

Qualitätswettbewerb im deutschen Gesundheitssystem: Eine internationale Analyse und empirische Ableitung von Weiterentwicklungsvorschlägen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der
Wirtschaftswissenschaft der Rechts- und
Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität
Bayreuth

vorgelegt von
Daniel Negele

aus
München

Dekan:

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann

Erstberichterstatte:

Prof. Dr. Volker Ulrich

Zweitberichterstatte:

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

Tag der mündlichen Prüfung:

22.06.2022

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand insbesondere aus persönlichem Interesse am Thema des Qualitätswettbewerbs und der damit in Verbindung stehenden, originär gesundheitsökonomischen Fragestellung, wie über wettbewerbliche Impulse die Qualität der Gesundheitsversorgung gesteigert werden kann. Zudem waren aber auch meine tagtäglichen Erfahrungen bei der BMW BKK im Versorgungs- und Vertragskontext sowohl Ausgangspunkt als auch wertvoller Praxisbezug für die Entstehung der Dissertation. Gerade der ständige Praxisbezug war bei der Erarbeitung der Weiterentwicklungsvorschläge als „Produkt“ meiner Arbeit entscheidend. Trotzdem überwog das persönliche Interesse. Denn nur so war es möglich, stets über die Jahre der Bearbeitung hinweg immer wieder neue Motivation zu schöpfen, um die Dissertation neben dem eigentlichen Job erfolgreich abzuschließen.

Für mich war die Erstellung dieser Arbeit eine Herausforderung und zugleich eine persönlich bereichernde Erfahrung. Den zahlreichen Personen, die mich in vielfältiger Art und Weise unterstützt haben, sowie den Weggefährten und Freunden, die mich während der Promotionszeit begleitet und mir Rückhalt gegeben haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken.

An erster Stelle gilt der besondere Dank meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. Volker Ulrich, für seine hervorragende Unterstützung und sein persönliches Engagement bei der Betreuung dieser Arbeit. Durch seine konstruktiven Anmerkungen und Hinweise hat er entscheidend zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen. Ebenfalls herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. mult. Eckhard Nagel für die gleichsam stets hervorragende Unterstützung und Beratung während der gesamten Erstellung der Dissertation sowie die finanzielle Unterstützung, welche die Durchführung der Delphi-Befragung sowie die Vorstellung von Forschungsergebnissen auf wissenschaftlichen Tagungen ermöglichte. Zudem bedanke ich mich ebenso bei Herrn Professor Dr. Dr. Klaus Nagels für die Übernahme des Vorsitzes in der Prüfungskommission.

Ein ganz besonderer Dank gebührt weiterhin zwei Personen, die mir während meiner gesamten Promotionszeit, und dabei gerade in herausfordernden Phasen, beratend zur Seite standen und mich stets mit einem konstruktiven, aber zugleich kritischen Rat unterstützen. Vielen Dank an Herrn Professor Dr. Franz Benstetter und vielen Dank an Dr. Michael Lauerer.

Mein größter Dank gilt an dieser Stelle meiner Frau Sabrina. Dies umfasst insbesondere das entgegengebrachte Verständnis für die unzähligen Abende und Wochenenden, die ich für die Dissertation am Schreibtisch verbracht habe, genauso wie für die

unermüdliche Stärkung während der gesamten Zeit sowie das stets offene Ohr für meine Gedanken, Überlegungen, aber auch Zweifel - gerade in der Endphase der Erstellung.

Zuletzt möchte ich meinen Eltern danken, dass sie mich auf meinem Ausbildungsweg bestärkt haben. Durch ihren steten Rückhalt und das gleichzeitige Interesse haben sie im wesentlichen Maße zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

Geltendorf, im Juni 2022

Daniel Negele

Abstract

Die vorliegende Arbeit setzte sich zum Ziel, Weiterentwicklungsvorschläge für einen Qualitätswettbewerb im deutschen Gesundheitssystem empirisch abzuleiten. Die Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs, von dem Impulse zu einer Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung ausgehen, erfolgte über die Instrumente Qualitätsmessung, Qualitätstransparenz/Public Reporting, selektives Kontrahieren sowie Pay for Performance.

Vor diesem Hintergrund wurden verschiedene methodische Ansätze gewählt. Als Vor-Studie wurden eine nationale und internationale Analyse (Schweiz, Niederlande, USA) durchgeführt. Dabei wurden der Status quo des Qualitätswettbewerbs in Deutschland sowie der Einsatz der qualitätswettbewerblichen Instrumente in den Vergleichsländern untersucht. Die darauf aufbauende Delphi-Befragung zielte darauf ab, zwischen verschiedenen Stakeholdergruppen des deutschen Gesundheitssystems konsentierete Weiterentwicklungsvorschläge für den ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich abzuleiten.

Die nationale Analyse identifizierte Defizite, weswegen ein Qualitätswettbewerb in Deutschland derzeit erst limitiert wirken kann. Dies liegt insbesondere daran, dass die Möglichkeiten des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente nicht adäquat ordnungspolitisch verankert sind. Der internationale Vergleich vertiefte diese Analysen und leitete länderübergreifende Erfolgsfaktoren ab, die eine systematische Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in den Vergleichsländern unterstützten. Hierzu zählen beispielhaft die Notwendigkeit einer konsistenten ordnungspolitischen Agenda sowie der evolutive Charakter der Weiterentwicklung.

Bei der auf den nationalen und internationalen Analysen aufbauenden Delphi-Befragung als Grundlage der Weiterentwicklungsvorschläge konnten zwischen den teilnehmenden Experten (n=105) 69% der aufgestellten Thesen konsentiert werden. Die Experten sahen in der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich Potenziale für eine Qualitätssteigerung. Die Qualitätsmessung und das Public Reporting wurden als für besonders befähigende Instrumente bewertet. Hier wurde eine Verpflichtung zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten durch Leistungserbringer mit Sanktionsmöglichkeiten gefordert. Zur Fragestellung, ob der Qualitätswettbewerb stärker regulativ oder entrepreneurbasiert weiterzuentwickeln ist, herrschte größtenteils Uneinigkeit. Dies verdeutlichte den Bedarf eines koordinierten Nebeneinanders eines Top-Down- sowie eines Bottom-Up-Ansatzes. Zum Design der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zeigte sich

hingegen ein klares Votum, dass die Weiterentwicklung zwischen den Stakeholdern abgestimmt, schrittweise und wissenschaftlich begleitet erfolgen muss. Zudem soll der Impuls durch eine konzeptionell konsistente und gesetzgeberisch eingeleitete Reform unterstützt sein.

Übergreifend manifestierte sich außerdem, dass der alleinige Einsatz der Instrumente nicht genügt, um einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Vielmehr kommt es auf die Art des Einsatzes bzw. das konkrete Programm- und Anreizdesign unter Einbezug der Spezifika des nationalen Gesundheitssystems an.

Der auf Basis der konsentierten Inhalte entwickelte, zukunftsgerichtete Konzeptvorschlag besteht aus Empfehlungen zur Ausgestaltung der qualitätswettbewerblichen Instrumente, einem Stufenplan zur Umsetzung sowie grundlegenden Rahmenbedingungen zur systematischen und kohärenten Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland. Dieser empirisch fundierte Konzeptvorschlag dient als Impuls für praktische Umsetzungsüberlegungen, welche exemplarisch dargestellt wurden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	V
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XII
Abkürzungsverzeichnis	XIV
1 Problemstellung und Aufbau	1
1.1 Ausgangspunkt der Arbeit.....	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen	2
1.3 Gang der Arbeit	3
TEIL I: GRUNDLAGEN UND THEORIE DES QUALITÄTSWETTBEWERBS	4
2 (Qualitäts)-Wettbewerb im Gesundheitswesen	5
2.1 Besonderheiten des Marktes.....	5
2.2 Wettbewerb als Steuerungsinstrument	7
2.3 Grundlagen zum Qualitätswettbewerb.....	9
2.3.1 Definitionsansätze und Ziele	9
2.3.2 Theoretisches Modell.....	12
2.3.3 Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen	14
2.3.4 Literaturreview zum Qualitätswettbewerb.....	18
3 Ordnungspolitik im Gesundheitswesen	21
4 Handlungsfelder und Instrumente zur Steigerung eines Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen.....	22
4.1 Wettbewerbliche Handlungsfelder	22
4.2 Besondere Relevanz des Leistungsmarkts.....	24
4.3 Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt	25
4.3.1 Auswahl an Instrumenten.....	25
4.3.2 Qualitätsmessung	26
4.3.3 Qualitätstransparenz / Public Reporting	29
4.3.4 Selektives Kontrahieren	35
4.3.5 P4P	37
4.4 Bestehende Konzepte zur Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs.....	41
4.4.1 Managed Competition.....	41
4.4.2 Value-Based-Competition-Modell.....	44
4.4.3 Solidarische Wettbewerbsordnung.....	47
4.5 Zwischenfazit	51

TEIL II: ANALYSE DES QUALITÄTSWETTBEWERBS AUS NATIONALER UND INTERNATIONALER PERSPEKTIVE	52
5 Status quo des Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem	53
5.1 Rahmenbedingungen und Instrumentenanalyse	53
5.1.1 Qualitätsmessung	53
5.1.2 Qualitätstransparenz / Public Reporting	57
5.1.3 Selektives Kontrahieren	60
5.1.4 P4P.....	64
5.2 Qualität im deutschen Gesundheitssystem im nationalen und internationalen Vergleich.....	65
5.3 Zwischenfazit	73
6 Qualitätswettbewerb in internationalen Vergleichsländern: Schweiz, Niederlande und USA	76
6.1 Forschungsdesign	76
6.1.1 Hypothese und Fragestellung	76
6.1.2 Methodik	77
6.2 Länderauswahl.....	80
6.3 Länderspezifische Analyse des Qualitätswettbewerbs	81
6.3.1 Schweiz	81
6.3.2 Niederlande	103
6.3.3 USA (Medicare)	128
6.4 Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie Erfolgs- und Risikofaktoren.....	157
6.4.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede	157
6.4.2 Erfolgs- und Risikofaktoren	160
6.5 Erkenntnisse und Ableitungen	162
 TEIL III: DELPHI-BEFragung ZUR WEITERENTWICKLUNG DES QUALITÄTSWETTBEWERBS	 164
7 Delphi-Befragung.....	165
7.1 Einführung.....	165
7.2 Methode	166
7.2.1 Theoretische Einordnung.....	166
7.2.2 Studiendesign	169
7.2.3 Zusammenstellung des Expertenpanels	173
7.2.4 Operationalisierung der Forschungsfrage und Fragebogenentwicklung	175
7.2.5 Auswertungsmethodik.....	179
7.3 Ergebnisse	182
7.3.1 Feldverlauf der Befragungswellen.....	182

7.3.2 Biografische Daten.....	188
7.3.3 Inhaltliche Ergebnisse und Konsensbildung.....	192
7.4 Subgruppenanalysen.....	209
7.5 Diskussion.....	217
7.5.1 Einsatz der Delphi-Methode.....	217
7.5.2 Diskussion der inhaltlichen Ergebnisse.....	219
7.5.3 Stärken und Limitationen.....	223
7.6 Schlussfolgerung.....	225
TEIL IV: VORSCHLÄGE ZUR WEITERENTWICKLUNG DES QUALITÄTSWETTBEWERBS.....	227
8 Konzeptvorschlag zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland.....	228
8.1 Notwendigkeit und Zielrichtung.....	228
8.2 Instrumentenbezogene Konzeption des Qualitätswettbewerbs.....	231
8.2.1 Qualitätsmessung.....	231
8.2.2 Qualitätstransparenz/PR.....	232
8.2.3 Selektives Kontrahieren.....	233
8.2.4 P4P.....	234
8.3 Stufenplan.....	235
8.4 Grundlegende Rahmenbedingungen zur Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs.....	236
8.4.1 Abstimmung einer Agenda zwischen den Stakeholdern.....	236
8.4.2 Schrittweise Weiterentwicklung + „trial and error-Kultur“.....	237
8.4.3 Gesetzgeberische Reform als Impuls.....	238
8.4.4 Wissenschaftliche Begleitung + Evaluation.....	238
8.4.5 Sicherstellung der Versorgung.....	239
8.4.6 Akzeptanzfördernde Maßnahmen (Aufklärung).....	240
8.5 Exemplarische Umsetzungsskizze: Hüft-TEP.....	242
8.6 Internationale Generalisierbarkeit des Konzeptvorschlags.....	246
TEIL V: ABSCHLUSS UND FAZIT.....	248
9 Abschluss.....	249
9.1 Zusammenführung der Ergebnisse.....	249
9.2 Limitationen der Arbeit.....	253
9.3 Fazit und Ausblick.....	254
Literaturverzeichnis.....	256

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modellhafter Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität zweier Leistungserbringer.....	13
Abbildung 2: Perspektiven des Qualitätsbegriffs im Gesundheitswesen	15
Abbildung 3: Das Qualitätsmodell nach Donabedian	18
Abbildung 4: Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen	22
Abbildung 5: Anreizlogik des Public Reportings	31
Abbildung 6: Schematische Darstellung der Qualitätssicherungsverfahren der externen stationären Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2019	55
Abbildung 7: Patientenberichtete unerfüllte Behandlungsbedarfe im Jahr 2019 (in % der Bevölkerung ab 16 Jahren)	68
Abbildung 8: Ausgewählte Qualitätsindikatoren der ambulanten und akutstationären Versorgung im internationalen Vergleich	70
Abbildung 9: Qualitätsvarianz zwischen Leistungserbringereinheiten beim akuten Myokardinfarkt (Risikoadjustierte 30-Tages-Mortalitätsrate; Datenjahr 2014).....	71
Abbildung 10: Qualitätsvarianz zwischen Leistungserbringereinheiten beim der Hüft-TEP (Risikoadjustierte Re-Interventionsrate; Datenjahr 2014)	72
Abbildung 11: Treiber für einen Qualitätswettbewerb in der Schweiz	85
Abbildung 12: Anteil der Versicherten nach Versicherungsmodell in der Schweiz.....	88
Abbildung 13: Patientenzufriedenheit bei Erwachsenen im Jahr 2018 anhand ANQ-Messungen.	96
Abbildung 14: Ergebnisse der Qualitätsevaluation 2018	100
Abbildung 15: Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden	104
Abbildung 16: Versicherte nach Krankenversicherungstarif in den Niederlanden im Jahr 2020 (in %)	106
Abbildung 17: Der Wettbewerbsrahmen in den Niederlanden	108
Abbildung 18: Einbettung ausgewählter Public-Reporting-Portale in den Niederlanden	112
Abbildung 19: Vergleich der Basis-Krankenversicherungstarife von Zilveren Kruis... ..	119
Abbildung 20: Entwicklung des Anteils der Versicherten in Verträgen mit Elementen des selektiven Kontrahierens in den Niederlanden.....	122
Abbildung 21: Medicare-Finanzierungsanteile in % (Jahr 2017).....	132
Abbildung 22: Wettbewerbsrahmen im Medicare-Bereich in den USA	136
Abbildung 23: Verteilung der Ärzte im PVBPM-Programm im Finanzjahr 2017	155
Abbildung 24: Umgang mit zu bewertenden Thesen in Delphi-Befragung.....	170
Abbildung 25: Studiendesign Delphi-Befragung.....	172

Abbildung 26: Beispielhafte Darstellung der Gruppenmeinung als Feedback	178
Abbildung 27: Vergleich der Panelzusammensetzung nach Akteursgruppen vor/nach Durchführung der ersten Befragungsrunde	184
Abbildung 28: Vergleich der Panelzusammensetzung nach Akteursgruppen vor/nach Durchführung der zweiten Befragungsrunde	186
Abbildung 29: Alters- und Geschlechterverteilung der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde	188
Abbildung 30: Alters- und Geschlechterverteilung der Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde	189
Abbildung 31: Höchster Bildungsabschluss und Profession der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde	191
Abbildung 32: Bildungsabschluss und Profession der Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde	192
Abbildung 33: Konsentierete Kernaussagen zum Status quo des Qualitätswettbewerbs.....	194
Abbildung 34: Konsentierete Kernaussagen zum Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente	196
Abbildung 35: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument der Qualitätsmessung...	197
Abbildung 36: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument der Qualitätstransparenz/PR	198
Abbildung 37: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument des selektiven Kontrahierens	199
Abbildung 38: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument des P4P.....	200
Abbildung 39: Konsentierete Kernaussagen zur ordnungspolitischen Einbettung	201
Abbildung 40: Konzeptvorschlag zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland.....	230
Abbildung 41: Zusammenwirken bestehender und ergänzender Messindikatoren im Indikationsbereich Hüft-TEP	243
Abbildung 42: Schematischer Fluss der Qualitätsinformationen.....	244

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Variablen beim Einsatz von Qualitätsindikatoren.....	29
Tabelle 2: Ausgewählte Strukturdaten der internationalen Vergleichsländer	67
Tabelle 3: Minimum-Maximum-Verteilung der Indikatoren/Parameter aus dem Qualitätsbericht des AQUA-Instituts für die Hüft-TEP (Datenbasis: Jahr 2014).....	73
Tabelle 4: Hypothese und Fragestellungen des internationalen Vergleichs	77
Tabelle 5: Analyseschema des internationalen Vergleichs.....	79
Tabelle 6: Übersicht über die Qualitätsmessungen des ANQ.....	93
Tabelle 7: Überblick ausgewählter PR-Portale in den Niederlanden	113
Tabelle 8: Vergütungssystematik der Hausärzte.....	124
Tabelle 9: Grundlegende Informationen zum modularen Medicare-Aufbau.....	129
Tabelle 10: Nationale Qualitätsstrategie aus dem ACA.....	134
Tabelle 11: Übersicht über die Elemente zur Kalkulation des Overall ratings auf Hospital Compare.....	141
Tabelle 12: Beispielhafte Qualitätsindikatoren auf Physician Compare	143
Tabelle 13: Prozentuale Verteilung der Hospitalisierungen (keine Notfälle) nach Medicare Versicherungsform (2012-2016).....	147
Tabelle 14: Zeitliche Abfolge der P4P-Programme im Medicare-Bereich und zugehörige Gesetzgebungsverfahren	149
Tabelle 15: Gewichtung der Qualitätsdimensionen im HVBP-Programm nach Haushaltsjahren.....	150
Tabelle 16: Finanzielle Auswirkungen der Medicare-P4P-Programme im akutstationären Bereich im Haushaltsjahr 2016.....	151
Tabelle 17: Varianten von Expertenbefragungen	166
Tabelle 18: Arten und Spezifika von Delphi-Befragungen	167
Tabelle 19: Einschlusskriterien Expertenpanel.....	174
Tabelle 20: Schematischer Aufbau des Fragebogens der ersten Befragungsrunde..	176
Tabelle 21: Schematischer Aufbau des Fragebogens der zweiten Befragungsrunde	179
Tabelle 22: Übersicht der Auswertungsmethodik nach Skalenniveau	182
Tabelle 23: Feldstatistik zur ersten Befragungsrunde	183
Tabelle 24: Teilnahmequoten der ersten Befragungsrunde nach Akteursgruppe	184
Tabelle 25: Feldstatistik zur zweiten Befragungsrunde	185
Tabelle 26: Teilnahmequoten der zweiten Befragungsrunde nach Akteursgruppe	186
Tabelle 27: Teilnehmerzahlen nach Befragungsrunde	187
Tabelle 28: Biographische Daten der Delphi-Befragung.....	190
Tabelle 29: Übersicht Anteile konsentierter Thesen	193

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung	203
Tabelle 31: Thesenspezifische Stabilität des Antwortverhaltens bei kardinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung	208
Tabelle 32: Subgruppenanalysen zu ordinal skalierten Thesen	212
Tabelle 33: Subgruppenanalysen zu kardinal skalierten Thesen im Fragebogenteil 2.1.4	216

Abkürzungsverzeichnis

ACA	Patient Protection and Affordable Care Act
ACO	Accountable Care Organization
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMI	Akuter Myokardinfarkt
ANQ	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
APU	Annual Payment Update
AVM	Alternatives Versicherungsmodell
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Bundesversicherungsamt (seit 2020: Bundesamt für Soziale Sicherung)
CHI-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CMMI	Center for Medicare and Medicaid Innovation
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CQI	Consumer Quality Index
DBC	Diagnosis treatment combination
DICA	Niederländische Institut für klinische Überwachung
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis related groups
EDAC	Excess Days in Acute Care
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GPVG	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
HACRP	Hospital-Acquired Condition Reduction Program
HAQ	Healthcare Quality and Acces Index
HC	Hospital Compare
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment
HHI	Herfindahl-Horschman-Index
HIA	Health Insurance Act
HMO	Health Maintenance Organization
HRRP	Hospital Readmissions Reduction Program

Hüft-TEP.....	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
HVBP.....	Hospital Value-Based Purchasing
ID.....	Identifikationsnummer
IGZ.....	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IQM.....	Initiative Qualitätsmedizin
IQR.....	Inpatient Quality Reporting, Interquartilsabstand
IQTiG.....	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IVM.....	Verantwortungsvoller Arzneimittelgebrauch
IWSB.....	Institut für Wirtschaftsstudien Basel
KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHSG.....	Krankenhausstrukturgesetz
KV.....	Kassenärztliche Vereinigung
KVB.....	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVG.....	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV.....	Verordnung über die Krankenversicherung
MACRA.....	Medicare Access and CHIP Reauthorization Act
MC.....	Grenzkosten
MIPS.....	Merit-Based Incentive Payment System
MU.....	Grenznutzen
NHS.....	National Health Service
NQS.....	Nationale Qualitätsstrategie
NZa.....	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD.....	Organisation for Economic Co-operation and Development
OKP.....	Obligatorisches Versicherungsprinzip
P4P.....	Pay for Performance
PC.....	Physician Compare
PCI.....	Perkutane Koronarintervention
PPO.....	Preferred-Provider-Organization
PQRS.....	Physician Quality Reporting System
PR.....	Public Reporting
PREM.....	Patient-reported experience measure
PROM.....	Patient-reported outcome measure
PVBPM.....	Physician Value-Based Payment Modifier
QI.....	Qualitätsindikator
QSKH-RL.....	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RSA.....	Risikostrukturausgleich
RVIM.....	Nationale Institut für Gesundheitsversorgung und Umwelt

SD	Standardabweichung
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SVR.....	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
SVR-G .	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SWO.....	Solidarische Wettbewerbsordnung
VVG.....	Bundesgesetz über den Versicherungs-Vertrag
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation
WidO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

1 Problemstellung und Aufbau

1.1 Ausgangspunkt der Arbeit

In den letzten Jahren wurden in Deutschland, u.a. bekräftigt durch Reformen wie das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) oder die Einrichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Maßnahmen unternommen, um einen verstärkten Fokus auf eine Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen zu legen. Eine solche verstärkte Zuwendung zu Qualitätsthemen ist dabei nicht nur in Deutschland evident, sondern zeigt sich auch in zahlreichen weiteren internationalen Gesundheitssystemen.¹

Eine Option, die Qualitätsorientierung auf Systemebene zu forcieren, stellt die Stärkung eines Qualitätswettbewerbs dar.² Die operative Umsetzung eines Qualitätswettbewerbs bzw. der zugehörigen qualitätswettbewerblichen Instrumente gestaltet sich dabei als komplexes Vorhaben. Dies ergibt sich aufgrund mehrerer Faktoren: Beispielhaft sei hier angeführt, dass es sich beim Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen um ein multifaktorielles Konstrukt³ handelt und Gesundheit ein Vertrauensgut darstellt, dessen Qualität aufgrund vorliegender Informationsasymmetrien schwierig objektiv beurteilt werden kann.⁴ Gleichzeitig bedarf es zur Erreichung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten⁵ wettbewerblicher Ansätze. Vor dem Hintergrund eines auf dem Prinzip der Solidarität begründeten Gesundheitssystems ist deswegen die ordnungspolitische Einbettung eines Qualitätswettbewerbs von besonderer Bedeutung.

Auch wenn es im deutschen Gesundheitssystem bereits Ansätze eines Qualitätswettbewerbs gibt, liegt hierzu noch kein systematischer und kohärenter Rahmen vor. Im internationalen Kontext, insbesondere in den Ländern Schweiz, Niederlande und USA, existieren hingegen weitreichende Erfahrungen im Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente, welcher aus Patientenperspektive letztlich zu einer Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung beitragen soll.

¹ vgl. van de Ven et al. 2013.

² vgl. Schrappe et al. 2015, S. 173ff.

³ vgl. Donabedian 1980; vgl. Donabedian 1986.

⁴ vgl. Pauly 1988.

⁵ In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit sowie aus Platzgründen die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind die jeweiligen Begrifflichkeiten auf sämtliche Geschlechter bezogen.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Vor dem geschilderten Hintergrund erscheint es zweckmäßig, den Status quo des Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem mit internationalen Referenzländern komparativ zu analysieren. Auf Basis des internationalen Vergleichs können dann Hypothesen formuliert werden, wie der Qualitätswettbewerb in Deutschland weiterentwickelt werden könnte. Diese Thesen sollen unter Einbezug von Experten empirisch untersucht und möglichst konsentiert werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, einen zusammenhängenden Konzeptvorschlag zu formulieren, wie der Qualitätswettbewerb in Deutschland konsistent weiterentwickelt werden könnte. Im Fokus der Untersuchungen stehen dabei der ambulante sowie der akutstationäre Versorgungsbereich im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).⁶ Innerhalb des Konstrukts des Qualitätswettbewerbs liegt der Schwerpunkt auf Instrumenten, die auf dem Leistungsmarkt zu verorten sind.

Um die zugrundeliegende Problem- und Zielstellung zu adressieren, stehen die folgenden vier Forschungsfragen im Mittelpunkt der Arbeit:

- 1) Wie lässt sich ein Qualitätswettbewerb mit Schwerpunkt auf dem Leistungsmarkt auf Basis theoretischer Grundlagen operationalisieren?
- 2) Welche Ausprägung besitzt der Qualitätswettbewerb derzeit im deutschen Gesundheitssystem, insbesondere auf dem Leistungsmarkt?
- 3) Funktionieren die fokussierten Instrumente zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs in internationalen Vergleichsländern? Und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen?
- 4) Welche konsentierten Vorschläge lassen sich auf Grundlage der internationalen Erfahrungen für Deutschland zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs empirisch ableiten?

⁶ Die Fokussierung auf den GKV-Markt geht auf die funktionellen und institutionellen Unterschiede zwischen der GKV und der Privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland sowie auf den dominanten Marktanteil an GKV-Versicherten (im Jahr 2020: 89,4 % der deutschen Bevölkerung) zurück (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021c).

1.3 Gang der Arbeit

Die vorliegende Arbeit setzt sich aus einer theoretischen und einer empirischen Komponente zusammen. Diese ergänzen sich dabei wechselseitig, um letztlich Weiterentwicklungsvorschläge zum Qualitätswettbewerb in Deutschland zu skizzieren.

Zunächst werden im Teil I der Arbeit Grundlagen und das theoretische Konstrukt des Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen umrissen sowie Einsatzfelder und fokussierte qualitätswettbewerbliche Instrumente beschrieben. Zur weiteren theoretischen Fundierung des Forschungsthemas erfolgt eine Darstellung bestehender Konzepte zur Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs.

Der daran anschließende Teil II untersucht nach einem systematischen qualitativen Forschungsansatz den Status quo des Qualitätswettbewerbs sowohl in Deutschland als auch in ausgewählten internationalen Vergleichsländern. Dabei werden insbesondere die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen und der Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente fokussiert.

Auf Basis der in Teil II abgeleiteten Erkenntnisse und Hypothesen erfolgt in Teil III die Beschreibung der durchgeführten Delphi-Befragung. Insofern kann der qualitativ geprägte Teil II der Arbeit als Vor-Studie für die Delphi-Befragung verstanden werden, die einem stärker quantitativem Forschungsansatz folgte. Nach deskriptiver Schilderung der Methodik sowie des Vorgehens werden die Ergebnisse der Delphi-Befragung vorgestellt. Hier liegt der Schwerpunkt auf den in der Befragung zwischen den teilnehmenden Experten konsentierten Inhalten.

Teil IV mündet in der Formulierung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland. Hier werden erneut die in Teil III konsentierten Inhalte der Delphi-Befragung aufgegriffen und ein konzeptionell konsistenter Rahmen entworfen.

Die Arbeit endet in Teil V mit einer Zusammenführung der gewonnenen Erkenntnisse und einem abschließenden Ausblick.

**TEIL I:
GRUNDLAGEN UND THEORIE DES
QUALITÄTSWETTBEWERBS**

2 (Qualitäts)-Wettbewerb im Gesundheitswesen

2.1 Besonderheiten des Marktes

Um sich der Begrifflichkeit des Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen anzunähern, sind zunächst Faktoren zu analysieren, durch welche sich das Gesundheitswesen aus wettbewerblicher Perspektive von anderen Märkten signifikant unterscheidet.⁷ Auch wenn die theoretische Annahme eines absoluten Marktes mit vollständiger Information aller Akteure in der Realität in der Reinform auf den unterschiedlichen Märkten kaum zutrifft, spricht man bei Gesundheitsgütern von einem besonders ausgeprägten Marktversagen bzw. einer nicht optimalen allokativen Effizienz.⁸

Dieses Marktversagen lässt sich auf mehrere Aspekte zurückführen. Die Berücksichtigung dieser Besonderheiten ist essenziell, um in der Folge das theoretische Konstrukt des Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen zielführend skizzieren und einordnen zu können. Dabei wird an dieser Stelle selektiv auf besonders relevante Aspekte eingegangen, ohne den Anspruch einer vollumfassenden Darstellung zu erheben:

Erstens existieren auf dem Markt der Gesundheitsgüter Evidenzen, die auf eine geringe Preiselastizität der Nachfrage hindeuten. Diese Elastizität wird sowohl von der Art und Spezifität der Gesundheitsgüter als auch der Funktionsweise des nationalen Gesundheitssystems beeinflusst.⁹ Je höher der über eine Krankenversicherung abgesicherte Leistungsanteil ist, desto niedriger ist die Preiselastizität der Nachfrage. Generell ist die Preiselastizität bei ambulanten Leistungen höher als bei stationären Leistungen.¹⁰

Zweitens schränken zwischen Marktakteuren besonders ausgeprägte Informationsasymmetrien und unvollständige Informationen die Grundvoraussetzungen eines vollkommenen Marktes im Gesundheitswesen ein.¹¹ Diese Logik spiegelt sich in der Principal-Agent-Theorie wider. Die Beschaffenheit der Informationsasymmetrien und der bestehenden Principal-Agent-Beziehungen im Gesundheitswesen zeigt sich v.a. im

⁷ vgl. Passon und Siegel 2010; vgl. Goddard, 2015, S. 567; vgl. Siciliani et al. 2017, S. 5.

⁸ vgl. Breyer et al. 2013, S. 179ff.

⁹ vgl. Ringel et al. 2002; vgl. Ellis et al. 2017; vgl. Pendzialek et al. 2016.

¹⁰ vgl. Keeler und Rolph 1988.

¹¹ vgl. Passon und Siegel 2010, S. 123f.

