

Qualitätskriterien als Steuerungskriterium

**7. Bremer Qualitätsforum: „Steuern durch Qualität?
Qualität als Voraussetzung für Leistungsgewährung in der GKV
am 25. Februar 2011 in Berlin**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Inhalt

- I. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen
- II. Steuerungsakteure
- III. Steuerung in verschiedenen Gesundheitssystemtypen
- IV. Steuerungsansätze
- V. Fazit

I. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

1. Qualität
2. Steuerung
3. Steuerungsziele
4. Steuerung und Qualität
5. Steuerungsgegenstände

II. Steuerungsakteure

III. Steuerung in verschiedenen Gesundheitssystemtypen

IV. Steuerungsansätze

V. Fazit

I.1 Begriffe: Qualität

- Betrachtungsweise
 - Positive Betrachtung: die Summe aller Eigenschaften eines Objektes, Systems oder Prozesses
 - Normative Betrachtung: die Güte aller Eigenschaften eines Objektes, Systems oder Prozesses

→ Wir folgen hier der normativen Betrachtung
- Definitionen nach DIN bzw. EN
 - Alt: DIN EN ISO 8402 (1995-2008): Qualität ist
„die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“
 - Aktuell: EN ISO 9000 (2005): Qualität ist der
„Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“

→ Definition ist nicht operational

→ schon die Qualitätsmessung ist eine erste zentrale Aufgabe

I.2 Begriffe: Steuerung

- „Steuerung“ impliziert, dass ein Akteur versucht einen anderen Akteur / Teilsystem intentional zu beeinflussen
- Weiter Steuerungsbegriff, der umschließt
 - staatliche Steuerung und
 - nicht-staatliche Steuerung
- Steuerung (im Gesundheitswesen) kann erfolgen durch
 - Staat
 - gesellschaftliche Akteure (insbesondere Selbstverwaltungsakteure)
 - Marktakteure
- Interaktion zwischen den Akteuren kann erfolgen durch
 - Hierarchie
 - Verhandlungen
 - Wettbewerb

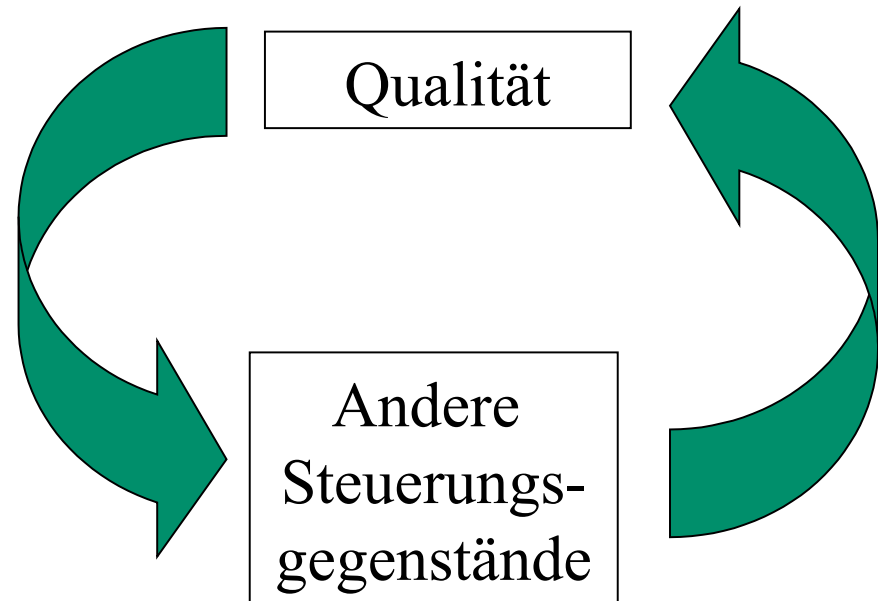
I.3 Begriffe: Steuerungsziele

- Zieldimensionen des Gesundheitssystem könnten sein
 - Solidarische Absicherung: gleicher Leistungsanspruch für jeden
 - Richtige Menge an Leistungen, d.h. nicht zuviel und nicht zu wenig
 - **gute Qualität der Leistungen**
 - Wirtschaftlichkeit (technische und allokativen Effizienz)
- In § 12 SGB V: Gesundheitsleistungen müssen
 - notwendig,
 - ausreichend,
 - zweckmäßig,
 - wirtschaftlichsein
 - **kein expliziter Verweis auf Qualität.**

