

Internationale Erkenntnisse einer Qualitätsberichterstattung

in der stationären Versorgung und deren Implikationen für die Entwicklung einer deutschen Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V.

Erstmals publizierten im Jahr 2005 zur stationären Versorgung zugelassene Einrichtungen einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 SGB V. Die Reaktion auf diese Berichte war sehr unterschiedlich, jedoch bestand im Grundsatz Einigkeit darüber, dass Verbesserungen an den Inhalten und dem Umfang der Berichte für die zweite Auflage im Jahr 2007 unumgänglich seien. Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Neufassung der Vereinbarungen nach § 137 SGB V lassen jedoch die Vermutung zu, dass internationale (informations)-ökonomische Erkenntnisse einer Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen sowie internationale empirische Erkenntnisse der seit annähernd 20 Jahren in den USA und anderen Ländern publizierten Berichte über Leistungs- und Qualitätsparametern bei der Entwicklung einer Qualitätsberichterstattung in Deutschland nur eine untergeordnete Rolle spielen. Der vorliegende Artikel gibt einen kurzen Überblick über (informations)-ökonomische Ansätze der Informationsversorgung im Gesundheitswesen als auch über die internationale Empirie einer Qualitätsberichterstattung in der stationären Versorgung.

■ Tobias Gaydoul, Christian Ernst

1. Einleitung

Ein wesentlicher Bestandteil der aktuellen und früheren Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen ist die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung.¹ Verbunden mit diesen Anstrengungen ist das Streben nach mehr Transparenz und Öffentlichkeit in der medizinischen Versorgung im Krankenhaus. Unter anderem werden seit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 Anstrengungen unternommen, durch eine Berichterstattung externen Adressaten den Zugang zu umfassenden und hilfreichen Informationen der medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Diese sollen über die Leistungen und deren Qualität, auch im Vergleich der Einrichtungen untereinander, umfangreich informiert werden.²

*Tobias Gaydoul, wiss. Mitarbeiter am Lehrstuhl Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen von Prof. Dr. Christian Ernst, Universität Hohenheim.
Prof. Dr. Christian Ernst, Inhaber des Lehrstuhls Ökonomik und Management sozialer Dienstleistungen sowie Mitglied des Vorstandes Forschungszentrum für Innovation und Dienstleistung (FZID) der Universität Hohenheim.*

Geleitet durch diese Überlegungen hat die Selbstverwaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 03. Dezember 2003 unter Mitbeteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates beschlossen, dass alle nach § 108 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB) zur stationären Versorgung zugelassenen Einrichtungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V einen einheitlichen, strukturierten Qualitätsbericht erstellen und diesen an die Landes- bzw. Bundesverbände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen weiterleiten müssen. Ziel einer solchen Qualitätsberichterstattung ist es, Versicherten und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung Informationen und Entscheidungshilfen bereitzustellen, Vertragsärzten und Krankenkassen eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten zu bieten sowie Krankenhäusern eine Möglichkeit zu schaffen, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität der Öffentlichkeit transparent zu machen.³ Die formale und inhaltliche Ausarbeitung des Qualitätsberichts wurde dabei dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen, der unter Berücksichtigung des § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V geeignete Rahmenbedingungen für eine derartige Qualitätsberichterstattung schaffen soll.

Erstmals in dieser Weise erfolgte die Berichterstattung bis zum 31. August 2005 für das Berichtsjahr 2004. Der Qualitätsbericht musste daraufhin nach § 4 der Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie vom Verband der privaten Krankenversicherungen bis zum 30. September 2005 im Internet veröffentlicht werden.

Die Reaktion in der deutschen Literatur auf die der Öffentlichkeit zu Verfügung gestellten Qualitätsberichte von Krankenhäusern nach den Vorgaben des G-BA war und ist sehr unterschiedlich. So wird das Publizieren von vergleichbaren Informationen im Bereich des Krankenhauswesens in der Regel von allen Beteiligten im Gesundheitswesen positiv bewertet und als erster wichtiger Schritt in Richtung Transparenz und Öffentlichkeit in der stationären Versorgung gesehen.⁴ „Wir gehen mit großen Schritten den Weg zur notwendigen Qualitätsverbesserung und hin zu mehr Transparenz im deutschen Gesundheitswesen“⁵, erklärt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der ersten Veröffentlichung der Qualitätsberichte im September 2005. Für die Bundesregierung spielt bei den Reformbemühungen im Gesundheitswesen die Offenlegung von Leistungs- und Qualitätsparametern eine wichtige Rolle. Neben der angesprochenen Transparenzerhöhung soll sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens durchsetzen und letztendlich zu einer besseren Qualität, mehr Effizienz, geringeren Kosten und weniger Bürokratie führen.⁶

So sehen auch verschiedene Autoren in dem Qualitätsbericht nach § 137 SGB V nicht nur ein Kommunikationsinstrument, um durch eine externe Berichterstattung von Leistungs- und Qualitätsparametern der Rechenschaftspflicht von Krankenhäusern nachzukommen. Vielmehr entdecken Sie in dem Qualitätsbericht ein geeignetes Marketinginstrument, um im Wettbewerb der Krankenhäuser Vorteile zu erreichen.⁷ Für die Kritiker steht diese Entwicklung im Widerspruch zu den eigentlichen Zielen des Qualitätsberichtes. Sie sehen die Transparenz für Patienten und nicht geschulte Ärzte nicht wesentlich durch die Qualitätsberichte erhöht. Nach Auffassung der Autoren sind keine simplifizierenden Entscheidungen hinsichtlich der Auswahl einer geeigneten stationären Versorgung möglich, die auf vergleichenden Informationen durch die Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V basieren.⁸

Parallel zu der in der Öffentlichkeit geführten Diskussion tagte der Unterausschuss „Sonstige stationäre Qualitätssicherung“⁹ des G-BA erstmals schon im November 2005, um über erste Erfahrungen in Zusammenhang mit den Veröffentlichungen der Qualitätsberichte zu beraten. Grundlage der Gespräche war eine Stichprobenauswertung der Qualitätsberichte, sowie erste Erfahrungsberichte von Krankenkassen, Krankenhäusern und Patientenvertretern.¹⁰ Eine durch den Unterausschuss einge-

setzte Arbeitsgruppe überarbeitete seit Dezember 2005 unter Einbeziehung identifizierten Verbesserungsbedarfs des Unterausschusses und externen Stellungnahmen die Vorgaben über Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts. Abschließend verständigte sich der Unterausschuss im September 2006 über die Neufassung und Änderung der Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sowie deren konkrete Ausfüllhinweise.¹¹

Auf eine Befragung und Einbeziehung eventueller Befragungsergebnisse des externen Adressatenkreises wurde bei den Gesprächen des Unterausschusses verzichtet, da der Abstand der Gespräche zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch zu gering und mit einer breiten Nutzung der publizierten Qualitätsberichte nach Auffassung des G-BA nicht zu rechnen war.¹² Doch gerade bei der Vielfalt der Motivationsgründe und den in die Qualitätsberichte und in andere Zertifikate¹³ gesetzten Hoffnungen ist es notwendig, dass die Qualität und der Nutzen solcher Informationsinstrumente empirisch belegt werden.¹⁴ Bis heute gibt es in Deutschland keine empirischen Studien, die eine solche Fragestellung in Bezug auf die Qualitätsberichte untersuchen. Dies ist bedauerlich, denn aus informationsökonomischer Sicht ist als Kriterium für eine Berichterstattung der Nutzen einer Information für die Entscheidung eines Adressaten relevant (decision usefulness). Bei der Konzipierung und Erstellung von Qualitätsberichten ist daher einer systematischen Einbettung der Informationsverwendung in Entscheidungsprobleme von Adressaten mehr Beachtung zu schenken.¹⁵ Werden die ökonomischen Ziele verfehlt oder erst gar nicht spezifiziert, können die eingesetzten Ressourcen zur Erstellung eines Qualitätsberichts sonst womöglich an anderer Stelle des Gesundheitswesens erfolgreicher verwendet werden.

Im internationalen Rahmen ist die Publizität von Leistungsdaten medizinischer Versorgung nicht neu. So werden in den USA seit nunmehr über 20 Jahren Qualitätsdaten von Krankenhäusern veröffentlicht.¹⁶ Andere Länder, allen voran Großbritannien, folgten dem Beispiel der USA und führten ihrerseits ein umfassendes Berichtswesen im Gesundheitswesen ein.¹⁷ Seit der ersten Veröffentlichung von Sterblichkeitsraten in Krankenhäusern der USA im Jahr 1986 durch die Health Care Financing Administration (HCFA)¹⁸ wurden publizierte Informationen über die Leistungen und deren Qualität von Krankenhäusern, Ärzten und Versicherern sowie deren kontrovers in der internationalen Literatur diskutiert.¹⁹ Ergebnisse und Erfahrungswerte aus internationalen Studien sowie aus den international geführten Diskussionen könnten für die Entwicklung einer geeigneten Qualitätsberichterstattung in Deutschland daher hilfreich sein.

Nicht zuletzt durch die zu erwartenden Änderungen in Folge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG)²⁰ wird die Bedeutung der Qualitätsberichterstattung in der medizinischen Versor-

gung auch hier zu Lande steigen. So könnte das Integrieren internationaler Ergebnisse und Erfahrungswerte verhindern, dass gemachte Fehler in Deutschland dupliziert werden.