Verhältnis zwischen Leistungserbringer¹² und Patient sowie im Verhältnis zwischen Patient und Kostenträger.¹³

Die Principal-Agent-Theorie geht als institutionenökonomisch motivierter Ansatz davon aus, dass der Patient im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient den weniger informierten Prinzipal darstellt. Informationsasymmetrien zu Ungunsten des Patienten existieren beispielhaft in den Bereichen der Indikationsstellung, der Auswahl der adäquaten Behandlungsoption sowie der zu erwartenden Outcomes der Behandlung. Dies führt dazu, dass der Patient die Entscheidung über seine medizinische Behandlung in den Verantwortungsbereich des Leistungserbringers übergibt. Der behandelnde Leistungserbringer tritt durch seinen höheren Informationsstand als Agent auf.¹⁴ Die Principal-Agent-Problematik tritt auf, wenn sowohl Prinzipal als auch Agent jeweils als homo oeconomicus agieren und dabei versuchen, bei voneinander abweichenden Nutzenfunktionen, ihren individuellen Nutzen zu maximieren.¹⁵

Im Verhältnis zwischen Patienten und Krankenversicherer besteht der Informationsvorsprung zugunsten des Patienten. Dieser ist i.d.R. bei Vertragsabschluss über seinen eigenen Gesundheitszustand besser informiert als dessen Krankenversicherer. Eine solche asymmetrische Verteilung von Informationen kann bei fehlendem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot in Krankenversicherungsmärkten zu Effekten der adversen Selektion und zu einer Unterversicherung „guter“ Risiken führen.¹⁶

Drittens fehlt dem Patienten i.d.R. die Möglichkeit, die Qualität einer konkreten medizinischen Dienstleistung sachgerecht beurteilen zu können.¹⁷ Gesundheitsgüter werden deswegen auch als Vertrauensgüter bezeichnet.¹⁸ Demnach kann bei diesen Gütern die Qualität vom Konsumenten - wenn überhaupt - erst nach häufiger Konsumtion und ggf. einem erhöhten monetären Ressourceneinsatz eingeschätzt werden.¹⁹

¹² Als Leistungserbringer werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit alle Anbieter ärztlicher Leistungen verstanden, die entweder im ambulanten oder im akutstationären Versorgungsbereich verortet sind. Alle weiteren Ausführungen und Analysen, bei denen bestimmte Versorgungssettings oder -bereiche adressiert werden, beziehen daher auch explizit nur diese beiden Versorgungsbereiche mit ein. Darüber hinausgehende Leistungserbringer und Versorgungsbereiche, z.B. die Pflegeversorgung oder Rehabilitation, liegen hingegen nicht im Fokus.

¹³ vgl. Ryan 1994; vgl. Gaynor 1994; vgl. Schneider 2012, S. 449f.

¹⁴ vgl. Arrow 1985.

¹⁵ vgl. Sauerland 2001, S. 129.

¹⁶ vgl. Blenk et al. 2016, S. 7; vgl. Akerlof 1970.

¹⁷ vgl. Arrow 1963, S. 949; vgl. Sauerland 2001, S. 129.

¹⁸ vgl. Pauly 1988.

¹⁹ vgl. Darby und Karni 1973, S. 69.

Selbst wenn der Patient die Qualität der medizinischen Dienstleistungen sachgerecht beurteilen könnte und seine Wahlentscheidungen bzgl. der Leistungserbringer danach ausrichten würde, besteht das Risiko, dass Leistungserbringer mit einer Absenkung der Qualität und/oder einer Unterversorgung bei weniger profitablen Patienten (Skimping) und einer Steigerung der Qualität und/oder Überversorgung bei profitablen Patienten reagieren könnten (Cream Skimming).²⁰

Diese Marktbesonderheiten führen dazu, dass Nachfrageentscheidungen im Gesundheitswesen, welche auf industriellen Märkten maßgeblich durch die Konsumenten und deren Präferenzen selbst getroffen werden, partiell auf die Leistungserbringer bzw. Agenten übertragen werden. Der Leistungserbringer tritt dabei in einer Doppelrolle auf: Zum einen als Anbieter der medizinischen Dienstleistung, zum anderen als beratender Agent bei der Entscheidungsfindung über die nachgefragte Leistung des Patienten.²¹ Die hier ausschnitthaft skizzierten Konstellationen spielen zugleich auch eine relevante Rolle beim Einsatz eines Qualitätswettbewerbs - beispielhaft, wenn es darum geht, Patienten zu einer informierten und qualitätsabhängigen Leistungserbringerwahl zu befähigen.

2.2 Wettbewerb als Steuerungsinstrument

Die in 2.1 formulierten Besonderheiten des Marktes im Gesundheitswesen lassen die Frage aufkommen, ob Wettbewerb im Gesundheitswesen ein nachhaltiges Steuerungsinstrument darstellen kann, oder ob ein solcher aufgrund der zahlreichen Marktrestriktionen die intendierten Ziele einer effizienten und zugleich qualitativ hochwertigen Versorgung gar nicht erreichen kann.

Wettbewerb erfüllt zahlreiche ökonomische Funktionen. Neben der Allokations-, Innovations-, Anpassungs-, Verteilungs- und Kontrollfunktion ist dies v.a. die Steuerungsfunktion.²² Dabei bewirkt der Wettbewerb, dass sich das Angebot am Markt an Konsumentenpräferenzen ausrichtet. Auch wenn Wettbewerb stets einer gewissen Regulierung bedarf, um neben ökonomischen Funktionen auch gesetzte gesellschaftliche Erfordernisse und Normierungen zu erfüllen, ist das Instrument des Wettbewerbs im Gesundheitswesen als Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge samt Gemeinwohlverpflichtungen²³ gesondert zu analysieren.

²⁰ vgl. Ellis 1998, S. 538.

²¹ vgl. Breyer et al. 2013, S. 189f.

²² vgl. Greiner 2011, S. 3.

²³ vgl. Albrecht 2018, S. 6.

Dass das Gesundheitswesen als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge verstanden wird, findet v.a. in westeuropäischen Gesundheitssystemen darin seinen Niederschlag, indem neben dem häufig zur Anwendung kommenden Instrument des Wettbewerbs parallel auch das Prinzip der Solidarität Geltung entfaltet. In den USA ist dieses Prinzip der Solidarität in der Gesundheitsversorgung hingegen deutlich schwächer ausgeprägt.²⁴

Die beiden Prinzipien Wettbewerb und Solidarität besitzen divergierende Zielsetzungen und Handlungslogiken. Während Wettbewerb darauf abzielt, über eine ökonomische Rationale eine größtmögliche Effizienz eines Faktoreinsatzes sowie eine individuelle Nutzenmaximierung zu erzielen²⁵, verfolgt Solidarität im Gesundheitswesen das Ziel, dass möglichst alle Versicherten bzw. Patienten die gleiche adäquate medizinische Versorgung erhalten, ungeachtet deren Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko.²⁶ Zudem impliziert ein solidarisch angelegtes Gesundheitssystem, dass sich die Ressourcenallokation nicht an der Zahlungsbereitschaft der Versicherten bzw. Patienten orientiert und daher der Faktor Einkommen nicht über den Zugang zu Versorgungsleistungen entscheidet.²⁷

Daher ergibt sich die Fragestellung, inwiefern Wettbewerb im Gesundheitswesen als Steuerungsinstrument nachhaltig eingesetzt werden kann. Auf der einen Seite existieren Kritiker einer Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen. Diese argumentieren, dass durch die Besonderheiten des Marktes im Gesundheitswesen (s. 2.1) entscheidende Voraussetzungen fehlen, um einen effizienten Wettbewerb um das Gut Gesundheit zu implementieren. Ebenso dürfe Wettbewerb nicht allein auf Kostensenkung angelegt sein, denn ansonsten kommt es zu einer Entkopplung von Qualitäts- und Solidaritätszielen.²⁸

Auf der anderen Seite führt z.B. die Monopolkommission in ihrem Gutachten aus dem Jahr 2017 an, dass es v.a. im Markt der GKV in Deutschland zahlreiche bislang ungenutzte Wettbewerbspotenziale gibt.²⁹ Auch Albrecht weist darauf hin, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen nutzenstiftende Effekte generieren kann. Dies wird durch die hohe Komplexität von Gesundheitsleistungen und -märkten befördert, der am effektivsten mit dezentralen, wettbewerblichen Suchprozessen begegnet werden sollte³⁰, um Ineffizienzen zu vermeiden und gleichzeitig differenzierte

²⁴ vgl. Jost et al. 2006; vgl. Albrecht 2018, S. 8.

²⁵ vgl. Gerlinger und Mosebach 2012, S. 33.

²⁶ vgl. BMG 2021b.

²⁷ vgl. Albrecht 2018, S. 6/8.

²⁸ vgl. Gerlinger und Mosebach 2012, S. 33.

²⁹ vgl. Monopolkommission 2017.

³⁰ vgl. Hayek 1969.

Versorgungsansätze zu schaffen. Ebenso weist Wettbewerb Potenziale auf, wenn zentralisierte regulative Steuerungsansätze ihr Ziel nicht erreichen.³¹

An dieser Stelle muss angeführt werden, dass eine Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen kein Allheilmittel zur Optimierung der Versorgung darstellen kann. Dies kann beispielhaft illustriert werden: Für den zielführenden Einsatz wettbewerblicher Steuerungselemente bedarf es einer ausreichend hohen Anzahl an Leistungserbringern bzw. alternativen Leistungsangeboten für Patienten bzw. Versicherte. Konkret kann hier die ambulant ärztliche Versorgung in ländlich geprägten Regionen genannt werden. Wenn diese Voraussetzung nicht gegeben ist, stellt ein Wettbewerb um Qualität kein geeignetes Instrument dar.³²

Wettbewerb sollte als Instrument daher weder vollständig abgelehnt noch in seiner unregulierten Reinform im Gesundheitswesen Anwendung finden. Vielmehr ist es entscheidend, unter welchen Rahmenbedingungen und in welchem Kontext Wettbewerb angewendet wird, um die Leistungserbringung in Gesundheitssystemen qualitätsorientierter zu organisieren.

2.3 Grundlagen zum Qualitätswettbewerb

2.3.1 Definitionsansätze und Ziele

Wettbewerb im Allgemeinen und im Gesundheitswesen im Speziellen ist ein mit vielen Erwartungen besetzter Begriff. So bezeichnet das BMG „Wettbewerb im Gesundheitswesen [...] [als] keinen Selbstzweck, sondern [...] [als] Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen, muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.“³³ Allein dieser Definitionsansatz macht deutlich, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen ein multidimensionales Konstrukt darstellt, durch dessen Einsatz sich auf mehreren Ebenen der Gesundheitsversorgung Auswirkungen ergeben.

Im Jahr 2020 wurde infolge des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) darüber hinaus der erste Absatz des § 4a des Sozialgesetzbuch (SGB) V dahingehend erneuert, dass „der Wettbewerb der Krankenkassen dem Ziel [dient], das Leistungsangebot und

³¹ vgl. Albrecht 2018, S. 17.

³² vgl. Jacobs 2020, S. 30.

³³ BMG 2021a.

die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen“.

Im Kontext des Gesundheitswesens ist an dieser Stelle die Abgrenzung zwischen einem Qualitäts- und einem Preiswettbewerb vorzunehmen. Während der Qualitätswettbewerb die Qualitätsdimension in den Fokus nimmt, stellt der Preiswettbewerb auf eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung ab, ohne den Fokus auf eine hohe Qualität zu legen.

Im Vordergrund dieser Arbeit steht der Wettbewerb um Qualität. Qualitätswettbewerb ist nach Schrappe „als Konzept zur Steigerung des Wertes der Versorgung auf Systemebene“ zu verstehen, „wenn die Leistungserbringer verstärkt über die Qualität der Leistung konkurrieren.“³⁴ Patienten informieren sich über die Qualität der Leistungserbringer und wählen diese danach aus.³⁵

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) setzt mit seinem Definitionsansatz genereller an und sieht den Qualitätswettbewerb als Instrument an, das aus normativer Sicht dazu dienen soll, „über eine verbesserte Versorgung die gesundheitlichen Outcomes, d.h. Lebenserwartung und Lebensqualität, und damit die Wohlfahrt der Versicherten zu erhöhen.“³⁶ Dieser Ansatz zielt v.a. auf die Effekte und den Nutzen eines Qualitätswettbewerbs auf Patienten ab. Krankenkassen verfolgen im Kontext eines Qualitätswettbewerbs das Ziel, sich zu differenzieren und mittel- bis langfristig auch Kosten einzusparen. Bei Leistungserbringern soll ein Qualitätsbewusstsein geschaffen werden. Dies kann u.a. auch über monetäre Anreize geschehen.³⁷

Eine weitere Definition des Qualitätswettbewerbs, die dessen Beitrag auf Systemebene adressiert, stammt erneut von Schrappe. Demnach stellt „Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen eine auf der Konkurrenz von zwei oder mehreren Anbietern von Gesundheits- und/oder Versicherungsleistungen basierende Strukturgestaltung der Gesundheitsversorgung dar, die das Ziel einer Qualitätsverbesserung auf Ebene des Gesundheitssystems verfolgt.“³⁸

Porter und Teisberg stellen fest, dass der Qualitätswettbewerb sich einerseits „auf die Perspektive der Krankenversicherer [bezieht], die ein Interesse daran haben, sich auf dem Markt auch bzgl. Qualität ihrer Versicherungsangebote zu positionieren und damit

³⁴ Schrappe 2015, S. 173.

³⁵ Diese Annahmen beruhen auf der rational-choice-Theorie und implizieren ein rationales Verhalten von Patienten und anderen Beteiligten, eine Wirksamkeit externer Motivationsanreize und der Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren (vgl. Angell und Kassirer 1996).

³⁶ SVR-G 2012, Tz. 33.

³⁷ vgl. ebd.

³⁸ Schrappe 2018, S. 219.

Versicherte anzuziehen. Andererseits bezieht sich der Qualitätswettbewerb auf die Perspektive der konkurrierenden Leistungserbringer, die sich an ihrer Leistungsqualität messen und damit insgesamt eine qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung zugunsten der Versicherten bewirken sollen.“³⁹

Nach Albrecht kann Wettbewerb im Gesundheitswesen sowohl patienten- als auch kostenträgerzentriert ausgestaltet sein.⁴⁰ Der patientenzentrierte Wettbewerb bezieht sich dabei verstärkt auf das Verhältnis zwischen Patienten und Leistungserbringern. Durch diverse Instrumente (z.B. Qualitätstransparenz oder Selbstbeteiligungen) soll die Marktposition der Nachfrager gestärkt werden. Der Patient soll über Anreize zu einem Abbau der Informationsasymmetrien an Souveränität gewinnen und dadurch zu einer wettbewerblichen Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung beitragen. Dagegen steht der Ansatz des kostenträgerzentrierten Wettbewerbs. Dabei liegt der Fokus auf den Beziehungen zwischen Kostenträgern und Patienten sowie Leistungserbringern. Der Ansatz gründet auf einer Skepsis der Funktionalität einer Steigerung der Konsumentensouveränität. Krankenkassen sollen Anreize erhalten, deren Sachwalterfunktion gegenüber den Versicherten optimal zu erfüllen. Dazu benötigen die Kostenträger aber weitgehende Gestaltungsmöglichkeiten.

Diese Auswahl der unterschiedlichen Definitionsansätze verdeutlicht zum einen die verschiedenen Ebenen und die Vielschichtigkeit der Begrifflichkeit des Qualitätswettbewerbs. V.a. wird sowohl die Verortung des Qualitätswettbewerbs zwischen Leistungserbringern als auch im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern deutlich. Zum anderen wird ersichtlich, dass über einen Qualitätswettbewerb primär eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistungserbringung mithilfe wettbewerblicher Elemente und Instrumente erzielt werden soll. Dies kann sekundär dann auch in effizienzsteigernden Effekten münden.

Die beschriebenen Definitionen und Zielstellungen eines Qualitätswettbewerbs zusammenfassend, wird für die vorliegende Arbeit folgende Definition des Qualitätswettbewerbs zugrunde gelegt:

³⁹ Porter und Teisberg 2006.

⁴⁰ vgl. Albrecht 2018, S. 12f.; vgl. Boone und Douven 2014; vgl. Mikkers und Ryan 2014.

Übergeordnetes Ziel des Qualitätswettbewerbs ist es, dass der Wettbewerb auf die Qualität abzielt. Über den Einsatz wettbewerblich orientierter Instrumente kann die Qualität der medizinischen Versorgung auf Systemebene weiterentwickelt und dadurch gleichzeitig Impulse zu einer kosteneffektiven Gesundheitsversorgung ausgelöst werden. Dabei interagieren Kostenträger und Leistungserbringer miteinander. Patienten können auf Grundlage von Qualitätsinformationen eine informierte Entscheidung treffen und wählen Leistungserbringer qualitätsgetrieben aus.

2.3.2 Theoretisches Modell

Zur Beschreibung des theoretischen Konstrukts des Qualitätswettbewerbs und den vom Wettbewerb ausgehenden Anreizen auf die Qualität dient nachfolgendes theoretisches Modell.⁴¹ Dieses fokussiert auf die medizinischen Leistungserbringer als Marktakteure. Dabei wird Hotellings Gesetz⁴² zugrunde gelegt.⁴³

Modellhaft wird von einem Duopol zweier Leistungserbringer (LE_i), indexiert durch $i \in \{1, 2\}$, ausgegangen. Die geographische Entfernung der Patienten zu beiden Leistungserbringern sei exakt gleich groß. Jeder der Leistungserbringer kann sein Qualitätslevel $r_i \geq 0$ setzen, wobei eine Qualitätserhöhung mit höheren Investitionskosten einhergeht. Die beiden Leistungserbringer bieten jeweils nur eine inhaltlich identische Leistung an, für welche die Vergütung p extern reguliert sei. Die Kosten je behandeltem Patient c seien konstant.

Der Anreiz für die beiden Leistungserbringer, die Qualität der eigenen Leistungserbringung zu erhöhen, ergibt sich aus einem daraus resultierenden Nachfrageanstieg, sofern die Patienten den Qualitätsanstieg wahrnehmen und danach handeln. Gleichzeitig geht die Nachfrage nach der identischen Leistung des konkurrierenden Leistungserbringers, der die Qualität seiner Leistung nicht gesteigert hat, zurück. Der Leistungserbringer wird die Qualität seiner Leistung so lange erhöhen, und daher versuchen seinen Nutzen zu maximieren, wie der Grenznutzen MU mindestens den Grenzkosten MC entspricht.⁴⁴ Der Grenznutzen resultiert aus den Erlösen zusätzlicher Patienten, die Grenzkosten hingegen aus den Investitionen in die Qualitätserhöhung. Ergänzend sei hier zu erwähnen, dass die Grenzkosten zur

⁴¹ vgl. Sivey und Chen 2019.

⁴² vgl. Hotelling 1929.

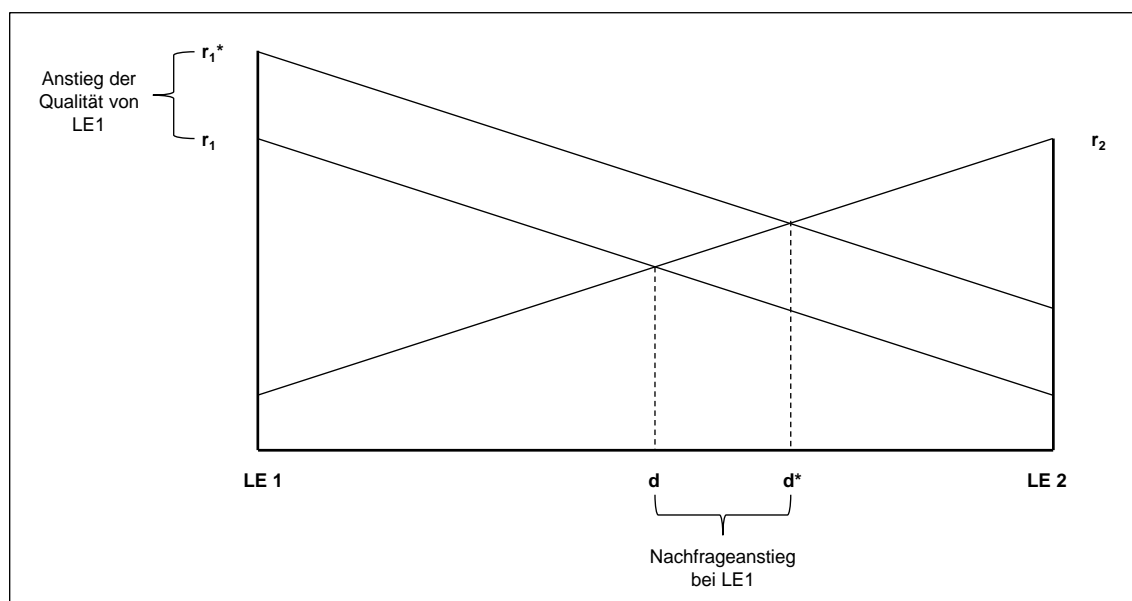
⁴³ Hotellings Gesetz besagt, dass rational handelnde Produzenten ihre Produkte im Vergleich zu ihren Wettbewerbern so ähnlich wie möglich gestalten.

⁴⁴ s. hierzu auch Brekke et al. 2006.

Erhöhung der Qualität um je eine Maßeinheit mit ansteigendem Qualitätslevel zunehmen.

Das beschriebene Szenario wird in Abbildung 1 modellhaft skizziert. Zunächst besitzen beide Leistungserbringer eine gleich hohe Qualität der Leistungserbringung. LE₁ erhöht dann - ceteris paribus - die Qualität von r_1 auf r_1^* , während LE₂ sein Qualitätslevel r_2 unverändert belässt. Dadurch ergibt sich für LE₁ ein Nachfrageanstieg von d nach d^* . Die Nachfrage nach Leistungen von LE₂ sinkt hingegen konkludent, da LE₂ seine Qualität nicht erhöht. Hier gilt gleichzeitig die Annahme, dass bei LE₁ im Rahmen der Qualitätserhöhung stets $MU \geq MC$ gilt.

Abbildung 1: Modellhafter Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität zweier Leistungserbringer



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Sivey und Chen (2019).

Die Logik des Modells kann vom dargestellten Beispiel des Qualitätswettbewerbs zwischen medizinischen Leistungserbringern abstrahiert und im Grundgedanken auch auf Kostenträger übertragen werden. Diese setzen sich unter Gesichtspunkten eines Qualitätswettbewerbs z.B. zum Ziel, sowohl hinsichtlich der angebotenen Servicequalität oder des Leistungsportfolios - in Leistungsbereichen mit vorhandenem individuellem Gestaltungsspielraum - die eigene Qualität der Versorgung unter Ressourceneinsatz zu optimieren bzw. Maßnahmen und Investitionen zur Qualitätssteigerung der Versorgung vorzunehmen. Dadurch sollen Marktvorteile geschaffen werden, die u.a. in der Gewinnung neuer Versicherter münden können. Auch hier gilt die Restriktion, dass solche Maßnahmen nur so lange ökonomisch sinnvoll sind, wie $MU \geq MC$.

Insgesamt zeigt das theoretische Modell, die hinterlegten Annahmen vorausgesetzt, dass vom Wettbewerb um Qualität, sowohl zwischen Leistungserbringern als auch

zwischen Kostenträgern positive Anreize zur Steigerung der Qualität ausgehen können.⁴⁵ An dieser Stelle sei angeführt, dass die Komplexität der realiter vorliegenden Versorgungssituationen in der beschriebenen Modellogik nicht vollumfänglich dargestellt werden können. Dies wiederum kann dazu führen, dass ein Wettbewerb um Qualität in der Theorie zwar als nutzenstiftend beurteilt werden kann, der konkrete Einsatz in der Versorgungspraxis sich allerdings komplexer gestalten kann.

2.3.3 Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen

Die Begrifflichkeit der Qualität ist, im Vergleich zur industriellen Produktion, im Gesundheitswesen gesondert zu betrachten. Diese Notwendigkeit korreliert erneut mit den eingangs beschriebenen Besonderheiten des Marktes im Gesundheitswesen (s. 2.1).

Qualität hat im internationalen Vergleich in den verschiedenen Gesundheitssystemen sowohl unterschiedliche Präsenz als auch zugrunde liegende Verständnisse. Während Qualität im Gesundheitssystem der USA bereits seit Anfang der 1990er-Jahre eine prominente Rolle einnimmt⁴⁶, gewinnt die Thematik in Deutschland beispielsweise seit etwas mehr als zehn Jahren immer mehr an Bedeutung (z.B. über Einrichtung des IQTiG oder der Einführung der externen Qualitätssicherung im stationären Sektor sowie durch das KHSG).

Qualität kann, und das ist kein singuläres Spezifikum im Gesundheitswesen, nicht empirisch abgeleitet werden, sondern bedarf einer theoretischen Normierung.⁴⁷ Qualität ist v.a. im Gesundheitswesen - verstärkt durch die multiplen vorhandenen Informationsasymmetrien - als schwer messbares bzw. latentes Konstrukt zu bezeichnen.⁴⁸

Bei der Begrifflichkeit der Qualität ist zwischen unterschiedlichen Perspektiven zu unterscheiden. Zum einen ist hier der Blickwinkel zu nennen, der die Qualität von erbrachten medizinischen Gesundheitsleistungen adressiert (Mikroebene). Zum anderen sei die Qualität eines Gesundheitssystems als Ganzes genannt (Makroebene).

⁴⁵ vgl. Gaynor et al. 2012, S. 50.

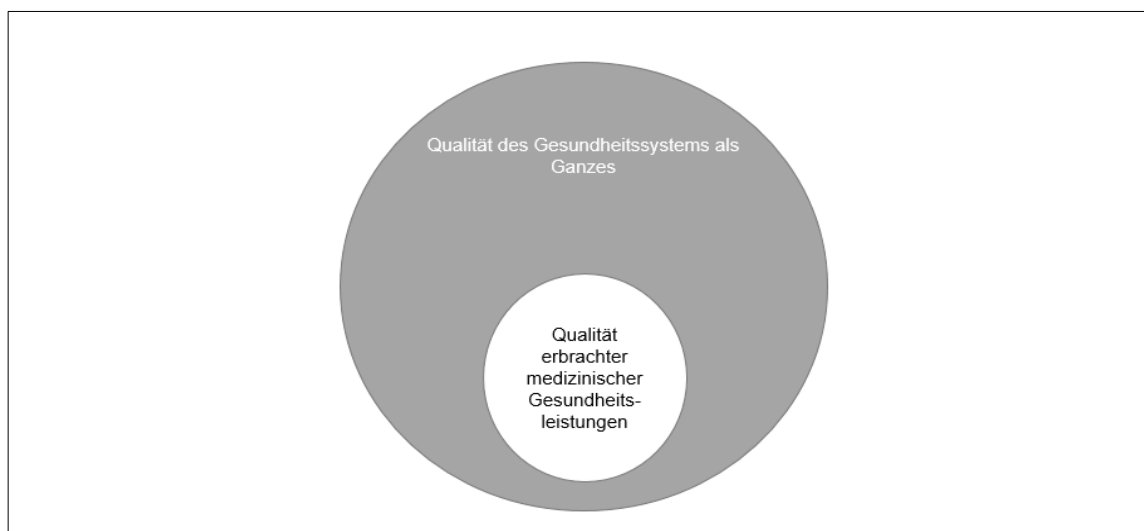
⁴⁶ vgl. Schrappe 2015, S. 175.

⁴⁷ vgl. Hensen 2016, S. 25/27.

⁴⁸ vgl. Schrappe 2010, S. 271; vgl. Manouguian et al. 2010.

Hier spricht man häufig auch von der Leistungsfähigkeit bzw. Performance eines Gesundheitssystems.

Abbildung 2: Perspektiven des Qualitätsbegriffs im Gesundheitswesen



Quelle: Busse et al. (2019), S. 12.

Während bei der Mikroebene auf eine explizite Leistung bzw. Indikation eingeschränkt wird, fokussiert die Gesundheitssystemperspektive auf stärker aggregierte Ziele. Dies können z.B. die Erreichung einer effizienten, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung oder eines guten Zugangs der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen sein. Insofern kann die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen als eine Komponente angesehen werden, welche die Qualität des Gesundheitssystems mit beeinflusst⁴⁹ (s. Abbildung 2).

Die Qualität erbrachter Gesundheitsleistungen kann über Indikatorenkonzepte transparent gemessen und dadurch objektiviert werden. Damit will man das explizite Verständnis von Qualität hervorheben. Dieses geht davon aus, dass die Messung, die Kommunikation und der Vergleich von Qualität durch externe Stellen erfolgen und die Verantwortung der Qualität einer Gesundheitsleistung bei den Leistungserbringern liegt. Relevant im Kontext von Indikatorenkonzepten ist, dass die Ergebnismessung und eine ggf. darauf aufbauende qualitätsorientierte Vergütung stark von der Güte der verwendeten Indikatoren abhängen.⁵⁰

Dem hingegen steht das implizite Verständnis von Qualität gegenüber. Dieses spiegelt die Sichtweise der am Prozess einer Gesundheitsleistung beteiligten Professionen wider und geht davon aus, dass intern gesetzte Standards ausreichend sind, um eine hohe Qualität in der medizinischen Leistungserbringung zu erreichen. Für Qualitätsdefizite

⁴⁹ vgl. Busse et al. 2019, S. 11ff.

⁵⁰ vgl. Pross et al. 2017b.

werden in diesem Kontext Veränderungen im Umfeld der Leistungserbringung angesehen.⁵¹

Der Qualitätsbegriff wird im Gesundheitswesen über verschiedene Konzepte operationalisiert und dadurch analysierbar gemacht. An dieser Stelle wird auf zwei ausgewählte Modelle eingegangen. Zum einen auf das Modell von Maxwell, der Qualität in der Gesundheitsversorgung anhand von sechs Dimensionen darstellt⁵², zum anderen auf das häufig zitierte Qualitätskonzept von Donabedian.⁵³

Maxwell entwickelt einen Zugang zum Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen, indem er sechs Dimensionen definiert, über die Qualität operationalisiert werden kann. Dabei wird akzentuiert, dass Qualität als mehrdimensionales Konzept anzusehen ist.⁵⁴ Das Konzept nimmt eine Makro-Perspektive auf das Gesundheitssystem ein. Folgende sechs Dimensionen sind Bestandteile des Konzepts:⁵⁵

- **Zugänglichkeit** (Access to service) als abstrakte Dimension, die Aspekte wie die Zahlungsfähigkeit oder Wartezeiten von Patienten umfasst und der Frage nachgeht, ob jeder Patient, der eine medizinische Leistung benötigt, diese auch bekommen kann.
- **Relation zu den Bedarfen** (Relevance to need) soll erfassen, ob die Leistung bzw. der Umfang der Leistung auch dem vorliegenden medizinischen Bedarf des Patienten gerecht werden.
- **Effektivität** (Effectiveness) geht als Dimension auf das Ergebnis einer erbrachten Leistung ein und stellt daher die technische Qualität in den Vordergrund.
- **Gleichheit** (Equity) geht der Fragestellung nach, ob alle Patienten bei gleichen Bedarfen in gleicher Art und Weise behandelt werden, oder ob es zu Diskriminierungseffekten kommt.
- **Soziale Akzeptanz** (Social acceptability) beleuchtet die Rahmenbedingungen, unter denen eine medizinische Leistung zur Verfügung gestellt wird.
- **Effizienz** (Efficiency and economy) zielt darauf ab zu prüfen, ob die Leistungen ökonomisch sinnvoll erbracht werden und daher der Ressourceneinsatz zum erzielten Ergebnis in einem angemessenen Verhältnis steht.

⁵¹ vgl. Schrappe 2010, S. 269.

⁵² vgl. Maxwell 1984.

⁵³ vgl. Donabedian 1980; vgl. Donabedian 1986.

⁵⁴ vgl. Maxwell 1984, S. 1471.

⁵⁵ vgl. Hensen 2016, S. 23f.