I.4 Konzepte: Steuerung und Qualität

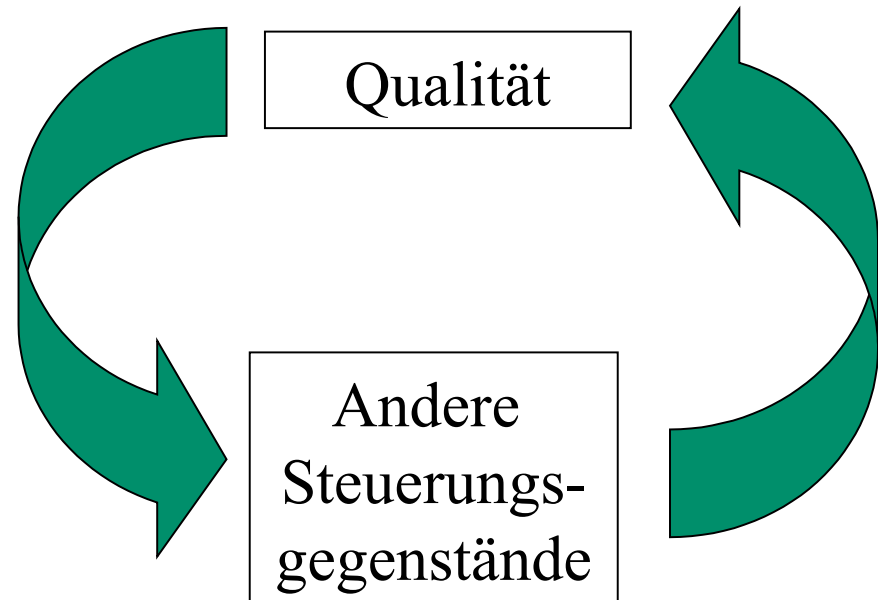
- Qualität (Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement) kann *Instrument* sein, um andere Ziele zu erreichen
 - Qualitätsmanagement zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit
 - Qualitätssicherung zur Regulierung der Angebotsmenge
 - Qualitätsmessung zur Preisdifferenzierung
- Qualität kann *Ziel* sein, das angestrebt wird
 - Zulassung nur qualitätsgesicherter Güter und Dienstleistungen
 - Vergütung nach Qualität
 - Etablierung von Qualitätswettbewerb
- Tagungstitel („Steuern durch Qualität“) legt nahe, Qualität als Instrument anzusehen, Begleittext macht deutlich, dass Qualität als Ziel gemeint ist.

I.5 Steuerungsgegenstände




I.5 Steuerungsgegenstände

- **Bereitstellung**
 - Zulassung
 - Erstattungsfähigkeit
 - Kapazitätsplanung
 - Strukturqualität
- **Inanspruchnahme**
 - Anbieter
 - Mengen
 - Preise
 - Prozessqualität
- **Ergebnis**
 - Mortalität und Morbidität
 - Ergebnisqualität



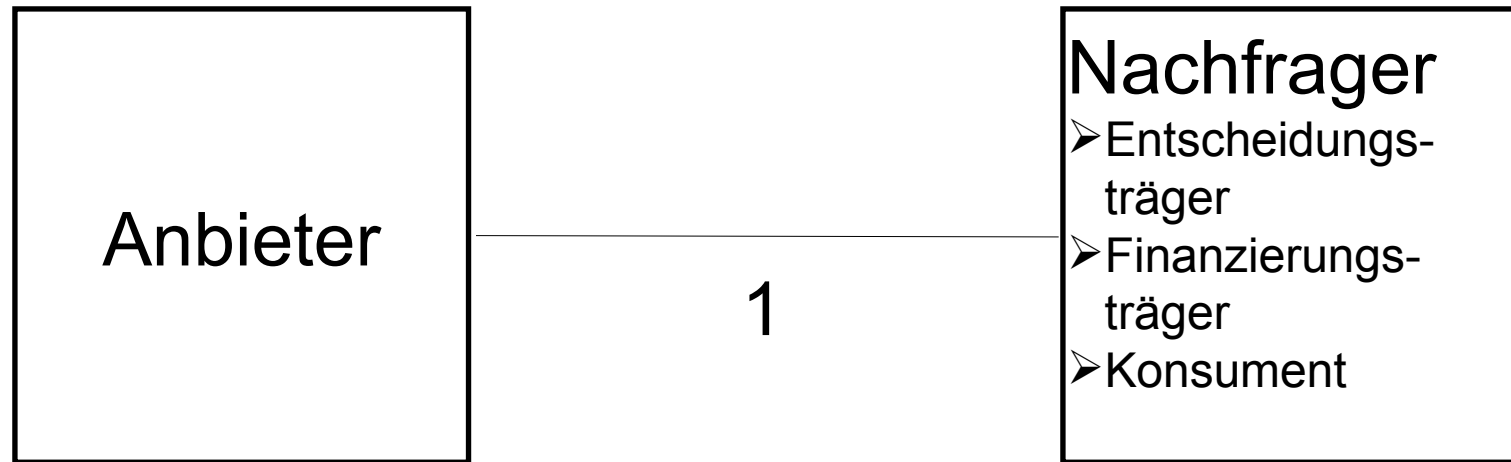
I.5 Steuerungsgegenstände

- **Bereitstellung**
 - Zulassung
 - Erstattungsfähigkeit
 - Kapazitätsplanung
 - Strukturqualität
 - **Inanspruchnahme**
 - Anbieter
 - Mengen
 - Preise
 - Prozessqualität
 - **Ergebnis**
 - Mortalität und Morbidität
 - Ergebnisqualität
- 
- Windeler: Arzneimittel
 - Gibis: Bedarfsplanung
 - Köster-Steinebach: Leistungen und Leistungsmengen
 - Nolte: P4P
 - Szecsenyi: Prozessqualität
 - Glaeske: Arzneimittelversorgung
- Kastenholz: BMG-Sicht

