: *ORDO · Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft* 55/2004, S. 209–233.

- Sauerland, Dirk (2005), Märkte für medizinische Dienstleistungen, in: Leschke, Martin und Ingo Pies (Hrsg.), Wissenschaftliche Politikberatung – Theorien, Konzepte, Institutionen, S. 257–284.
- Schaeffer, Doris et al. (2004), Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b Sozialgesetzbuch V, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV, Bielefeld,
<http://www.gkv.info/media/Projekte/VerbraucherPatienten/Evaluationsbericht.pdf>
- Schilling, Martina (1998), Festvortrag zum 25 jährigen Bestehen des VDVF, Köln,
<http://www.vdvf.de/seiten/artikel5.htm>
- Schirmer, Horst Dieter (2002), Instrumente der Qualitätssicherung – insbesondere qualitätsabhängige Zulassung, Rezeptierung, etc. in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 4, S. 247-264.
- Seitz, Robert (2004), Die deutschen DMP nach GMG und 9. RSAÄndV, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 58 (7/8), S. 11–22.
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2004a), Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern,
www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab4.php
- StatBA – Statistisches Bundesamt (2004b), Gesundheitsberichterstattung des Bundes,
www.gbe-bund.de
- SVR-GK – Sachverständigenrat Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen, Baden-Baden.
- Telser, Harry et al. (2004), Was leistet unser Gesundheitswesen?, Zürich.
- Towse, Adrian und Clive Pritchard (2002), National Institute for Clinical Excellence (NICE): Is economic appraisal working?, in: Pharmacoeconomics 20, S. 95–105.
- USNWR – U.S. News & World Report's America's Best Hospitals (2004), The 2003 Index of Hospital Quality,
<http://www.usnews.com/usnews/health/hosptl/tophosp.htm>
- van Beusekom, Ineke et al. (2004), Möglichkeit oder Utopie? Wahlfreiheit im Gesundheitswesen: Eine Literaturübersicht,
<http://www.rand.org/publications/TR/TR105.1/TR105.1.pdf>
- Vistnes, Gregory (2003), Geographic Markets and Hospital Competition – Theory and Empirical Evidence, FTC/DOJ Hearings on Health Care and Competition Law Policy,
www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/docs/vistnes.pdf.
- VVGKom – Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (2004), Abschlussbericht vom 19. April 2004,
<http://www.bmj.bund.de/media/archive/647.pdf>
- Waiß, Steffen (2003), Das National Institute for Clinical Excellence – Lösungsansatz für Qualitäts- und Effizienzdefizite im deutschen Gesundheitswesen?, in: Sozialer Fortschritt 52 (2), S. 47–54.
- WHO – World Health Organization (2000), The World Health Report 2000, Genf.
- Ziegenhagen, Dieter J. et al (2004), Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 9, S. 108–115.

Gesetze/Verordnungen

- Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch Artikel 14 Nr. 2 des Gesetzes vom 30. Juli 2004 (BGBl. I S. 2014), Stand: 1. August 2004,
http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm#sgb05/sgb05x001.htm
- Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 27. Juni 2002,
<http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/gkv/rsa-verordnung/Verordnung.pdf>