Ein weiteres, sehr verbreitetes Konzept, um sich dem Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen anzunähern, stellt das Modell von Donabedian dar.⁵⁶ Dabei wird stärker die Perspektive der Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen analysiert, indem die Qualität zunächst in drei Teilbereiche bzw. Ebenen untergliedert, nämlich in die technische Qualität der Behandlung gemäß dem neuesten Stand der Wissenschaft (Technical quality), die Qualität der persönlichen Beziehungen zum medizinisch-pflegerischen Personal (Interpersonal quality) sowie die Umgebungsqualität (Amenities).⁵⁷

Der bekanntere, von Donabedian begründete Ansatz, besteht allerdings in der sequentiellen, phasenorientierten Betrachtungsweise der Erstellung bzw. Erbringung medizinischer Leistungen. Daraus ergeben sich die drei Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität⁵⁸ (s. Abbildung 3).

Die **Strukturqualität** beschreibt alle strukturellen Voraussetzungen, die für einen Prozess der gesundheitsbezogenen Leistungserstellung notwendig sind. Dies umfasst personenbezogene (z.B. Art, Ausbildung und Qualifikation des Personals), materielle (z.B. räumliche und apparative Ausstattung einer Einrichtung) und organisatorische Elemente (z.B. Aufbauorganisation).⁵⁹

Die **Prozessqualität** bezieht sich auf alle an der gesamten Leistungserbringung beteiligten Teilprozesse (z.B. Anamnese, Diagnose, Behandlung und Nachsorge). Der Fokus liegt dabei auf der Organisation und der Gestaltung des prozessualen Ablaufs (z.B. Leitlinienadhärenz oder zeitkritische Versorgungsabläufe).⁶⁰

Die **Ergebnisqualität** stellt die Resultate einer Leistungserbringung, im medizinischen Kontext oftmals, sofern möglich, durch Endpunkte operationalisiert, dar. Diese Endpunkte können sowohl aus objektiven Kriterien und Indikatoren bestehen (z.B. progressionsfreies Überleben bei einem Medikament gegen eine Krebserkrankung) als auch subjektive Kriterien (z.B. Patientenzufriedenheit) beinhalten⁶¹, wobei letztere aufgrund der Subjektivität kritisch beurteilt werden.⁶² Besonderheit bei den Ergebnisindikatoren stellt die hier notwendige Risikoadjustierung dar. Diese soll Resultate unterschiedlicher Einrichtungen mit unterschiedlichem Patientenkontext (z.B. Altersstruktur, Risikofaktoren) möglichst vergleichbar machen.

⁵⁶ vgl. Donabedian 1980; vgl. Donabedian 1986.

⁵⁷ vgl. Donabedian 1980.

⁵⁸ vgl. Donabedian 1980; vgl. Donabedian 1986.

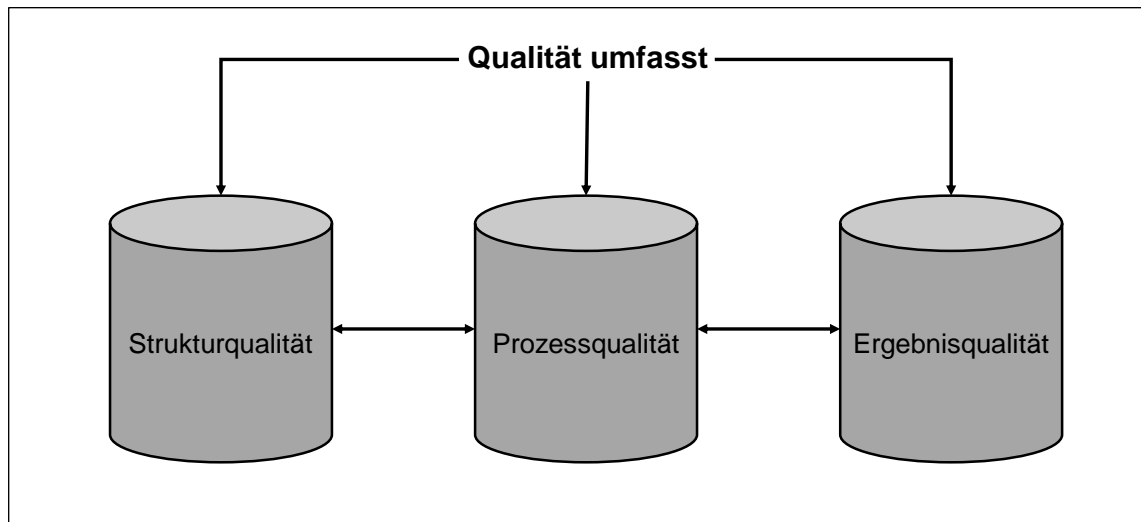
⁵⁹ vgl. Hensen 2016, S. 24f.

⁶⁰ vgl. ebd.

⁶¹ vgl. ebd.

⁶² vgl. Manary et al. 2013.

Abbildung 3: Das Qualitätsmodell nach Donabedian



Quelle: Eigene Darstellung.

Über mögliche Kausalitäten zwischen den Qualitätsdimensionen im Modell von Donabedian können lediglich theoretische Annahmen getroffen werden. So kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Linearität des Modells Interaktionen zwischen Struktur- und Prozessqualität, wie auch zwischen Prozess- und Ergebnisqualität vorliegen. Allerdings kann nicht empirisch belegt werden, dass z.B. eine gute Strukturqualität zwingend zu einer sachgerechten Leistungserbringung auf Prozessebene führt. Vielmehr stellen die definierten Phasen im Modell sowie deren Ablaufgefüge eine notwendige, aber nicht hinreichende Erklärbarkeit für Qualität im Gesundheitswesen dar.⁶³

2.3.4 Literaturreview zum Qualitätswettbewerb

Um den aktuellen Diskurs und Forschungsstand zum Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen abzubilden und daraus Erkenntnisse und Forschungslücken für die weitere Bearbeitung zu identifizieren, wurde im Jahr 2018 ein Literaturreview durchgeführt. Dieser stellte die beiden folgenden Fragestellungen in den Mittelpunkt:

1. Durch welche Instrumente kann ein Qualitätswettbewerb gefördert werden?
2. Trägt ein Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen zu einer Erhöhung der Qualität der Leistungserbringung bei?

Der Review wurde anhand eines erstellten Protokolls durchgeführt. Aus diesem sowie der zugehörigen Dokumentation können u.a. die Methodik, die zugrunde liegende Suchstrategie sowie der Ablauf der Titelselektion nachvollzogen werden. Da es das Ziel

⁶³ vgl. ebd., S. 25f.

war, „Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden [und] Arbeitsdefinitionen zu erstellen“⁶⁴, kommt das Vorgehen dem eines sog. Scoping-Reviews nahe.

Die Fragestellungen greifen auf die in 2.3.1 skizzierte und der Arbeit zugrunde liegende Definition eines Qualitätswettbewerbs zurück. Das bedeutet, dass Studien, welche keinen Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Definition eines Qualitätswettbewerbs vorwiesen, nicht berücksichtigt wurden. Beispielhaft ist hier die in vielen vorliegenden Studien angenommene Definition eines Qualitätswettbewerbs zu nennen, bei der die Marktkonzentration (oftmals operationalisiert über den Herfindahl-Hirschman-Index (HHI)) als unabhängige Variable für eine Verbesserung/Verschlechterung der Qualität der Versorgung gilt. Gleichzeitig wurden keine Studien eingeschlossen, die nicht auf die ambulante und/oder akutstationäre Versorgung abzielen.

Insgesamt war bei der Analyse der eingeschlossenen Artikel eingangs auffällig, dass ein Großteil der Artikel den akutstationären Versorgungsbereich fokussierte. Aus den Studien ließen sich mehrere Instrumente ableiten, die sich zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs eignen und auch bereits in der Praxis international angewendet werden. Neben der Qualitätsmessung als Grundlage sind hier das Instrument des Public Reporting (PR) bzw. eine adäquate Qualitätstransparenz, selektives Kontrahieren sowie Pay for Performance (P4P) zu nennen.⁶⁵ Sauerland und Siciliani et al. stellen in diesem Kontext dar, dass die genannten Instrumente sich gegenseitig ergänzend eingesetzt werden sollten. Ein isolierter Einsatz scheint weniger erfolgsversprechend.⁶⁶

Die praktische Anwendung der Instrumente zur Steigerung des Qualitätswettbewerbs findet im internationalen Kontext recht heterogen statt. Pross et al. schildern, dass es bei der Qualitätsmessung noch größere Ähnlichkeiten zwischen Vergleichsländern gibt, beim PR z.B. sich die Ansätze bereits stärker unterscheiden.⁶⁷ Selbiges bekräftigen auch van de Ven et al.⁶⁸ Dies impliziert, dass die jeweiligen Instrumente stets an die Systematik des nationalen Gesundheitssystems zu adaptieren sind. Dabei ist gleichzeitig ein adäquates Maß zwischen Regulierung und Wettbewerb zu finden.⁶⁹

Zur Frage, ob ein Qualitätswettbewerb die Qualität der Leistungserbringung erhöhen kann, lagen keine eindeutig belastbaren Aussagen vor. Dabei spielen stets zahlreiche

⁶⁴ Von Elm et al. 2019, S. 2.

⁶⁵ vgl. Pross et al. 2017b; vgl. Van den Ven et al. 2013.

⁶⁶ vgl. Sauerland, 2001; vgl. Siciliani et al. 2017.

⁶⁷ vgl. Pross et al. 2017b.

⁶⁸ vgl. van de Ven et al. 2013.

⁶⁹ vgl. Sauerland 2001.

Kontextfaktoren eine beeinflussende Rolle, z.B., ob regulierte oder nicht-regulierte Preise vorliegen.

Diese Kontextfaktoren beeinflussen das Verhalten von Leistungsanbietern angebotsseitig in relevantem Maße.⁷⁰ Hierbei trifft Gaynor die Aussage, dass der ökonomischen Logik folgend, bei regulierten Preisen der Wettbewerbsfokus stärker auf Qualitätsaspekten liegt und daher Wettbewerb in der stationären Versorgung bei regulierten Preisen die Qualität der Versorgung erhöhen kann. Bei nicht-regulierten Preisen kann es sowohl zu einer Steigerung als auch zu einer Absenkung der Qualität kommen.⁷¹ Porter und Teisberg folgern, dass ein Wettbewerb dann die Qualität der Versorgung optimieren kann, wenn dieser sich auf den „value“, also den messbaren Outcome für den Patienten fokussiert.⁷² Um einen solchen Wettbewerb umzusetzen, sind die Marktakteure mit jeweiligen Anreizen bzw. Informationen auszustatten.

Van de Ven et al. schließen, dass sich eine Steigerung eines Qualitätswettbewerbs erst mittelfristig positiv auf die Qualität auswirkt. Denn die Einführung wettbewerblicher Elemente zur Steigerung eines Qualitätswettbewerbs in einem Gesundheitssystem stellt stets ein komplexes Vorhaben dar, das eine gewisse Zeit der nachhaltigen Umsetzung in Anspruch nimmt.⁷³

Den aktuellen Forschungsstand zum Qualitätswettbewerb, unter Eingrenzung auf die eingangs definierten Fragestellungen, zusammenfassend, kann man folgern, dass es Instrumente gibt, über welche ein Qualitätswettbewerb gestärkt werden kann. Beim Einsatz der Instrumente sind die Rahmenbedingungen und der Kontext entscheidend. Wenn der Qualitätswettbewerb mithilfe eines passenden Instrumentariums installiert wird, kann dieser zu einer höheren Qualität der Versorgung führen. Allerdings stellt die Implementierung oder Stärkung von Wettbewerbselementen zur Steigerung der Qualität im Gesundheitswesen stets ein komplexes Vorhaben dar.

⁷⁰ vgl. Bijlsma et al. 2013; vgl. Gaynor 2006.

⁷¹ vgl. Gaynor 2006.

⁷² vgl. Porter und Teisberg 2004.

⁷³ vgl. van de Ven et al. 2013.

3 Ordnungspolitik im Gesundheitswesen

Die Ordnungspolitik stellt eine Disziplin innerhalb der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaften dar. Sie zielt auf die Gestaltung der Wirtschaftsordnung ab und formuliert den Rahmen allgemeiner „Spielregeln“, nach denen die jeweiligen Akteure unter Nutzung vorhandener wettbewerblicher Freiräume operativ handeln können.

Ordnungspolitik besitzt eine langfristig orientierte Leitbildfunktion und dient der Erfüllung gemeinsamer Interessen sowie dem Wohlfahrtserhalt und -ausbau. In Deutschland geht die theoretische und inhaltliche Prägung der Begrifflichkeit der Ordnungspolitik sowie der Ordnungsökonomik insbesondere auf die sog. „Freiburger Schule“ um Eucken und von Hayek zurück.⁷⁴

Durch die Fokussierung auf die Ordnung der Aufgaben und Rollen der Akteure aus einer Makroperspektive setzt sich die Ordnungspolitik im Gesundheitswesen zum Ziel, die maßgeblich agierenden Parteien - Versicherte, Krankenversicherer und Leistungserbringer - nicht isoliert zu betrachten, sondern die auftretenden Wechselwirkungen und Rückkopplungen untereinander zu berücksichtigen (s. 4.1). Im Kontext des deutschen Gesundheitswesens, wie auch in vielen weiteren mitteleuropäischen Gesundheitssystemen, wird dabei zudem auch die Parallelexistenz zwischen Wettbewerb und Solidarität miteinbezogen (s. 2.2). Nur wenn diese akteursbezogenen Wechselwirkungen übergreifend beachtet werden, ist es möglich, Aspekte der Finanzierung und Versorgung des Gesundheitssystems gesamthaft und im Sinne einer effizienten und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu gestalten.

Der Zusammenhang zwischen einem Qualitätswettbewerb und der Ordnungspolitik besteht darin, dass das im Rahmen dieser Arbeit skizzierte Ziel der Konstruktion von Weiterentwicklungsvorschlägen eines Qualitätswettbewerbs stark von zwischen den handelnden Akteuren notwendigen Abstimmungsprozessen abhängt und profitiert. Dafür sind allerdings übergeordnete Rahmenbedingungen nötig, die durch ordnungspolitische Impulse und Maßnahmen einzuleiten sind. Diese „Spielregeln“ können die o.g. Akteure auf der Mikroebene dann u.a. dazu nutzen, um über dezentrale wettbewerbliche Entdeckungsverfahren⁷⁵ innovative Lösungen zu entwickeln, über welche die Qualität der Versorgung verbessert werden kann.

⁷⁴ Beispielhaft: vgl. von Hayek, 1969.

⁷⁵ vgl. ebd.

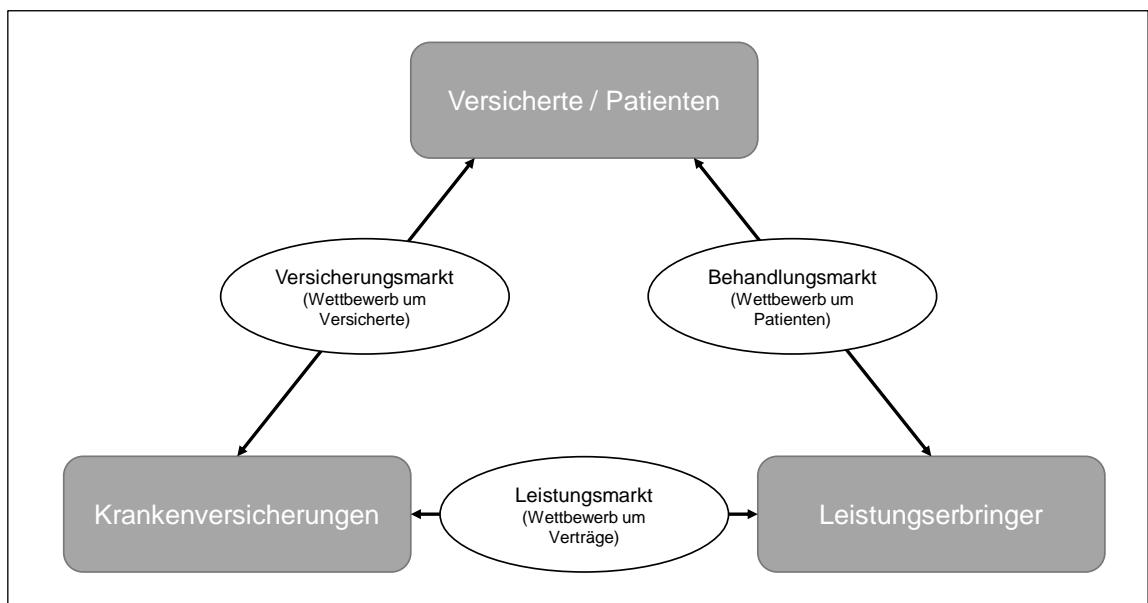
4 Handlungsfelder und Instrumente zur Steigerung eines Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen

4.1 Wettbewerbliche Handlungsfelder

In allen Gesundheitssystemen, in denen eine Kostenübernahme für medizinische Dienstleistungen (z.B. Ärztliche Behandlung, Arzneimittelversorgung oder Krankenhausaufenthalt) durch eine Krankenversicherung erfolgen kann, sei es in Form monetärer Kompensationszahlungen oder in Form eines Sachleistungsprinzips, existieren institutionenökonomisch begründbare Akteursbeziehungen.⁷⁶ Diese führen dazu, dass Angebot und Nachfrage auf nicht identischen Märkten zu verorten sind.

Den nachfolgend beschriebenen Wettbewerbsfeldern liegt die Annahme zugrunde, dass den beteiligten Akteuren jeweils eine Rolle als Nachfrager bzw. Anbieter zugeordnet wird. Der ökonomischen Logik folgend entstehen Märkte, auf denen Wettbewerb stattfindet, indem sich Anbieter und Nachfrager treffen und gemäß deren Präferenzen Waren tauschen und eine Preisbildung stattfindet.⁷⁷ Auch wenn diese Annahme, wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, auf Gesundheitsmärkten aufgrund der vorliegenden Besonderheiten des Markts nur partiell zutrifft, lassen sich drei Wettbewerbsfelder definieren: Der Behandlungsmarkt, der Versicherungsmarkt und der Leistungsmarkt (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Märkte und Wettbewerbsfelder im Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Cassel und Wasem (2014), S. 25.

⁷⁶ vgl. Cassel et al. 2008, S. 37.

⁷⁷ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 24f.

Auf dem **Behandlungsmarkt** treten Leistungserbringer als Anbieter von medizinischen Dienstleistungen Patienten als Nachfrager gegenüber. Unabhängig davon, ob die Leistungen durch einen Kostenträger übernommen werden, existiert eine Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern. Dabei sind die Art und Qualität der erbrachten Dienstleistung relevante Wettbewerbsparameter, sofern die Preise reguliert sind. Oftmals ist die Qualität der Dienstleistungen allerdings für die in Anspruch nehmenden Patienten nur latent wahrnehm- und einschätzbar (s. 2.1).

Erst eine freie Wahl der Leistungserbringer ermöglicht einen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten im ambulanten Bereich und Krankenhäusern in der stationären Versorgung, der vom Patienten ausgeht.⁷⁸ Sofern keine freie Wahl der Leistungserbringer vorliegt (z.B. partiell in am Managed Care-Konzept⁷⁹ orientierten Systemen), treten nicht die Patienten als Nachfrager auf, sondern die zuständigen Kostenträger als Agenten ihrer Versicherten. Solche Konstellationen können zu einer zunehmenden Bedeutung des Parameters Qualität führen. Denn sofern selektive Vertragsschlüsse möglich sind, entscheidet die Qualität der Leistungserbringung, wenn transparent verfügbar, über den Abschluss eines Vertrags zwischen Leistungserbringer und Kostenträger. Ein solcher Vertragsschluss wiederum ermöglicht für Leistungserbringer dann erst den Zugriff auf den Behandlungsmarkt.

Den **Versicherungsmarkt** kennzeichnet ein Wettbewerb zwischen Krankenversicherern um die Attrahierung von Versicherten. Hierbei kann ein Wettbewerb um Versorgungsmanagement, Leistungen, Kundenservice oder aber Beiträge entstehen.⁸⁰ Die betreffenden Parameter, über die der Wettbewerb seinen Ausdruck findet, hängen von der Ausgestaltungsform des jeweiligen Gesundheitssystems ab. Aus Gesundheitssystemperspektive verfolgt der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt das Ziel, dass Kostenträger differenzierte Versorgungsangebote schaffen, die den heterogenen Präferenzen der Versicherten entsprechen.⁸¹

Der **Leistungsmarkt** ist einerseits von einer Konkurrenz der Leistungserbringer um Vertragsabschlüsse mit Krankenversicherern und andererseits durch eine Konkurrenz der Krankenversicherer um leistungsfähige Leistungserbringer geprägt. Dieser

⁷⁸ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 25f.; vgl. Blenk et al. 2016, S. 9.

⁷⁹ Als Managed Care-System wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß vertikal integriert. Managed Care verfolgt die Ziele, Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren sowie deren Effizienz u.a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein (Definition in Anlehnung an SVR-G 2009, Tz. 153).

⁸⁰ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 26.

⁸¹ vgl. ebd., S. 27; vgl. Oberender und Zerth 2014, S. 178.

Wettbewerb kann allerdings nur dann spürbar wirken, wenn in einem Gesundheitssystem Möglichkeiten selektiver Vertragsabschlüsse existieren. Falls dem hingegen der Fokus auf kollektivvertraglichen Vereinbarungen liegt, bei denen für alle Leistungserbringer und Kostenträger einheitliche Rahmenbedingungen gelten, kann die skizzierte Konkurrenz weniger stark gelten.

Möglichkeiten selektiver Vertragsschlüsse angenommen, nehmen die Krankenversicherer eine Agentenfunktion für ihre Versicherten ein, indem sie Vertragsabschlüsse mit denjenigen Leistungserbringern ersuchen, die eine möglichst hohe Qualität der angebotenen Gesundheitsdienstleistung anbieten können („Sicherstellungsagent“). Die Leistungserbringer treten hingegen als „Behandlungsagenten“ auf, indem sie als Dienstleister der Versicherten deren Gesundheit versuchen zu erhalten bzw. wiederherzustellen.⁸² Optional kann diese Qualitätsorientierung durch individuell mit den Leistungserbringern verhandelten Preisen kombiniert werden.

4.2 Besondere Relevanz des Leistungsmarkts

Aus Perspektive des Qualitätswettbewerbs kann der Leistungsmarkt innerhalb der wettbewerblichen Handlungsfelder im Gesundheitswesen als derjenige in Abbildung 4 dargestellte Markt gelten, der das größte Potenzial für eine Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs besitzt.⁸³ Albrecht et al. zeigten im Jahr 2015, wie über weitreichendere selektivvertragliche Möglichkeiten der Krankenkassen ein stärkerer Qualitätswettbewerb initiiert werden kann.⁸⁴ Ebenso argumentierten die Monopolkommission in Ihrem Sondergutachten aus dem Jahr 2017 sowie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) im Jahr 2018⁸⁵, dass ein Umbau des Leistungsmarkts bzw. eine Ermöglichung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zu einer Optimierung der Versorgung beitragen würden.

Der Leistungsmarkt stellt auch deswegen den relevantesten Teilmarkt für die Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs dar, weil Effekte aus auf dem Leistungsmarkt initiierten Wettbewerbselementen auf den Behandlungs- und Versicherungsmarkt durchwirken können. Diese Wirkung ergibt sich aus den

⁸² vgl. Cassel et al. 2008, S. 39; vgl. SVR-G 2012, Tz. 31.

⁸³ vgl. Monopolkommission 2017.

⁸⁴ vgl. Albrecht et al. 2015.

⁸⁵ vgl. Monopolkommission 2017, Tz. 155ff.; vgl. SVR 2018, Tz. 864ff.

Interdependenzen der einzelnen Teilmärkte, wobei der Leistungsmarkt hier als Impulsgeber gesehen wird.⁸⁶

Ein weiteres Argument, welches die Bedeutung des Leistungsmarkts im Hinblick auf die Initiierung eines Qualitätswettbewerbs unterstreicht, ist die Tatsache, dass auf dem Leistungsmarkt eben jene Akteure agieren, die maßgeblich die von den Patienten wahrnehmbare Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflussen können. Denn sowohl für Krankenversicherungen als auch für Leistungserbringer liegt es im Interesse, sich auf der einen Seite durch ein Angebot an qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten gegenüber weiteren Anbietern differenzieren zu können. Und auf der anderen Seite - dieser Aspekt betrifft vordergründig Krankenversicherungen - über eine qualitativ hochwertige Versorgung mittelfristig Effizienzvorteile inkl. Kosteneinsparungen zu realisieren.

Aufgrund der dargestellten Relevanz des Leistungsmarkts bzgl. Überlegungen zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland fokussiert die vorliegende Arbeit insbesondere auf Instrumente auf dem Leistungsmarkt.

4.3 Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt

4.3.1 Auswahl an Instrumenten

Die nachfolgend beschriebenen Instrumente stellen eine Auswahl dar, mithilfe derer ein Qualitätswettbewerb in einem Gesundheitssystem gefördert werden kann. Die Ableitung dieser Instrumente fußt auf den in 4.1 analysierten Wettbewerbsmärkten im Gesundheitswesen und fokussiert auf Instrumente, die für den Leistungsmarkt von besonderer Bedeutung sind. Instrumente, die isoliert auf einen Preiswettbewerb fokussieren, wurden explizit nicht in die Analyse aufgenommen.

Bislang existiert noch kein validierter Analyserahmen, der explizit die Untersuchung des Qualitätswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt auf Ebene eines Gesundheitssystems adressiert. Deswegen wurden die einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente maßgeblich den in 4.4 dargestellten Modellen zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs entlehnt sowie den Ergebnissen des durchgeführten Literaturreviews in 2.3.4 entnommen. Daneben wurden die Analysen von Busse et al.⁸⁷ sowie Deom et al.⁸⁸

⁸⁶ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 28.

⁸⁷ vgl. Busse et al. 2019, S. 15.

⁸⁸ vgl. Deom et al. 2010.

herangezogen. Dabei ist zu betonen, dass die Auswahl der Instrumente keinen abschließenden Charakter besitzt.

Die nachfolgende Beschreibung der einzelnen Instrumente zielt darauf ab, die jeweiligen theoretischen Grundlagen und Konzepte darzustellen sowie einen kompakten Überblick über die Empirie der Instrumente zu geben.

4.3.2 Qualitätsmessung

Auch wenn die Qualitätsmessung kein originär wettbewerblich orientiertes Instrument darstellt, das einen Qualitätswettbewerb direkt befördert, ist sie aufgrund ihres konditionalen Charakters für weitere qualitätswettbewerbliche Instrumente auf dem Leistungsmarkt von Relevanz.

Bei der Beschreibung des Instruments der Qualitätsmessung wird im Folgenden sowie im Kontext der internationalen Analysen (s. 6) verstärkt auf die in 2.3.3 erwähnte Mikroperspektive eingegangen, d.h. die Qualitätsmessung erbrachter medizinischer Gesundheitsleistungen.

Theoriegeleitet können dem Instrument der Qualitätsmessung zwei unterschiedliche Zielstellungen zugeschrieben werden. Erstens dient Qualitätsmessung zur externen Berichterstattung sowie Überprüfung von Qualität. In diesem Kontext steht die Detektion von Qualitätsunterschieden und -problemen im Vordergrund. Diese Funktion wird in Gesundheitssystemen häufig regulatorisch implementiert. Zweitens dient Qualitätsmessung als Treiber für eine dynamische Weiterentwicklung der Qualität. Diese Zielsetzung setzt verstärkt auf der Individualebene von medizinischen Leistungserbringern an und soll z.B. über Feedback-Verfahren einer kontinuierlichen internen Qualitätsverbesserung dienen.⁸⁹ Der Fokus der nachfolgenden Ausführungen liegt auf der Funktion der Qualitätsmessung im Rahmen der externen Berichterstattung sowie Überprüfung.

Die Qualität medizinischer Gesundheitsleistungen wird sehr häufig über Qualitätsindikatoren (QI) operationalisiert. Nachfolgend werden Eigenschaften eines solchen Indikators am Beispiel des QI „Mortalität bei Patienten mit Lungenentzündung während Krankenhausaufenthalt“ beschrieben. Ein QI sollte dabei generell stets

- ein Qualitätsziel formulieren, z.B. eine möglichst niedrige Mortalitätsrate bei Patienten mit Lungenentzündung in Krankenhäusern;

⁸⁹ vgl. Freeman 2002; vgl. Gardner et al. 2018.

- ein Messkonzept beinhalten, z.B. der Anteil der stationär aufgenommenen Patienten mit vorhandener Diagnose einer Lungenentzündung, die während des Krankenhausaufenthalts gestorben sind;
- ein Bewertungskonzept umfassen, z.B. dass eine Krankenhausmortalität bei vorhandener Lungenentzündung von weniger als 10% als gute medizinische Versorgungsqualität zu bewerten ist.⁹⁰

Daneben existieren weitere, an dieser Stelle selektiv ausgewählte Variablen, anhand derer der Einsatz von QI klassifiziert sowie an die jeweiligen Bedarfe adaptiert werden kann. Die strategische Wahl der Variablen beeinflusst sowohl die Breite als auch die Tiefe der dahinterstehenden Qualitätsmessung:⁹¹

QI bzw. Maßnahmen zur Qualitätsmessung können entweder verpflichtend oder aber auf freiwilliger Basis erhoben bzw. durchgeführt werden. Oftmals geht ein obligatorischer Charakter durch eine regulatorische Implementierung einher, während eine freiwillige Teilnahme stärker bei privaten Initiativen angewendet wird.

Ebenso kann der Geltungsbereich von QI unterschiedlich ausgestaltet sein. Zum einen ist es denkbar, QI mit regionalem Fokus zu installieren. Dies kann nützlich sein, wenn eine Qualitätskennzahl aufgrund der Versorgungslage in einer spezifischen Region von besonderer Relevanz ist. Zum anderen können QI aber auch eine nationale/bundesweite Geltung entfalten. Ein solcher nationaler Geltungsbereich ist typisch für die in vielen Ländern implementierte externe stationäre Qualitätssicherung. Durch national verbindliche Indikatoren kann eine adäquate Vergleichbarkeit der Qualität gewährleistet werden.

QI können sowohl generisch als auch indikationsspezifisch definiert sein. Während generische QI Relevanz für alle Patienten entfalten (z.B. Anteil an Patienten, die länger als sechs Stunden auf in der Notaufnahme eines Krankenhauses warten mussten), fokussieren indikationsspezifische (z.B. Anteil an Patienten mit Lungenkrebs, die 30 Tage nach der Operation noch am Leben sind) nur auf einen Ausschnitt aller Patienten. Indikationsspezifische QI bieten ein höheres Potenzial, krankheitsspezifische Qualitätsaspekte aufzudecken, die für eine gezielte Weiterentwicklung der Qualität in einem gezielten Behandlungsbereich von Nutzen ist.⁹²

Auch gemäß Donabedians Qualitätsklassifikation (s. 2.3.3) lassen sich QI gliedern. Diese Herangehensweise ist sehr verbreitet. Strukturindikatoren bilden dabei das Setting der Versorgung ab. Auch wenn diese Daten meist gut zugänglich und erfassbar sind, ist

⁹⁰ vgl. Quentin et al. 2019, S. 33.

⁹¹ vgl. Mainz 2003.

⁹² vgl. Quentin et al. 2019, S. 37ff.

der Zusammenhang zwischen einer vorhandenen (Versorgungs-)Struktur und dem Versorgungsergebnis oftmals nicht eindeutig. Prozessindikatoren kommen in der Praxis sehr häufig zum Einsatz⁹³ und zielen häufig auf eine Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag ab. Die Interpretation solcher Prozess-QI ist eindeutig. Allerdings besteht die Gefahr, dass aufgrund der Versorgungskomplexität nur ein ausgewählter Ausschnitt des Versorgungsprozesses gemessen wird, während andere wichtige Bereiche keiner Messung zugeführt werden (können). Ergebnisindikatoren messen die Mortalität, Morbidität oder Lebensqualität als Folgen einer Behandlung. Diese sind meist erst mit einem gewissen Zeitversatz messbar. Des Weiteren sind die Ergebnisse nicht allein der Qualität der gesundheitlichen Behandlung zuzurechnen, sondern auch von Umweltfaktoren, der Mitwirkung des Patienten und der Versorgung in anderen Sektoren beeinflusst.