Inhalt

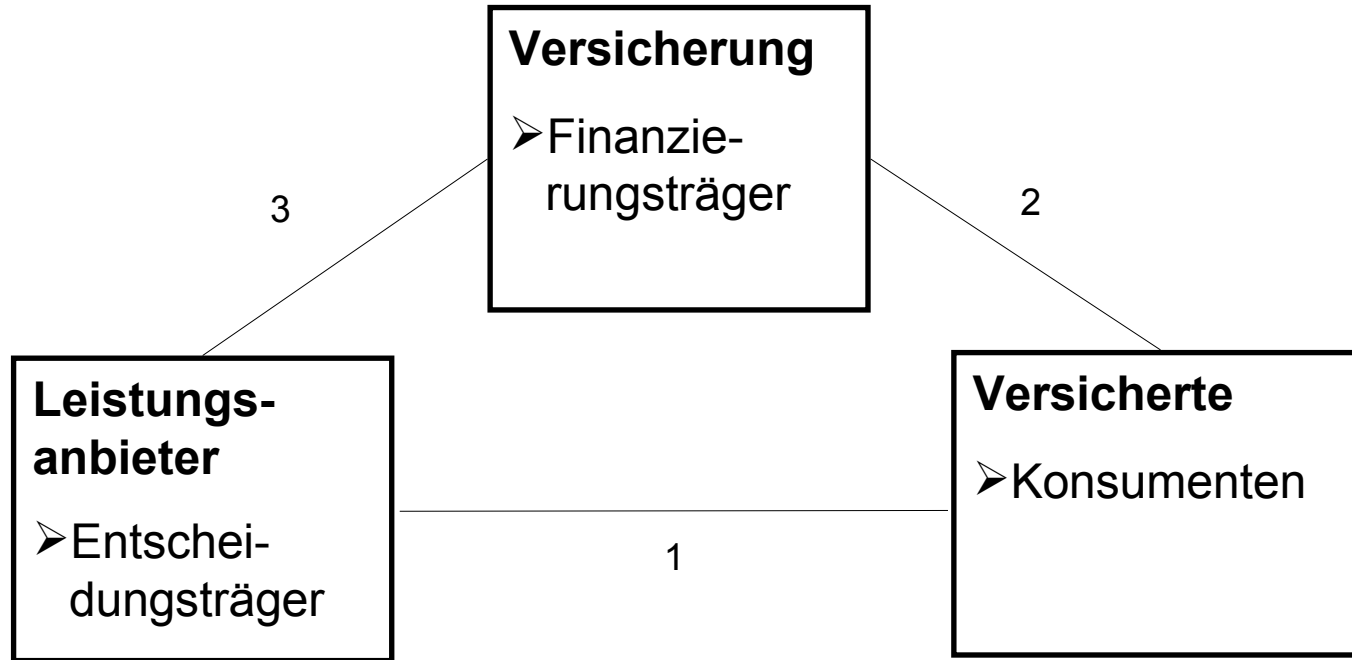
- I. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen
- II. Steuerungsakteure**
 - 1. Steuerung im zweiseitigen Markt
 - 2. Steuerung im dreiseitigen Markt
- III. Steuerung in verschiedenen Gesundheitssystemtypen
- IV. Steuerungsansätze
- V. Fazit

II.1 Zweiseitiger Markt



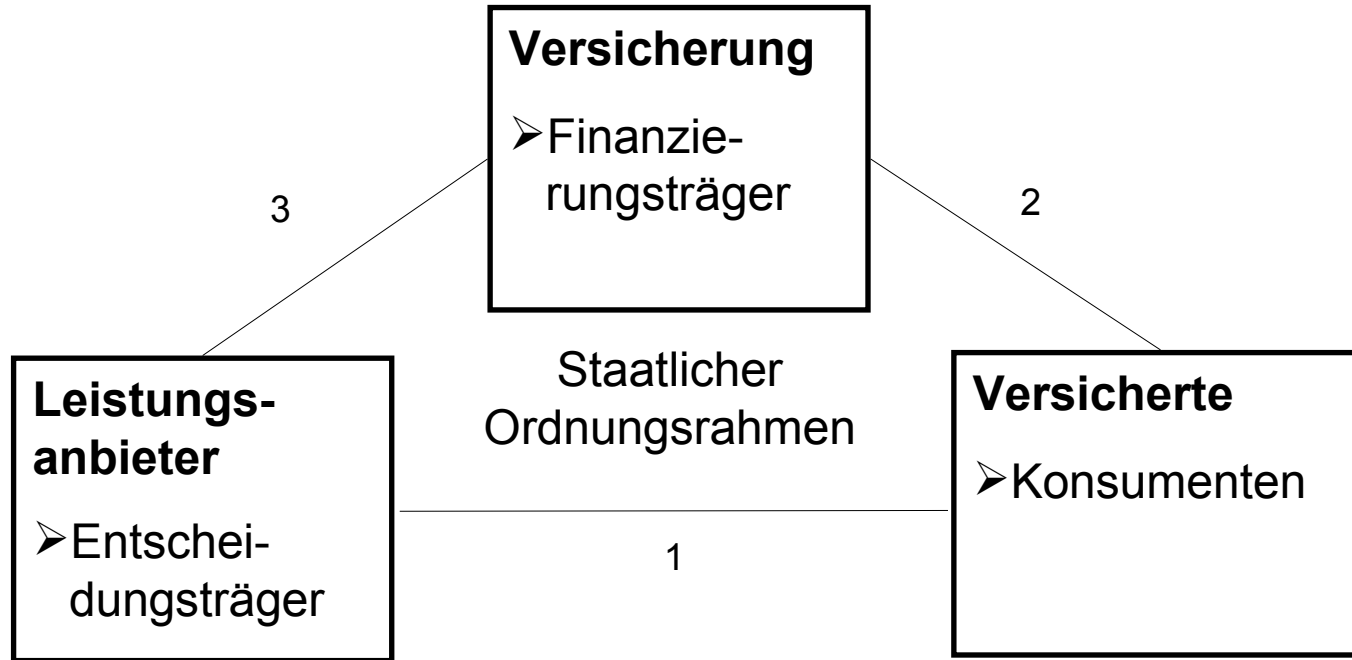
- Steuerung erfolgt durch Wettbewerb
- 1. Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie: Ergebnis ist unter bestimmten Voraussetzungen pareto-optimal
- Problem im Gesundheitswesen: Unsicherheit
→ Versicherung → dreiseitiger Markt