2. Entwicklung einer Qualitätsberichterstattung

Es ist nicht weiter verwunderlich, dass es in einem marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystem wie den USA seit der ersten Veröffentlichung von Leistungsdaten der medizinischen Versorgung Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts eine Vielzahl von Methoden der Berichterstattung gibt.²¹ In der internationalen Literatur spricht man dabei von *report cards*, *performance reports*, *provider profiles*, *quality assessment reports* oder auch *consumer reports*. Diese Formen der Berichterstattung „are intended to guide patients' selection of providers, aid purchasers in contracting decisions, and stimulate quality improvement among providers“²². Somit soll erreicht werden, dass die Rechenschaftspflicht von Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie deren Mitgliedern erhöht wird und Qualitätsstandards gesetzt und/oder verbessert werden;²³ Zielsetzungen, die in Deutschland spätestens mit der Einführung des GKV-WSG ebenso erfüllt sein sollen. Denn auch in Deutschland hat sich in den vergangenen sechs Jahren eine Kultur etabliert, in der neben den Qualitätsberichten nach §137 SGB V Zertifikate und Einrichtungen der externen Qualitätssicherung Aussagen über Leistungs- und Qualitätsparameter von Krankenhäusern treffen sollen.²⁴

Die Art und Weise, wie über solche Leistungsdaten berichtet wird, unterscheidet sich in den USA und Großbritannien nicht nur von Deutschland, sondern auch innerhalb dieser beiden Länder werden unterschiedliche Methoden verwendet. So existieren in den USA zwar auch individuell publizierte Qualitätsberichte von Einrichtungen der stationären Versorgung, in der Regel aber werden vergleichende Qualitätsberichte durch Dritte (staatliche wie auch private Institutionen) veröffentlicht. Auch in Großbritannien werden Qualitätsinformationen in der Regel von dritten Einrichtungen veröffentlicht. Allerdings unterscheidet sich der Inhalt der Qualitätsberichte von denen in den USA wesentlich. Während in den USA die statistischen Daten sowohl in tabellarischer wie auch graphischer Form dargestellt werden, wird in Großbritannien hauptsächlich das *Star-Rating* – angelehnt an das aus der Hotelbranche bekannte System – verwendet, um Informationen über medizinische Leistungen und deren Qualität externen Adressaten zu kommunizieren und auf diese Weise Einrichtungen der stationären Versorgung zu listen.

Die Diskussionsbeiträge in der internationalen Literatur beschäftigen sich sowohl mit der Frage der Informationsverarbeitung durch die Adressaten als auch mit der Frage, in welcher Art und Weise entsprechende Daten kommuniziert werden sollten, um die Informationsbedürfnisse der externen Adressaten zu befriedigen. Es ist

jedoch zu konstatieren, dass die Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen in der internationalen Fachliteratur, vor allem die empirischer Untersuchungen, nicht umfassend ist. Als Ursache dieses Sachverhalts könnte der Umstand geltend gemacht werden, dass es eine unvermeidbare Zeitdifferenz zwischen Implementierung und Evaluation neu eingeführter Initiativen gibt.²⁵ Jedoch müsste dann im Laufe der Jahre der Anteil publizierter empirischer Untersuchungen steigen, da sowohl die Datengrundlage größer als auch die externe Berichterstattung weiter entwickelt sind. Bisher lässt sich eine solche Entwicklung allerdings nicht feststellen.

Trotzdem scheint eine Auseinandersetzung mit den Veröffentlichungen extern kommunizierter Leistungs- und Qualitätsdaten medizinischer Versorgung in der internationalen Literatur für die künftige Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V unumgänglich. Durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-WSG wurde die Phase des „value of care“ (Preiswettbewerb ergänzt durch den Wettbewerb über die Qualität der Leistung) im Gesundheitswesen in Deutschland noch einmal verstärkt.²⁶ Umso wichtiger ist es, Erfahrungen aus der externen Berichterstattung in Ländern mit stärker marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystemen in die künftige Entwicklung der Qualitätsberichte einfließen zu lassen. Dabei geht es aus (informations-)ökonomischer Sicht um insgesamt drei Fragen:

1. die Frage der Informationsverarbeitung von Leistungs- und Qualitätsdaten durch Patienten.
2. die Verwendung solcher Daten durch behandelnde Ärzte in deren Rolle als Informationsintermediär gegenüber Patienten.
3. der Nutzen einer solchen Berichterstattung für Krankenhäuser unter Berücksichtigung des §1 der Vereinbarungen des G-BA.

3. Internationale Erfahrungen und Erkenntnisse

3.1 Qualitätsberichterstattung aus (informations-)ökonomischer Sicht

Intuitiv würde man vermuten, dass besser informierte Individuen auch bessere Entscheidungen bei der Wahl der medizinischen Versorgung treffen. Dadurch würden gleichzeitig Leistungserbringer aufgrund der Publizität von Leistungs- und Qualitätsparametern Anreize erhalten, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern. Doch wird hierbei eine wesentliche Eigenschaft von Märkten für Gesundheitsleistungen ausgeblendet, welche die Annahme verwirft, dass ein vermehrtes Bereitstellen von Informationen unweigerlich zu besser informierten Individuen führt, sowie parallel Qualitätssteigerungen auf der Seite der Leistungserbringer fördert. Die Märkte für Gesundheitsleistungen sind durch asymmetrische Informationsverteilung gekennzeichnet; ein Umstand, der seit der Arbeit von Arrow (1963) „Uncertainty and the wel-

fare economics of medical care“ nicht revidiert werden kann. Nach über 40 Jahren zeigen theoretische Arbeiten noch heute, dass die damals gewonnenen Erkenntnisse Stand der aktuellen Wissenschaft sind.

So zeigen Glazer/McGuire (2005) in ihrer theoretischen Arbeit, dass mehr Informationen für Patienten nicht zwangsläufig mit einem besser funktionierenden Markt für Krankenversicherungen einhergehen müssen. Erhalten Patienten Informationen über jede einzelne medizinische Leistung und deren Qualität von Krankenversicherungen, entsteht für die Versicherungen der Anreiz, die Qualität nicht profitabler Leistungen zu senken, so dass nur noch solche Individuen eine Versicherung abschließen, bei denen ein geringes Risiko besteht, Leistungen dieser Art zu beanspruchen.²⁷ Die aus Sicht der Versicherungen unerwünschten Patienten, deren Versorgung mit hohen Kosten verbunden wäre, werden durch die Qualitätssenkung abgeschreckt. Werden hingegen nur Informationen über die *durchschnittliche* Qualität von Versicherungen veröffentlicht, verhindert dies, dass die Versicherungen die Qualität einzelner Leistungen senken, da sich ein solches Vorgehen direkt auf die Durchschnittsqualität auswirkt. Eine regulierende Instanz (z.B. der Staat) könnte also theoretisch durch die korrekte Gewichtung der Teilqualitäten im Durchschnittsqualitätsbericht sicherstellen, dass die Versicherungen die sozial effizienten Leistungspakete anbieten und somit ein Wohlfahrtsmaximum erreicht wird.²⁸ Dieses theoretische Modell mit seinen Annahmen kann ebenso auf den Markt für stationäre Versorgung übertragen werden und führt zur Frage der optimalen Informationsversorgung von Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen.

Xie et al. (2006) haben diese Fragestellung zur Grundlage einer weiteren Arbeit gemacht und mit Hilfe eines (informations-)ökonomischen Modells gezeigt, dass die optimale Informationsversorgungsstrategie für Patienten abhängig vom *Anteil der informierten* Marktteilnehmer ist. Dabei differenzieren Xie et al. (2006) zwischen schlecht und gut informierten Individuen in Abhängigkeit von demographischen und sozioökonomischen Aspekten wie Alter, Bildung, Einkommen oder medialer Zugangsmöglichkeit der Marktteilnehmer. Unter der Annahme, dass der Marktanteil von schlecht informierten Individuen dominant ist, ist nun der effizienteste Weg, die Informationsversorgung und somit die Wohlfahrt des Marktes zu steigern, die schlecht informierten Marktteilnehmer mit einfach verständlichen und unkomplizierten Informationen über medizinische Leistungen und deren Qualität zu versorgen. Den Informationsstand der gut informierten Marktteilnehmer zu erhöhen würde keinen Effekt auf die Wohlfahrt haben.²⁹ Wenn umgekehrt der Marktanteil von gut informierten Individuen dominant ist, ist es effizienter, diese gezielt mit Informationen über medizinische Leistungen und deren Qualität zu versorgen, um die Wohlfahrt des Marktes zu steigern. Aus den Ergebnissen der Arbeit von Xie et al. (2006) ließe sich die Erkenntnis ziehen, dass gänzlich andere als die bisher gängigen Informationsversorgungsstrategien verfolgt wer-

den müssten, welche sich im Zeitablauf zudem verändern könnten.