In jüngerer Vergangenheit wird Ergebnisindikatoren eine zunehmende Bedeutung zugeschrieben.⁹⁴ Überdies existiert auch die Möglichkeit, aus mehreren einzelnen QI einen zusammengesetzten Score zu bilden. Auch wenn dieser Ansatz die generelle Vergleichbarkeit von Leistungserbringern vereinfacht, geht dies mit einer erheblichen methodischen Komplexität einher.⁹⁵

Als Datengrundlagen werden aufgrund der guten Verfügbarkeit häufig Abrechnungsdaten der Kostenträger für die Bildung von QI herangezogen. Aber auch Daten aus z.B. Gesundheits- und Patientenakten können verwendet werden. Gerade diese Datenquelle wird durch die zunehmende Digitalisierung (elektronische Patientenakte) in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen.⁹⁶ Daneben werden ebenso Registerdaten oder Daten aus Patientenbefragungen eingesetzt. Unter letztere Kategorie lassen sich PREMs (patient-reported experience measures) und PROMs (patient-reported outcomes measures) subsumieren, welche in den vergangenen Jahren im internationalen Kontext immer stärker an Bedeutung gewonnen haben.⁹⁷

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die exemplarisch ausgeführten Variablen zur Ausgestaltung von QI.

⁹³ vgl. Fujita et al. 2018.

⁹⁴ vgl. Baker und Chassin 2017.

⁹⁵ vgl. Shwartz et al. 2015.

⁹⁶ vgl. Kannan et al. 2017.

⁹⁷ vgl. Fujisawa und Klazinga 2017.

Tabelle 1: Ausgewählte Variablen beim Einsatz von Qualitätsindikatoren

Variable	Ausgestaltungsoptionen
Verbindlichkeit	<ul style="list-style-type: none">• Obligatorisch• Optional
Geltungsbereich	<ul style="list-style-type: none">• Bundesweit/National• Regional
Indikationsbezug	<ul style="list-style-type: none">• Generisch• Indikationsspezifisch
Einordnung in Donabedians Qualitätsklassifikation	<ul style="list-style-type: none">• Strukturindikator• Prozessindikator• Ergebnisindikator• [Zusammengesetzte Scores]
Datengrundlage	<ul style="list-style-type: none">• Abrechnungsdaten (Routinedaten)• Daten aus Gesundheits- und Patientenakte• Registerdaten• Daten aus Befragungen (PREMs / PROMs)

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben den angeführten Variablen muss eine Qualitätsmessung stets valide und reliabel sein sowie eine adäquate Sensitivität/Spezifität aufweisen. Gerade die Reliabilität kann aufgrund oftmals geringer Fallzahlen besonders im ambulanten Versorgungsbereich eine Herausforderung darstellen. Neben den benannten methodischen Aspekten sollten die QI einer Qualitätsmessung allerdings auch möglichst praktisch umsetzbar sein. Der Erhebungsaufwand sollte so gering wie möglich sein.

Mit einer Qualitätsmessung (z.B. bei QI zur Mortalität) geht das Risiko einer Risikoselektion einher, indem Leistungserbringer junge Patienten mit einem guten gesundheitlichen Allgemeinzustand bevorzugen, um ihre Mortalitätsraten niedrig zu halten. Deswegen sollten insbesondere Ergebnisindikatoren stets risikoadjustiert ausgewertet und dargestellt werden. Nur dann ist sichergestellt, dass gemessene Unterschiede in der Qualität zwischen medizinischen Leistungserbringern nicht auf nicht beeinflussbare Unterschiede in den behandelten Patientenpopulationen zurückzuführen sind. Solche Störfaktoren können z.B. Alter, vorhandene Komorbiditäten oder aber sozioökonomische Faktoren sein.⁹⁸

4.3.3 Qualitätstransparenz / Public Reporting

Das Instrument der Qualitätstransparenz bzw. des PR ist sowohl dem Leistungs- als auch dem Behandlungsmarkt zuzuordnen (s. 4.1). Es bildet eine Brückenfunktion zwischen den beiden Märkten. Die Relevanz des Instrumentes für einen

⁹⁸ vgl. Quentin et al. 2019, S. 54ff.

Qualitätswettbewerb ergibt sich aus der Tatsache, dass eine ausgeprägte Qualitätstransparenz - neben einer vorhandenen Qualitätsmessung - den Einsatz der beschriebenen Instrumente des selektiven Kontrahierens sowie des P4P erst nachhaltig ermöglicht.⁹⁹

Die Publikation von Qualitätsdaten lässt sich im Gesundheitswesen unter den Begriff des PR subsumieren.¹⁰⁰ Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten verfolgt dabei das Ziel, Qualität mithilfe eines definierten Indikatorensets öffentlich sichtbar zu machen und dadurch insbesondere den Patienten, aber auch Kostenträger zu einer informierten Wahl des Leistungserbringers zu befähigen. Dieses Ziel wird in Abbildung 5 über den Selektionspfad ersichtlich.

Daneben geht von der Publikation von Qualitätsdaten auch ein Benchmarking-Effekt zwischen Leistungserbringern aus.¹⁰¹ Dabei fördert eine Transparenz einen Qualitätswettbewerb insofern, dass Leistungserbringer incentiviert werden, in ihre Qualität der Leistungserbringung zu investieren, um die Behandlungsqualität zu erhöhen und dadurch Wettbewerbsvorteile generieren zu können (s. auch 2.3.2).¹⁰² Dieses Ziel drückt sich in Abbildung 5 in Form des Optimierungspfades aus.

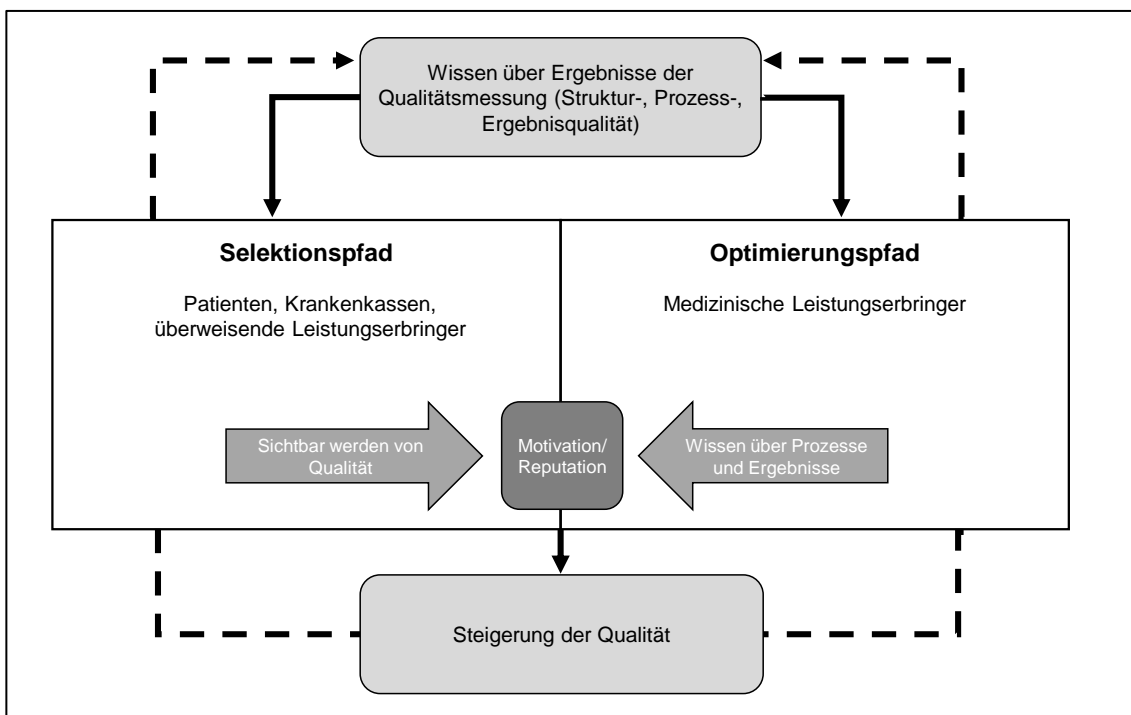
⁹⁹ vgl. van den Berg et al. 2008.

¹⁰⁰ vgl. WHO 2014.

¹⁰¹ vgl. Albrecht 2018, S. 32; vgl. SVR-G 2012, Tz. 111; vgl. Totten et al. 2012.

¹⁰² vgl. Fung et al. 2008.

Abbildung 5: Anreizlogik des Public Reportings



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Cacace et al. (2019), S. 335

Die Idee des PR wird mittlerweile in vielen internationalen Gesundheitssystemen aktiv genutzt.¹⁰³ Dabei liegt dem Konzept ein vielschichtiges Wirkungsmodell zugrunde, das nahezu alle Beteiligten im Gesundheitswesen adressiert und einbezieht.¹⁰⁴ Auf Systemebene schafft PR, und dies ist essenziell im Kontext der vorliegenden Arbeit, erst die Voraussetzungen für einen Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt.¹⁰⁵

PR wird bislang insbesondere im Bereich der stationären Versorgung angewendet, teilweise aber auch im ambulanten Bereich. Dies hängt v.a. mit der Tatsache zusammen, dass in der Krankenhausversorgung die Datenlage international bzgl. der Komponenten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stärker ausgeprägt ist als im ambulanten Sektor.¹⁰⁶

Sowohl von Patienten als auch von Krankenversicherungen wird im Konzept des PR implizit angenommen, dass diese sensitiv auf Qualitätsinformationen reagieren, diese verstehen, und letztlich deren Entscheidung über die Wahl des medizinischen Leistungserbringers bzw. der Wahl der kontrahierten Leistungserbringer auch auf dieser Grundlage treffen.¹⁰⁷

¹⁰³ vgl. Bertelsmann Stiftung 2016; vgl. WHO 2014.

¹⁰⁴ vgl. Bertelsmann Stiftung 2016, S. 7.

¹⁰⁵ vgl. ebd., S. 7; vgl. Berwick et al. 2003.

¹⁰⁶ vgl. Cacace et al. 2019, S. 350.

¹⁰⁷ vgl. Marshall und McLoughlin 2010.

Theoretisch basieren diese Annahmen auf der rational-choice-Theorie, die Patienten und anderen Beteiligten ein rationales Verhalten unterstellt.¹⁰⁸ Dieses Verhalten wird durch externe Motivationsanreize, z.B. durch monetäre Incentivierung oder bereitgestellte Qualitätsinformationen sowie der Auswahl geeigneter QI getrieben.¹⁰⁹

Dieser Logik folgend, wählen Patienten Leistungserbringer, die eine bessere Qualität als der Durchschnitt bieten, aus. Leistungsanbieter, die sich durch die Veröffentlichung der Qualitätsdaten in ihrer Reputation bedroht sehen, reagieren mit Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, um sich im Markt adäquat zu positionieren.¹¹⁰ Andernfalls verlieren sie sukzessive Marktanteile. Dies kann zu einem Marktaustritt führen (s. hierzu auch 2.3.2).

Neben den positiven Aspekten einer Qualitätstransparenz kann diese auch zu nicht intendierten negativen Nebeneffekten führen. So kann PR zur Erreichung einer Qualitätstransparenz adverse Selektionseffekte auslösen. Ähnliche Aspekte wurden auch bereits im Kontext der Qualitätsmessung adressiert (s. 4.3.2). Leistungserbringer könnten risikobehaftete Patienten abweisen, um ihre Behandlungsergebnisse möglichst positiv präsentieren zu können.¹¹¹ Daneben kann es auch zu einem Upcoding von Nebenerkrankungen durch Leistungserbringer kommen, um die eigenen Ergebnisse in Anbetracht einer Risikoadjustierung¹¹² besser darstellen zu können.

Bzgl. der Empirie zur Wirksamkeit des PR in Form der Veröffentlichung standardisierter Informationen zur Qualität von medizinischen Leistungserbringern (Selektionspfad in Abbildung 5) existieren vielfältige Befunde. Patienten verlassen sich generell bei der Wahlentscheidung über einen Arzt vermehrt auf Empfehlungen, die Qualität der Leistungserbringer spielt hingegen eine untergeordnete Rolle.¹¹³ Zudem lässt sich zeigen, dass nur wenige Patienten aktiv und bewusst ihren medizinischen Leistungserbringer auswählen.¹¹⁴

Allerdings lässt sich aussagen, dass eine zielgerichtete Patientensteuerung mithilfe von veröffentlichten Qualitätsdaten möglich ist, sofern die Informationen über eine passende Beschaffenheit und Aufbereitung verfügen und den Patienten eine Auswahl an

¹⁰⁸ Die rational-choice-Theorie geht davon aus, dass Individuen aufgrund vorliegender Präferenzen ein nutzenmaximierendes Verhalten zeigen. Ein solches Verhalten wird dann als rational bezeichnet. Weitere Aspekte in diesem Zusammenhang finden sich u.a. bei Gilboa 2010.

¹⁰⁹ vgl. Angell und Kassirer, 1996.

¹¹⁰ vgl. SVR-G 2007, Tz. 698.

¹¹¹ vgl. Dafny und Dranove 2008; vgl. Behrendt und Groene 2016.

¹¹² Eine solche notwendige Risikoadjustierung sollte durch einen unabhängigen Dritten erfolgen.

¹¹³ vgl. Emmert et al. 2012; vgl. SVR-G 2007, Tz. 709.

¹¹⁴ vgl. Victoor et al 2012.

Leistungserbringern zur Verfügung steht. Insbesondere bei elektiven Eingriffen scheint ein relevantes Potenzial vorhanden zu sein.¹¹⁵

Prang et al. legen in ihrem Review aus dem Jahr 2021 dar, dass zum Selektionsprozess von Patienten bzgl. ambulanter und akutstationärer Leistungserbringern eine inkonsistente Studienlage existiert. Gesamthaft folgern die Autoren allerdings, dass es einen moderaten positiven Effekt von PR-Initiativen gibt.¹¹⁶

Fokussierend auf den Bereich der Krankenhäuser stellt sich ein uneinheitliches Gesamtbild bzgl. der Wirksamkeit der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen für die Selektion eines stationären Leistungsanbieters durch Patienten dar. Dabei lässt sich lediglich kein bzw. nur ein schwacher Effekt von publizierten Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung zeigen.¹¹⁷ Denn Patienten wissen teilweise nicht von der Publikation der Daten oder aber die Daten entsprechen nicht den Bedarfen.¹¹⁸ Zudem zeigen Studien, dass Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses stark auf die geographische Nähe des stationären Versorgers sowie Wartezeiten und persönliche Erfahrungen setzen.¹¹⁹

Demgegenüber weisen verschiedene Studien Evidenzen vor, die aufzeigen, dass Patienten sensitiv auf publizierte Qualitätsinformationen reagieren.¹²⁰ Der Fokus liegt dabei auf planbaren Eingriffen, wie z.B. Operationen zum Hüftersatz. Ähnliche Ergebnisse, dass Patienten auf Qualitätsinformationen bei der Wahl des Krankenhauses folgen, zeigen Beukers et al. am Beispiel der Niederlande, ebenfalls bei Hüftersatz-Eingriffen.¹²¹ Im US-amerikanischen Kontext zeigen Chandra et al. auf, dass Patienten umso sensitiver auf Qualitätsinformationen reagieren, je planbarer der assoziierte stationäre Eingriff ist.¹²²

Neben dem Aspekt, ob Patienten bzw. Versicherte auf Qualitätsinformationen ansprechen und ihr Leistungsanspruchnahme- und Wahlverhalten sich darüber steuern lassen, ergeben sich methodische Herausforderungen in der Aufbereitung der Daten. Nur wenn die Qualitätsdaten adressaten- und zielgerecht dargestellt werden, können diese ihre intendierten Ziele erreichen.¹²³

¹¹⁵ vgl. Emmert et al. 2012, S. e32; vgl. Berendsen et al. 2010; vgl. SVR-G 2007, Tz. 710.

¹¹⁶ vgl. Prang et al. 2021, S. 12.

¹¹⁷ vgl. Fung et al. 2008; vgl. Marshall et al. 2003; vgl. Dranove et al. 2003.

¹¹⁸ vgl. Totten et al. 2012.

¹¹⁹ vgl. Dixon et al. 2010.

¹²⁰ vgl. Gaynor et al. 2016; vgl. Beckert et al. 2012; vgl. Gutacker et al. 2016; vgl. Moscelli et al. 2016.

¹²¹ vgl. Beukers et al. 2014.

¹²² vgl. Chandra et al. 2016.

¹²³ vgl. Prang et al. 2021, S. 17.

Im Bereich der ambulanten Versorgung ergeben sich, u.a. aufgrund der häufig geringeren Fallzahlen je Indikation, methodische Herausforderungen, die Daten gleichzeitig statistisch valide, aussagekräftig und verständlich darzustellen. Eine Studie zeigt in diesem Kontext, dass Patienten auf frei zugängliche Qualitätsinformationen sensitiv reagieren und die Fallzahl der beobachteten Allgemeinmediziner, die eine besonders gute Qualität anbieten, signifikant ansteigt.¹²⁴

Zur Fragestellung, ob Leistungserbringer durch den Impuls von PR-Initiativen incentiviert werden, Maßnahmen zur Optimierung ihrer Qualität zu veranlassen (Optimierungspfad in Abbildung 5) folgern Prang et al., dass dies insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich der Fall ist (z.B. in Form von reduzierten Antibiotikum-Verschreibungsraten oder spezifischer Patientenedukation bei Diabetes-Patienten). Aber auch für die stationäre Versorgung lassen sich moderate bis starke positive Effekte nachweisen (z.B. in Form reduzierter Wartezeiten).¹²⁵

Studien zu Wirkungen des PR auf die gemessene Qualität der Leistungserbringung kommen zu dem Ergebnis, dass bei Prozessindikatoren Verbesserungen aufgewiesen werden können, bei Outcome-Indikatoren hingegen liegen gemischte Evidenzen vor.¹²⁶ Vallance et al. konnten zeigen, dass die Mortalitätsrate bei Operationen beim kolorektalen Karzinom in England bei vorliegendem PR in relevantem Maße reduziert werden konnte.¹²⁷ Prang et al. kommen in ihrem Review zur Erkenntnis, dass die Mehrzahl der Studien PR einen moderaten positiven Effekt auf die gemessene Qualität der Leistungserbringung bescheinigen.¹²⁸

Insgesamt lässt sich ableiten, dass die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen bzw. das Herstellen einer ausreichenden Qualitätstransparenz ein wichtiges Instrument eines Qualitätswettbewerbs ist. Nur wenn Patienten Informationen im Rahmen ihrer Wahlentscheidung über einen Leistungserbringer aktiv berücksichtigen, lässt sich die Nachfrage partiell über Qualitätsaspekte steuern. Derzeit weisen die empirischen Evidenzen auf diesem Feld ein uneinheitliches Gesamtbild auf. Jedoch besteht Steuerungspotenzial über die Veröffentlichung von Qualitätsdaten, sofern diese verständlich aufbereitet werden und den Bedarfen der Nutzer entsprechen. Zudem geben die Evidenzen wieder, dass gerade bei planbaren Eingriffen ein erhöhtes Steuerungspotenzial durch Qualitätsinformationen gegeben ist und darüber Qualitätsvorteile generiert werden können.

¹²⁴ vgl. Santos et al. 2017.

¹²⁵ vgl. Prang et al. 2021, S. 13.

¹²⁶ vgl. Metcalfe et al. 2018.

¹²⁷ vgl. Vallance et al. 2018.

¹²⁸ vgl. Prang et al. 2021, S. 14.

4.3.4 Selektives Kontrahieren

Das Instrument des selektiven Kontrahierens ist auf dem Leistungsmarkt anzusiedeln. Dabei treten Rückkopplungseffekte auf den Versicherungs- und Behandlungsmarkt auf.¹²⁹ Das Konzept entstammt dem Managed Care-Kontext, ausgehend aus den USA. Dort wird es noch immer als zentrales Element von Managed Care-Modellen angewendet.

Konzeptionell geht das selektive Kontrahieren von der Idee aus, dass Krankenversicherungen individuelle Leistungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern abschließen und daher die Wahlfreiheit der Leistungserbringer für deren Versicherte einschränken. Um das selektive Kontrahieren praktisch einsetzen zu können, muss der Kontrahierungszwang entweder ausgesetzt sein, oder Kostenträger müssen zumindest die Möglichkeit haben, ergänzende selektive Verträge mit Leistungserbringern schließen zu dürfen.

Ziel eines Kostenträgers ist es dabei, eine medizinische Leistung entweder besonders kosteneffizient und/oder zu einer besonders hohen Qualität im Vergleich zur Konkurrenz anzubieten.¹³⁰ Durch ihre aktive Rolle nehmen Krankenversicherungen beim selektiven Kontrahieren eine relevante und nach außen sichtbare Agentenfunktion für deren Versicherte ein.

Die hinter dem theoretischen Konzept liegende ökonomische Logik des selektiven Kontrahierens geht von der These aus, dass Versicherte bei der Wahl eines Leistungserbringers meist nur wenig qualitätsreagibel handeln (s. 4.3.3). Dies hängt damit zusammen, dass Versicherte bei der Wahlentscheidung eines Leistungserbringers zum einen dessen Qualität kaum bewerten und einschätzen können und zum anderen, dass Versicherte sich nur in geringem Maße für die real anfallenden Behandlungskosten interessieren, sofern diese durch die Krankenversicherung übernommen werden.¹³¹

Kostenträger möchten daher durch selektives Kontrahieren vermeiden, dass Versicherte Leistungserbringer aufsuchen, die eine unterdurchschnittliche medizinische Behandlungsqualität vorweisen und/oder - sofern keine regulierten Preise vorliegen - ihre Leistungen im Vergleich besonders teuer anbieten.¹³²

In einem Großteil der bestehenden Modelle des selektiven Kontrahierens sind die finanziellen Anreize dergestalt ausgelegt, dass Versicherten bei Inanspruchnahme eines kontrahierten Leistungserbringers die anfallenden Kosten komplett kompensiert bzw.

¹²⁹ vgl. Zerth 2012, S. 302f.

¹³⁰ vgl. McGuire 2011 S. 366; vgl. Bes et al. 2017a, S. 505.

¹³¹ vgl. Boone und Schottmüller 2019, S. 1210.

¹³² vgl. Dranove 2000, S. 72-74; vgl. Amelung 2012, S. 153.

übernommen werden. Wenn der Versicherte hingegen einen Leistungserbringer in Anspruch nimmt, mit dem die Krankenversicherung nicht selektiv kontrahiert hat, wird wenn überhaupt, meist nur ein prozentualer Anteil der Kosten übernommen. Der Rest ist durch den Versicherten privat zu begleichen. Neben diesen negativen Anreizen können ebenso positive monetäre Anreize (z.B. Ermäßigungen bei Zuzahlungen) sowie Qualitätsanreize (z.B. Bessere Behandlungsqualität, geringere Wartezeiten oder zusätzliche Leistungen bei Inanspruchnahme von kontrahierten Leistungserbringern) gesetzt werden, um die Versicherten zu kontrahierten Leistungserbringern zu steuern.¹³³

Um das Konzept zielführend zur Schaffung ökonomischer und medizinischer Vorteile einsetzen zu können, sind eine Messbarkeit der Qualität bzw. vorliegende QI notwendig (s. 4.3.2). Nur dann kann zwischen guten und weniger guten Leistungserbringern differenziert werden.¹³⁴

Selektives Kontrahieren findet in einer Vielzahl von Gesundheitssystemen statt, der Ursprung ist hierbei in den USA verortet. Aber auch im europäischen Kontext findet die Idee v.a. in der Schweiz, der Niederlande und Israel, in begrenztem Umfang auch in Deutschland, Anwendung.¹³⁵

Wenn man die Empirie bzgl. der Erreichung der beiden skizzierten Ziele des selektiven Kontrahierens, der Steigerung der Qualität sowie der Senkung der Kosten, aus Systemperspektive in den Blick nimmt, ist festzustellen, dass positive Effekte v.a. hinsichtlich einer Kostenreduktion evident sind.¹³⁶ Zu den Auswirkungen auf die Qualität im Rahmen des selektiven Kontrahierens existieren gemischte Evidenzen.¹³⁷

Kritik am Konzept des selektiven Kontrahierens äußern Zwanziger et al. Demnach könne die evidente Kostenreduktion nicht eindeutig ursächlich auf eine verbesserte Effizienz der Leistungserbringung zurückgeführt werden. Ebenso könnte eine geringere Qualität der Ursprung für verwirklichte Kostenreduktionen sein.¹³⁸ Außerdem seien für Effizienzbeurteilungen des selektiven Kontrahierens als Steuerungsmodell stets die entstandenen inkrementellen Transaktionskosten mit den potenziellen Einsparungen zu vergleichen.¹³⁹

Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass hinter der Idee des selektiven Kontrahierens divergierende akteursbezogene Interessen liegen. Kostenträger zielen v.a. darauf ab, die Kosten der Gesundheitsversorgung über die Limitierung der

¹³³ vgl. Bes et al. 2017a, S. 505ff.

¹³⁴ vgl. Albrecht et al. 2015, S. 9.

¹³⁵ vgl. Bes et al. 2017a, S. 511.

¹³⁶ vgl. Dranove und White 1993; vgl. Chernen und Newhouse 2011, S. 30.

¹³⁷ vgl. Gaynor et al. 2014; vgl. Cutler 2004; vgl. Chernen et al. 1998; vgl. Howard 2008.

¹³⁸ vgl. Zwanziger et al. 2000.

¹³⁹ vgl. Weber 2001.

Wahlfreiheit sowie den Einsatz von Wettbewerb, operationalisiert in der Möglichkeit von Einzelabschlüssen mit Leistungserbringern, zu senken. Patienten hingegen erwarten durch die akzeptierte Restriktion der Wahlfreiheit sowohl eine erhöhte Qualität als auch eine niedrigere Versicherungsprämie, die sich als Ergebnis aus dem qualitätsbasierten Selektionsprozess der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer ergeben sollen.

In der Konstruktion der Anreize ist es aus empirischer Sicht vorteilhaft, verstärkt negative finanzielle Anreize anzuwenden. Dies bedeutet, dass Kostenträger bei Inanspruchnahme eines nicht selektiv kontrahierten Leistungserbringers durch den Versicherten nicht die gesamten Kosten der Behandlung übernehmen.¹⁴⁰ Zudem sollte in den Designprozess eines Konzepts des selektiven Kontrahierens mit einbezogen werden, dass die Limitierung der Wahlfreiheit für die Versicherten mit einem geringeren Vertrauen gegenüber Leistungserbringern sowie Krankenversicherern einhergeht.¹⁴¹ Dadurch kann das selektive Kontrahieren auch Implikationen auf die Patientenzufriedenheit und auf die durch die Patienten berichtete Qualität der medizinischen Dienstleistung haben, auch wenn das Instrument des selektiven Kontrahierens gar nicht unmittelbar in den Prozess der Leistungserbringung eingreift.

Insgesamt kann das selektive Kontrahieren als ein Instrument bezeichnet werden, das dazu beitragen kann, einen Qualitätswettbewerb um den Abschluss von Leistungsverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern zu induzieren. Allerdings ist bei der Konstruktion der Anreize zu beachten, dass nicht die Kosteneffizienz als primäres Ziel definiert wird, sondern ein zielführendes Verhältnis zwischen der Steigerung der Qualität und der Kosteneffizienz besteht, bei dem die Kosteneffizienz mittelfristig erst durch eine gesteigerte Qualität ursächlich verwirklicht wird. Hierzu sind vorliegende Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. Qualitätsdaten der Leistungserbringer zwingend erforderlich. Ebenso sind die Interessen der Versicherten bei der Limitierung der Wahlfreiheit zu berücksichtigen.

4.3.5 P4P

P4P stellt ein weiteres Instrument dar, das eine positive Wirkung auf den Qualitätswettbewerb entfalten kann. P4P interagiert aufgrund der Voraussetzung vorhandener Qualitätsinformationen stark mit den Instrumenten der Qualitätsmessung sowie PR (s. 4.3.2 und 4.3.3).

¹⁴⁰ vgl. Bes et al. 2017a, S. 510.

¹⁴¹ vgl. ebd., S. 511.

Oftmals stellt P4P ein Vergütungselement dar, das als Ergänzung zur bestehenden Vergütungssystematik implementiert wird. Leistungserbringer erhoffen sich durch P4P zusätzliche Einnahmemöglichkeiten für besondere Qualitätserfolge. Dabei können zwar individuell betrachtet für Kostenträger Mehrausgaben entstehen, aber aus einer Systemperspektive ist die modellhafte Annahme des Konzepts, dass qualitätsorientierte P4P-Zahlungen aus realisierten Effizienzsteigerungen finanziert werden und daher für das Gesamtsystem mindestens Budgetneutralität herrscht.

Das ökonomische Konzept des P4P, dessen Ursprünge in England und den USA liegen, geht von der Annahme aus, dass direkte finanzielle Anreize verwendet werden können, um über Verhaltensänderungen Qualitätsverbesserungen bei Leistungserbringern zu erreichen. Dieser Logik liegt zugrunde, dass Leistungserbringer auf gesetzte finanzielle Anreize reagieren.¹⁴²

Zu dieser theoretischen Annahme finden sich in der Literatur divergierende Evidenzen:¹⁴³ Während einerseits ein Einfluss finanzieller Anreize auf Ärzte bestätigt wird¹⁴⁴, finden sich andererseits auch wissenschaftliche Nachweise, dass finanzielle Anreize nicht regelmäßig Effekte auf die ärztliche Tätigkeit haben.¹⁴⁵

Die P4P-Programmen zugrunde liegende Logik kann auf die Principal-Agent-Theorie zurückgeführt werden.¹⁴⁶ Dabei möchte ein Prinzipal (Krankenversicherung) einen Agenten (medizinischer Leistungserbringer) incentivieren, eine besonders hohe Qualität der Leistungsbringung zu gewährleisten. Dies erfordert für den Leistungserbringer allerdings einen Aufwand, der monetär bemessen werden kann. Damit der Leistungserbringer diese hohe Qualität erbringt, ist der zusätzliche Aufwand daher mit einem finanziellen Anreiz zu kompensieren. Bei Erreichung eines entsprechenden Qualitätsziels oder einer -verbesserung erhält der Agent bzw. Leistungserbringer vom Kostenträger eine definierte zusätzliche monetäre Vergütung.

In der theoretischen Modellierung setzt der Prinzipal den finanziellen Anreiz inkrementell genau so hoch, dass der Agent auf den Anreiz reagiert und eine qualitativ höherwertige Leistungsbringung gewährleistet als es ohne den finanziellen Anreiz der Fall gewesen wäre. Dabei muss der Prinzipal berücksichtigen, dass die Höhe des finanziellen Anreizes

¹⁴² vgl. Dudley et al. 1998.

¹⁴³ vgl. Kronick et al. 2015.

¹⁴⁴ vgl. Hickson et al. 1987; vgl. Lagarde und Blaauw 2017.

¹⁴⁵ vgl. Rosenthal und Frank 2006.

¹⁴⁶ vgl. Christianson et al. 2006; vgl. Conrad 2015; vgl. Robinson 2001.

und die erwarteten Qualitätsgewinne adäquat ausbalanciert sind und gleichzeitig Ausweichstrategien¹⁴⁷ vermieden werden.