II.2 Dreiseitiger Markt



- Rolle des Nachfragers zerfällt, Versicherter ist nicht mehr in der Finanzierungsverantwortung
- Steuerung der Inanspruchnahmemenge über die Relation 1 führt zu Moral Hazard und damit Überinanspruchnahme
- Steuerung erfolgt typischerweise (auch) über die Relationen 2 und 3

II.2 Dreiseitiger Markt

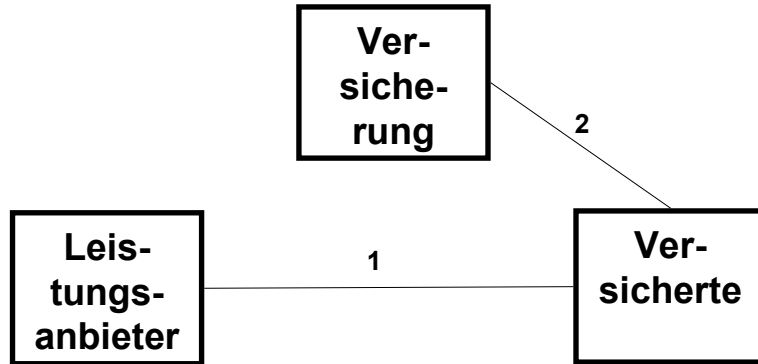


- Rolle des Nachfragers zerfällt, Versicherter ist nicht mehr in der Finanzierungsverantwortung
- Steuerung der Inanspruchnahmemenge über die Relation 1 führt zu Moral Hazard und damit Überinanspruchnahme
- Steuerung erfolgt typischerweise (auch) über die Relationen 2 und 3

Inhalt

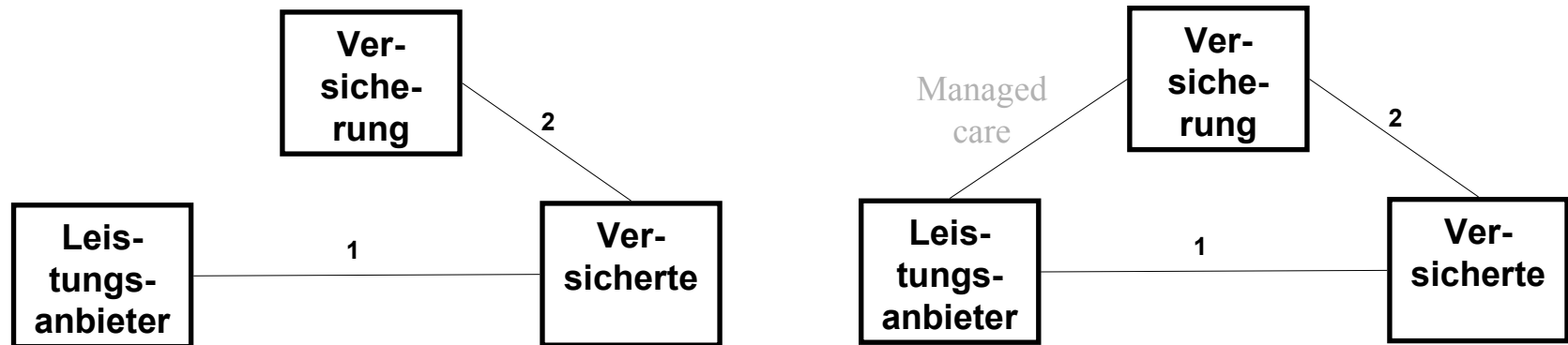
- I. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen
- II. Steuerungsakteure
- III. Steuerung in verschiedenen Gesundheitssystemtypen**
 1. Privatversicherungssysteme: USA
 2. Nationale Gesundheitsdienste: Großbritannien
 3. Sozialversicherung: Deutschland
- IV. Steuerungsansätze
- V. Fazit

III.1 Steuerung im Privatversicherungssystem: USA



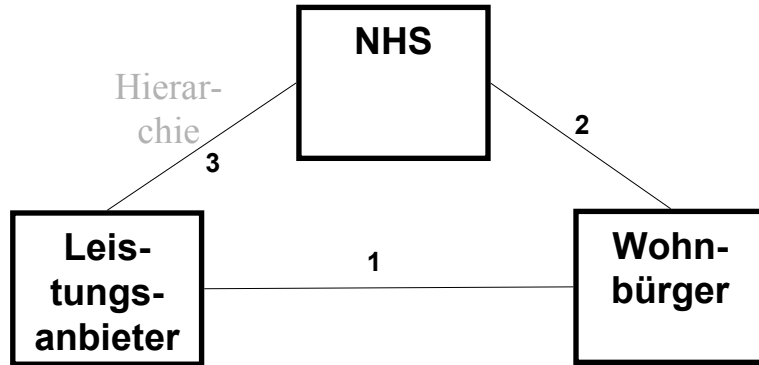
- In den USA gibt es zunächst keine Steuerung im Verhältnis Versicherung und Leistungsanbieter
- Trotz Selbstbeteiligung sind die Kosten (zu) hoch