Unabhängig davon jedoch, in welcher Art und Weise Versicherte und Patienten über medizinische Leistungen und deren Qualität informiert werden, ist die Grundlage einer jeden medizinischen Behandlung das direkte Verhältnis zwischen Patient und Arzt.³⁰ So lässt sich das Patienten-Arzt-Verhältnis als Prinzipal-Agenten-Beziehung beschreiben, in der der Arzt im Sinne des Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung zu dessen Genesung einleiten soll.³¹ In der Prinzipal-Agenten-Theorie geht man in einer solchen Situation von asymmetrischer Informationsverteilung aus, da der Agent gegenüber dem Prinzipal über einen Informationsvorsprung verfügt.³² Die ungleich verteilten Informationen bilden die Grundlage für opportunistisches Verhalten des Agenten. In der medizinischen Versorgung muss von asymmetrischer Informationsverteilung im Sinne von „hidden characteristics“ gesprochen werden, da bereits vor Vertragsabschluss Informationsasymmetrie vorliegt und das Risiko von adverser Selektion gegeben ist. Es besteht also schon im Falle der Erkrankung für den Patienten Unsicherheit darüber, welcher Leistungserbringer die für ihn beste medizinische Versorgung erwirken wird.³³ Somit ist die Suche von Patienten nach einer geeigneten fachärztlichen Versorgung von Beginn an durch asymmetrische Informationsverteilung gekennzeichnet.³⁴ Handelt der Arzt (Agent) tatsächlich im Sinne des Patienten (Prinzipal) ohne die Verfolgung intrinsischer Motive (eigene Nutzenmaximierung), so muss er diejenige Versorgung wählen, die dem Patienten den höchsten Nutzen stiftet. Der ambulant behandelnde Arzt müsste also theoretisch an der Offenlegung von Leistungs- und Qualitätsparametern der stationären Versorgung streng interessiert sein, um die bestmögliche stationäre Versorgung für seinen Patienten einzuleiten. Folgt man diesem Gedankengang, dann werden durch die Analyse der am Markt verfügbaren Qualitätsberichte durch den ambulant behandelnden Arzt sowie dessen branchenspezifischen Kenntnisse die krankhausindividuellen Leistungs- und Qualitätsparameter durchschnittlich richtig bewertet. Patienten können daher davon ausgehen, dass sie hinsichtlich dieser durch den Arzt richtig interpretierten Informationen, die dem allgemeinen Wissenstand entsprechende beste stationäre medizinische Versorgung erhalten. Der Arzt nimmt somit die Rolle eines Informationsintermediärs ein.³⁵

3.2 Zwischenfazit

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass es unterschiedliche theoretische Auffassungen gibt, wie im Gesundheitswesen externe Adressaten mit Informationen versorgt werden sollen bzw. könnten, so dass dies zu einer optimalen Erweiterung ihrer Entscheidungsbasis führe. Es ist daher unabdingbar, dass empirische Ergebnisse herangezogen werden müssen, um die aufgestellten Hypothesen der optimalen Leistungs- und Qualitätsberichterstattung zu überprüfen.

Im Weiteren soll nun untersucht werden, ob die theoretischen Implikationen durch die empirische Datengrundlage bestätigt werden können. Wie verhalten sich die Marktteilnehmer im Gesundheitswesen tatsächlich, wenn Daten über medizinische Leistungen und deren Qualität publiziert werden? Nutzen Versicherte, Patienten sowie Ärzte die Informationen zur Erweiterung ihrer Entscheidungsbasis und Krankenhäuser, um sich mit der Konkurrenz zu vergleichen und Wettbewerbsvorteile zu verschaffen?

3.3 Internationale Empirie der Qualitätsberichterstattung

3.3.1 Informationsverarbeitung durch Patienten

Wie in Deutschland, so steht auch in den USA und in Großbritannien zunächst der Patient im Mittelpunkt der Bemühungen einer effizienten Informationskommunikation von Leistungs- und Qualitätsdaten der medizinischen Versorgung.

In den USA gibt es eine Reihe von Publikationen über die Informationsbedürfnisse von Patienten in der medizinischen Versorgung.³⁶ Sie kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie Studien in Deutschland.³⁷ In der bundesweiten Kaiser/AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) Studie, einer repräsentativen Telefonumfrage von 1996, geben mehr als 40% der Befragten an, dass die Qualität das wichtigste Element bei der Entscheidungswahl medizinischer Versorgung ist. Überraschenderweise äußern in derselben Studie annähernd 59% der Befragten, dass sie nicht der Meinung sind, es gäbe Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Versicherern und Krankenversicherungsmodellen) und mehr als 70% geben an, dass es keine großen Unterschiede in der medizinischen Leistung und deren Qualität von Fachärzten gäbe.³⁸ Insofern sind die Ergebnisse der empirischen Studie von Schneider/Epstein (1996) nicht weiter verwunderlich. Die Autoren befragten solche Patienten in einer Telefonumfrage, die sich im Jahr zuvor in Krankenhäusern von Pennsylvania einer Koronaren Bypass-Operation (Coronary Artery Bypass Graft, im Folgenden daher CABG) unterzogen hatten. Grundlage ihrer Befragung war der *Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery* des Pennsylvania Health Care Cost Containment Council. In dem über 15.000-mal an Krankenhäuser und Fachärzte verteilten Bericht wurden risikoadjustierte Sterblichkeitsraten speziell für jeden Leistungserbringer in Pennsylvania berechnet und publiziert. 20% der befragten Patienten in der Studie wissen von der Existenz dieser Berichte, jedoch nur 12% der Befragten waren in Kenntnis von der Existenz solcher Berichte bevor sie operiert wurden. Immerhin geben ex post mehr als 50% der behandelten Patienten an, dass sie die publizierten Ergebnisse als Erweiterung ihrer Entscheidungsbasis genutzt hätten, wenn sie von den Berichten gewusst hätten. Jedoch spricht gegen diese Äußerung, dass nur 1% der Befragten angeben, den

Inhalt der Berichte verstanden zu haben oder noch wissen, welche Sterblichkeitsrate ihre operierende Einrichtung hatte.³⁹

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es keine hinreichenden empirischen Anhaltspunkte gibt, dass sich Patientenströme auf Grund von Qualitätsberichten in ihren Entscheidungen hinsichtlich der Wahl von Leistungserbringern verändert haben. Studien in Zusammenhang mit den Veröffentlichungen von Sterblichkeitskennziffern von stationären Einrichtungen durch die Health Care Financing Administration (HCFA) resümieren, dass sich in Folge publizierter Sterblichkeitskennziffern das Verhalten von Patienten nicht verändert hat und die Rate der Einweisungen in Kliniken mit erhöhter Sterblichkeitsrate unverändert geblieben ist.⁴⁰ Einzig Evans et al. (1997) und Mukamel/Mushlin (1998) haben in ihrer Studie einen positiven Zusammenhang zwischen Publizität von Leistungsdaten und gezielter Verhaltensanpassung von Patienten gefunden. Evans et al. (1997) untersuchen in ihrer Arbeit unter anderem, ob sich der Marktanteil von Krankenhäusern in Pennsylvania in Abhängigkeit der berichteten Sterblichkeitsraten durch das Pennsylvania Health Care Cost Containment Council im Jahr 1992 zum Basisjahr 1990 verändert hat. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass sich der Marktanteil solcher Krankenhäuser verringert, die im Jahr 1990 eine hohe Sterblichkeitsrate verzeichneten. Umgekehrt steigt der Marktanteil derer, die im Basisjahr eine niedrige Sterblichkeitsrate hatten.⁴¹ Auch Mukamel/Mushlin (1998) untersuchen die Marktanteile von Krankenhäusern und Fachärzten an Patienten sowie die Honorare von Fachärzten für erbrachte Leistungen vor und nach Veröffentlichung der New York State CABG Sterblichkeitsberichte für Krankenhäuser und Fachärzte. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Krankenhäuser und Ärzte mit besseren Leistungs- und Qualitätsdaten einen größeren Zustrom an Patienten verzeichnen und dass Ärzte mit besseren Leistungsdaten höhere Entgeltbeträge für ihre erbrachten Leistungen erheben können.⁴² Jedoch räumen die Autoren selbst ein, dass ihre Ergebnisse auf Grund des geringen Stichprobenumfangs nicht signifikant sind.⁴³ Auch ist der zu beobachtende Effekt im Zeitablauf rückläufig. Dies veranlasst Marshall et al. (2000) zur Annahme, dass neuartige Informationen Auslöser von einmaligen Patientenreaktionen sind, aber im Zeitablauf keine weitere Rolle spielen.⁴⁴ Für den deutschen Krankenhausmarkt ergeben sich aus den vorliegenden internationalen empirischen Ergebnissen berechtigte Zweifel, ob eine individuelle Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V der richtige Weg ist, um entscheidungsnützliche Informationen den Versicherten und Patienten bereitzustellen, so dass diese die Informationen auch in ihre Entscheidung mit einbeziehen.