Voraussetzung für einen Einsatz von P4P, das derzeit international häufiger im ambulanten Bereich¹⁴⁸, aber auch im stationären Sektor angewendet wird¹⁴⁹, ist eine qualitativ hochwertige Qualitätsmessung. Aus diesem Grund setzen P4P-Programme meist in Versorgungsbereichen an, in denen bereits eine gute Datengrundlage vorliegt. Neben diesem pragmatischen Ansatz sollten P4P-Programme aber ebenso auf Versorgungsbereiche fokussieren, in denen ein nachweisbares qualitatives Versorgungsdefizit vorliegt. Kondo et al. folgern daraus: „P4P programs should target areas of poor performance.“¹⁵⁰

Das ökonomische Konzept des P4P birgt allerdings auch modellimmanente Risiken, die bei der Implementierung eines Programms aus theoretischer Perspektive zu beachten sind. Hierbei ist erstens zu nennen, dass finanzielle Anreize im Rahmen von P4P-Vergütungselementen nicht die einzigen Motivatoren darstellen dürfen, um die Qualität der Behandlungsergebnisse zu optimieren. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass diese externen finanziellen Anreize die intrinsische Motivation der Leistungserbringer verdrängen.¹⁵¹ Gerade bei der ärztlichen Leistungserbringung spielt die intrinsische Motivation eine große Rolle. Deshalb ist bei der Implementierung finanzieller Anreize von entscheidender Bedeutung, dass Ärzte bzw. Leistungserbringer nicht nur rein aus Gründen der Vergütung handeln, sondern auf der Basis berufsethischer Überzeugung.¹⁵²

Zweitens besteht das Risiko, dass die Installierung qualitätsorientierter Vergütungselemente den Fokus der ärztlichen Tätigkeit auf Bereiche verschiebt, die monetär incentiviert sind und dabei diejenigen Bereiche vernachlässigt werden, die finanziell weniger attraktiv sind, aber für das Wohl der zu behandelnden Patienten trotzdem eine große Bedeutung darstellen.¹⁵³

Der potenzielle Erfolg von P4P hängt stark vom Design der zugehörigen Programme ab. V.a. kommt es dabei auf die Art des Anreizes (monetär/nicht-monetär), die Qualitätsmessung, die Definition einer Bemessungsgrundlage (relativer/absoluter Anreiz), den Adressaten (Behandelnder Arzt/Krankenhaus bzw. Praxis) sowie die Höhe

¹⁴⁷Unter Ausweichstrategien können z.B. Verhaltensweisen genannt werden, über die Leistungserbringer versuchen, definierte Regeln zu umgehen, aber trotzdem incentivierte Performance-Boni zu erlangen. Solche Handlungsmuster werden als sog. Gaming-Strategien bezeichnet.

¹⁴⁸ vgl. Eckhardt et al. 2019.

¹⁴⁹ vgl. Milstein und Schreyögg 2016.

¹⁵⁰ Kondo et al. 2016, S. S66.

¹⁵¹ vgl. Wynia 2009, S.885f.

¹⁵² vgl. Roland 2006 S. 417f.

¹⁵³ vgl. Eijkenaar 2013, S. 120.

der finanziellen Anreize an.¹⁵⁴ Wenn das Zusammenspiel dieser Faktoren mit der übergreifenden Zielstellung eines P4P-Programms übereinstimmt, können direkte finanzielle Anreize die Förderung eines Qualitätswettbewerbs unterstützen.¹⁵⁵ Aber auch strukturelle Variablen, wie die Erfahrung oder das Alter der leistungserbringenden Ärzte sowie die Organisationsgröße des Leistungserbringers, haben Auswirkungen auf den Erfolg von P4P-Programmen.¹⁵⁶ Dies hingegen verneinen Kondo et al.¹⁵⁷

Für den akutstationären Einsatz schließen Milstein und Schreyögg in einem Review mit Einbezug von Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) - Ländern, dass P4P kurzfristig positive Effekte aufweist. Langfristig zeigen sich hingegen meist keine signifikanten Erfolge.¹⁵⁸ Mendelson et al. stellen fest, dass es bei Anwendung von P4P zwar zu einer geringeren Wiedereinweisungsrate kommt, aber ansonsten keine weiteren positiven Effekte darstellbar sind.¹⁵⁹ Eckhardt et al. folgern aus einer Zusammenschau vorhandener Reviews akutstationärer P4P-Programme, dass häufig Verbesserungen im Bereich von Prozessindikatoren vorliegen. Allerdings konnten diese Effekte meist nur in einer ersten Programmphase aufgezeigt werden und waren oftmals nicht in signifikantem Maße nachweisbar.¹⁶⁰

Für den Einsatz von P4P im ambulanten Bereich stellen Mendelson et al. fest, dass kurzfristig geringe positive Effekte für Prozessindikatoren aufgezeigt werden können. Allerdings zeigen sich keinerlei Effekte auf Ebene der Ergebnisindikatoren.¹⁶¹ Dabei reiht sich die erwähnte Übersichtsarbeit bzgl. der Effekte von P4P in die Ergebnisse ähnlicher Vorarbeiten ein. So kamen auch Damberg et al. im Jahr 2014 zu dem Ergebnis, dass P4P zwar leicht positive Effekte auf Prozessindikatoren vorweist, allerdings nicht auf Ergebnisindikatoren.¹⁶² Auch Eckardt et al. folgern, dass gerade in der ersten Phase von ambulanten P4P-Programmen signifikante Verbesserungen bei Prozessindikatoren nachzuweisen sind, welche dann im Verlauf allerdings häufig nicht mehr aufzufinden sind.¹⁶³ In einem Review zeigen Vlaanderen et al. auf, dass P4P-Programme dann auch mittelfristige Erfolge bzgl. einer Qualitätssteigerung sowie einer Kostenreduktion der incentivierten Bereiche vorweisen, wenn diese nicht als singuläres Instrument auf

¹⁵⁴ vgl. Ogundeji et al. 2018; vgl. van Herck 2010; vgl. Kristensen et al. 2016; vgl. Eijkenaar 2013; vgl. Roland und Dudley 2015.

¹⁵⁵ vgl. Roland 2016, S. 217.

¹⁵⁶ vgl. Markovitz und Ryan 2017.

¹⁵⁷ vgl. Kondo et al. 2016.

¹⁵⁸ vgl. Milstein und Schreyögg 2016.

¹⁵⁹ vgl. Mendelson et al. 2017.

¹⁶⁰ vgl. Eckhardt et al. 2019, S. 382ff.

¹⁶¹ vgl. Mendelson et al. 2017.

¹⁶² vgl. Damberg et al. 2014.

¹⁶³ vgl. Eckhardt et al. 2019, S. 373ff.

definierte Indikatoren abzielen, sondern z.B. in Kombination mit budgetierten Vergütungssystematiken angewendet werden.¹⁶⁴

Insgesamt zeigen die empirischen Evidenzen zu P4P gemischte, teils widersprüchliche Ergebnisse auf. Während im Bereich der Prozessqualität häufig Erfolge nachzuweisen sind, spiegeln sich diese aber bei den Outcomes - sofern diese überhaupt in die Qualitätsmessung einbezogen wurden - nicht wider.¹⁶⁵ Mendelson et al. bestätigen dies in einem aktuelleren Review.¹⁶⁶ Die alleinige Optimierung von Prozessqualität, die sich durch die Implementierung von P4P-Ansätzen und zugehöriger finanzieller Anreize punktuell erreichen lässt, führt demnach nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Outcomes bzw. der Ergebnisqualität.

Allerdings können die bislang häufig lediglich schwach positiven Effekte der P4P-Programme vielfach durch die Heterogenität der jeweiligen Programmdesigns, der vorhandenen Patientencharakteristika sowie weiterer Variablen erklärt werden.¹⁶⁷ Ebenso weist die Mehrzahl der Evaluationen von P4P-Programmen zahlreiche Limitationen auf (z.B. kleine Fallzahlen, fehlende Kontrollgruppen oder Störgrößen), so dass nur wenige aussagekräftige Ergebnisse vorliegen.¹⁶⁸ Die adressierte Heterogenität der Ergebnisse hängt dabei zudem häufig von Faktoren ab, die durch das Instrument des P4P nicht beeinflusst werden können.¹⁶⁹

Dies bekräftigt, dass das Programmdesign maßgeblich für den Erfolg des Instruments P4P ist.¹⁷⁰ Daher kann P4P bei adäquatem Programmdesign und Einsatz durchaus ein zielführendes Instrument darstellen, um den Qualitätswettbewerb in einem Gesundheitssystem zu befördern.

4.4 Bestehende Konzepte zur Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs

4.4.1 Managed Competition

Das Konzept des Managed Competition geht maßgeblich auf Alain Enthoven zurück¹⁷¹ und ist in der Ursprungsform in die Rahmenbedingungen des US-amerikanischen

¹⁶⁴ vgl. Vlaanderen et al. 2019.

¹⁶⁵ vgl. Bhattacharyya et al. 2009.

¹⁶⁶ vgl. Mendelson et al. 2017.

¹⁶⁷ vgl. ebd., S. 351.

¹⁶⁸ vgl. Milstein und Schreyögg 2016.

¹⁶⁹ vgl. Markovitz und Ryan 2017.

¹⁷⁰ vgl. Ogundeji et al. 2018.

¹⁷¹ vgl. Enthoven 1988; vgl. Enthoven 1993.

Krankenversicherungssysteme Ende der 1980er-Jahre eingebettet. Der Reformvorschlag von Enthoven in den USA verfolgte das Ziel, privatrechtlich organisierte Krankenversicherungen mit einer allgemeinen Versicherungspflicht zu verbinden, um eine Antwort auf die gescheiterten Versuche der Einführung einer allgemein verbindlichen Krankenversicherung in den USA zu finden.¹⁷² In den USA lag der Fokus dabei zu dieser Zeit stärker auf dem Ziel der Kostendämpfung als auf der Erhöhung der Qualität der medizinischen Leistungserbringung.

Losgelöst von diesem Kontext basiert das Modell des Managed Competition auf der Idee, Interaktionen zwischen regulatorischen und ökonomischen Mechanismen herzustellen und dadurch einen regulierten Wettbewerb zu entfachen.¹⁷³ Aufgrund des Nebeneinanders von Wettbewerb und Regulierung kann das Konzept des Managed Competition zunächst als Oxymoron verstanden werden. Während über Wettbewerb auf Märkten über Preise, Mengen oder Qualität von Leistungen verhandelt wird, schränkt eine Regulierung diese Freiheiten i.d.R. ein.

Ein funktionsfähiger Wettbewerb soll geschaffen werden, indem die Marktbesonderheiten im Gesundheitswesen überwunden und gleichzeitig soziale Zielstellungen, wie z.B. der gleiche Zugang zu medizinischen Dienstleistungen realisiert wird. Insgesamt sollen Kostenersparnisse sowie Qualitätsverbesserungen infolge von Effizienzgewinnen erzielt werden.¹⁷⁴

Zentral im Konzept ist die Rolle des sog. Sponsors. Diesem Sponsor, der entweder privatrechtlich oder staatlich organisiert sein kann, werden vier maßgebliche Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsversorgung übertragen:¹⁷⁵ Diese sind

- die Anpassung des Marktes für einen Wettbewerb zwischen Krankenversicherern,
- die Schaffung passender regulatorischer Rahmenbedingungen,
- die Schaffung einer stärker preiselastischen Nachfrage und
- die Vermeidung von Risikoselektion.

Um diese Aufgaben wahrnehmen und die dem Konzept des Managed Competition zugrunde liegenden Ziele erreichen zu können, sind folgende Instrumente vorgesehen:¹⁷⁶

¹⁷² vgl. Niehoff 2008, S. 227.

¹⁷³ vgl. McGuire und van Kleef 2018, S. 4.

¹⁷⁴ vgl. Willisegger und Blatter 2016a, S. 11; vgl. Greß et al. 2001, S. 7.

¹⁷⁵ vgl. Enthoven 1993, S. 24.

¹⁷⁶ vgl. ebd. 1993; vgl. Sloan und Hsieh 2012, S. 491ff.

Erstens können Krankenversicherer Versicherungspakete anbieten, die einen festgelegten Mindestkatalog an Leistungen umfassen oder aber über dieses Mindestmaß an Leistungen hinausgehen. Der Mindestumfang des Leistungskatalogs ist durch den Sponsor zu definieren. Die Leistungen werden durch die Krankenversicherer unabhängig von (Vor)-Erkrankungen prämiert. Dabei können für die Versicherten Zuzahlungen anfallen, die eine im Modell geforderte preiselastische Nachfrage unterstützen.

Zweitens können Krankenversicherer selektiv mit Leistungserbringern kontrahieren und dabei auf eine möglichst qualitätsorientierte Leistungserbringung fokussieren. Ebenso kann eine vertikale Integration stattfinden, indem Leistungserbringern auch eine finanzielle Mitverantwortung übertragen werden kann.

Drittens, und dieser Aspekt ist für die Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs besonders relevant, stellt der Sponsor den Konsumenten bzw. Versicherten Informationen zu Preisen, Qualität und den unterschiedlichen Leistungskatalogen der Krankenversicherer zur Verfügung, so dass die Versicherten eine möglichst informierte Entscheidung auf Grundlage ihrer Präferenzen treffen können.

Eng damit in Verbindung steht viertens das Recht der Versicherten, den Versicherungsträger frei zu wählen und zu wechseln. Dies führt dazu, dass der Qualitätswettbewerb nicht nur zwischen den Leistungserbringern, sondern ebenso zwischen den Krankenversicherern entfacht werden kann.

Fünftens sollte über den Sponsor ein Risikoausgleich stattfinden, um eine Risikoselektion durch die Krankenversicherer zulasten älterer und multimorbider Versicherter zu vermeiden. Dabei können die Beiträge der Versicherten über den Sponsor eingezogen werden und dann risikoadjustiert an die jeweiligen Krankenversicherungsträger weitergeleitet werden.

Für das Funktionieren der beschriebenen Mechanismen liegen implizit folgende drei Annahmen zugrunde:

1. Krankenversicherer konkurrieren um Preis, Qualität und Serviceangebot, wobei keine monopolähnlichen Marktverhältnisse bestehen.
2. Konsumenten bzw. Versicherte haben die freie Wahl zwischen Krankenversicherern und machen von ihrem Wahlrecht Gebrauch.
3. Leistungserbringer werden durch die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens durch die Krankenversicherer incentiviert, eine möglichst hohe Effizienz der

Leistungserbringung zu realisieren (prinzipiell Fokus auf hoher Qualität oder Kosteneffizienz denkbar).¹⁷⁷

Am von Enthoven entwickelten Konzept existieren konzeptionelle Kritikpunkte, die an exemplarischen Beispielen nachfolgend illustriert werden. Kritiker argumentieren, dass das Konzept inhaltlich überfrachtet und für eine praktische Umsetzung zu komplex gestaltet sei.¹⁷⁸ Zudem sei das formulierte Zielsystem aus wettbewerblicher Ausrichtung, aber gleichzeitiger Verfolgung sozialer Ziele (z.B. gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung) zu ambitioniert. Schut spricht in diesem Zusammenhang von einem „sheep with five legs“¹⁷⁹.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf den Einbezug des Aspekts der Gerechtigkeit in das Konzept. Während das Modell des Managed Competition an mehreren Stellen explizit einen Bezug zur neoklassischen ökonomischen Theorie herstellt (z.B. durch das Ziel einer effizienteren Versorgung oder das Auflösen der Marktunvollkommenheit im Gesundheitswesen), ist der Kriterium der Gerechtigkeit, ausgedrückt durch gleichen Zugang zu Krankenversicherung, nicht Inhalt der ökonomischen Wettbewerbstheorie.¹⁸⁰ Dieser Elektizismus ist zwar bzgl. seiner Zielstellungen nachvollziehbar, birgt aber die Gefahr, dass sich die dabei einbezogenen Ursprungstheorien (hier: Wettbewerbs- und Gerechtigkeitstheorie) ambivalent gegenüberstehen.

Umsetzungsversuche des Konzepts des Managed Competition wurden abseits der USA bereits in mehreren Gesundheitssystemen Europas eingeleitet (z.B. Niederlande, Schweiz, Israel, partiell Deutschland) (detaillierter s. 6.3).¹⁸¹ Dabei wurde stets versucht, v.a. die beschriebenen marktwirtschaftlichen Prinzipien in die Mechanismen des vorherrschenden Gesundheitssystems einzupassen.

4.4.2 Value-Based-Competition-Modell

Das Value-Based-Competition-Modell setzt einen starken Fokus auf den Wert und Nutzen einer medizinischen Leistung.¹⁸² Das Konzept geht auf Porter und Teisberg zurück¹⁸³, die das Modell als Chance verstehen, einen zielführenden Wettbewerb um die Qualität der Leistungserbringung zu entfachen und dadurch einen Qualitätswettbewerb

¹⁷⁷ vgl. Greß et al. 2001, S. 9.

¹⁷⁸ vgl. Robinson 2003, S. 342.

¹⁷⁹ Schut, 1995 S. 28ff.

¹⁸⁰ vgl. Greß et al. 2001, S. 10.

¹⁸¹ vgl. Thomson et al. 2013.

¹⁸² vgl. Willisegger und Blatter 2016a, S.11; vgl. Porter und Teisberg 2006.

¹⁸³ vgl. Porter und Teisberg 2004.

zu ermöglichen. Dabei soll der Wettbewerb nicht durch eine (staatliche) Institution reguliert werden.¹⁸⁴

Ausgangspunkt für die theoretischen Überlegungen bildet erneut das Gesundheitssystem der USA. Porter und Teisberg stellen die These auf, dass die Ausgestaltungsform des Wettbewerbs dort zu einem „Nullsummenspiel“ führt (zero-sum-competition) und dies eine Hauptursache für die im Vergleich zu den hohen Gesundheitsausgaben in den USA unterdurchschnittliche Performance des Gesundheitssystems darstellt.¹⁸⁵

Allerdings soll nicht die wettbewerbliche Steuerung des Gesundheitswesens pro toto infrage gestellt werden, sondern die Ausrichtung des Wettbewerbs hin zu einer Nutzerorientierung erfolgen. Dabei soll der Fokus auf den erzielten Behandlungsergebnissen liegen und nicht auf einer reinen Kostendämpfung ohne Berücksichtigung der Ergebnisqualität.¹⁸⁶

Als zero-sum-competition wird ein Wettbewerb im Modell dann bezeichnet - und diese Annahmen können auf einen internationalen Kontext übertragen werden - wenn lediglich eine Kostenverschiebung zwischen Akteuren stattfindet (z.B. zwischen stationärem und ambulantem Sektor oder zwischen Krankenversicherung und Patient), wenn die Wahlfreiheit der Versicherten eingeschränkt wird (z.B. durch selektives Kontrahieren) und es zu einer Risikoselektion durch Krankenversicherer kommt.¹⁸⁷

Die Verbesserung des Patientennutzens stellt das übergeordnete Ziel des Konzepts dar. Der Patientennutzen setzt sich dabei aus einer Kombination aus Behandlungsergebnis und -kosten zusammen. Zum einen können die Ergebnisse bei gleichbleibenden Kosten erhöht werden, zum anderen ist aber auch eine Kostensenkung bei gleichbleibendem Behandlungsergebnis denkbar. Von einer Steigerung des values, und dadurch des Patientennutzens, profitieren alle beteiligten Akteure.¹⁸⁸

Während Patienten aus einer erhöhten Behandlungsqualität positiven Nutzen ziehen, würden Krankenversicherer mittel- und langfristig über verbesserte Behandlungsergebnisse Folgekosten einsparen.¹⁸⁹ Wenn der Patientennutzen über wettbewerbliche Prozesse optimiert wird, sprechen Porter und Teisberg von einem

¹⁸⁴ vgl. Porter und Teisberg 2006, S. 102.

¹⁸⁵ vgl. Porter und Teisberg 2004, S. 1.

¹⁸⁶ vgl. Raspe 2018, S. 9.

¹⁸⁷ vgl. Porter und Teisberg 2004, S.3ff.; vgl. Porter und Guth 2012, S. 59; vgl. Teisberg 2008, S. 20f.

¹⁸⁸ vgl. ebd., S. 97.

¹⁸⁹ vgl. Porter 2010, S. 2477; vgl. Porter und Guth 2012, S. 35.

positive sum competition.¹⁹⁰ Dieser stellt die Grundlage für das Value-Based-Competition-Modell dar und besteht aus drei unterschiedlichen Elementen.

Erstens soll der Wettbewerb um Gesundheitszustände (z.B. Erkrankungen, Verletzungen, Schwangerschaft) stattfinden. Das bedeutet, der Wettbewerb fokussiert sich nicht auf spezifische Fähigkeiten oder Teilleistungen von Leistungserbringern, sondern auf den gesamten Versorgungspfad.¹⁹¹ Dabei soll die Wahlfreiheit des Leistungserbringers für die Patienten erhalten bleiben. Steuernde Effekte könnten dann über Zuzahlungen oder Selbstbehalte erzielt werden.^{192,193}

Zweitens ist eine Transparenz über die Qualität der Behandlung sowohl für Leistungserbringer und Kostenträger als auch für Patienten herzustellen. Nur wenn Ergebnisqualität risikoadjustiert gemessen und veröffentlicht wird, entsteht daraus ein Anreiz zur weiteren Qualitätsverbesserung. Denn zugängliche Informationen stellen einen entscheidenden Katalysator für einen qualitäts- und nutzenorientierten Wettbewerb dar.¹⁹⁴

Drittens, und dies ist die wichtigste und umfassendste Eigenschaft des Konzepts, soll der Wettbewerb im Gesundheitswesen ergebnis- bzw. value-basiert organisiert sein. Dies schließt ein, dass Krankenversicherer weniger um Prämien oder eine Risikoselektion zur Gewinnmaximierung konkurrieren sollten, sondern vielmehr gemeinsam mit den Leistungserbringern um eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse für deren Versicherte bzw. Patienten.¹⁹⁵ Dafür ist eine aktivere Rolle der Kostenträger nötig. Diese sollen die Versicherten dabei unterstützen, den für deren ihre Bedarfe optimalen Leistungserbringer zu finden. Dabei kann ein Vorantreiben der Messung und Veröffentlichung der Ergebnisqualität der Leistungserbringer durch die Krankenversicherer unterstützend wirken.¹⁹⁶

Auch das Konzept des Value-Based-Competition beinhaltet Aspekte, die kritisch zu berücksichtigen sind und an dieser Stelle exemplarisch dargestellt werden. So hängt die konzeptionelle Idee maßgeblich von der Messung der Ergebnisqualität ab, auf deren Grundlage der Qualitätswettbewerb um eine Steigerung des Patientennutzens stattfinden soll. Die Messung dieser Qualitätsdimension erfordert allerdings hohe methodische Anforderungen, um die bzgl. der Behandlungskomplexität

¹⁹⁰ vgl. Porter und Teisberg 2004, S. 8ff.

¹⁹¹ vgl. Porter und Teisberg 2006, S. 105f.

¹⁹² vgl. Porter und Teisberg 2004, S. 9.

¹⁹³ Die hier adressierte Logik wird in der Praxis insbesondere in Form der HMO- und PPO-Organisationsformen im Managed Care-Kontext in den USA angewendet.

¹⁹⁴ vgl. ebd., S. 9; vgl. Teisberg 2008, S. 23f.

¹⁹⁵ vgl. Teisberg 2008, S. 23.

¹⁹⁶ vgl. Porter und Guth 2012, S. 62f.

unterschiedlichen Patientenkollektive hinsichtlich eines Ergebnisindikators vergleichbar zu machen (s. 4.3.2).¹⁹⁷ Wenn diese Risikoadjustierung aber über eine nicht ausreichende Zielgenauigkeit verfügt, löst sie Anreize zu einer unerwünschten Risikoselektion aus.¹⁹⁸

Zudem besteht die Gefahr, dass v.a. Versorgungsbereiche mit einem höheren Value versehen werden bzw. diesen im Rahmen des Modells eine größere Aufmerksamkeit zukommt, bei denen die Ergebnisqualität aufgrund etablierter Ergebnisindikatoren reliabler und ohne größere Aufwände gemessen werden kann. Als Beispiel können hier elektive chirurgische Eingriffe genannt werden. Außerdem ergibt sich bei der Verwendung von Indikatoren zur Ergebnisqualität die Problematik, dass die Verantwortlichkeit eines Behandlungsergebnisses aufgrund des multifaktoriellen Charakters der Leistungserstellung nicht eindeutig zuordenbar ist.

Das Konzept des Value-Based-Competition bzw. dessen Gedankengut findet teilweise oder in stärkerer Ausprägung in zahlreichen internationalen Gesundheitssystemen Anwendung. Eine theoretische Anwendung des Konzepts von Porter und Teisberg für das deutsche Gesundheitssystem findet sich mit zahlreichen Impulsen in der Veröffentlichung von Porter und Guth aus dem Jahr 2012.¹⁹⁹ Zudem lassen sich Umsetzungsansätze des Modells z.B. in den Niederlanden und Großbritannien finden.²⁰⁰ Allerdings fehlen derzeit noch qualitativ hochwertige Evaluationen, die potenzielle Implikationen auf Qualität oder Kosten durch Anwendung des Konzepts des Value-Based-Competition aufzeigen.

4.4.3 Solidarische Wettbewerbsordnung

Das Konzept der Solidarischen Wettbewerbsordnung (SWO), dessen Ursprung dem deutschen Gesundheitssystem zuzuordnen ist, kann im Kern als Entwurf verstanden werden, das in 4.4.1 beschriebene Konzept des Managed Competition unter Berücksichtigung der Spezifika des deutschen Gesundheitssystems in Deutschland zu implementieren.²⁰¹ In der frühen konzeptionellen Idee Anfang der 1990er-Jahre geht es auf eine Gruppe ordnungsökonomisch ausgerichteter Gesundheitsökonominnen und Wissenschaftler zurück.²⁰² Diese forderten eine stärker wettbewerbliche Ausrichtung der GKV in Deutschland. Die Postulate gründeten sich v.a. auf die zu dieser Zeit diskutierte

¹⁹⁷ vgl. Schrappe und Gültekin 2011, S. 111.

¹⁹⁸ vgl. Nicholson et al. 2008; vgl. Schrappe 2015, S. 98f.

¹⁹⁹ vgl. Porter und Guth 2012.

²⁰⁰ vgl. NHS 2017; vgl. The Decision Group 2020.

²⁰¹ vgl. Ulrich und Schmid 2014, S. 123.

²⁰² vgl. Rebscher 1993; vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 1994.

und beschlossene Verknüpfung von freier Kassenwahl und der Einführung eines Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV. Ebenso motivierend für das Konzept der SWO war das Dilemma, dass bestehende Ausgabenproblemen im Gesundheitswesen in Deutschland zunehmend mit Leistungsbegrenzungen und -einschnitten durch die Krankenkassen begegnet werden sollten und für dieses Problem keine nachhaltige ordnungspolitische Lösung existierte.²⁰³

Die SWO sollte in diesem Kontext über wettbewerbliche Steuerungsinstrumente und Suchprozesse zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie zu einer stärkeren Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung führen.²⁰⁴ Die bei der Entwicklung des Konzepts der SWO zugrundeliegende Fragestellung sowie der Anspruch waren, wie ein solidarisch organisiertes Krankenkassensystem sowohl wirtschaftlich ausgestaltet sein als auch gleichzeitig eine hohe Qualität liefern kann.²⁰⁵

Dem Konzept immanent ist die Maßgabe, dass geltende Grundprinzipien wie das Solidar- oder das Sachleistungsprinzip der GKV nicht zur Disposition gestellt werden sollen.²⁰⁶ Das bestehende System sollte vielmehr um wettbewerbliche Suchprozesse Einzelner im Sinne Hayeks²⁰⁷ ergänzt werden, die letztlich die Gesundheitsversorgung Aller verbessern sollen.²⁰⁸

Insgesamt entsteht dadurch ein stringenter Ordnungsrahmen, der einerseits das Prinzip der Solidarität wahrt und gleichzeitig, unter Nutzung wettbewerblicher Instrumente, die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit innerhalb der GKV optimiert.²⁰⁹ Der Wettbewerb, der sich zentral um die Qualität der angebotenen Leistungen dreht, erfüllt hierbei keinen Selbstzweck, sondern schafft durch die Suche nach besseren Versorgungsmodellen die ökonomische Basis für Solidarität.²¹⁰

Krankenkassen treten in der SWO mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten als Einkäufer von Leistungen und daher als Agenten im Sinne Ihrer Versicherten auf. Sie stehen im Wettbewerb um die Qualität der Versorgung. Leistungserbringer konkurrieren um Leistungsverträge mit den Krankenkassen. Zur Realisierung dieser stärker wettbewerblichen Ausrichtung basiert das Konzept der SWO auf zwei maßgeblichen

²⁰³ vgl. Rebscher und Walzik 2015a, S. 39; vgl. Jacobs und Rebscher 2014, S. 48.

²⁰⁴ vgl. Jacobs und Rebscher 2014, S. 54.

²⁰⁵ vgl. Rebscher und Walzik 2015a, S. 39.

²⁰⁶ vgl. Rebscher und Walzik 2015b, S. 5.

²⁰⁷ vgl. Hayek 1969.

²⁰⁸ vgl. Rebscher und Walzik 2015b, S. 4.

²⁰⁹ vgl. Jacobs und Rebscher 2014, S. 48.

²¹⁰ vgl. ebd., S. 55.

Instrumenten. Zum einen sind dies Selektivverträge bzw. selektives Kontrahieren als „ökonomischer Kern“, zum anderen ein RSA als „technischer Kern“ der SWO.²¹¹

Selektivverträge²¹² sollen über dezentrale Suchprozesse eine bessere, da effizientere, Versorgung erreichen.²¹³ Im Konzept der SWO sollen dezentrale Selektivverträge neben kollektivvertraglichen Lösungen innerhalb des Regulierungsrahmens möglich sein.²¹⁴ Nur so können innovative Versorgungslösungen über die Evaluation der Entdeckungsverfahren eine Stachelfunktion auf die Regelversorgung einnehmen und dadurch die Versorgung insgesamt verbessern.

Ein funktionsfähiger RSA stellt hingegen den „technischen Kern“ der SWO dar.²¹⁵ Dabei werden einige Zielstellungen auf das Instrument des RSA vereinigt, die zu einer wettbewerblichen Ausrichtung innerhalb eines durch Solidarität geprägten Gesundheitssystems führen sollen. Zentral sind hier für eine Umsetzung der SWO v.a.

- die Vermeidung einer Risikoselektion und der Fokus auf die wirtschaftliche Erbringung definierter Leistungen,
- die Neutralisierung risikostrukturbedingter Beitragssatzunterschiede zwischen Krankenkassen und
- die damit verbundenen positiven Handlungsanreize für ein aktives Versorgungsmanagement der Krankenkassen.²¹⁶

Somit soll der RSA einen fairen Kassenwettbewerb ermöglichen und gemeinsam mit der Möglichkeit für Krankenkassen, selektive Vertragsabschlüsse vorzunehmen, einen Qualitätswettbewerb im GKV-Markt in Deutschland induzieren.

Seit der Konzeptionierung der SWO sind in Deutschland einige Versuche unternommen worden, Instrumente zur Realisierung der geschilderten Kernideen der Theorie der SWO in die Versorgung zu transformieren. Allerdings sind diese Versuche von mangelnder Stringenz geprägt und lassen bislang die Schaffung eines konsistenten ordnungspolitischen Rahmens vermissen.²¹⁷

Cassel und Wasem folgern, dass zur Umsetzung des Gedankenguts der SWO in Deutschland v.a. in den Dimensionen Vertragsfreiheit, Wettbewerbspolitik,

²¹¹ vgl. Oberender und Zerth 2014; vgl. Buchner und Göppfarth 2014.