III.1 Steuerung im Privatversicherungssystem: USA



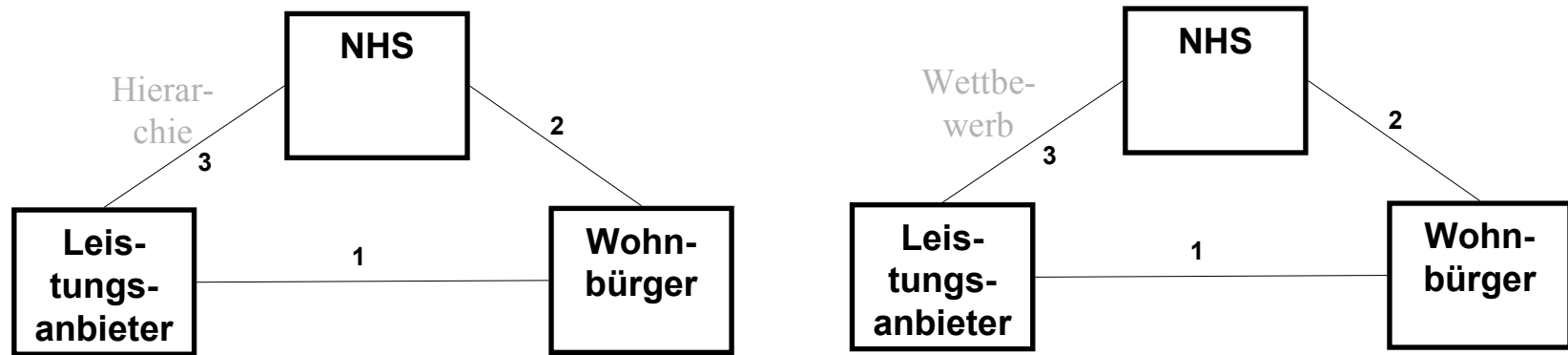
- In den USA gibt es zunächst keine Steuerung im Verhältnis Versicherung und Leistungsanbieter
- Trotz Selbstbeteiligung sind die Kosten (zu) hoch
- Im Zuge von Managed Care wird Steuerung in Relation 3 eingeführt. Steuerung durch Patienten insb. durch Wahl der Versicherung (in Relation 2).

III.2 Steuerung im Nationalen Gesundheitsdienst



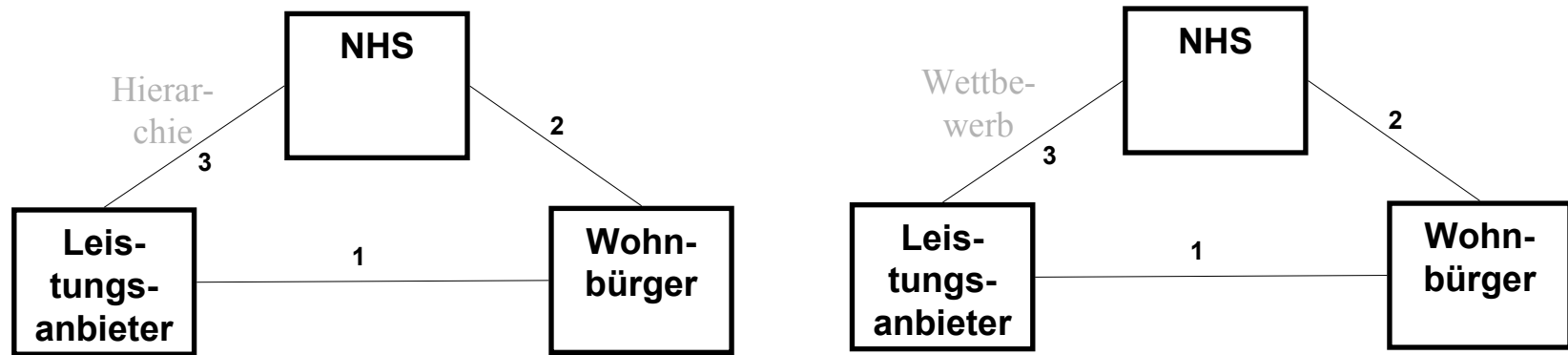
- Leistungsanbieter werden direkt hierarchisch von Gesundheitsbehörden geführt, die Gebietsmonopolisten sind.