Die Informationssuche und -verarbeitungskapazität hinsichtlich medizinischer Leistungs- und Qualitätsdaten ist bei Patienten limitiert. Die Annahme, dass Patienten auf Grundlage publizierter Leistungs- und Qualitätsdaten rationale Entscheidungen treffen, scheint nach derzei-

tigem Erkenntnisstand nicht haltbar. Patienten können im Zustand notwendiger medizinischer Versorgung nur begrenzt rationale Entscheidungen fällen und dann auch nur solche Informationen in ihre Entscheidungsprozesse einfließen lassen, die sie als vertrauensvoll und nachvollziehbar erachten. Es muss daher von unvollkommener individueller Rationalität ausgegangen werden.⁴⁵ Empirische Ergebnisse aus der Studie von Schneider/Epstein (1996) unterstützen diese These. 50% der in ihrer Studie befragten Patienten stimmten der Aussage zu, dass die Zeit zwischen Indikation und dem Zeitpunkt der Einweisung in das Krankenhaus zu kurz sei, um Informationen über Qualitätsdaten zu beschaffen oder diese Informationen richtig zu verstehen.⁴⁶ Es spielen also im erheblichen Maße kognitive und emotionale Fähigkeiten von Individuen eine Rolle bei der Frage, ob diese mit Hilfe von zusätzlichen Informationen über medizinische Leistungs- und Qualitätsdaten Entscheidungen über ihre eigene medizinische Versorgung treffen können.⁴⁷ Hibbard/Jewett (1997) untersuchten das Verhältnis zwischen der Salienz⁴⁸ von publizierten Qualitätsdaten und der Verarbeitung ihrer Inhalte durch Patienten. Indikatoren wie Ergebnisse von Patientenumfragen und deren Rankings hinsichtlich empfundener Qualität sowie Zufriedenheit mit den empfangenen medizinischen Leistungen oder auch Empfehlungen von Ärzten werden sowohl hinsichtlich ihrer Verständlichkeit als auch ihrer Salienz am höchsten eingestuft. Im Gegensatz dazu werden medizinische Indikatoren wie das Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)⁴⁹ als weniger verständlich und informativ eingestuft.⁵⁰ Hibbard/Jewett (1997) kommen zu dem Schluss, dass Informationen über Leistungs- und Qualitätsdaten Patienten nur geringen Nutzen stiften, da diese nicht hinreichend in der Lage sind, solche Informationen zu interpretieren oder zumindest zu verstehen.⁵¹ Im Sinne dieser Erkenntnisse sind auch Forderungen von Wissenschaftlern zu sehen, die eine stärkere Einbindung von externen Adressaten, und im Speziellen von Patienten, bei der Entwicklung und Gestaltung von Qualitätsberichten fordern, um die Informationsbedürfnisse externer Adressaten besser befriedigen zu können.⁵²

3.3.2 Informationsverarbeitung der Ärzte

Ähnlich wie in Deutschland werden Patienten in den USA weitestgehend durch Ärzte in Kliniken eingewiesen. Der Arzt nimmt somit eine exponierte Position im Entscheidungsprozess der medizinischen Versorgung des Patienten ein.⁵³

Hannan et al. (1997) haben in ihrer Studie 450 Fachärzte der Kardiologie befragt, wie sie die New-York-State CABG Sterblichkeitsberichte bewerteten und ob sie diese in ihren Entscheidungsprozess mit einfließen ließen. Die Rücklaufquote betrug 36 %, von denen 94% der Befragten angeben, die publizierten Daten seien einfach zu verstehen und zu lesen. Annähernd die Hälfte der Befragten Fachärzte sieht in irgendeiner Form einen Nutzen

in den publizierten Daten, so dass 22% angeben, diese mit ihren Patienten besprochen zu haben. Für 38% der Befragten Fachärzte hatten die publizierten Daten einen Einfluss auf die Überweisung von Patienten in Krankenhäuser. Hannan et al. (1997) heben hervor, dass die Befragten Fachärzte angeben, das Operieren von hohen Risikopatienten zu vermeiden. Diese glauben nicht, dass Patienten die CABG Sterblichkeitsberichte in korrekter Art und Weise verstehen und fürchten eine Stigmatisierung durch die publizierten Qualitätsberichte.⁵⁴ In einer weiteren Studie von Schneider/Epstein (1996) wurden 697 Fachärzte für Kardiologie in Pennsylvania schriftlich befragt, wie sie den *Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery* bewerteten. Nur 10% der Befragten Fachärzte, bei einer Rücklaufquote von 65%, geben an, dass die Sterblichkeitsrate von fachbezogenen Einrichtungen oder Fachärzten für die Qualitätsbeurteilung sehr wichtig ist. Weniger als 10% der Fachärzte diskutierte die publizierten Daten mit mehr als 10% der Patienten, die für Bypass-Operation in Frage kamen. Indes sagen 78% der Fachärzte, dass die Berichte keinen oder nur minimalen Einfluss auf den Entscheidungsprozess der Einweisung eines Patienten haben. In dieser Studie zeigte sich, dass es für niedergelassene Fachärzte zunehmend ein Problem war, stationäre Einrichtungen mit entsprechendem Fachpersonal zu finden, die bereit waren, Patienten mit erhöhtem Risiko zu operieren.⁵⁵ Umgekehrt geben Fachärzte stationärer Einrichtungen mit niedrigen Sterblichkeitsraten an, sich zunehmend zu weigern, Patienten mit erhöhtem Risiko zu operieren.

Diese Beobachtungen werden durch die Ergebnisse von Dranove et al. (2003) bestätigt. In ihrer Studie untersuchten sie Veränderungen in der medizinischen Versorgung für CABG Patienten nach der Veröffentlichung von CABG Sterblichkeitsberichten in New York und Pennsylvania. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Qualitätsberichte letztendlich zwar zu einer verbesserten Vergleichbarkeit stationärer Einrichtungen für Patienten, gleichzeitig aber zu einer *Reduktion* der Wohlfahrt führen.⁵⁶ Dranove et al. (2003) kritisieren zu Recht, dass bisherige Studien über die Veröffentlichung von CABG Sterblichkeitsberichten nur begrenzt Aussagen über die Wirkungen dieser bei Patienten und Ärzten zulassen. Zum einen wurden in vergangenen Studien nur Patienten berücksichtigt, die sich einer Behandlung bereits unterzogen hatten. Der Anteil der Bevölkerung, der zur Risikogruppe für eine bestimmte Indikation gezählt werden muss, wurde dabei nicht mit einbezogen. Zum anderen wurde bisher die Wirkung der Qualitätsberichte auf die zur Behandlung eingesetzten Ressourcen nicht untersucht und somit ökonomische Veränderungen nicht berücksichtigt. Selbst wenn in Folge von Qualitätsberichten die Sterblichkeitsraten sinken, führt dies nicht zu einer Wohlfahrtssteigerung, wenn sich die finanziellen Aufwendungen überproportional erhöhen. Dranove et al. (2003) berücksichtigen in ihrer Arbeit die genannten Umstände, so dass die Güte ihrer Arbeit positiv von den restlichen in diesem Aufsatz vorgestellten Arbeiten zu unterscheiden ist.

In ihrer umfassenden Arbeit zeigen Dranove et al. (2003), dass in Folge der publizierten CABG Sterblichkeitsberichte in New York und Pennsylvania der Anteil an Bypass-Operationen im Vergleich zum Zeitraum vor der Veröffentlichung der Berichte stieg. Zudem erhöhte sich parallel der Anteil vorwiegend gesünderer Patienten, die sich einer Bypass-Operation unterzogen. Dies geht einher mit der Beobachtung, dass Fachärzte von stationären Einrichtungen mit niedrigen Sterblichkeitskennziffern tendenziell nur noch gesündere Patienten operierten und alternative Behandlungsformen bei diesen unterließen. Gleichzeitig wandten sich aber nach der Veröffentlichung der Berichte vermehrt Risikopatienten an qualitativ bessere Fachärzte, was auf ein besseres Patienten-Krankenhaus-Matching hinweist. Es zeigt sich also, dass Ärzte ihre Behandlungsmethoden auf Grund der Qualitätsberichte änderten. Dranove et al. (2003) resümieren, dass die Veröffentlichung von CABG-Berichten in summa zu einem Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen und zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung für kränkere Patienten führte.⁵⁷

In einer Telefonumfrage haben Mannion/Goddard (2004) in Schottland 150 Allgemeinmediziner befragt, in welchem Umfang und in welcher Art sie Informationen verwenden, um Entscheidungen hinsichtlich der stationären medizinischen Versorgung ihrer Patienten zu treffen. Im Mittelpunkt des Interesses waren dabei die seit 1994 durch die Clinical Resource and Audit Group (CRAG) veröffentlichten risikoadjustierten Leistungsdaten von sämtlichen Krankenhäusern in Schottland. Ihre Ergebnisse unterscheiden sich nicht wesentlich von den bereits beschriebenen Studien. 78% der Allgemeinmediziner geben an, dass sie den Inhalt der CRAG-Berichte kennen. Dennoch vertrauen annähernd 90% der befragten Allgemeinmediziner bei ihren Entscheidungen auf die Reputation der jeweiligen operierenden Krankenhausärzte, auf Fachmeinungen von Kollegen und auf Erfahrungsberichte von Patienten. Eine wesentliche Rolle spielt auch der individuelle Werdegang eines Allgemeinmediziners. Denn ähnlich wie in Deutschland haben auch in Schottland Allgemeinmediziner ihre Fachausbildung an Krankenhäusern erhalten und so hat für 87% der Befragten die persönliche Beziehung zu einer Einrichtung der stationären Versorgung Einfluss auf den Entscheidungsprozess. Nur 23% der Allgemeinmediziner geben an, dass die CRAG-Berichte einen Einfluss auf ihr Einweisungsverhalten haben und nur in 21% der Fälle wurden die Ergebnisse der Berichte mit Patienten diskutiert. Vielmehr als die landesweiten CRAG-Berichte sind Fragen wie die Wartezeit bei einzelnen Krankenhäusern auf eine bestimmte medizinische Behandlung (78%) oder regionale Leistungs- und Qualitätsberichte (42%) für Allgemeinmediziner wesentlich bei der Entscheidung über die weitere medizinische Versorgung ihrer Patienten. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für Mediziner vertrauenswürdige Informationen nur solche zu sein scheinen, die sie selber verifizieren können oder solche, die durch für sie vertrauenswürdige Kollegen in ihrer Aussage bestätigt werden können.⁵⁸