²¹² Eine Auswahl der breitgefächerten Literatur zum Thema der Selektivverträge und dem selektiven Kontrahieren im Kontext der Forderungen der SWO bieten Wille 2009, Rebscher 2007, Ebsen et al. 2003 und Cassel et al. 2008.

²¹³ vgl. Oberender und Zerth 2014, S. 178.

²¹⁴ vgl. ebd., S. 195.

²¹⁵ vgl. Buchner und Göppfarth 2014; Eine Auswahl weiterführender Literatur zum (morbidityorientierten) RSA und dessen Entwicklung, Ausgestaltung und Evaluation in Deutschland finden sich bei Buchner et al. 2013, Drösler et al. 2011 und Drösler et al. 2017.

²¹⁶ vgl. IGES 2018; vgl. Rebscher und Walzik 2015b, S. 4; Breyer und Kifmann 2001.

²¹⁷ vgl. Rebscher und Walzik 2015a, S. 5f.; vgl. Jacobs und Rebscher 2014, S. 49 und S. 56ff.

Qualitätssicherung und Transparenz noch Nachholbedarf besteht.²¹⁸ Beispielhaft lässt sich die defizitäre ordnungspolitische Stringenz bei der Umsetzung der Inhalte der SWO an den Disease Management Programmen (DMP) illustrieren: Diese strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Erkrankte wurden in Deutschland sukzessive ab dem Jahr 2003 eingeführt. Auch wenn der Impetus der DMPs grundsätzlich zu begrüßen ist, dass Krankenkassen für deren Versicherte jeweils individuelle Versorgungslösungen schaffen, wurden die DMPs verpflichtend für alle Krankenkassen vorgeschrieben. Dies lässt eine individuelle Präferenz- und Patientenorientierung je nach Klientel der jeweiligen Krankenkasse unmöglich werden.²¹⁹ Auch an weiteren Beispielen, wie der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, lässt sich nachzeichnen, dass die Erweiterung der Handlungsspielräume für Krankenkassen durch selektives Kontrahieren bislang aufgrund fehlender ordnungspolitischer Konstanz nur bedingt nachhaltig erfolgreich war.²²⁰

Die Komplexität, einen RSA als „technischen Kern“ der SWO zur adäquaten Risikoselektion und Schaffung der Voraussetzungen für einen fairen Kassenwettbewerb zu etablieren, stellte einen entscheidenden Aspekt der gesundheitspolitischen Diskussion der vergangenen Jahre dar. Während eine konsenterte Meinung darüber besteht, dass ein RSA in einem gleichzeitig wettbewerblich gestalteten sowie solidarisch motivierten Gesundheitssystem ein obligatorisches Element darstellt, existieren im „lernenden System“ RSA in Deutschland noch immer relevante Defizite. Nachdem der RSA im Jahr 2009 durch den direkten Morbiditätseinbezug zum morbiditätsorientierten RSA modifiziert wurde, wurden im Jahr 2020 Gesetzesreformen bzgl. der Einführung einer Regionalkomponente und eines Risikopools zur Abfederung von Hochkostenfällen sowie der Erweiterung der einbezogenen Krankheitsbilder hin zu einem sog. Vollmodell unternommen.²²¹ Diese Neustrukturierung des RSA soll einen fairen Wettbewerb zwischen Krankenkassen weiter stärken. Wirkungen des GKV-FKG liegen derzeit noch nicht vor.

²¹⁸ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 36.

²¹⁹ Dem Argument von Rebscher und Walzik steht entgegen, dass der RSA bei größeren, präferenzorientierten Handlungsspielräumen für Krankenkassen methodisch perfekt, d.h. ohne Fehlanreize, funktionieren müsste. Denn ggf. bestehende Fehlanreize könnten zu Über-/Unterversorgung sowie einer nicht intendierten Risikoselektion führen.

²²⁰ vgl. Rebscher und Walzik 2015b, S. 5.

²²¹ vgl. Bundesgesetzblatt 2020.

4.5 Zwischenfazit

Die Analyse der wettbewerblichen Handlungsfelder ergab, dass vor dem Hintergrund der Förderung eines Qualitätswettbewerbs der Leistungsmarkt der relevanteste Bereich ist. Bei der Skizzierung der Empirie zu den fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumenten zeigte sich, dass alle Instrumente prinzipiell zweckdienlich sind, um einen Qualitätswettbewerb zu induzieren. Allerdings ist die starke Heterogenität der empirischen Evidenzen zu berücksichtigen. Bei allen qualitätswettbewerblichen Instrumenten kommt es besonders auf das jeweilige Design sowie den Kontext des Einsatzes an. Nur dann können diese die intendierten Wirkungen entfalten.

Bei einem zusammenfassenden Blick auf die drei dargestellten Konstrukte zur Operationalisierung eines Qualitätswettbewerb musste festgestellt werden, dass die Umsetzung jeweils ein komplexes Vorhaben darstellt. Dabei tritt durchgängig die grundlegende Herausforderung zutage, Regulierung und Wettbewerb ordnungspolitisch dergestalt aufeinander abzustimmen, dass für alle Beteiligten an der medizinischen Leistungserbringung sowie für das Gesundheitssystem in toto ein Mehrwert entsteht.

**TEIL II:
ANALYSE DES
QUALITÄTSWETTBEWERBS AUS
NATIONALER UND INTERNATIONALER
PERSPEKTIVE**

5 Status quo des Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem

5.1 Rahmenbedingungen und Instrumentenanalyse

5.1.1 Qualitätsmessung

In Deutschland lassen sich sowohl im akutstationären als auch im ambulanten Versorgungsbereich systematische Ansätze und Instrumente der externen Qualitätsmessung und -sicherung identifizieren. Diese sind in der akutstationären Versorgung ausgeprägter vorhanden. Beschlossen werden die Maßnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dieser erlässt dazu nach § 136 SGB V jeweils entsprechende Qualitätssicherungs-Richtlinien, welche dann in der Folge gemäß § 137a SGB V durch das IQTiG methodisch und inhaltlich definiert bzw. konkretisiert werden.

Daneben existieren auch einrichtungsbezogene interne Maßnahmen zur Qualitätsmessung bzw. dem -management. Nachfolgend wird auf den Aspekt der externen Qualitätsmessung fokussiert.

Akutstationäre Versorgung

Im akutstationären Versorgungsbereich dokumentieren Krankenhäuser über das Instrument der externen Qualitätssicherung ihre Leistungserbringung in verschiedenen Bereichen. Beschlossen wurde diese Form der Qualitätsmessung im Jahr 2000.²²² Die Messung erfolgt unter Zuhilfenahme von QI und verfolgt das Ziel, die Qualität aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser bundesweit aggregiert zu erfassen und eine Datengrundlage für eine Vergleichbarkeit der jeweiligen Leistungsbereiche zwischen einzelnen Einrichtungen zu schaffen.

Das Instrument der externen stationären Qualitätssicherung ist dabei eng mit den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verknüpft (s. 5.1.2). Die Vorgaben zur externen Qualitätssicherung werden durch den G-BA in Form der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) festgelegt.

Die Daten der Krankenhäuser werden nach den Vorgaben der QSKH-RL erfasst, auf Bundes- und Landesebene statistisch ausgewertet und anschließend analysiert. Dabei werden jedem teilnehmenden Krankenhaus die eigenen Ergebnisse gespiegelt. Diese können mit den Ergebnissen der anderen Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes

²²² vgl. Kraska et al. 2016, S. 771.

verglichen werden. Gibt es Abweichungen von zuvor definierten Qualitätswerten bzw. -zielen, so wird in einem sog. Strukturierten Dialog als standardisierter Prozess nach den Ursachen für diese Abweichungen gesucht. Dabei wird geklärt, ob die rechnerisch ermittelten Auffälligkeiten auf qualitative Probleme zurückzuführen sind. Ist dies der Fall, findet mit einem Expertengremium eine genauere Analyse der Ursachen statt. Dieses Vorgehen verdeutlicht den Fokus der Qualitätsmessung im akutstationären Bereich: Die Identifizierung unzureichender Qualität und Einleitung von Maßnahmen zur Angleichung auf mindestens das erwartbare Qualitätsniveau.²²³ Zwischen Krankenhäusern, die das rechnerisch erwartete Niveau erreichen, wird hingegen nicht differenziert.²²⁴

Für das Erfassungsjahr 2019 wurden im Rahmen der externen Qualitätssicherung insgesamt 21 Qualitätssicherungsverfahren²²⁵ im akutstationären Bereich definiert.²²⁶ Diese sind jeweils mit zugehörigen QI insbesondere der Prozess- und Ergebnisqualität hinterlegt. In der Summe wurden für das Jahr 2019 221 Indikatoren gemessen, wobei ein Teil der QI auch risikoadjustiert ausgewertet wurde.

83% der Indikatoren (183 Indikatoren) wiesen im Jahr 2019 auf aggregierter Ebene keinen besonderen Handlungsbedarf auf. Dies bedeutet, dass die gemessenen Werte den vorab definierten Qualitätszielen entsprachen und daher keine weitere Differenzierung zwischen den Krankenhäusern erfolgte. Zwölf Indikatoren (5%) wiesen einen besonderen Handlungsbedarf auf.

Bei einer Analyse der hinter den Qualitätssicherungsverfahren stehenden Krankheitsbildern wird ersichtlich, dass diese fast ausschließlich Bereiche der operativen Medizin umfassen (s. Abbildung 6). Dadurch besteht ein deutliches Übergewicht akuter, operativer Krankheitsbilder. Konservative Fächer bzw. Krankheitsbilder hingegen fehlen nahezu vollständig.

Zudem bilden die berücksichtigten Qualitätssicherungsverfahren quantitativ nur einen kleinen Anteil der akutstationären Versorgung ab. Im Jahr 2019 konnten etwa 2,4

²²³ vgl. Köster-Steinebach 2019, S. 150.

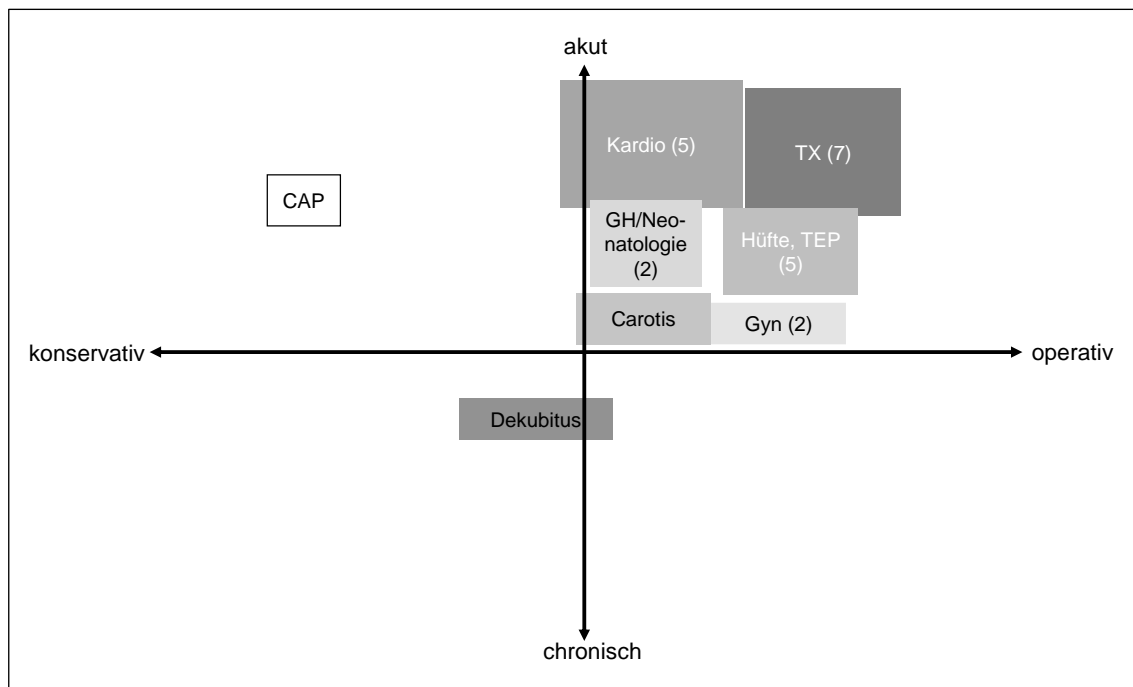
²²⁴ Mit Inkrafttreten des KHSG im Jahr 2016 sollten ursprünglich auch im Rahmen der qualitätsorientierten Vergütung Krankenhäuser mit außerordentlich guter Qualität identifiziert, ausgewiesen und honoriert werden. Allerdings konnte dafür kein konsentierter methodischer Anwendungsrahmen konstruiert werden. Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) aus dem Jahr 2021 hat diese Zielsetzung des KHSG wieder zurückgenommen und dafür u.a. ab dem Jahr 2022 für bestimmte Indikationsbereiche verpflichtende Qualitätsverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen definiert.

²²⁵ vgl. IQTiG 2020.

²²⁶ Seit dem Jahr 2016 werden sukzessiv auch externe Qualitätssicherungsverfahren für Prozeduren mit sektorenübergreifendem Charakter durch das IQTiG ausgewertet. Dabei werden Leistungen berücksichtigt, die sowohl akutstationär, aber auch ambulant erbracht werden können. Diese werden mit identischen QI gemessen und bewertet. Für das Erfassungsjahr 2019 existierten drei Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Diese umfassten die Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, die Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen sowie die Cholezystektomie.

Millionen Datensätze von 1.472 Krankenhäusern in die Bewertung aufgenommen werden. Dies entsprach ca. 12% der vollstationären Fallzahlen im Erfassungsjahr 2019 in Deutschland.²²⁷

Abbildung 6: Schematische Darstellung der Qualitätssicherungsverfahren der externen stationären Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2019



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schrappe (2015), S. 75.

TX: Transplantation, Kardio: Kardiologie/Herzchirurgie, CAP: Ambulant erworbene Pneumonie, GH: Geburtshilfe, TEP: Totalendoprothetik, Gyn: Operative Gynäkologie und Mamma-Chirurgie
In Klammern: Zahl der Verfahren (vgl. IQTiG 2020, S. 14f.).

Zur Berücksichtigung der Strukturqualität im akutstationären Versorgungsgeschehen wurden in Deutschland Mindestmengen implementiert. Diese adressieren insbesondere komplexere planbare Operationen.²²⁸ Krankenhäuser müssen definierte Fallzahlen vorweisen, um den Eingriff von der GKV refinanziert zu bekommen (s. § 136b Abs. 4 SGB V). Ziel dieser Mindestmengenregelung ist es, eine gute Behandlungsqualität zu gewährleisten und sog. Gelegenheitschirurgie zu vermeiden.

Die Krankenhausträger müssen jedes Jahr darlegen, dass sie die erforderlichen Fallzahlen (Mindestmengen) im jeweils folgenden Kalenderjahr voraussichtlich erreichen werden. Die Prognose gilt als plausibel, wenn die Leistungsmengen im zurückliegenden Kalenderjahr erreicht wurden. Werden die erforderlichen Fallzahlen im jeweils nächsten

²²⁷vgl. IQTiG 2020, S. 198ff.

²²⁸ Für das Jahr 2021 lagen beispielhaft für folgende Indikationen Mindestmengenregelungen vor: Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Einsatz von Kniegelenks-Totalendoprothesen (Knie-TEP), Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre), Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende), Nierentransplantation (inkl. Lebendspende), Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse), Stammzelltransplantation sowie koronarchirurgische Eingriffe.

Kalenderjahr voraussichtlich nicht erreicht, verlieren die Kliniken ihren Anspruch auf die Leistungsberechtigung und die Vergütung der Leistung durch die Krankenkassen. Darüber hinaus existieren allerdings Ausnahmetatbestände, wie z.B. die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden Versorgung oder bei Markteintritt. Allerdings zeigt ein Bericht, dass vier von zehn Kliniken im Jahr 2017 Operationen im Rahmen der GKV durchgeführt haben, für die Mindestmengen gelten, obwohl die dafür geforderten Fallzahlen nicht vorlagen.²²⁹

Zusätzlich zur gesetzlichen Qualitätssicherung gibt es privatwirtschaftliche und akteursbezogene Ansätze. So errechnet z.B. die AOK QSR Ergebnisindikatoren auf Basis von Patientendaten.²³⁰ Des Weiteren messen die von privaten Leistungserbringern gegründete Initiativen Qualitätsmedizin (IQM) und Qualitätskliniken.de Prozess- und Ergebnisindikatoren auf Basis von Abrechnungsdaten. Überdies existieren Initiativen einzelner Krankenkassen, die über Fragebögen auch PREMs messen.²³¹ Eine systematische Erhebung von PROMs gibt es in Deutschland bislang aber nicht.

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Sektor dominiert die Versorgung chronischer Krankheiten sowie die konservative Behandlung gegenüber operativen Eingriffen. Oftmals niedrigere Fallzahlen pro Indikation und Praxis erschweren die reliable Beurteilung von Ergebnisqualität.

Zu ausgewählten Leistungen werden in allen Arztpraxen, die diese zulasten der GKV anbieten, Daten flächendeckend nach einheitlichen Kriterien erfasst und ausgewertet. Nach § 135 Abs. 2 SGB V existieren bundesweit einheitliche Vereinbarungen zur Qualitätssicherung für ca. 50 Leistungsbereiche.

Ein besonderes Augenmerk bei der Qualitätsmessung liegt in der vertragsärztlichen Versorgung auf Instrumenten der Strukturqualität. Diese wird meist in Form von Genehmigungen für spezifische Verfahren²³² nachgehalten. Vor Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) muss der Arzt nachweisen, dass er eine adäquate Qualifikation besitzt, dass die apparativen und räumlichen Gegebenheiten seiner Praxis angemessen sind und auch ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter über die nötigen Qualifikationen verfügen. Dadurch wird ein einheitlicher Grundstandard für definierte Leistungen verpflichtend vorgegeben.

²²⁹ vgl. Bertelsmann Stiftung 2019.

²³⁰ vgl. WidO 2017a; vgl. WidO 2017b.

²³¹ vgl. Pross et al. 2017b, S. 143.

²³² Ca. 50% der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind spezifisch qualitätsgesichert.

Auch ausgewählte Elemente zur Messung der Prozessqualität lassen sich in der ambulanten Versorgung identifizieren. Beispiele hierfür sind die Hygieneprüfungen oder stichprobenartige Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Koloskopie.²³³

5.1.2 Qualitätstransparenz / Public Reporting

In der kollektivvertraglichen Versorgung verfügen Patienten in Deutschland über eine freie Wahl des Arztes oder Krankenhauses. Daraus ergibt sich, dass medizinische Leistungserbringer untereinander im Wettbewerb um Patienten stehen. Es existieren hierbei durch die stark ausgeprägte Sektorierung des Gesundheitswesens²³⁴ mehrere Szenarien.

Zum einen stehen Leistungserbringer in den Sektoren untereinander im Wettbewerb. So befindet sich z.B. ein Hausarzt im direkten Wettbewerb zu einem weiteren Hausarzt (in räumlicher Nähe). Im stationären Bereich konkurrieren (benachbarte) Krankenhäuser untereinander. Zum anderen besteht auch partiell Konkurrenz zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung. Hierbei können, auch wenn dieser Wettbewerb zwischen den Sektoren in Deutschland bislang in nur sehr begrenztem Umfang stattfindet²³⁵, beispielsweise ambulante Operationen genannt werden.²³⁶

Akutstationäre Versorgung

Ein Großteil der Maßnahmen einer Qualitätstransparenz bzw. eines PR ist im akutstationären Sektor zu verorten. Mit den durch Beschluss des G-BA seit 2005 obligatorisch gewordenen jährlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser wurden die durch die externe Qualitätssicherung erhobenen Daten sukzessive in die einrichtungsbezogenen Qualitätsberichte integriert. Damit wurde die Grundlage geschaffen, dass Informationen v.a. zur Prozess- und Ergebnisqualität für Patienten zugänglich sind. Mittlerweile umfassen die Qualitätsberichte nahezu 300 validierte Indikatoren.²³⁷

Aufgrund der Tatsache, dass für den absoluten Großteil der Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung durch den G-BA allerdings kein besonderer Handlungsbedarf festgestellt wird (s. 5.1.1), liegt de facto keine Datengrundlage für den Ausweis von Qualitätsunterschieden zwischen Krankenhäusern vor, die sich innerhalb

²³³ vgl. KVB 2017.

²³⁴ vgl. Kifmann 2017, S. 119; vgl. Busse et al. 2017a, S. 890.

²³⁵ vgl. SVR-G 2012, Tz. 252ff.

²³⁶ vgl. Kifmann 2017, S. 123f.

²³⁷ vgl. Emmert et al. 2017a, S. 207; vgl. Kraska et al. 2016, S. 771.

des Bereichs einer „erwartbaren Qualität“ befinden. Deswegen sind die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung zu einem großen Teil für Qualitätsvergleiche im Rahmen eines PR kaum geeignet.²³⁸

Darüber hinaus ist zu konstatieren, dass die bislang vorliegende Evidenz über den Erfolg der publizierten Informationen auf die Beeinflussung einer qualitätsorientierten Wahlentscheidung der Patienten limitiert ist.²³⁹ Dies hängt damit zusammen, dass die publizierten Informationen wenig verständlich sind und daher durch Patienten bislang kaum herangezogen werden.

Beispielhaft lässt sich dies daran illustrieren, dass ein Patient anhand eines krankenhausspezifischen Qualitätsberichts nicht erkennen kann, ob das jeweilige Krankenhaus ein Top-Performer in einem bestimmten Leistungsbereich ist oder dem bundesweiten Durchschnitt zugehört. Denn solange der gemessene QI im erwarteten Referenzbereich liegt, wird keine weitere wertende Differenzierung vorgenommen.

Den Sachverhalt, dass die obligatorisch publizierten Qualitätsberichte bislang kaum angenommen werden, bestätigt eine Studie, die zwar bereits aus den Anfängen der Qualitätsberichte stammt, deren Ergebnisse aber noch immer Geltung entfalten.²⁴⁰ Demnach kannten nur 19% der befragten Patienten das Instrument der Qualitätsberichte und nur knapp ein Viertel würde Qualitätsberichte auch zur Auswahl eines Krankenhauses berücksichtigen wollen.²⁴¹ Daraus lässt sich folgern, dass zwar Maßnahmen zur Steigerung einer Qualitätstransparenz im akutstationären Sektor in Deutschland vorhanden sind, die Nutzung und deren Erfolg aber derzeit noch weit hinter den Erwartungen und Potenzialen zurückbleibt. Dies hängt auch mit den in 5.1.1 aufgezeigten Defiziten im Bereich der Qualitätsmessung zusammen.

Neben den obligatorischen Qualitätsberichten der Krankenhäuser existiert mit der privaten Initiative WeisseListe.de²⁴² eine PR-Plattform, welche versucht, die Inhalte der Qualitätsberichte möglichst anwenderfreundlich aufzubereiten. Dabei werden neben strukturellen Daten eines Krankenhauses sowie Informationen der Qualifikationen des Personals die Ergebnisse der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in einen nationalen Vergleich gestellt, so dass eine Bewertung des Krankenhauses für den Patienten erleichtert wird. Außerdem werden die Daten um Patientenerfahrungen durch Befragungen zur Patientenzufriedenheit angereichert. Aber auch diese Plattform erreicht

²³⁸ vgl. Köster-Steinebach 2019, S. 151.

²³⁹ vgl. Emmert et al. 2012; vgl. de Cruppé und Geraedts 2011.

²⁴⁰ vgl. Geraedts 2006.

²⁴¹ vgl. ebd., S. 157.

²⁴² Die Plattform WeisseListe.de wurde im Jahr 2008 durch die Bertelsmann Stiftung in Zusammenarbeit mit den Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen gegründet und ist ein unabhängiges Internetportal. Neben der Krankenhaussuche ist auch eine Arztsuche möglich.

noch keine breite Öffentlichkeit. Zudem verlässt ein hoher Anteil der Nutzer von WeisseListe.de die Homepage wieder, bevor explizite Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern abgefragt wurden.²⁴³

Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung ist die Qualitätstransparenz schwächer ausgeprägt als im stationären Umfeld. Dies wird in der Literatur v.a. der Tatsache zugeschrieben, dass relevante Indikatoren zur Ergebnisqualität meist nicht valide berichtet werden können, da die Anzahl an Ereignissen und Leistungen pro Einrichtung bzw. Vertragsarzt dafür häufig zu gering sind.²⁴⁴ Zudem besteht für Vertragsärzte bislang, im Gegensatz zu Krankenhäusern, keine grundsätzliche gesetzliche Verpflichtung, einrichtungsbezogene Qualitätsberichte zu publizieren.

Die Qualitätsdarstellung im ambulanten Bereich liegt maßgeblich in der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der einzelnen KVen. Diese veröffentlichen jährlich Qualitätsberichte. Allerdings werden dort Qualitätsinformationen mit dem Fokus auf Maßzahlen der Strukturqualität nur auf aggregierter Ebene berichtet, die keinen Rückschluss auf den einzelnen Leistungserbringer zulassen. Doch gerade dies wäre notwendig, um Versicherten und Patienten Anhaltspunkte für eine qualitätsorientierte Wahlentscheidung zu bieten.²⁴⁵

Die regionalen KVen bieten über sog. „Arztsuchen“ (am Beispiel der KV Bayerns, <https://arztsuche.kvb.de>) die Möglichkeit, Informationen über einzelne Vertragsärzte abzurufen. Jedoch beschränken diese sich auf strukturelle Merkmale und leisten daher keinen Beitrag zu einer Qualitätstransparenz, die sich an Ergebnissen bzw. Outcomes orientiert.

Darüber hinaus existieren auch im ambulanten Versorgungsbereich Angebote privater Anbieter, wie z.B. Jameda (<https://jameda.de>) oder Vorhaben, wie WeisseListe.de, die auf Ebene des einzelnen ambulanten Leistungserbringers versuchen, Informationen für Patienten zur Verfügung zu stellen. Diese Bewertungsportale sind häufig der Herausforderung ausgesetzt, dass die auf diesen Portalen von Patienten berichteten Erfahrungen kaum kontrolliert bzw. validiert werden und daher verzerrt sein können. Außerdem können Bewertungen des gleichen Leistungsanbieters auf unterschiedlichen Bewertungsportalen aufgrund häufig nur geringer Bewertungen signifikant voneinander

²⁴³ vgl. Pross et al. 2017a.

²⁴⁴ vgl. KBV 2016.

²⁴⁵ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 70.

abweichen und stellen daher wenig robuste und stark beeinflussbare Informationen dar.²⁴⁶

Um QI zu erproben und zu etablieren, die für Patienten auch im ambulanten Sektor bei Wahlentscheidungen unterstützen und einen Qualitätswettbewerb fördern, wurde durch die KBV die Initiative AQUIK („Ambulante Qualitätsindikatoren“) gestartet. Hierbei wurde versucht, valide und transparente Indikatoren zu entwickeln, die Prozess- und Ergebnisqualität ausgewählter Leistungen darstellen sollen. Grundlage einer solchen Indikatorenentwicklung stellten internationale Erfahrungen sowie Expertenbewertungen dar.²⁴⁷ Allerdings wird das entwickelte Indikatorenset derzeit noch nicht großflächig angewendet, auch wenn ein Machbarkeitstest durchaus Potenziale aufzeigte.²⁴⁸

5.1.3 Selektives Kontrahieren

Selektivverträge wurden durch den Gesetzgeber als Wettbewerbselement geschaffen, um Qualität und Effizienz der Versorgung auf dem Leistungsmarkt zu optimieren. Diese Verträge stellen direkte Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dar und stellen Gestaltungsspielräume dar, über die Krankenkassen innovative Versorgungs- und Vergütungslösungen für deren Versicherte auf eine vertragliche Basis stellen und sich im Wettbewerb gegenüber anderen Krankenkassen differenzieren können.

Selektivvertragliche Abschlüsse sind in Deutschland bislang nur in begrenztem Umfang möglich (z.B. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, Besondere Versorgung nach § 140a SGB V, Modellvorhaben nach §§ 63ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V oder Qualitätsverträge nach § 110a SGB V). Dabei ist festzustellen, dass der Großteil dieser selektivvertraglichen Lösungen den ambulanten Sektor, und im Falle von Selektivverträgen nach § 140a SGB V, insbesondere sektorenübergreifende, interdisziplinär angelegte oder auf digitalen Anwendungen basierende Versorgungslösungen adressiert, auch wenn die Optionen über die im KHSG und GVWG manifestierten Qualitätsverträge auch im akutstationären Sektor gewachsen sind. Diese können aber aufgrund ihrer Ausgestaltung nur partiell für einen Qualitätswettbewerb nutzbar gemacht werden.²⁴⁹

Auch über den im Jahr 2016 etablierten Innovationsfonds finden selektivvertragliche Lösungen Eingang in die Versorgung. Allerdings werden Selektivverträge innerhalb des

²⁴⁶ vgl. Emmert et al. 2017a.

²⁴⁷ vgl. KBV 2009.

²⁴⁸ vgl. de Cruppé et al. 2015; vgl. KBV 2013.

²⁴⁹ vgl. Monopolkommission 2017, S. 46; vgl. Ulrich 2016, S. 22; vgl. Bataille und Wambach 2018, S. 627.

Innovationsfonds, der per se eine zentralisierte Investitions- und Innovationslenkung vorgibt, vielmehr „von einem potenziellen Impulsgeber [für die Regelversorgung] zu einem möglichen Durchführungsweg degradiert“²⁵⁰. Dies bestätigt auch die Regelung des zum 01.01.2021 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GVPG). In diesem wurde konkretisiert, dass Krankenkassen über den Innovationsfonds geförderte Projekte in Form von Selektivverträgen freiwillig weiterführen können, auch wenn die Förderung über den Fonds ausläuft.

Versicherte wählen im Rahmen der selektivvertraglichen Versorgung freiwillig, ob sie an dieser partizipieren wollen und schreiben sich dann in diese selektiven Programme ein. Damit geht z.B. im Falle der hausarztzentrierten Versorgung eine Einschränkung der Wahlfreiheit für den Versicherten im Erstkontakt auf hausärztlicher Ebene einher. Bei anderen Konstrukten im Rahmen der Besonderen Versorgung stellen die größtenteils indikationsspezifischen selektiv abgeschlossenen Verträge bzw. Leistungen meist einen Mehrleistungscharakter dar, der über die kollektivvertragliche Versorgung hinausgeht.

Auch wenn die Selektivität ein Grundcharakteristikum eines solchen innovativen Vertrags von Krankenkassen darstellt und sich der Versicherte z.B. vertragsgemäß dazu verpflichtet, für einen bestimmten Zeitraum ärztliche Leistungen im entsprechenden Indikationsbereich nur bei selektiv kontrahierten Ärzten in Anspruch zu nehmen, ist die Einschränkung der Wahlfreiheit für den Versicherten meist kaum wahrnehmbar. Dies hängt damit zusammen, dass die meisten bestehenden selektivvertraglichen Versorgungsangebote von Krankenkassen reine Mehrleistungen darstellen und die angebotenen Leistungen daher in der Regelversorgung gar nicht vergleichbar angeboten werden. Insbesondere im Bereich der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V kommt der Mehrleistungscharakter der selektivvertraglichen Versorgung zum Ausdruck.