III.2 Steuerung im Nationalen Gesundheitsdienst



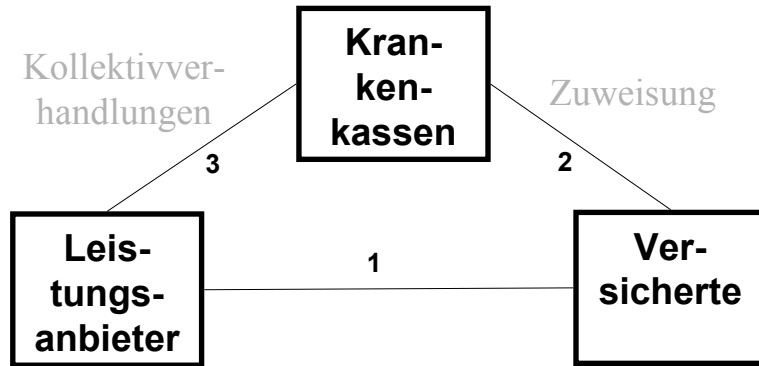
- Leistungsanbieter werden direkt hierarchisch von Gesundheitsbehörden geführt, die Gebietsmonopolisten sind.
- Zur Effizienzsteigerung wird purchaser-provider split in Relation 3 und Vertragswettbewerb eingeführt.

III.2 Steuerung im Nationalen Gesundheitsdienst



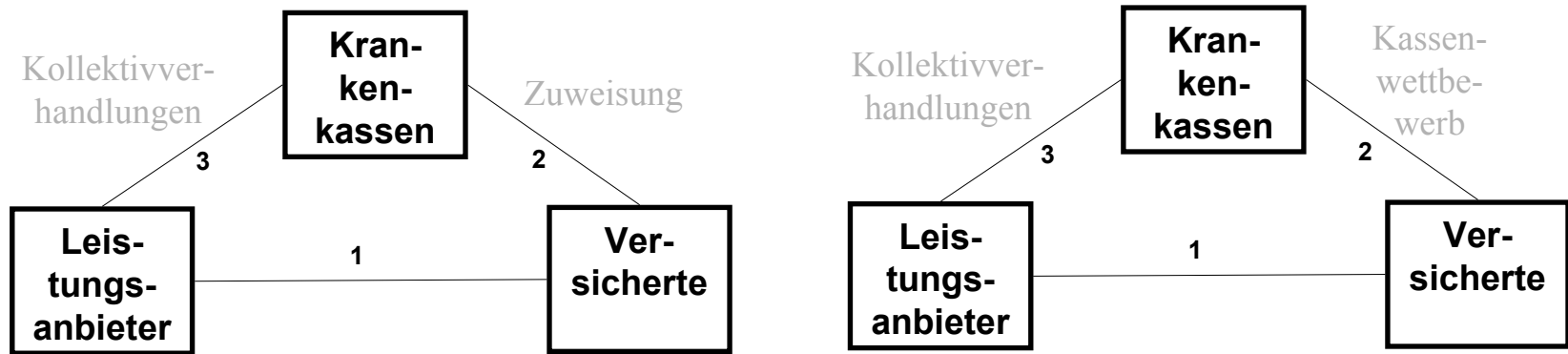
- Leistungsanbieter werden direkt hierarchisch von Gesundheitsbehörden geführt, die Gebietsmonopolisten sind.
- Zur Effizienzsteigerung wird purchaser-provider split in Relation 3 und Vertragswettbewerb eingeführt.
- Die Versicherten sind an der Steuerung des Systems nicht direkt beteiligt.

III.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem



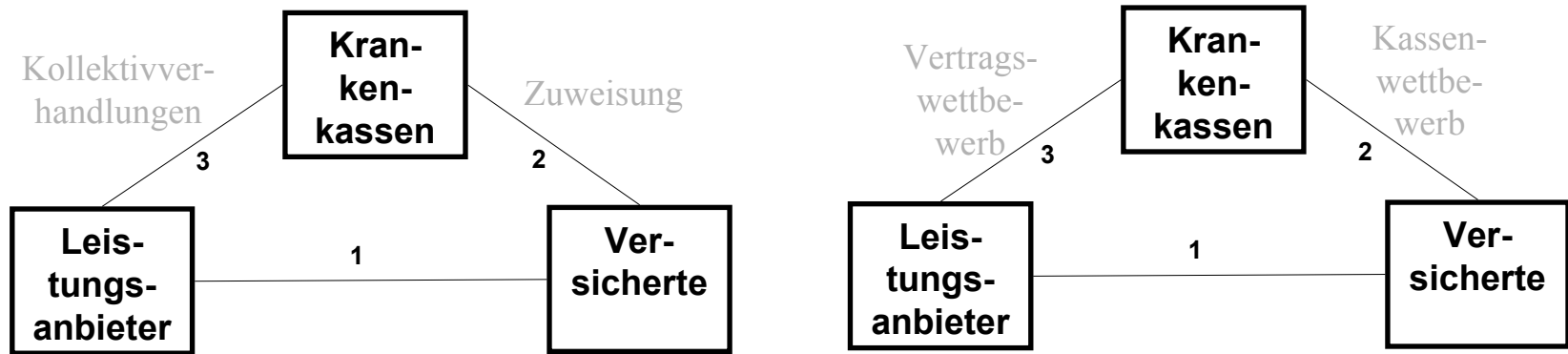
- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter
→ wenig Innovation, Verkrustung

III.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem



- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter
→ wenig Innovation, Verkrustung
- Einführung von Kassenwettbewerb (Rel. 2) führt nur zur Risikoselektion

III.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem



- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter
→ wenig Innovation, Verkrustung
- Einführung von Kassenwettbewerb (Rel. 2) führt nur zur Risikoselektion
- Inzwischen: Eindämmung der Risikoselektion (Relation 2) durch M-RSA und verstärkt Vertragswettbewerb (Relation 3)
- (Mit)Steuerung der Patienten vor allem durch Kassenwahl in Relation 2

III.3 Zwischenfazit

Gesundheitssystemvergleich zeigt:

- Steuerung kann nicht durch Patienten allein erfolgen. Rolle der Patienten ist aber gegeben im Bereich Qualität
 - bei der Auswahl der Anbieter
 - bei gegebenem Leistungspaket
 - bei Informationssystemen zur Schaffung von Markttransparenz
- Erfolgreiche Steuerung durch Finanzierungsträger setzt voraus, dass diese
 - a) selbst zur Verantwortung gezogen werden können (Relation 2), durch Wettbewerb oder Wahlen und
 - b) über Handlungsfreiheit und -parameter verfügen (Relation 3).