3.3.3 Anreize für Krankenhäuser

Die Wirkungsweise von Qualitätsberichten auf Krankenhäuser wird in der internationalen Fachliteratur auf verschiedene Weise diskutiert. Zum einen haben Studien die internen Veränderungen von Arbeits- und Organisationsstrukturen in Krankenhäusern zum Untersuchungsgegenstand, die ex post in einem kausalen Zusammenhang mit der Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten stehen. Andere Autoren beschäftigen sich in ihren Studien wiederum mit der Frage, zu welchen Veränderungen die Veröffentlichung von Leistungs- und Qualitätsdaten im Markt für stationäre Einrichtungen geführt hat.

Mannion/Davies/Marshall (2005) führten in sechs unterschiedlich gelisteten Akutkrankenhäusern in England strukturierte Interviews mit Mitgliedern der Verwaltung und der Ärzteschaft durch. Die Belegschaften aller Krankenhäuser äußerten ihre Bedenken dahingehend, dass die Ratings kein umfassendes und wahrheitsgemäßes Leistungsbild ihrer Organisation widerspiegeln. Für Angestellte schlechter bewerteter Krankenhäuser waren die Berichte zum Teil demotivierend, da subjektiv ein anderes Leistungs- und Qualitätsbild vorherrschte. Dennoch wurden die Berichte in diesen Kliniken genutzt, um von Seiten des Managements neue Organisationsstrukturen zu implementieren, die zuvor bei der medizinischen Belegschaft so nicht durchsetzbar waren. Von Seiten der medizinischen Belegschaft wurden diese Berichte wiederum verwendet, um bestehende Forderungen nach Verbesserungen der medizinischen Einrichtungen mit externen Daten zu unterlegen, die zuvor von Seiten des Managements nicht angenommen wurden.⁵⁹ In einer vorangegangenen Studie von Mannion/Goddard (2003) wurde der Effekt bereits beobachtet, dass das Management und die Ärzteschaft die Ergebnisse der extern publizierten CRAG-Berichte dazu nutzten, um verstärkt Investitionen in die medizinische Einrichtung zu fordern, um so Qualitätssteigerungen zu erzielen.⁶⁰

In einer anderen Studie, durchgeführt in den USA, wurden Veränderungen in Krankenhäusern nach Veröffentlichung des *Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft Surgery* in Pennsylvania und New Jersey untersucht.⁶¹ Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Berichte Krankenhäuser dazu veranlassten, Veränderungen im Operations- und Pflegeablauf vorzunehmen. Ziel war es, sowohl die Leistung als auch die Qualität der Behandlung für die Patienten zu steigern. Die Autoren nehmen an, dass ohne die CABG-Berichte die Krankenhäuser in Pennsylvania solche Umstrukturierungen nicht durchgeführt hätten. Zu einer ähnlichen Aussage kommen Longo et al. (1997). In ihrer Studie untersuchten sie Veränderungen bei stationären Einrichtungen in Folge der 1993 publizierten Geburtshilfeberichte durch das Missouri Department of Health. Kurz nach Erhalt der Berichte befanden 24% der Kliniken, die über Abteilungen für Geburtshilfe und Pränatale Medizin verfügten, dass die Geburtshilfeberichte nur geringe Empfehlungskraft besitzen,

29% bewerteten die Berichte neutral und 46% sahen in ihnen ein hilfreiches Informationsmedium. Ein Jahr nach Veröffentlichung der Berichte hatten nahezu 50% der Kliniken spezielle Service- und Qualitätsstandards eingeführt, die vorher nicht routinemäßig existierten. Vor allem solche Kliniken, die in den Patientenrankings schlechter eingestuft worden waren, hatten vermehrt Veränderungen an ihrem Leistungsangebot vorgenommen. In Regionen mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern mit Abteilungen für Geburtshilfe und pränataler Medizin waren die Veränderungen doppelt so hoch wie in Regionen mit Monopolstellungen von vergleichbaren Krankenhäusern. Die Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass Krankenhäuser durch extern publizierte Qualitätsberichte zu Leistungs- und Qualitätssteigerungen animiert werden.⁶² Auch Evans et al. (1997) kommen in ihrer Studie zu einer ähnlichen Bewertung. Sie zeigen, dass Krankenhäuser mit schlechteren Leistungs- und Qualitätsdaten verstärkt finanzielle Anstrengungen unternahmen, um Qualitätssteigerungen zu erzielen.

Die bisherigen geschilderten Ergebnisse aus der internationalen Fachliteratur lassen darauf schließen, dass Krankenhäuser durch extern publizierte Leistungs- und Qualitätsberichte dazu veranlasst werden, die angebotene medizinische Versorgung zu verbessern und Strukturen einzuführen, die zu einer Qualitätssteigerung beitragen.⁶³ Diese Annahmen werden durch die Ergebnisse von Ito/Sugawara (2005) aus Japan bestätigt. Sie befragten schriftlich 817 Krankenhäuser in Japan, welche bis zum Januar 2003 durch das Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) akkreditiert waren. Von den 547 Krankenhäusern, die die Fragebögen zurückschickten, hatten 93% ihre Ergebnisse auf der Internetseite der JCQHC freiwillig publiziert. 80,5% der Krankenhäuser geben an, dass die Berichte Anreize liefern, Verbesserungen im Bereich der medizinischen Versorgung vorzunehmen. Aus Sicht der Krankenhäuser sei dies notwendig, da Patienten durch die extern kommunizierten Daten Einblicke in die Leistungs- und Qualitätsdaten der Krankenhäuser erhalten und ihr „Konsumverhalten“ dadurch beeinflusst werden könnte. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass 89,4% der Krankenhäuser die Ergebnisse der JCQHC-Berichte in individuellen Leistungsberichten extern kommunizieren. Dabei publizieren die Krankenhäuser mit besserem Ergebnis signifikant häufiger und ausführlicher als die mit schlechteren Ergebnissen. Die Autoren folgern, dass die Krankenhäuser sich über den zusätzlichen Nutzen von extern kommunizierten Leistungs- und Qualitätsdaten bewusst sind. Krankenhäuser sollten die Chance nutzen und Leistungs- und Qualitätsdaten externen Adressaten kommunizieren, um somit sowohl die Transparenz zu erhöhen und der öffentlichen Rechenschaftspflicht nachzukommen als auch Qualitätssteigerungen zu erzielen.⁶⁴

4. Kritische Würdigung

Auch wenn sich im internationalen Vergleich das Gesundheitswesen Deutschlands von dem anderer Länder

unterscheidet und in Deutschland andere sozioökonomische Strukturen bestehen, so sind die ökonomischen Zielsetzungen, die mit Hilfe von Qualitätsberichten verfolgt werden, im internationalen Vergleich nahezu identisch.⁶⁵ Insofern lassen sich Erkenntnisse aus der internationalen Literatur für die Entwicklung einer entscheidungsnützlichen Qualitätsberichterstattung für Deutschland ableiten.