Am Exempel der hausarztzentrierten Versorgung lässt sich darstellen, dass der Wettbewerbscharakter im Rahmen der Selektivverträge in Deutschland nur limitiert wirken kann. Denn Krankenkassen sind gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers verpflichtet, selektive Verträge mit den Hausarztverbänden auf Länderebene zu schließen. Dadurch wird den Hausarztverbänden ein Quasi-Monopol zugesprochen, welches nicht zu einer allokativen Effizienz der Versorgung führen kann.²⁵¹ Zudem wird den Krankenkassen die Möglichkeit genommen, die hausarztzentrierte Versorgung als

²⁵⁰ Albrecht 2018, S. 47.

²⁵¹ vgl. Bataille und Wambach 2018, S. 627.

Diversifikationsinstrument, insbesondere zum Ziele einer qualitativ hochwertigen primärärztlichen Versorgung, nutzen zu können.

Gleichzeitig adressieren Selektivverträge nach § 140a SGB V sowie die hausarztzentrierte Versorgung aber durchaus partiell Qualitätsaspekte. Dies ergibt sich aus dem originären Anspruch der selektivvertraglichen Versorgung innerhalb der GKV. Das selektive Kontrahieren der Krankenkasse, d.h., ob ein medizinischer Leistungserbringer an einem Selektivvertrag einer oder mehrerer Krankenkassen teilnehmen kann, hängt allerdings sehr häufig weniger von einem messbaren Qualitätsniveau im Bereich der Prozess- oder Ergebnisqualität ab, sondern ist nahezu immer an den bloßen Teilnahmewillen des Leistungserbringers sowie das Vorhandensein struktureller Qualifikationen und Begebenheiten geknüpft (z.B. vertragsärztlicher Hausarzt für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung). Dieses Phänomen hängt zum einen damit zusammen, dass - wie bereits erwähnt - die selektivvertragliche Versorgung für Leistungserbringer in Deutschland derzeit ein ergänzendes Geschäftsfeld darstellt, da die Regelversorgung mit dem dahinterstehenden Kollektivvertrag als nahezu risikoloses Konstrukt dominiert. Zum anderen zeigt sich hier die bereits adressierte Komplexität der validen Qualitätsmessung, u.a. aufgrund der Fallzahlproblematik in der ambulanten Versorgung.

Auch mehr als zwanzig Jahre nach der wettbewerblichen Öffnung der GKV dominiert noch immer der kollektive Ansatz bei Vertragsschlüssen auf dem Leistungsmarkt.²⁵² Im Jahr 2017 beliefen sich die GKV-Ausgaben für selektivvertragliche Versorgung auf rund 3,6 Mrd. Euro. Das entspricht ca. 3,2 % der Gesamtausgaben für die Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser.²⁵³

Diese untergeordnete Rolle gründet auf der rechtlichen Verpflichtung der Krankenkassen, im ambulanten Bereich mit den KVen bzw. den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen kollektive Vereinbarungen über Leistungsmengen und -preise einzugehen (§ 83 SGB V). Das daraus resultierende gemeinsame und einheitliche Vorgehen (Monopolsituation), welches in einer uniformen Vergütung mündet, ist ökonomisch als wettbewerbswidrig einzuordnen. Denn wenn von allen Krankenkassen verpflichtend die gleichen Leistungen von Leistungserbringern zu gleichen Preisen eingekauft werden, kann über Wettbewerb keine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung generiert werden.²⁵⁴ Damit geht einher, dass es sich für Leistungserbringer im Status quo aufgrund fehlender Anreize sowie hoher Transaktionskosten nur in begrenztem Maße lohnt, über Selektivverträge mit Krankenkassen aktiv

²⁵² vgl. Monopolkommission 2017, S. 41; vgl. van de Ven et al. 2013, S. 239.

²⁵³ vgl. Albrecht 2018, S. 14.

²⁵⁴ vgl. Bataille und Wambach 2018, S. 626.

Investitionsrisiken und Administrationsaufwände einzugehen, um sich im Qualitätswettbewerb besser zu stellen.²⁵⁵

Ein ähnliches Muster beherrscht auch den akutstationären Bereich (§ 107 SGB V). Krankenkassen verhandeln kollektiv auf Landesebene mit den Krankenhausgesellschaften über Rahmenvereinbarungen zur Entwicklung der Fallpauschalen im DRG-System. Krankenkassen sind verpflichtet, mit allen in den länderspezifischen Krankenhausplänen geführten Einrichtungen zu kontrahieren. Durch die mit diesem Vorgehen verpflichtend geschaffenen Verbändekartelle werden Vertrags- und Vergütungsmonopole generiert, die einen Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt stark behindern.²⁵⁶ Gleichzeitig entstehen durch dieses kollektive Vorgehen allerdings im Vergleich zu Selektivverträgen geringere Transaktionskosten. Selektives Kontrahieren unter Wettbewerbsbedingungen um Qualität würde bedeuten, dass nicht die Aufnahme der Krankenhäuser in die Landesbedarfspläne zur Abrechnung gegenüber Krankenkassen befähigt, sondern die Qualität der Krankenhäuser.

In der bisherigen Form hat der selektivvertragliche Wettbewerb in Deutschland bislang nicht zur erhofften Erhöhung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung geführt. Für den mangelnden selektivvertraglichen Qualitätswettbewerb werden verschiedene Gründe diskutiert. Hierzu zählt erstens eine inkonsistente, wechselhafte Gesetzgebung in Verbindung mit restriktiven, regulativen Kontrollen.²⁵⁷ Zweitens sind Selektivverträge zwar mittlerweile in der ärztlichen Versorgung etabliert, im Verhältnis zur kollektivvertraglichen Versorgung ist ihre Bedeutung jedoch nach wie vor gering. Drittens bleiben die Verträge häufig aufgrund mangelnder Evaluation die Evidenz schuldig, ob durch den Selektivvertrag eine qualitativ bessere Versorgung im Sinne der Patienten geleistet wird.²⁵⁸ Viertens entwickeln Selektivverträge bzw. die daraus gewonnen Erkenntnisse außerdem bislang kaum Druck auf die Regelversorgung innerhalb der GKV. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass Selektivverträge meist nur ein limitiertes Patientenkontingent adressieren und eine Skalierung solcher selektiven Lösungen oftmals nur schwer umsetzbar ist.²⁵⁹

²⁵⁵ vgl. Jacobs 2019, S. 27.

²⁵⁶ vgl. Cassel und Wasem 2014, S. 31; vgl. Albrecht 2018, S. 11.

²⁵⁷ vgl. Jacobs und Rebscher 2014.

²⁵⁸ vgl. BVA 2018, S. 46; vgl. Albrecht et al. 2015, S. 29; vgl. Monopolkommission 2017, S. 46.

²⁵⁹ vgl. Cassel und Jacobs 2015.

5.1.4 P4P

Qualitätsabhängige Vergütung gibt es im deutschen Gesundheitssystem bislang noch kaum²⁶⁰, auch wenn P4P als ein Instrument zur Qualitätsverbesserung der Versorgung immer wieder diskutiert wurde und wird.²⁶¹ Bei einer definitorischen Weiterfassung der Begrifflichkeit ließe sich die Nicht-Honorierung von Wiedereinweisungen in Krankenhäusern infolge von Komplikationen als Element benennen, das dem Grundgedanken des P4P ähnelt.²⁶² Derzeit werden zudem erste P4P-Ansätze im Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) diskutiert, sind aber noch nicht in operativer Anwendung.

Darüber hinaus sind Vereinbarungen zu qualitätsabhängigen Vergütungsbestandteilen auch in Selektivverträgen umsetzbar. Diese beziehen in der Praxis allerdings in den meisten Fällen keine Indikatoren zur Prozess- oder Ergebnisqualität mit ein, sondern vordergründig der Strukturqualität.²⁶³

Im akutstationären Bereich sollten durch das im Jahr 2016 in Kraft getretene KHSG gesetzgeberische Ansätze ermöglicht worden, um P4P umzusetzen. Diese wurden aber nur zum Teil durch erste Initiativen operativ gestartet (Qualitätsverträge nach §§ 110a und 136b Abs. 8 SGB V). Die geplanten qualitätsabhängigen Zu- oder Abschläge nach § 136b Abs. 9 SGB V konnten das Entwicklungsstadium der Verfahrensentwicklung innerhalb der Gremien der Selbstverwaltung nicht erfolgreich überwinden. Durch das im Jahr 2021 verabschiedete GVWG wurden die qualitätsabhängigen Zu- und Abschläge wieder von der politischen Agenda gestrichen und durch für Krankenhäuser und Krankenkassen verpflichtende Qualitätsverträge ersetzt. Für diese Qualitätsverträge wurden für die Krankenkassen Mindestausgaben je versicherter Person definiert.

Bzgl. der Qualitätsverträge, die, wie bereits beschrieben, aufgrund ihrer stark regulierten Ausgestaltung nur begrenzt für einen Qualitätswettbewerb nutzbar gemacht werden können, wurden durch den G-BA, erneut auf Grundlage von Arbeiten des IQTIG, im Jahr 2017 bereits elektive Leistungsbereiche definiert.²⁶⁴ Bis zum Jahr 2024 soll der G-BA

²⁶⁰ vgl. Milstein und Schreyögg, 2016.

²⁶¹ beispielhaft vgl. SVR-G 2007 und Veit et al. 2012.

²⁶² Busse et al. führen aus, dass bei einer Erweiterung der Begrifflichkeit des P4P auf „Pay for Quality“ in der stationären Versorgung z.B. auch das Instrument der Mindestmengen bzw. die ausbleibende Vergütung für Leistungen unterhalb definierter Mindestmengen sowie Bonus/Malus-Einbehalte bei Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V subsumiert werden könnten (vgl. Busse et al. 2020, S. 222ff.).

²⁶³ vgl. G-BA, 2019, S. 28.

²⁶⁴ Diese definierten Leistungsbereiche sind die Endoprothetische Gelenkversorgung mit dem Qualitätsziel einer Exzellenzqualität, die Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patienten mit dem Qualitätsziel der Aufrechterhaltung der kognitiven und physischen Funktionen, die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten mit dem Qualitätsziel der Verbesserung der Ergebnisqualität sowie die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus mit dem Qualitätsziel der Realisierung einer qualitativ hochwertigen und auf die besonderen Belange der Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eingehenden stationären Versorgung.

weitere Anwendungsbereiche für Qualitätsverträge definieren. Ziel der Qualitätsverträge ist es, zu erproben, ob sich durch die Vereinbarung von Anreizen im Zusammenhang mit höherwertigen Qualitätsanforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreichen lässt. Die Ausgestaltung der Anreize ist dabei den Vertragspartnern überlassen. Obligatorisch zu jedem abgeschlossenen Qualitätsvertrag ist eine Evaluation durch das IQTIG durchzuführen.²⁶⁵ Auf dieser Grundlage soll entschieden werden, ob die Leistung in die Regelversorgung übergehen soll.

Aufgrund des vertraglichen Charakters können die Qualitätsverträge sowohl dem P4P, sofern zwischen den Vertragspartnern finanzielle Anreize zur Qualitätsverbesserung gesetzt werden, als auch dem Konzept des selektiven Kontrahierens zugeordnet werden. Allerdings ist beim Konnex der Qualitätsverträge zum selektiven Kontrahieren zu beachten, dass den Krankenkassen zwar ein selektives Kontrahieren von Krankenhäusern ermöglicht wurde, dieses allerdings nicht zu einer Einschränkung der Krankenhauswahl für Versicherte bei entsprechend definierten Behandlungen führen darf.²⁶⁶ Insofern geht vom Charakter der Qualitätsverträge lediglich Potenzial zu einer finanziellen Besserstellung der Krankenhäuser im Falle einer Kontrahierung aus. Ein Risiko, ausgedrückt durch einen nicht erfolgten Vertragsschluss, bleibt hingegen vergleichsweise gering, da der Kollektivvertrag weiterhin Geltung entfaltet. Der bundesweit erste Qualitätsvertrag wurde Ende 2018 geschlossen. Dabei handelte es sich um einen Vertrag zur Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten.²⁶⁷

Im ambulanten Bereich sind derzeit in Deutschland keinerlei bundesweite Vorhaben bekannt, über die ordnungspolitisch vom Gesetzgeber versucht wird, P4P als alternative Vergütungsform zu implementieren. Allerdings ist zu betonen, dass das selektive Vertragsgeschehen, das zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stattfindet, an dieser Stelle nicht abschließend abgebildet werden kann, da die Vertragsinhalte dieses Bereichs meist nur den direkt involvierten Vertragspartnern sowie ggf. zuständigen Aufsichtsbehörden bekannt sind.

5.2 Qualität im deutschen Gesundheitssystem im nationalen und internationalen Vergleich

Wie in 2.3.3 beschrieben, ist der Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen vielschichtig. Nachfolgend wird die Qualität der Leistungen in Deutschland in einen nationalen und internationalen Kontext eingebettet.

²⁶⁵ vgl. ebd., S. 17ff.

²⁶⁶ vgl. Bataille und Wambach 2018, S. 627.

²⁶⁷ vgl. Deutsches Ärzteblatt 2018.

Zunächst werden ausgewählte Kennzahlen berichtet, die stärker die aggregierte Gesundheitssystemperspektive adressieren. Dazu gehören z.B. Strukturdaten, Kennzahlen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie zur Zufriedenheit der Patienten. Hier liegt der internationale Vergleich im Vordergrund.

Zu betonen ist in diesem Kontext, dass die ausgewählten Kennzahlen und Indikatoren jeweils nur Ausschnitte eines Gesundheitssystems abbilden können und von dieser selektiven Darstellung nicht auf die Performance eines Gesundheitssystems in Gänze geschlossen werden kann. Die Auswahl der Kennzahlen rekurriert dabei auf international etablierte Messgrößen.

Außerdem ist bei der Einordnung der nachfolgenden Analysen zwingend zu berücksichtigen, dass die Kennzahlen lediglich auf erfasste und berichtete Daten zurückgreifen können. Anhand der USA kann diese Problematik beispielhaft beschrieben werden: Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, sind in den USA gut 90% der Bevölkerung mit einem Krankenversicherungsschutz ausgestattet. Dies impliziert, dass dieser Anteil auch einen besseren Zugang zur medizinischen Versorgung als Nicht-Versicherte hat. Folglich könnten Nicht-Versicherte bei Qualitätskennzahlen in den USA unterrepräsentiert sein, da diese weniger oft betreffende medizinische Leistungen in Anspruch nehmen (können).

Im internationalen Vergleichskontext werden im Vorgriff auf Kapitel 6.2 und 6.3 explizit diejenigen Länder als Referenzländer betrachtet, die im späteren Gang der Analyse auch als Vergleichsländer dienen. Diese sind die Schweiz, die Niederlande und die USA. Allerdings liegen nicht für alle herangezogenen Kennzahlen Daten aller Vergleichsländer vor. Dies betrifft insbesondere die Schweiz und die USA.

Beim Vergleich von Strukturdaten der Vergleichsländer zeigt sich, dass Deutschland bzgl. der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) eine Position im Mittelfeld einnimmt. In einem OECD-Vergleich nehmen alle Vergleichsländer vordere Plätze ein. In Deutschland sowie den weiteren Ländern außer den USA ist (nahezu) die komplette Bevölkerung mit einem Krankenversicherungsschutz ausgestattet (entweder gesetzlich oder vollkommen privat). Bei der Arztdichte nimmt Deutschland gemeinsam mit der Schweiz die Spitzenposition ein, während Deutschland bei den Krankenhausbetten mit weitem Abstand über die höchsten Ressourcen in diesem Bereich verfügt (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausgewählte Strukturdaten der internationalen Vergleichsländer

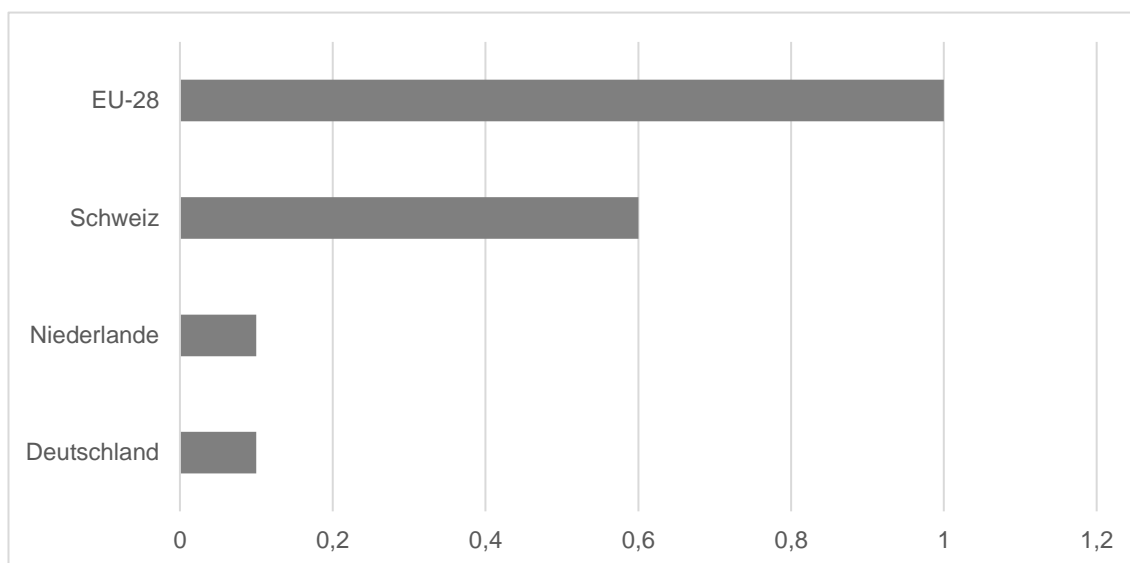
Kennzahl	Deutschland	Schweiz	Niederlande	USA
Gesundheitsausgaben am BIP [in %] [2019]	11,7	12,1	10,0	17,0
Anteil Versicherter ²⁶⁸ [in %] [2019]	100	100	99,9	89,7
Arztdichte [pro 1.000 Einwohner] [2019]	4,39	4,35	3,72	2,64
Krankenhausbetten [pro 1.000 Einwohner] [2019]	7,91	4,59	3,08	2,83 [2018]

Quelle: OECD (o.J.).

Eine aggregierte Kennzahl, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung abbildet, stellt der Anteil der Bevölkerung dar, die über nicht unerfüllte Behandlungsbedarfe hinsichtlich medizinischer Leistungen und Behandlungen berichtet. Bei dieser Fragestellung zeigen sich für Deutschland im internationalen Vergleich mit den genannten Referenzländern gemeinsam mit den Niederlanden die besten Werte. 0,1% der Bevölkerung adressierten demnach Behandlungsbedarfe, die aufgrund von Kosten, Warte- oder Fahrzeiten nicht erfüllt werden konnten (s. Abbildung 7).

²⁶⁸ Gesetzlich/öffentlich und privat versichert zusammengenommen.

Abbildung 7: Patientenberichtete unerfüllte Behandlungsbedarfe im Jahr 2019 (in % der Bevölkerung ab 16 Jahren)



Quelle: Eurostat (2021).

Hinweis: Für USA keine Daten vorliegend.

Bzgl. der Gesundheitsversorgung wird Deutschland insgesamt im internationalen Vergleich eine hohe Leistungsfähigkeit attestiert.²⁶⁹ Allerdings existieren auch medizinische Leistungsbereiche, bei denen in Deutschland ausgeprägte Qualitätsdefizite vorherrschen. Diese können sowohl aus internationaler Perspektive als auch mit nationaler oder regionaler/struktureller Stratifizierung identifiziert werden. Bei letztgenannter Perspektive spricht man von einer Qualitätsvarianz zwischen den beobachteten Einheiten bzw. Gruppen.

Bei der nachfolgenden Darstellung von Qualitätsdefiziten im deutschen Gesundheitssystem wird v.a. auf Bereiche bzw. Indikatoren fokussiert, die einen validen Vergleich im internationalen Kontext zulassen. Zugehörige, valide Indikatorensets wurden in den letzten Jahren sukzessive entwickelt (z.B. durch das Health Care Quality Indicator-Projekt der OECD).²⁷⁰

Aber auch hier muss die Aussagekraft trotz der gegebenen statistischen Validität relativiert werden und es sollten keine Verallgemeinerungen der indikatorspezifischen Ergebnisse auf die Gesundheitssystemebene erfolgen. Diese Notwendigkeit wurde beispielhaft in der Frühphase der Corona-Pandemie im Jahr 2020 augenscheinlich, als auch bis dahin für besonders leistungsfähig befundene Gesundheitssysteme vor ähnlich

²⁶⁹ vgl. OECD und European Observatory on Health Systems and Policies 2017; vgl. Schölkopf und Pressel 2017, S. 233ff.

²⁷⁰ vgl. Mattke et al. 2006; vgl. Arah et al. 2006.

gelagerten Herausforderungen und Defiziten standen wie solche Systeme, deren Leistungsfähigkeit in internationalen Vergleichen als weniger performant galt.

Im ambulanten Bereich existieren in Deutschland im Vergleich zur akutstationären Versorgung weitaus weniger Daten und QI zur Ergebnisqualität, die valide verglichen werden können (s. 5.1.1). Zwar gibt es erste Ansätze, Indikatorensets zu konstruieren, allerdings finden diese keine nationale Anwendung, sondern werden lediglich in regionalen Versorgungsnetzwerken partiell angewendet.²⁷¹

Ein Blick auf stärker prozessuale QI, die international valide vorliegen, liefert Hinweise auf Qualitätsdefizite in Deutschland. Dazu eignet sich die Krankenhauseinweisungsrate aufgrund einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Diese chronische Erkrankung gilt als ambulant-sensitive Diagnose.²⁷² Ambulant-sensitive Fälle werden mittlerweile weltweit als Indikatoren für die Qualität der Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung herangezogen. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland bei dieser Kennzahl lediglich einen Platz im hinteren Mittelfeld, im engeren Vergleich der Referenzländer weisen alle übrigen Länder bessere Werte auf (s. Abbildung 8).

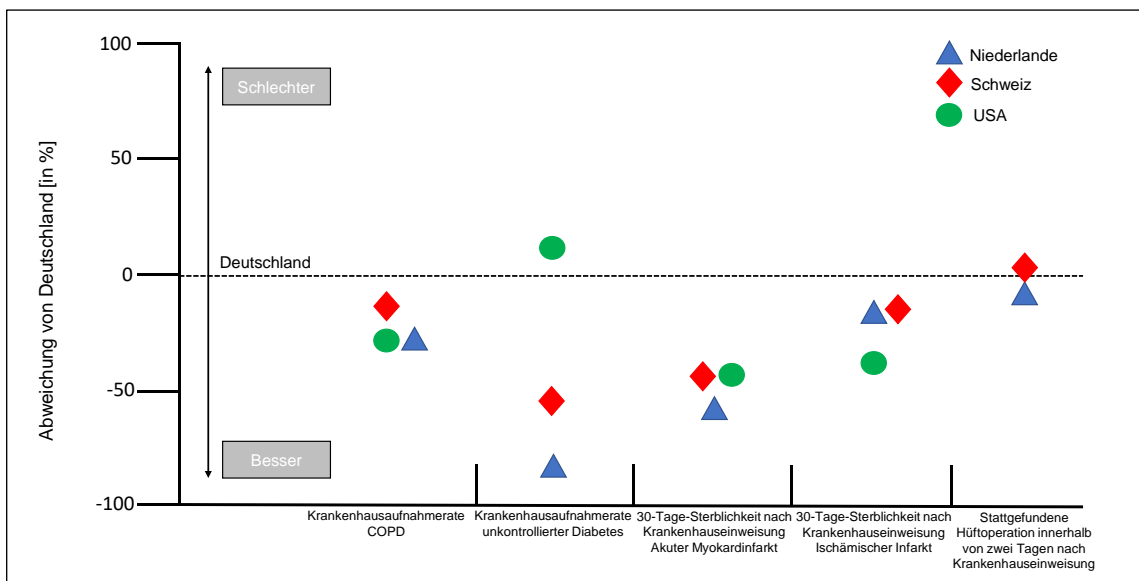
Ähnliches gilt für die ebenso als ambulant-sensitiv einzustufende Krankenhauseinweisung aufgrund einer Diabetes-Erkrankung. Auch hier zeigt Deutschland im Vergleich nach den USA die höchste Rate an Krankenhauseinweisungen aufgrund eines unkontrollierten Diabetes auf. Die Ergebnisse dieser beiden Indikationsbereiche zeugen beispielhaft von einem Qualitätsdefizit im ambulanten Bereich in Deutschland.

Die Ergebnisse relativierend ist hier die Hypothese anzuführen, dass die im internationalen Vergleich hohen Krankenhauseinweisungsraten partiell auf die in Tabelle 3 dargestellte hohe Anzahl an Krankenhausbetten in Deutschland zurückgehen könnten und hier das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage Niederschlag finden könnte.

²⁷¹ vgl. KBV 2013.

²⁷² Dem Konzept der ambulant-sensitiven Diagnosen liegt die Annahme zugrunde, dass stationäre Behandlungsfälle infolge bestimmter Diagnosen durch effektives Management chronischer Erkrankungen und effektive Akutbehandlungen im ambulanten Bereich vermieden werden können. Gemäß diesen Annahmen weist eine erhöhte Rate ambulant-sensitiver Krankenhaufälle auf Defizite im Zugang zum oder der Qualität im ambulanten Sektor hin. Weitere Ausführungen dazu können Sundmacher et al. 2015 oder Weissman et al. 1992 entnommen werden.

Abbildung 8: Ausgewählte Qualitätsindikatoren der ambulanten und akutstationären Versorgung im internationalen Vergleich



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Busse et al. (2017); Altersstandardisierte Daten auf Grundlage von OECD (o.J.); Datenstand: Jahr 2019 bzw. aktuellstes berichtetes Jahr.

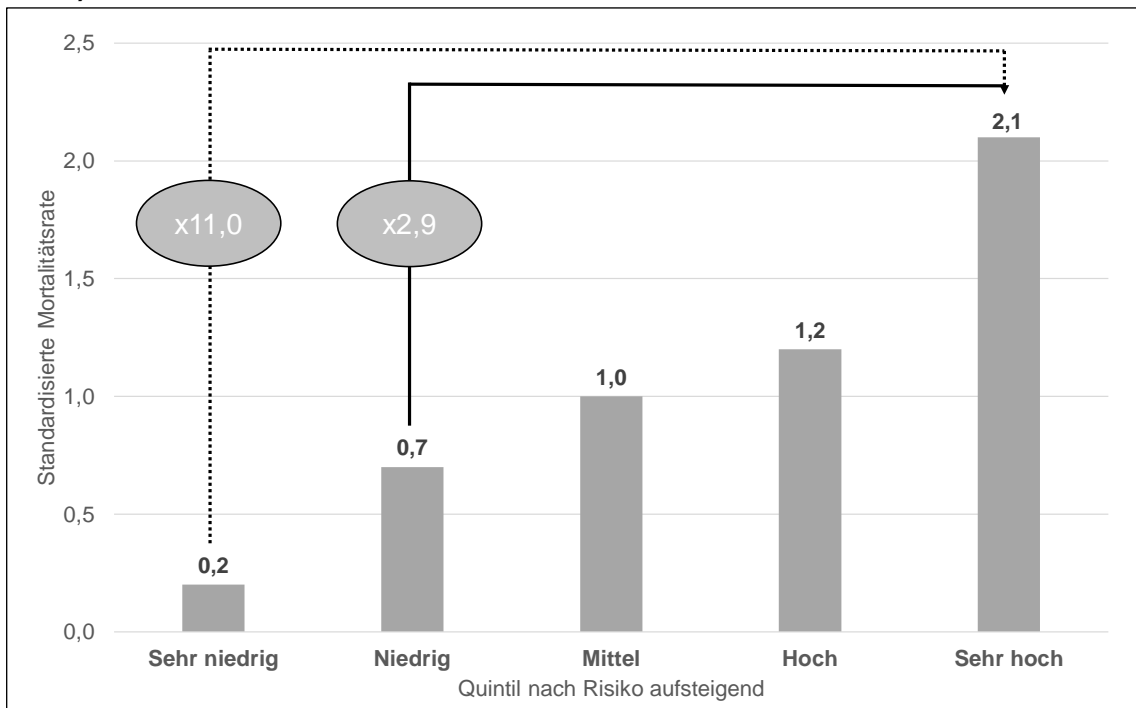
Im akutstationären Bereich zeigt sich besonders beim akuten Myokardinfarkt (AMI) ein Qualitätsdefizit in Deutschland. Bei der 30-Tages-Mortalitätsrate nach Krankenhauseinweisung als ein QI der Ergebnisqualität weist Deutschland die höchsten bzw. schlechtesten Werte im Vergleich zu den Referenzländern auf (s. Abbildung 8). Und dies, obwohl Deutschland über eine überdurchschnittliche Dichte an Herzkatheter-Einrichtungen verfügt.²⁷³ Bzgl. einer Qualitätsverbesserung über die Anwendung von wettbewerblichen Instrumenten ist einschränkend anzumerken, dass es sich bei der Behandlung eines AMI um eine akute Versorgungsleistung handelt. Auch wenn dies eine Steuerung der Versorgung über einen Qualitätswettbewerb nicht ausschließt, stellt die Dringlichkeit der Behandlung einen wichtigen Parameter dar, der den Einsatz von steuernden Instrumenten eines Qualitätswettbewerbs limitieren kann.

Nicht nur bei aggregierter Betrachtung im internationalen Kontext fällt der Leistungsbereich des AMI auf. Auch in Bezug auf einen nationalen Vergleich der Qualität zeigt sich, dass zwischen einzelnen stationären Leistungserbringereinheiten in Deutschland eine signifikante Qualitätsvarianz besteht. Dabei weist das fünfte Quintil (Low-Performer) an Leistungserbringern im Vergleich zum ersten Quintil (Top-Performer) in Deutschland eine um den Faktor 11 höher als erwartete risikoadjustierte standardisierte 30-Tages-Mortalitätsrate auf. Das Mortalitätsrisiko zwischen dem

²⁷³ vgl. Porter und Guth 2012, S. 19.

zweiten und dem fünften Quintil ist um den Faktor 2,9 erhöht (s. Abbildung 9).²⁷⁴

Abbildung 9: Qualitätsvarianz zwischen Leistungserbringereinheiten beim akuten Myokardinfarkt (Risikoadjustierte 30-Tages-Mortalitätsrate; Datenjahr 2014)



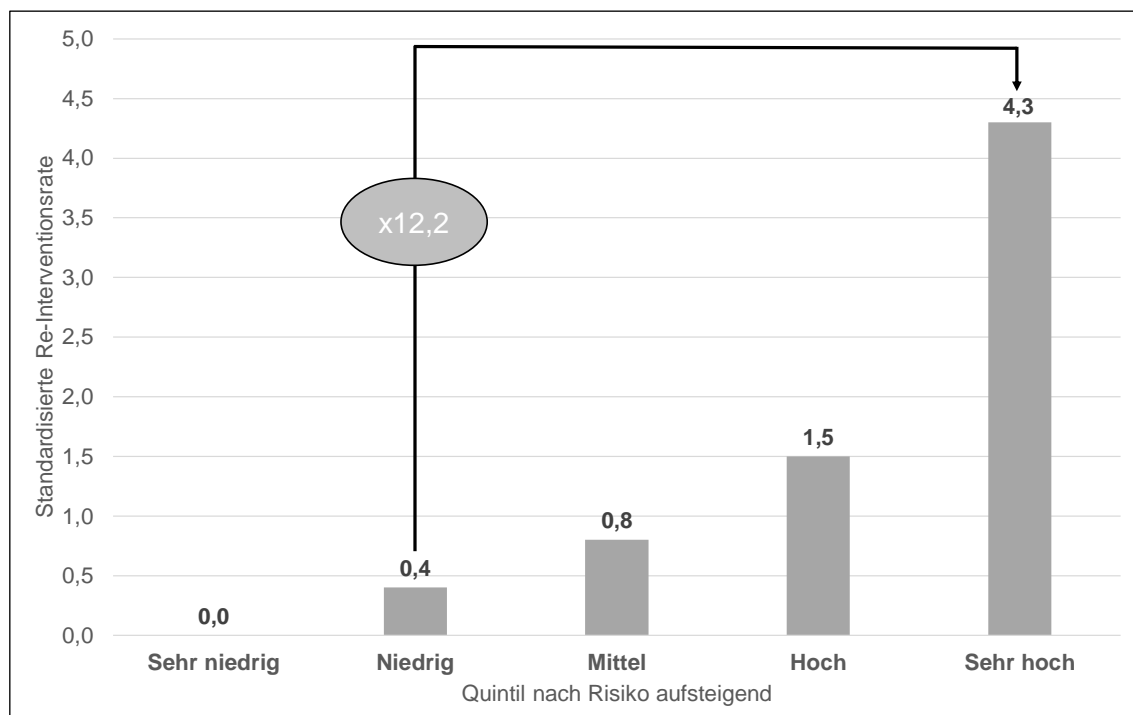
Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Pross et al. (2017a).