Inhalt

- I. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen
- II. Steuerung im zweiseitigen und dreiseitigen Markt
- III. Steuerung in verschiedenen Gesundheitssystemen
- IV. Steuerungsansätze**
 - 1. Rolle von Patienten
 - 2. Rolle von Staat und Finanzierungsträger
- V. Fazit

IV.1 Steuerung durch Patienten (1/3)

- Mengensteuerung
 - Bei Vollversicherung kann Mengensteuerung *nicht* den Patienten überlassen werden wg. moral hazard
 - Selbst bei (erheblicher) Selbstbeteiligung kann Mengensteuerung durch Patienten zur Überinanspruchnahme führen (Bsp.: USA)
 - Eine Mengensteuerung durch Patienten ist möglich bei
 1. hoher Selbstbeteiligung (→ negative Folgen für Gleichheit) und
 2. Markttransparenz (→ muss regelmäßig erst erzeugt werden) und
 3. Existenz von Alternativen
 - „Positivbeispiel“ für Deutschland: Pflegeversicherung mit
 - Teilkaskoprinzip → Selbstbeteiligung
 - Markttransparenz → „Pflege-TÜV“
 - Make or buy-Entscheidung (familiale vs. profess. Pflege).
- Mengensteuerung sollte über den Finanzierungsträger erfolgen

IV.1 Steuerung durch Patienten (2/3)

- Qualitätssteuerung durch Wahl der Verfahren
 - Wahl der Verfahren kann sich beziehen auf
 - Umfang des Versicherungsschutzes
 - Inanspruchnahme von Leistungen im Krankheitsfall
 - These: Patienten sind nicht in der Lage, informierte Wahlen hinsichtlich des versicherten Leistungspakets zu treffen.
 - These: Patienten sind nicht in der Lage, Wirksamkeit von Therapien im Bedarfsfall zu beurteilen
 - Auswahl sollte durch Versicherungsträger basierend auf Nutzenbewertungen (EbM) und Kosten-Nutzen-Bewertungen erfolgen
- Dilemma: Was passiert, wenn Patienten/Versicherte Präferenzen für unwirksame Leistungen haben?
 - Bei Zwangsversicherung: Nur wirksame Leistungen versichern.

IV.1 Steuerung durch Patienten (3/3)

- Qualitätssteuerung durch Wahl der Leistungsanbieter
 - Sinnvoller Beitrag der Patienten: Wahl der qualitativ „besten“ Leistungsanbieter.
 - Szenario 1: freie Arztwahl
 - Szenario 2: eingeschränkte Arztwahl aufgrund selektiver Kontrakte
 - Auswahl verlagert sich auf Kassenwahl
 - Voraussetzungen:
 - Markttransparenz über Leistungsanbieter (Kassen mit ihren Anbietern)
 - Patienten informieren sich und handeln entsprechend
 - Überforderung für die meisten Patienten
 - Aber: auch Wechselbereitschaft einer Minderheit kann Qualitätswettbewerb in Gang setzen / halten
- Beitrag der Patienten zur Qualitätssteigerung durch Wahl der Anbieter ist möglich
- Qualitätssicherung muss durch staatliche Stellen / Selbstverwaltung gewährleistet sein

IV.2 Steuerung durch Staat und Finanzierungsträger (1/5)

Staat, Kassen und Selbstverwaltung müssen

- **Mindeststandards sichern (Qualitätssicherung)**
 - im Zulassungsverfahren (Ärztliche Examina, Arzneimittelsicherheit etc.) und
 - durch externe Qualitätsprüfung
 - Hierzu muss Verständigung erzielt werden über geeignete
 - Dimensionen (im Bereich Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)
 - Indikatoren und
 - Grenzwerte.
- **Anreize schaffen zur internen Qualitätsentwicklung durch**
 - Vergütung nach Qualität
 - Qualitätswettbewerb bei Vergütung unabhängig von Qualität

IV.2 Steuerung durch Staat und Finanzierungsträger (2/5)

Sind Gesundheitsgüter /-leistungen qualitativ homogen?