Die skizzierten Ergebnisse zeigen, dass publizierte Informationen über Leistungs- und Qualitätsdaten stationärer Einrichtungen von externen Adressaten nur in geringem Maße genutzt werden, um Entscheidungen hinsichtlich medizinischer Versorgung zu treffen. Dabei scheint subjektiv ein Informationsbedürfnis seitens der Patienten nach solchen Leistungsdaten zu bestehen, auch wenn eine Reihe solcher Leistungs- und Qualitätsdaten durch externe Berichterstattung bereits kommuniziert wird. Es stellt sich also die Frage, warum diese publizierten Daten nur ungenügend genutzt werden. In erster Linie spielt die Verständlichkeit kommunizierter Informationen über medizinischer Leistungen für Laien eine wichtige Rolle, wenn sie solche Qualitätsdaten ohne fachspezifische Transferleistungen begreifen wollen. Zum anderen befinden sich Patienten im Fall akuten Informationsnachfragebedürfnisses auf Grund schlechter gesundheitlicher Verfassung in der Regel nicht in der Position, um rationale Entscheidungen fällen zu können.⁶⁶ Vertrauensvolle Informationsintermediäre wie Familienmitglieder, Freunde und behandelte Ärzte werden in solchen Situationen zu Beratern der Suchenden. Doch auch die Ärzte scheinen nur begrenzt Ergebnisse von Qualitätsberichten bei der Entscheidung der Einweisung von Patienten in Kliniken zu nutzen. So spielen persönliche Beziehungen oder Fachmeinungen von Kollegen eine gewichtigere Rolle. Und selbst wenn der informationsbedürftige Patient sich umfassend über das Leistungs- und Qualitätsangebot von Kliniken informiert, so beschränken ihn ökonomische, geographische und menschliche Bedürfnisse hinsichtlich rationaler Entscheidungen.⁶⁷

In den USA ist die Anzahl der Layouts verschiedener Berichte beinahe genauso variantenreich wie deren unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung.⁶⁸ Doch eine geeignete Form der Berichterstattung scheint bisher ausgeblieben zu sein. Die begrenzt vorhandenen empirischen Ergebnisse zeigen, dass für Patienten die Form der aggregierten visuellen Darstellung von medizinischen Leistungen und deren Qualität (zum Beispiel durch Star-Ratings) die geeignete sein könnte.⁶⁹ Allerdings zeigen andere empirische Ergebnisse aus der internationalen Literatur, dass eine solche Form der Berichterstattung wiederum zu arbeits- und organisationspsychologischen Problemen in Einrichtungen der stationären Versorgung führen kann.⁷⁰

Wenn Effekte beobachtet wurden, die in Zusammenhang mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten zu setzen sind, dann gestalteten sie sich derart, dass statio-

näre Einrichtungen verstärkt auf Belange der medizinischen Versorgung Wert legen, die sie vor Publizität der Berichte ignorierten.⁷¹ Der Nutzen für Patienten resultiert also vielmehr daraus, dass von vergleichenden Qualitätsberichten eine Anreizwirkung für Leistungserbringer ausgeht, die angebotenen medizinischen Leistungen und deren Qualität an den Kriterien dieser Berichte auszurichten. Insofern scheinen ähnliche Marktmechanismen durch vergleichende Qualitätsberichte zu wirken, wie sie in der Literatur zu *Non-Use-Benefits*⁷² beschrieben werden.

Künftige Forschung in Deutschland in Zusammenhang mit der Publikation von Leistungs- und Qualitätsdaten in der stationären Versorgung sollte sich nicht nur mit der Frage beschäftigen, welche Daten in solchen Berichten publiziert werden, sondern vielmehr, welche Form die geeignete ist, um einzelne und/oder in der Summe alle externen Adressaten und ihre individuellen Informationsbedürfnisse weitgehend zu befriedigen.

Unter Einbezug der internationalen empirischen Ergebnisse und der unter § 1 der Vereinbarungen genannten Ziele, ergeben sich künftige zu untersuchende Fragestellungen:

1. Ist der unter §1 der Vereinbarungen gewählte Adressatenkreis in der Summe der richtige, um als Empfängerkreis individuell publizierter Qualitätsberichte in Frage zu kommen?
- Ist eine individuelle Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser der geeignete Weg, um Patienten vergleichende Informationen über Leistungs- und Qualitätsdaten der stationären Versorgung bereit zu stellen, so dass die Patienten unter Berücksichtigung beschränkter individueller Rationalität für sich günstige Entscheidungen hinsichtlich medizinischer Versorgung treffen können?
- Ist eine individuelle Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser der geeignete Weg, um Ärzte, unter Einbezug der wachsenden Bedeutung nach § 73 b SGB V durch das GKV-WSG hinreichend über Leistungs- und Qualitätsdaten von stationären Einrichtungen zu informieren, so dass im Sinne des Patienten eine optimale Entscheidung hinsichtlich der medizinischen Versorgung getroffen werden kann?
2. Welche Leistungs- und Qualitätsdaten sind in ihrer Validierung geeignet, um objektivierbare Aussagen über die medizinische Leistung und deren Qualität im Bereich der stationären Versorgung treffen zu können?
3. Muss der unter § 1 der Vereinbarungen genannte Adressatenkreis nicht um solche externen Adressaten erweitert werden, für die Informationen über medizinische Leistung und deren Qualität zusätzlichen Nutzen in der Bewertung von Einrichtungen der stationären Versorgung stiften?
4. Wie kann erreicht werden, dass eine vertrauensvolle Qualitätsberichterstattung stattfindet, so dass die Verlässlichkeit der vorgelegten Daten und Angaben durch den externen Adressatenkreis nicht ohne Weiteres in Frage gestellt werden kann?

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die zweite verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsberichten nach § 137 SGB V im Jahr 2007 für das Berichtsjahr 2006 mit ihren veränderten Rahmenbedingungen einen Beitrag leisten kann, dass die bisherigen Schwächen wie fehlende Vergleichbarkeit, Verständlichkeit und Vertrauenswürdigkeit vermindert werden können und die Berichte tatsächlich einen Beitrag zu mehr Transparenz und Öffentlichkeit in der stationären Versorgung leisten können.

Fußnoten

- 1 Vgl. Velasco-Garrido/Busse (2004), S. 10.
- 2 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2006).
- 3 Vgl. §1 der Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Gemeinsamer Bundesausschuss (2005).
- 4 Vgl. Lütticke/Schellschmidt (2005), S. 201, S. 183; Drösler (2006), S. 218, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2004); kommen noch mehr hinzu...
- 5 Vgl. BMG (2005).
- 6 Vgl. BMG (2006); BMG (2007).
- 7 Vgl. Flintrop (2005), S. A2522; Rüter/Hundt/Steinhausen (2005); Hoffmann/Riehle (2005), S. 295; Drösler (2004).
- 8 Vgl. Volkmer/Petschl/Härtel/Bopp/Herkommer/Gschwend (2006), S. 468; Paschen (2006), S. A1130; Müller (2006), S. A444; Jonitz/Klakow-Franck (2005), S. A2902; Flieger (2006), S. 62.
- 9 Der Unterausschuss „Sonstige stationäre Qualitätssicherung“ des G-BA befasst sich mit der Umsetzung der in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 6 SGB V genannten Aufgaben.
- 10 Vgl. G-BA (2006), S. 2.
- 11 Vgl. ausführlich zur Neufassung der Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V den Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2006 (G-BA, 2006a), sowie Cruse/Böcker (2006).
- 12 Vgl. G-BA (2006), S. 2.
- 13 Vgl. u.a. das von der „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus GmbH“ (KTQ) vergebene Prozedere Zertifikat oder das zeitlich befristete Zertifikat gemäß der internationalen EN ISO 9001:2000, welche die Qualität der Leistungen von stationären Einrichtungen auf Konformität mit bestimmten Anforderungen überprüfen.
- 14 Vgl. Selbmann (2007), S. 100.
- 15 Vgl. Schaeffer (2006), S. 42.
- 16 Vgl. Matthes/Wiest (2005)
- 17 Vgl. dazu ausführlich Brown/Pink/Champagne (2005); Bevan (2005); Mason/Street (2006); Guisset/Veillard (2005).
- 18 Heute Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).
- 19 Vgl. Epstein (1995).
- 20 Vgl. „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ in der vom Bundestag am 02. Februar 2007 und vom Bundesrat am 16. Februar 2007 angenommenen Fassung.
- 21 Im Gegensatz zu vielen Ländern in der Europäischen Union gibt es in den USA keine Regelversorgung, keine gesetzlichen Krankenkassen und für weite Teile der Gesundheitsversorgung keine bundeseinheitliche Gesetzgebung. Es existiert kein Gesundheitssystem auf Basis des Solidaritäts- und/oder Sozialprinzips wie in Deutschland. Vielmehr ist das amerikanische Gesundheitswesen dadurch charakterisiert, dass es eine Vielzahl von Systemen nebeneinander gibt, sowohl auf der Seite der Leistungsfinanzierer als auch auf der Seite der Leistungserbringer. Siehe dazu auch Amelung/Schumacher (2004); Wiechmann (2003).