- *Sozialrechtlich*: Homogenitätsannahme
 - § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V: Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem **allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ (Die Formulierung findet sich noch 11 mal.)
 - ein Standard für alle
 - Vergütung: gleicher Preis erbrachte Leistung unabhängig von deren Qualität bei DRGs, im EBM etc.
- *Empirisch*: Heterogene Leistungen:
unterschiedliche Anbieter bieten unterschiedliche Qualität.
 - Preise in Abhängigkeit von Qualität wären gerechtfertigt, wenn diese verlässlich gemessen werden

IV.2 Steuerung durch Staat und Finanzierungsträger (3/5)

Fall 1: Preisdifferenzierung nach Qualität der Leistungen

- Option 1: Preiszuschläge werden von Patienten gezahlt
 - Es bildet sich Markt mit heterogenen Leistungen und Preisdifferenzierung
 - Mehr-Klassenmedizin!
 - Nicht sinnvoll

IV.2 Steuerung durch Staat und Finanzierungsträger (3/5)

Fall 1: Preisdifferenzierung nach Qualität der Leistungen

- Option 2: GKV übernimmt Preiszuschläge, Patienten werden entsprechende Informationen bereitgestellt
 - Variante 1: Preiszuschläge für „Zusatzleistungen“ (→ P4P)
 - Strukturqualität (weitergehende Qualifikationen)
 - Prozessqualität (z.B. weitere Beratungsleistungen)
 - Variante 2: Preiszuschlag für gleiche Leistung
 - Ergebnisqualität: Outcomevergleich → wie gemessen?
 - Problem: Wer soll schlechterer Ärzte / Einrichtungen konsultieren?
 - Effekte:
 - Wettbewerb führt zu Angleichung der Qualitätsniveaus nach oben durch Marktaustritt oder Qualitätsverbesserung am unteren Ende
 - Im Endergebnis resultieren homogene Leistungen bei identischem Preis.
- Ergebnis entspricht dem einer externen Qualitätskontrolle mit diesen Indikatoren, ist aber leichter durchzusetzen als per Kontrolle

IV.2 Steuerung durch Staat und Finanzierungsträger (4/5)

Fall 2: Qualitätswettbewerb bei identischen Entgelten

- Grundidee:
 - Leistungen bei wohl definierten Fällen werden immer gleich vergütet – unabhängig von Leistungsqualität (DRGs, EBM)
 - Qualität fungiert als Marketinginstrument zur Maximierung des Marktanteils
 - Qualitätsberichte sorgen für Markttransparenz
 - Reputationseffekte bewirken kontinuierliche Qualitätsverbesserung
- Voraussetzungen
 - Unabhängige Informationssysteme (staatlich oder privat)
- Aber: Begrenzte Nutzung durch Patienten (< 20%). Jedoch
 - Das ist schon ein relevanter Marktanteil
 - Reputations- und Multiplikatoreneffekte

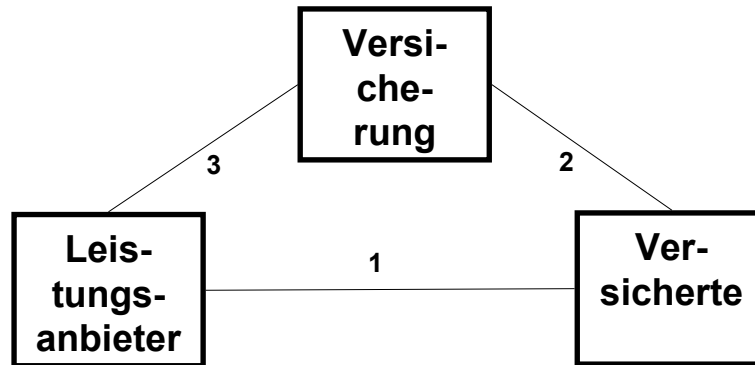
Rolle von Qualitätswettbewerb

- Allgemein: Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren
- Hier (bei identischen und bei differenzierten Entgelten): Qualitätsindikatoren werden vorgegeben
 - Wettbewerb nicht zur Entdeckung der Indikatoren, sondern
 - Wettbewerb, um Anpassungsprozesse zur Erreichung von Indikatoren zu beschleunigen
- Qualitätswettbewerb ist möglich bei differenzierten Entgelten (P4P) und bei einheitlichen Entgelten

V. Fazit (1/3)

- Steuerung des Leistungsgeschehens über die Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringer erfordert erhebliche Selbstbeteiligung wg. moral hazard
 - Wegen Informationsasymmetrien ist diese Steuerung ineffizient.
 - Wirkungen von Selbstbeteiligungen sind problematisch
 - Reduktion der Inanspruchnahme → tendenziell gewollt
 - Sozial selektive Wirkungen → ungewollt
 - Inanspruchnahmereduktion auch bei notwendigen Leistungen → ungewollt
- ⇒ Steuerung des Leistungsgeschehens sollte überwiegend in der „Relation 3“ erfolgen zwischen Versicherung und Leistungserbringer!

VI. Fazit (2/3)



- Sinnvolle Rolle der Patienten bei der Steuerung
 - Auswahl des Versicherungsträgers mit dem besten Versorgungsangebot (Kassenwettbewerb bei Vertragswettbewerb)
 - Auswahl des besten Leistungserbringers aus dem Netz seines Versicherers nach Service und Qualität
 - bei gegebenem Leistungskatalog
 - ohne Selbstbeteiligung (!)
 - auf Basis objektiver öffentlich bereitgestellter Informationen.

VI. Fazit (3/3)

- Aufgabe von Staat und Finanzierungsträger ist
 - die Qualitätssicherung durch Zulassungsregelungen und externe Qualitätskontrolle
 - die Schaffung von Anreize für interne Qualitätsentwicklung durch Qualitätswettbewerb
- Qualitätswettbewerb ist möglich bei
 - Nach Qualität differenzierten Entgelten → P4P
 - Identischen Entgelten

Voraussetzung ist jeweils Markttransparenz

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!