- 22 Schneider/Epstein (1998), S. 1638.
- 23 Vgl. Marshall/Shekelle/Davies/Smith (2003), S. 135.
- 24 Vgl. dazu ausführlich Hildebrand (2005).
- 25 Vgl. Marshall/Shekelle/Leatherman/Brook (2000), S. 1873.
- 26 Vgl. Schrappe (2005), S. 18.
- 27 Vgl. Glazer/McGuire (2005), S. 296.
- 28 Vgl. Glazer/McGuire (2005), S. 296.
- 29 Vgl. Xie/Dilts/Shor (2006), S. 823.
- 30 Eichhorn (1980) bezeichnet beispielsweise das Krankenhaus als ein durch ärztliche Primärentscheidungen bestimmtes Arbeiten, S. 82.
- 31 Vgl. Schwartz (1997), S. 60.
- 32 Vgl. Richter/Furubotn (2003), S. 239f.
- 33 Vgl. dazu ausführlich Arrow (1963).
- 34 Vgl. Rochaix (1989), S. 55f.
- 35 Vgl. dazu ausführlich Blomqvist (1991).
- 36 Vgl. u.a. Edgman-Levitan/Cleary (1996); Robinson/Brodie (1997).
- 37 Vgl. u.a. Helios-Kliniken (2005); Sawicki (2005); Loos-Elßner/Sicher-mann (2003); Badura/Schellschmidt (1999).
- 38 Vgl. Robinson/Brodie (1997), S. 240/241.
- 39 In Deutschland gibt es bisher nur zwei Umfragen mit öffentlich zugänglichen Ergebnissen, die empirisch den Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte von Krankenhäusern untersuchen. In Sachsen wurden in 12 Krankenhäusern Patienten zu den Qualitätsberichten befragt. Von den 1305 befragten Patienten wussten 5,6% von der Existenz der Qualitätsberichte. Allerdings hatten von diesen nur 2,3% den Qualitätsbericht entweder selbst oder die Angehörigen gelesen. Vgl. Eberlein-Gonska/Mülle/Goertchen (2006), S. 58. In einer weiteren Studie wurden vom Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung 1524 Patienten zum Qualitätsbericht befragt. Von den Befragten wussten 19% von der Existenz der Qualitätsberichte. Von diesen hatten 24% den Qualitätsbericht selbst gelesen. Vgl. Geraedts (2006), S. 154 – S. 170.
- 40 Vgl. dazu ausführlich Menemeyer/Morrisey/Howard (1997); Vladeck/Goodwinn/Myers/Sinisi (1988), S. 124.
- 41 Vgl. Evans/Hwang/Nagarajan/Shastri (1997), S. 340.
- 42 Vgl. Mukamel/Mushlin (1998), S. 948f.
- 43 Vgl. Mukamel/Mushlin (1998), S. 948.
- 44 Vgl. Marshall/Shekelle/Leatherman/Brook (2000), S. 1867.
- 45 Vgl. zu unvollkommener individueller Rationalität Richter/Furubotn (2003), S. 3f.
- 46 Vgl. Schneider/Epstein (1996), S. 1641.
- 47 Vgl. dazu ausführlich Hibbard/Jewett (1997); Hibbard/Solovic/Peters/Finucane/Tusler (2001); Hibbard/Peters (2003).
- 48 Der Begriff Salienz kommt aus der kognitiven Psychologie. Salienz bedeutet ein schnelleres Wahrnehmen von etwas, das aus seiner Umgebung hervorspringt.
- 49 HEDIS stellt Indikatoren zu Verfügung, die es erlauben, unterschiedliche Krankenversicherungen miteinander zu vergleichen. Obwohl HEDIS ursprünglich mit dem Ziel der Vergleichbarkeit von Managed Care Organisationen entwickelt wurde, enthält HEDIS zahlreiche Indikatoren der stationären Versorgung, wie Verweildauer, Kaiserschnitt-raten oder Indikatoren wie pränatale und postpartale Versorgung.
- 50 Vgl. hierzu auch Hibbard/Jewett (1996).
- 51 Vgl. Hibbard/Jewett (1997), S. 226f.
- 52 Vgl. Lansky (2002), S. 59.
- 53 Vgl. Herrmann/Heintze (2005), S. 183.
- 54 Vgl. Hannan/Stone/Biddle/DeBuono (1997), S. 60.
- 55 Vgl. Schneider/Epstein (1996), S. 254.
- 56 Vgl. Dranove/Kessler/McClellan/Satterthwaite (2003), S. 581.
- 57 Vgl. Dranove/Kessler/McClellan/Satterthwaite (2003), S. 581.
- 58 Vgl. Mannion/Goddard (2004), S. 46.
- 59 Vgl. Mannion/Davies/Marshall (2005), S. 21f.
- 60 Vgl. Mannion/Goddard (2003), S. 281.
- 61 Vgl. Bentley/Nash (1998), S. 42.
- 62 Vgl. Longo/Land/Schramm/Fraas/Hoskins/Howell (1997), S. 1582f.
- 63 Vgl. Marshall/Shekelle/Davies/Smith (2003), S. 143.

- 64 Vgl. Ito/Sugawara (2005), S. 91.
- 65 Vgl. Kapitel 2
- 66 Vgl. Marshall/Davies (2001), S. 160.
- 67 Vgl. Schneider/Lieberman (2001), S. 102.
- 68 Vgl. Schneider/Lieberman (2001), S. 101.
- 69 Vgl. Hibbard/Slovic/Peters/Finucane (2002), S. 308f.
- 70 Vgl. Mannion/Davies/Marshall (2005), S. 20f.
- 71 Vgl. u.a. Longo/Land/Schramm/Fraas/Hoskins/Howell (1997); Bentley/Nash (1998).
- 72 Unter non-use benefits wird der Effekt verstanden, dass vergleichende Testberichte auch dann einen Nutzen besitzen, wenn der Adressatenkreis einer Berichterstattung die Ergebnisse nicht in seine Entscheidung mit einfließen lässt. Der Nutzen der Testberichte liegt vielmehr darin, dass Hersteller und Anbieter von Produkten und Dienstleistungen lediglich vermuten, dass die publizierten Informationen vom Adressatenkreis verwendet werden. Sie nehmen daher die Ergebnisse der Berichte zum Anlass, um Maßnahmen zu treffen, die die Qualität der Produkte nachhaltig steigern. Vgl. u.a. Padberg (1977); Silberer (1985).

Literatur

- Amelung, V.-E./Schumacher, H. (2004): Managed Care, 3. Auflage, Wiesbaden.
- Arrow, J.-K. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: The American Economic Review, Vol. 53, S. 941 – S. 973.
- Badura, B./Schellschmidt, H. (Hrsg.) (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden.
- Bentley, J.-M./Nash, D.-B. (1998): How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery, in: Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 24, S. 40 – S. 49.
- Bevan, G. (2005): Qualitätsberichterstattung in England seit 1997, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart, S. 95 – S. 110.
- Blomqvist, A. (1991): The doctor as a double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care, in: Journal of Health Economics, Vol. 10, S. 411 – S. 432.
- BMG (Hrsg.) (2005): Qualitätsberichte von 1908 Krankenhäuser veröffentlicht – Patientinnen und Patienten können sich jetzt im Internet informieren, Pressemitteilung der Pressestelle Berlin, den 10.09.2005, www.bmg.bund.de/cln_040/nn_599776/sid_75B14095E6EB31AA01568DB20D5F81EB/DE/Presse/Pressemitteilungen/Archiv/Presse-BMGs-3-2005/PM-10-09-2005-9391,param=.html__nn=true, abgerufen am 15. Februar 2007.
- BMG (Hrsg.) (2006): Gesundheit, www.bmg.bund.de/cln_040/nn_605046/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheitsnode,param=.html__nn=true, abgerufen am 25. Oktober 2006.
- BMG (Hrsg.) (2007): Wettbewerb im Gesundheitswesen, www.die-gesundheitsreform.de/glossar/wettbewerb_im_gesundheitswesen.html, abgerufen am 12. Februar 2007.
- Brown, A.-D./Pink, G.-H./Champagne, F. (2005): Erfahrungen der Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern in Kanada, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart, S. 75 – S. 94.
- Cruse, N./Böcker, A. (2006): Qualitätsberichte – zweite Generation, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 75, S. 1013 – S. 1016.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.): Meilenstein in der Qualitätssicherung im Krankenhaus – Selbstverwaltung gibt Startschuss zu Qualitätsbericht und Mindestmengenregelung für Kliniken 7BQS legt Qualitätsreport vor, www.dkgv.de/dkgv.php/cat/35/aid/767, abgerufen am 22. Februar 2007.
- Dranove, D./Kessler, D./McClellan, M./Satterthwaite, M. (2003): Is more information better? The effects of "report cards" on health care providers, in: Journal of Political Economy, Vol. 111, S. 555 – S. 558.

- Drösler, S.-E. (2004): Qualitätsbericht: Darf es auch mehr sein?, in: *f&w*, Jg. 21, S. 118 – S. 121.
- Drösler, S.-E. (2007): Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2006*, Stuttgart, S. 207–S. 221.
- Eberlein-Gonska, M./Müller, D./Goertchen, R. (2006): Qualitätsberichte 2004 – Viel Text, wenig Orientierungshilfe, in: *Ärzteblatt Sachsen*, Jg. 17, S. 57 – S. 58.
- Edgman-Levitan, S./Cleary, P.-D. (1996): What information do consumers want and need?, in: *Health Affairs*, Vol. 15, S. 42 – S. 56.
- Eichorn, S. (1980): Struktur und Organisation der Krankenhausleitung, in: Müller, H.-W. (Hrsg.): *Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus*, Stuttgart, S. 559 – S. 592.
- Epstein, A. (1995): Performance reports on quality: prototypes, problems, and prospects, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 333, S. 57 – S. 61.
- Evans, J.-H./Hwang, Y./Nagarajan, N./Shstri, K. (1997): Involuntary benchmarking and quality improvement: The effect of mandated public disclosure on hospitals, in: *Journal of Accounting, Auditing & Finance*, Vol. 12, S. 315 – S. 346.
- Flieger, K. (2006): Der Qualitätsbericht ist verbesserungsfähig, in *f&w*, Jg. 23, S. 61 – S. 62.
- Flintrop, J. (2005): Qualitätsberichte als Marketing-Instrument, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 102, S. A2522 – S. A2524.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2005): Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierteren Qualitätsberichts nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser vom 17. Mai 2005, in: *BAnz*. Nr. 242, S. 16896.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2006): Tragende Gründe zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierteren Qualitätsberichts nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser vom 17. Oktober 2006, www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=190, abgerufen am 26. Oktober 2006.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2006a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierteren Qualitätsberichts nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser vom 17. Oktober 2006, in: *BAnz*. Nr. 233, S. 7258.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht, in: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R./Schnee, M. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006*, Gütersloh, S. 154 – S. 170.
- Glazer, J./McGuire, T.-G. (2006): Optimal quality reporting in markets for health plans, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 25, S. 295 – S. 310.
- Guisset, A.-L./Veillard, J. (2005): Überlegungen zur Krankenhausberichterstattung in Europa, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, S. 111 – S. 134.
- Helios Kliniken GmbH (Hrsg.) (2005): Helios Herbstumfrage 2005: Mündige Patienten wählen Kliniken selbst aus, Pressemitteilung vom 08. November 2005, www.helios-kliniken.de/de/Unternehmen/Aktuelles/Nachrichten/hel_028276, abgerufen am 26. Oktober 2006.
- Herrmann, M./Heintze, C. (2005): Integration von Qualitätsdarlegung in die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, S. 179 – S. 196.
- Hannan, E.-L./Stone, C.-C./Biddle, T.-L./DeBuono, B.a. (1997): Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: What do New York state cardiologists think of it?, in: *American Heart Journal*, Vol. 134, S. 55 – S. 61.
- Hibbard, J.-H./Jewett, J.J. (1996): What type of quality information do consumers want in a health care report card?, in: *Medical Care Research and Review*, Vol. 53, S. 28 – S. 47.
- Hibbard, J.-H./Jewett, J.-J. (1997): Will quality report cards help consumers?, in: *Health Affairs*, Vol. 16, S. 218 – S. 228.
- Hibbard, J.-H./Slovic, P./Peters, E./Finucane, M.-L. (2002): Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies, in: *Health Services Research*, Vol. 37, S. 291 – S. 313.
- Hibbard, J.H./Peters, E. (2003): Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice, in: *Annual Review of Public Health*, Vol. 24, S. 413 – S. 433.
- Hildebrand, R. (2005): Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, S. 197–S. 212.
- Hoffmann, R./Riehle, M. (2005): Strukturierter Qualitätsbericht in Krankenhäusern, in: *Der Unfallchirurg*, Jg. 108, S. 693 – S. 695.
- Ito, H./Sugawara, H. (2005): Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: a cross sectional study, in: *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 14, S. 87 – S. 92.
- Jonitz, G./Klakow-Franck, R. (2005): Information vs. Marketing, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 102, S. A2902.
- Lansky, D. (2002): Improving quality through public disclosure of performance information, in: *Quality of Care*, Vol. 21, S. 52 – S. 60.
- Longo, D.-R./Land, G./Schramm, W./Fraas, J./Hoskins, B./Howell, V. (1997): Consumers reports in health care. Do they make a difference in patient care?, in: *Journal of American Medicine Association*, Vol. 278, S. 1579 – 1584.
- Loos-Elßner, U./Sichermann, C. (2003): Ergebnisse der Patientenbefragung 2002, Nürnberg.
- Lütticke, J./Schellschmidt, H. (2005): Qualitätsbericht nach § 137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, S. 197–S. 212.
- Mannion, R./Goddard, M. (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience, in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 9, S. 277 – S. 286.
- Mannion, R./Goddard, M. (2004): General practitioners' assessments of hospital quality and performance, in: *Corporate Governance: An International Journal*, Vol. 9, S. 42 – S. 47.
- Mannion, R./Davies, H./Marshall, M. (2005): Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts, in: *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 10, S. 18 – S. 24.
- Marshall, N.-M./Shekelle, P.-G./Leatherman, S./Brook, R.-H. (2000): The public release of performance data: What do we expect to gain? A review of the evidence, in: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 283, S. 1866 – S. 1874.
- Marshall, M./Davies, H. (2001): Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond?, in: *Journal of Health Services Research and Policy*, Vol. 6, S. 158 – S. 162.
- Marshall, N.-M./Shekelle, P.-G./Davies, H.-T.O./Smith, P.-C. (2003): Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom, in: *Health Affairs*, Vol. 22, S. 134 – S. 138.
- Mason, A./Street, A. (2006): Publishing outcome data: is it an effective approach?, in: *Journal of evaluation in clinical practice*, Vol. 12, S. 37 – S. 48.
- Matthes, N./Wiest, A. (2005): Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2004*, Stuttgart, S. 49 – S. 74.
- Mennemeyer, S.-T./Morrisey, M.-A./Howard, L. (1997): Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information, in: *Inquiry*, Vol. 34, S. 117 – S. 128.
- Müller, D. (2006): Ziel verfehlt, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 103, S. A444.
- Mukamel, D.-B./Mushlin, A.-I. (1998): Quality of care information makes a difference, in: *Medical Care*, Vol. 36, S. 945 – S. 954.
- Padberg, D.J. (1977): Non-use benefit of mandatory consumer information programs, in: *Journal of Consumer Policy*, 1. Jg., S. 5 – S. 14.
- Paschen, U. (2006): Unabhängige Bewertung erforderlich, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 103, S. A1130 – S. A1134.
- Richter, R./Furubotn, E.-G. (2003): *Neue Institutionenökonomik*, 3. Auflage, Tübingen.
- Robinson, S./Brodie, M. (1997): Understanding the quality challenge for health Consumers: The Kaiser/AHCP survey, in: *Journal of Quality Improvement*, Vol. 23, S. 239 – S. 244.

Rochaix, L. (1989): Information asymmetry and search in the market for physicians' services, in: Journal of Health Economics, Vol. 8, S. 53 – S. 84.

Rüter, N./Hundt, P./Steinhausen, D. (2006): Der Qualitätsbericht nach § 137 SGB V als Kommunikations-Instrument im Krankenhaus-Marketing, in: www.medizin.de, August 2005, www.medizin.de/gesundheit/deutsch/1643.htm, abgerufen am 24. Oktober 2006.

Sawicki, P.-T. (2005): Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder-Vergleich aus Patientensicht, in: Medizinische Klinik, 100 Jg. S. 755 – S. 768.

Schaeffer, D. (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus, in: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), Gütersloh.

Schneider, E.-C./Epstein, A.-M. (1996): Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 335, S. 251 – S. 255.

Schneider, E.-C./Epstein, A.-M. (1998): Use of public performance reports – a survey of patients undergoing cardiac surgery, in: Journal of American Medical Association, Vol. 279, S. 1638 – S. 1642.

Schneider, E.-C./Lieberman, T. (2001): Public disclosed information about the quality of health care: response of the US public, in: Quality in Health Care, Vol. 10, S. 96 – S. 103.

Schrappé, M. (2005): Qualitätstransparenz – Qualitätsmanagement und Qualität im Wettbewerb, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart, S: 17 – S. 26.

Schwartz, A. (1997): Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor, in: Picot, A./Reichwald, R. (Hrsg.): Markt- und Unternehmensentwicklung, Wiesbaden.

Selbmann, H.-K. (2007): Zertifikate und kein Ende, in: Krankenhaus Umschau, Jg. 76, S. 98 – S. 100.

Silberer, G. (1985): Non-Use-Benefits des vergleichenden Warentests angesichts seiner Wirkungen im Hersteller-, Händler- und Konsumentenbereich, in: Marketing-ZFP, 7. Jg., S. 39 – S. 46.

Velasco-Gerrido, M./Busse, R. (2004): Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 58, S. 10 – S. 20.

Vladeck, B.-C./Goodwin, E.-J./Myers, L.-P./Sinsi, M. (1988): Consumers and hospital use: the HCFA "Death List", in: Health Affairs, Vol. 7, S. 122 – S. 125.

Volkmer, B./Petschl, S./Härtel, M./Bopp, G./Herkommer, K./Gschwend, J. (2006): Strukturierte Qualitätsberichte urologischer Hauptabteilungen gemäß § 137 SGB V, in: Der Urologe, Jg. 45, S. 467 – S. 473.

Wiechmann, M. (2003): Managed Care, Diss. Wiesbaden.

Xie, B./Dilts, D.-M./Shor, M. (2006): The physician-patient relationship: The impact of patient-obtained medical information, in: Health Economics, Vol. 15, S. 813 – S. 833.

60 Jahre Sozialpolitik in einem Band



Wegmarken

Sechs Jahrzehnte Sozialpolitik in Rheinland-Pfalz

Mit einem Geleitwort von Kurt Beck, Ministerpräsident
des Landes Rheinland-Pfalz

Herausgegeben von Malu Dreyer, Ministerin für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz

2007, 384 S., brosch., 59,- €,

ISBN 978-3-8329-3021-9

(Schriftenreihe »Dialog Sozial«, Bd. 5)

Wolfgang Glöckner beschreibt in diesem Band im bundespolitischen Kontext wichtige Linien und Etappen der rheinland-pfälzischen Sozialpolitik, die vielfach neue Akzente gesetzt hat. In weiteren Einzelbeiträgen untersuchen führende Vertreter von Institutionen und Organisationen aus ihrer jeweiligen Perspektive die sozialpolitische Entwicklung in Rheinland-Pfalz.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung
oder bei Nomos | Telefon 07221/2104-37 | Fax -43 |
www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de