Aber auch bei vordergründig elektiven Eingriffen existiert in Deutschland eine signifikante Qualitätsvarianz zwischen Krankenhäusern. Dies zeigt sich z.B. bei Betrachtung des risikoadjustierten QI der Re-Interventionsrate aufgrund von Komplikationen bei Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen (Hüft-TEP). Hier weist die aktuellste vorliegende Bundesauswertung aus dem Jahr 2014 eine Varianz zwischen dem zweiten und dem fünften Quantil um den Faktor 12,2 aus. Dies impliziert, dass das Risiko einer Re-Intervention bei einem Eingriff durch ein Krankenhaus aus dem fünften Quintil um mehr als zwölf Mal so hoch ist, als bei einem Eingriff durch einen stationären Leistungserbringer aus dem zweiten Quintil (s. Abbildung 10).²⁷⁵

²⁷⁴ vgl. Pross et al. 2017a.

²⁷⁵ vgl. ebd.

Abbildung 10: Qualitätsvarianz zwischen Leistungserbringereinheiten beim der Hüft-TEP (Risikoadjustierte Re-Interventionsrate; Datenjahr 2014)



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Pross et al. (2017a).

Nicht nur bei Fokussierung auf Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringereinheiten werden Qualitätsvarianzen sichtbar. Auch bei regionaler Betrachtung zwischen Bundesländern lässt sich eine solche Varianz im Rahmen der Hüft-TEP darstellen.²⁷⁶ Zwischen den Bundesländern ist über die einzelnen durch die externe stationäre Qualitätssicherung (s. 5.1.1) zu veröffentlichenden Indikatoren im Rahmen der Hüft-TEP eine Variabilität zwischen dem jeweiligen Minimal- und dem Maximalwert erkennbar. Diese liegt zwischen dem Faktor 2,63 (Implantatfehl-, dislokation oder Fraktur) und 9,83 (Endoprothesenluxation) (s. Tabelle 3).²⁷⁷

²⁷⁶ Da eine bundeslandbezogene Analyse zu QI der Hüft-TEP nur bis zum Datenjahr 2014 vorliegt und sich in der Folgezeit die Datenerfassung und Art der Darstellung durch die neue Zuständigkeit der Thematik durch das IQTIG geändert haben, kann auf keine neuere Datengrundlage referenziert werden (vgl. IQTIG 2016, S. 137).

²⁷⁷ vgl. AQUA-Institut 2015, S. 748ff.

Tabelle 3: Minimum-Maximum-Verteilung der Indikatoren/Parameter aus dem Qualitätsbericht des AQUA-Instituts für die Hüft-TEP (Datenbasis: Jahr 2014)

Indikator/Parameter	Min. (%)	D (%)	Max. (%)	Differenz
Hüft-TEP bei erfüllten Indikationskriterien	2,40 SH	4,16	6,92 SA	2,88
Perioperative Antibiotikaphylaxe	0,11 TH	0,31	0,51 B	4,64
Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	0,75 HB, SH	2,47	3,93 SA	5,24
Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur	0,57 SH	0,95	1,50 HB	2,63
Endoprothesenluxation	0,06 HB	0,27	0,59 SL	9,83
Postoperative Wundinfektion	0,18 HH	0,42	0,64 SA	3,56
Reoperation aufgrund von Komplikationen	0,75 SH	1,43	1,98 RP	2,64
Sterblichkeit im Krankenhaus	0,12 HB	0,19	0,32 SA, RP	2,67

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schrappe (2015), S. 118.

Hinweise: Diff.: Faktor zwischen Min- und Max. Wert; D Deutschland, B Berlin, HB Bremen, HH Hamburg, RP Rheinland-Pfalz, SL Saarland, SA Sachsen-Anhalt, SH Schleswig-Holstein, TH Thüringen.

Die an dieser Stelle selektiv dargestellten Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitswesen stellen einen relevanten Handlungsbedarf auf. Impulse aus einem verstärkten Qualitätswettbewerb können hier als eine vielversprechende Option zur Realisierung einer Qualitätsverbesserung auf Gesundheitssystemebene angesehen werden.

5.3 Zwischenfazit

Auf Grundlage der erfolgten Analyse der Rahmenbedingungen und Instrumente eines Qualitätswettbewerbs sowie der Qualität im Gesundheitssystem lassen sich für Deutschland mehrere Erkenntnisse ableiten.

- 1) Auf dem Leistungsmarkt existieren Ansätze eines Qualitätswettbewerbs, die sich den im Fokus der Arbeit stehenden qualitätswettbewerblichen Instrumenten zuordnen lassen. Diese sind überwiegend regulatorisch initiiert. Aber es lassen sich auch private Initiativen finden.

- 2) Die Möglichkeiten des Einsatzes der Instrumente zur Beförderung eines Qualitätswettbewerbs sind bislang noch stark limitiert und entfalten deshalb die gewünschten Wirkungen nur bedingt. Der Großteil der Maßnahmen wird dabei im akutstationären Versorgungsbereich eingesetzt. Eine Anwendung z.B. der Instrumente einer externen Qualitätssicherung oder aber eines systematischen PR findet im ambulanten Versorgungsbereich bislang nicht statt. Eine Ausnahme bilden hierbei die Selektivverträge. Diese sind im ambulanten Sektor stärker ausgeprägt als im stationären Sektor.

- 3) Auch innerhalb des akutstationären Bereichs adressieren die Instrumente nur einen eingeschränkten Leistungsbereich. Obwohl die Limitationen partiell in den methodischen Kontext einer validen Messbarkeit von Qualität zu setzen sind, kann eine nachhaltige Wirkung auf einen Qualitätswettbewerb erst dann entfacht werden, wenn die Instrumente auch in entsprechend versorgungsrelevanten Einsatzbereichen und einer -breite zur Anwendung kommen.

- 4) Dem Einsatz der Instrumente fehlt es in Deutschland im Status quo an einer zielführenden ordnungspolitischen Einbettung sowie einem Rahmenkonzept. Die einzelnen Maßnahmen und Vorhaben wirken jeweils isoliert und sind größtenteils ohne interdependente Abstimmung angelegt. Doch gerade ein solcher gesamthaft koordinativ ausgerichteter Rahmen ist notwendig, insbesondere wenn man sich die gegenseitigen Wechselwirkungen der Teilmärkte zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem vergegenwärtigt (s. 4.1).

- 5) Es ist festzustellen, dass der Qualitätswettbewerb bislang vom Versicherten bzw. Patienten noch nicht ausreichend wahrgenommen werden kann bzw. die erwünschten positiven Effekte noch nicht auf ihn durchwirken. Beispielhaft kann dies am Instrument des PR illustriert werden. Obschon Instrumente zur Schaffung einer Qualitätstransparenz insbesondere im Krankenhausbereich implementiert sind, werden diese bislang durch den Versicherten als Zielperson nur defizitär genutzt. Dies führt dazu, dass der Versicherte bislang nicht auf Basis einer informierten Wahl des medizinischen Leistungserbringers als Multiplikator eines Qualitätswettbewerbs auftreten kann.

- 6) Sowohl für den akutstationären als auch den ambulanten Versorgungsbereich lässt sich aufzeigen, dass ein Handlungsbedarf zu einer Optimierung der

Qualität, insbesondere der medizinischen Leistungserbringung, in Deutschland existiert. Auch wenn diese Defizite nicht durch die alleinige Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs beseitigt werden können, könnte ein solcher Pfad eine vielversprechende Option zur Realisierung einer Qualitätsverbesserung der Versorgung darstellen.

6 Qualitätswettbewerb in internationalen Vergleichsländern: Schweiz, Niederlande und USA

6.1 Forschungsdesign

6.1.1 Hypothese und Fragestellung

Die Hypothese, die sich auf Grundlage der bisherigen Ausführungen zum theoretischen Konstrukt des Qualitätswettbewerbs sowie der Feststellung eines defizitären Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem im Status quo ableiten lässt, lautete: Über einen stimmigen konzeptionellen und ordnungspolitischen Rahmen kann ein Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt induziert werden. Dabei leistet der Einsatz der im Rahmen der vorliegenden Arbeit skizzierten Instrumente einen wichtigen Beitrag. Von diesem Qualitätswettbewerb gehen positive Impulse zur Erreichung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung aus.

Daraus ergaben sich Fragestellungen, die nachfolgend im Rahmen eines internationalen Vergleichs analysiert wurden (s. Tabelle 4). Zunächst wurde überprüft, welche internationalen Gesundheitssysteme Erfahrungen in der Anwendung der definierten qualitätswettbewerblich ausgerichteten Instrumente aufweisen. Als nächstes wurde auf einer Gesundheitssystemebene analysiert, welcher ordnungspolitische Rahmen hinter dem Qualitätswettbewerb in den Vergleichsländern steht. In der Folge wurden die Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs bzgl. der Rahmenbedingungen sowie der Funktionsweise und Effekte betrachtet. Zuletzt wurde abgeleitet, ob aus den internationalen Erfahrungen Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland gewonnen werden können. Dazu wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den herangezogenen Vergleichsländern identifiziert und diskutiert.

Tabelle 4: Hypothese und Fragestellungen des internationalen Vergleichs

Hypothese	Ein stimmiger konzeptioneller und ordnungspolitischer Rahmen kann einen Qualitätswettbewerb induzieren. Operativ leistet der Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente auf dem Leistungsmarkt dabei einen wichtigen Beitrag.
Fragestellungen	<ol style="list-style-type: none">1. Welche internationalen Gesundheitssysteme verfügen über Erfahrungen in der Anwendung der definierten qualitätswettbewerblichen Instrumente?2. Wie wurde der Qualitätswettbewerb in den Vergleichsländern ordnungspolitisch implementiert?3. In welchem Kontext werden die Instrumente in den Vergleichsländern angewendet und welche Qualitätseffekte lassen sich ableiten?4. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich in den Vergleichsländern identifizieren?5. Lassen sich aus den internationalen Erfahrungen Erkenntnisse für die Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland ableiten?

Quelle: Eigene Darstellung.

6.1.2 Methodik

Nach Identifizierung geeigneter Vergleichsländer wurden anhand eines analytisch geleiteten Samplings²⁷⁸ die ausgewählten Länder mithilfe eines hierfür entwickelten Analyseschemas systematisch untersucht (s. Tabelle 5). Dabei wurden zunächst grundlegende Charakteristika der länderspezifischen Gesundheitssysteme beschrieben. Danach folgt aus einer Makro-Perspektive eine Analyse, welche Treiber in den Vergleichsländern zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs führten und welcher ordnungspolitische Rahmen gesetzt wurde. Aus einer Mikro-Perspektive wurde anschließend der konkrete Einsatz der im Fokus dieser Arbeit stehenden qualitätswettbewerblichen Instrumente anhand ausgewählter Praxisbeispiele beschrieben. Dafür wurden praxisvertiefend selektiv Expertisen von Fachleuten aus der Versorgungspraxis in Form qualitativer Befragungen einbezogen.

Ziel war es, den Status des Qualitätswettbewerbs länderspezifisch zu erfassen und Treiber sowie die Einbettung des Qualitätswettbewerbs darzustellen. Die detaillierten Beschreibungen zu den definierten Instrumenten in den Vergleichsländern sollten

²⁷⁸ vgl. Jahn 2013, S. 233f.

praktische Erkenntnisse generieren, die für einen späteren Transfer der Erkenntnisse nach Deutschland relevant sein können.

Nach der systematischen Anwendung des Analyseschemas wurde der Status des Qualitätswettbewerbs zunächst länderspezifisch bewertet und dabei Erfolgs- und Risikofaktoren abgeleitet. Im nächsten Schritt wurden diese länderspezifischen Ergebnisse abstrahiert, um zu prüfen, ob die unterschiedlichen Erfahrungen mit Instrumenten zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs gemeinsame Erfolgsfaktoren oder Risiken aufweisen. Diese Erkenntnisse dienen dann wiederum bei Transferüberlegungen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland als Grundlage.

Tabelle 5: Analyseschema des internationalen Vergleichs

Vergleichskategorie	Fragestellungen
Grundlegende Charakteristika des Gesundheitssystems	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist das Gesundheitssystem organisiert und wie erfolgt die Finanzierung? ▪ Wie ist die ambulante und akutenstationäre Versorgung organisiert? ▪ Welche Qualität besitzt die Gesundheitsversorgung?
Ordnungspolitische Einbettung des Qualitätswettbewerbs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was waren die Treiber zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs? ▪ Wie wurde der Qualitätswettbewerb ordnungspolitisch gestaltet? ▪ Welche der qualitätswettbewerblichen Instrumente kommen zur Anwendung? ▪ Welche Effekte löst der Qualitätswettbewerb aus?
Instrumentenanalyse <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsmessung ▪ Qualitätstransparenz / Public Reporting ▪ Selektives Kontrahieren ▪ P4P 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Versorgungsbereiche werden durch die Instrumente adressiert? ▪ Unter welchen Rahmenbedingungen werden die Instrumente eingesetzt? ▪ Welche Logik verfolgen die Instrumente zur Schaffung eines Qualitätswettbewerbs? ▪ Welche Wirkungen und Effekte gehen von den Instrumenten aus? ▪ Wie gestaltet sich die Nutzung / Akzeptanz der Instrumente durch die Stakeholder?

Ableitung von länderspezifischen Erfolgs- und Risikofaktoren

Abstrahierung der länderspezifischen Erfolgs- und Risikofaktoren und Prüfung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden

Quelle: Eigene Darstellung.

6.2 Länderauswahl

Die Auswahl der Vergleichsländer stellte ein wesentliches Kriterium für eine zielführende Bearbeitung der aufgeworfenen Fragestellungen dar. Dazu wurde ein analytisches Sampling eingesetzt.²⁷⁹ Bei diesem Sampling wurden Kriterien herangezogen, die auf Grundlage theoretischer Annahmen zur Beantwortung der formulierten Fragestellungen beitragen.

Als erste Restriktion wurde die Fokussierung auf OECD-Mitgliedsländer gewählt. Hintergrund war die Annahme, dass dadurch die Vergleich- und Generalisierbarkeit der Analyseergebnisse in Bezug auf eine Transformation nach Deutschland gesteigert werden kann, indem extreme Variationen vermieden werden.²⁸⁰

Als zweites Kriterium sollten die Gesundheitssysteme in den Vergleichsländern einen Schwerpunkt auf einem Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt besitzen. Dieser sollte in einem möglichst umfangreichen Maße den Einsatz der definierten Instrumente umfassen.

Drittes Kriterium bei der Länderwahl stellte die Existenz von mit Deutschland vergleichbaren strukturellen Kennzahlen der Gesundheitsversorgung und des Versorgungsniveaus dar. Aus globaler Perspektive können hier beispielhaft der Anteil krankensicherter Personen oder die Arzt- bzw. Krankenhausbettdichte angeführt werden (s. Tabelle 2). Relativierend ist an dieser Stelle anzuführen, dass nationale Gesundheitssysteme durch die hohe Komplexität stets von einer gewissen Heterogenität geprägt sind. Diese Heterogenität konnte auch trotz der Zielsetzung der Vermeidung extremer Ausreißerwerte nicht gänzlich vermieden werden.

Unter Anwendung dieser theoriegeleiteten Kriteriendefinition konnten mit der Schweiz und den Niederlanden zwei Länder identifiziert werden, die sich als Vergleichsländer besonders gut eigneten. Die beiden OECD-Länder verfügen über grundsätzlich ähnliche Strukturkennzahlen des Gesundheitssystems, auch wenn sich selbst hier partiell Unterschiede zeigten. Die Gesundheitssysteme der beiden Länder sind aber im Vergleich zu Deutschland stärker wettbewerbsmäßig organisiert, insbesondere durch eine intensivere Anwendung des Konzepts des Managed Competition.

Neben der Schweiz und der Niederlande wurde die USA als drittes Vergleichsland gewählt. Aufgrund der großen Heterogenität des Gesundheitssystems innerhalb der USA selbst wurde dabei der Schwerpunkt auf die Gesundheitsversorgung über Medicare

²⁷⁹ vgl. ebd., S. 226ff.

²⁸⁰ Die OECD definiert sich als Organisation aus 38 Mitgliedsstaaten (Stand: Oktober 2021), die sich der Demokratie und Marktwirtschaft verpflichtet fühlen. Die Mitglieder gehören international zu denjenigen Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen und gelten als entwickelte Länder.

gelegt. In diesem Subsystem kommen Instrumente zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs in besonderem Maße zum Einsatz, von denen Erkenntnisse für Transferüberlegungen abgeleitet werden können. Die strukturellen Kennzahlen des Gesundheitssystems der USA pro toto weichen von denen der anderen Vergleichsländer in einigen Dimensionen (z.B. Anteil Versicherter) signifikant ab. Diese Diskrepanz war allerdings nicht aufzulösen, da für das Subsystem der Medicare-Versorgung keine isolierten Kennzahlen vorlagen.

6.3 Länderspezifische Analyse des Qualitätswettbewerbs

6.3.1 Schweiz

6.3.1.1 Grundlegende Charakteristika des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem der Schweiz basiert auf einem seit dem Jahr 1996 obligatorischen Versicherungsprinzip (OKP). Dieses wird über einkommensunabhängige Kopfpauschalen nach einem Umlageverfahren finanziert.²⁸¹ Dabei orientiert sich die Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarkts stark am Konzept des Managed Competition (s. 4.4.1) und bietet infolgedessen ausgeprägte Möglichkeiten der Steuerung über wettbewerbliche Instrumente.

Für alle in der Schweiz ansässigen Personen besteht eine Krankenversicherungspflicht in Form der OKP, allerdings umfasst diese im Vergleich zur GKV-Versorgung in Deutschland einen geringeren Leistungsumfang. So sind z.B. keine zahnmedizinischen Leistungen in der OKP abgesichert.

Die Krankenversicherungsprämien sind allein von den Versicherten zu leisten, eine Beteiligung des Arbeitgebers findet nicht statt. Gleichzeitig gilt auch das Prinzip der Solidarität, wenn auch weniger stark ausgeprägt als in Deutschland: Versicherte mit geringem Einkommen können vom Staat einen Zuschuss zur Prämie erhalten.²⁸² Im Jahr 2018 erhielten ca. 2,3 Millionen Einwohner einen solchen Zuschuss (ca. 27,1% aller Einwohner).²⁸³

Auch wenn die Pauschalen einkommensunabhängig erhoben werden, existieren innerhalb der Schweiz dennoch signifikante Prämienunterschiede für vergleichbare Versichertenklientele. Diese Unterschiede sind maßgeblich auf eine regionale

²⁸¹ vgl. Schölkopf und Pressel 2017, S. 78.

²⁸² vgl. Beck 2013a, S. 242.

²⁸³ vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2021, S. 99.

Differenzierung zurückzuführen.²⁸⁴ Dabei findet eine Differenzierung der Prämienhöhe insbesondere über das Alter der Versicherten statt. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ist eine solche Differenzierung obligatorisch, bei jungen Erwachsenen bis max. 25 Jahren fakultativ.

In der Schweiz wird zwischen einer obligatorischen Grundversicherung mit abschließend definiertem Leistungskatalog (basierend auf dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)) sowie einem privaten Zusatzversicherungsmarkt (basierend auf dem Bundesgesetz über den Versicherungs-Vertrag (VVG)) unterschieden. Während auf dem Feld der Grundversicherung keine Gewinnerzielung für die privat organisierten Krankenversicherungen erlaubt ist, besteht diese Möglichkeit im Bereich der Zusatzversicherungen.²⁸⁵ Auf dem Markt der Grundversicherung stehen die einzelnen Krankenversicherer gegenseitig im Wettbewerb um Versicherte.

Bzgl. der Ausgaben für Gesundheit, gemessen als Anteil des BIP, weist die Schweiz mit 12,1% im Jahr 2019 hinter den USA den zweithöchsten Wert innerhalb der OECD-Länder auf (s. Tabelle 2).

Ein Charakteristikum, welches das Gesundheitssystem der Schweiz kennzeichnet, sind stark dezentrale Strukturen.²⁸⁶ Die Verantwortung der Gesundheitspolitik liegt zu einem großen Teil bei den Kantonen. Diese verantworten z.B. die Krankenhausplanung und können Einfluss auf die Zulassung bzw. Budgetierung der ambulanten Ärzte nehmen.

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist durch die zahlreichen Wahlmöglichkeiten unterschiedlicher Krankenversicherungsprodukte signifikant höher als in Deutschland.²⁸⁷ Versicherte können in der Schweiz innerhalb der obligatorischen Grundversicherung OKP zwischen traditionellen Versicherungsmodellen und alternativen Versicherungsmodellen (AVM) wählen. Während die freie Arztwahl bei den traditionellen Modellen im ambulanten Bereich durch den bestehenden Kontrahierungszwang garantiert ist, ist diese Wahlfreiheit in AVM limitiert. Diese Limitation geht mit einer Verbilligung der Krankenversicherungsprämie einher.

AVM werden auch als Managed Care-Modelle bezeichnet, welche insbesondere in den vergangenen Jahren ein starkes Wachstum erfahren haben. In den Jahren 2006 - 2018 stieg der Anteil der Versicherten in AVM von ca. 12% auf ca. 72% an (s. Abbildung 12).²⁸⁸

²⁸⁴ Im Jahr 2020 existierten innerhalb der 26 Kantone insgesamt 42 unterschiedliche sog. Prämienregionen.

²⁸⁵ vgl. Beck 2013a, S. 241f.

²⁸⁶ vgl. Schmid et al. 2018, S. 456.

²⁸⁷ vgl. Beck 2013a, S. 243.

²⁸⁸ vgl. Forum Managed Care 2019.

Ein weiteres, die Eigenverantwortung stärkendes Element, stellt die Möglichkeit für Versicherte dar, innerhalb der obligatorischen Grundversicherung über die Höhe der privaten Kostenbeteiligung (out of pocket-Zahlungen) zu entscheiden. Diese Eigenleistungen bestehen aus einer sog. Franchise sowie einem Selbstbehalt im Behandlungsfall. Derzeit liegt die jährliche Eigenleistung bei mindestens 1.000 CHF und maximal 3.200 CHF pro Jahr²⁸⁹ und nimmt im europäischen Vergleich damit einen vorderen Platz in Bezug auf den Anteil an out of pocket-Zahlungen an den gesamten Gesundheitsausgaben ein. Bei der Wahl der Franchisen-Höhe können Versicherte zwischen unterschiedlichen Optionen bzw. Stufen wählen. Je höher die gewählte Franchise, desto geringer die Krankenversicherungsprämie, wobei die maximale Reduktion derzeit bei 50% gedeckelt ist.²⁹⁰

Um Risikoselektionsanreize zu vermeiden, existiert in der Schweiz ein RSA. Dieser soll einen fairen Wettbewerb zwischen den Versicherern sicherstellen. In den vergangenen Jahren wurde dieser sukzessive, zunächst durch die Hinzunahme eines groben Morbiditätsfaktors (Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalte) im Jahr 2012, später dann zum Jahr 2020 durch die zusätzliche Berücksichtigung pharmazeutischer Kostengruppen zur Identifizierung von Versicherten mit hohen zu erwartenden Versorgungskosten, weiterentwickelt.²⁹¹

Die Organisation der Versorgung im ambulanten und akutstationären Bereich fußt auf einem Nebeneinander von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Anbietern.²⁹² Im ambulanten Bereich dominieren sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich Einzelpraxen.²⁹³ Allerdings ist eine Vielzahl der Praxen in Ärztenetzen oder vergleichbaren Kooperationsformen organisiert. Dies korreliert wiederum mit der beschriebenen Managed Care-Bewegung.

Die Vergütung ambulanter Leistungen orientiert sich grundsätzlich an einer Einzelleistungsvergütung („Tarmed“). Im Bereich der AVM existieren häufig aber Vergütungsmodelle, welche die Leistungserbringer stärker mit in die Verantwortung nehmen.²⁹⁴ Dabei können v.a. Modelle genannt werden, bei denen die Remunerierung partiell über Qualitätseffekte gesteuert werden kann.²⁹⁵

²⁸⁹ vgl. Kauer 2017, S. 1212.

²⁹⁰ vgl. ebd.

²⁹¹ vgl. Benstetter et al. 2020, S. 58.

²⁹² vgl. Schölkopf und Pressel 2017, S. 78.

²⁹³ vgl. De Pietro et al. 2015, S. 155.

²⁹⁴ vgl. Benstetter et al. 2020, S. 57ff.

²⁹⁵ vgl. Beck 2013b.

Die akutstationäre Versorgung wird stark durch die Kantone organisiert. Seit dem Jahr 2012 werden stationäre Leistungen fallpauschalenbezogen über SwissDRG vergütet.²⁹⁶ Während die Kosten der ambulanten Versorgung vollständig durch die Krankenkassen übernommen werden, teilen sich Krankenkassen und Staat im akutstationären Sektor die Kosten (Krankenkassen: 45 %; Staat / Kanton: 55 %).

In Bezug auf die Qualität belegt die Schweiz auf Systemebene in vielen Kategorien im internationalen Vergleich vordere Plätze, z.B. bei Betrachtung der für die Beurteilung der Qualitäts-Performance eines Gesundheitssystems konstruierten Proxy-Kennzahl des Healthcare Quality and Access Index (HAQ). Dieser basiert maßgeblich auf dem Konstrukt der medizinisch vermeidbaren Mortalität (amenable mortality).²⁹⁷ Hier liegt die Schweiz im weltweiten Vergleich auf Platz sieben, Deutschland hingegen auf Platz 18.²⁹⁸ Auch bei der Krankenhauseinweisungsrate aufgrund von COPD, die als Kennzahl für die primärärztliche Versorgung gilt, weist die Schweiz sehr gute Werte aus (s. Abbildung 8).

6.3.1.2 Ordnungspolitische Einbettung des Qualitätswettbewerbs

Die Wettbewerbskonzeption im Allgemeinen und damit auch der ordnungspolitische Rahmen eines Qualitätswettbewerbs im Speziellen wird primär über das KVG definiert. Die Neugestaltung des KVG im Jahr 1996 brachte zahlreiche Änderungen mit Implikationen auf den Wettbewerbsrahmen mit sich. Dabei zielte die Novellierung des KVG vordergründig auf die Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenversicherern ab. Durch diesen Wettbewerb sollte indirekt ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt werden.

Im Fokus des Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherern stand neben der weiteren Verbesserung des Zugangs zur Krankenversicherung und -versorgung eine Optimierung der Effizienz, insbesondere die Realisierung von Kosteneinsparnissen. Qualitätsaspekte bzw. ein Qualitätswettbewerb können diese Zielerreichung flankieren, waren jedoch nicht die oberste ordnungspolitische Prämisse.²⁹⁹

Auch wenn ein Qualitätswettbewerb daher nicht im Vordergrund der Neufassung des KVG stand, lassen sich in der Schweiz Maßnahmen identifizieren, die als Treiber für einen Qualitätswettbewerb identifiziert werden können und ihren Anfang maßgeblich in der Reformierung des KVG fanden. Nachfolgend wird dabei auf diejenigen Maßnahmen

²⁹⁶ vgl. De Pietro et al. 2015, S. 80.

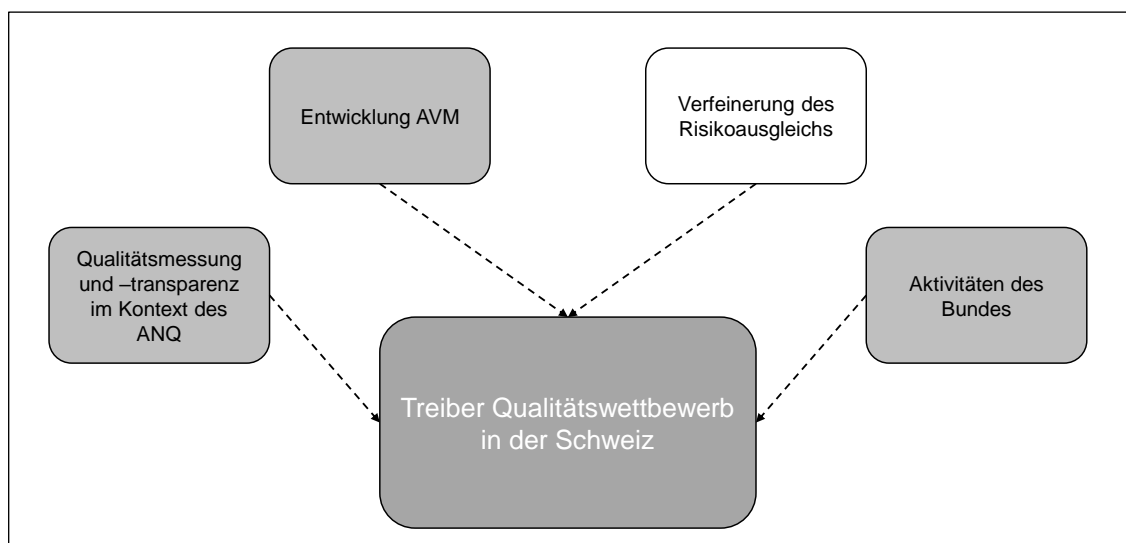
²⁹⁷ vgl. Nolte und McKee 2011.

²⁹⁸ vgl. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018, S. 2243.

²⁹⁹ vgl. Hammer et al. 2008, S. 44ff.; vgl. Willisegger und Blatter 2016a S. 25; vgl. Thomson et al. 2013.

fokussiert, die dem Leistungsmarkt zugeordnet werden können. Diese sind in Abbildung 11 farblich hervorgehoben. Die Maßnahme der Verfeinerung des Risikoausgleichs ist primär dem Versicherungsmarkt zuzuordnen.

Abbildung 11: Treiber für einen Qualitätswettbewerb in der Schweiz



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Willisegger und Blatter (2016b), S. 25.

Entwicklung AVM

Die relevanteste Maßnahme im Kontext eines Wettbewerbs auf dem Leistungsmarkt, die sich aus der Novellierung des KVG im Jahr 1996 ergab, war die Ermöglichung von AVM innerhalb der obligatorischen ambulanten Grundversorgung. Diese AVM sollten den unternehmerischen Spielraum der Krankenversicherer erhöhen. Die Einschränkung der Wahlfreiheit hat dabei keine Implikationen auf die akutstationäre Versorgung. Innerhalb der AVM kann der Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt im schweizerischen Gesundheitssystem besonders gut wirken.³⁰⁰

Die beteiligten Akteure - medizinische Leistungserbringer, Krankenversicherer und partiell Kantone - erhielten Freiräume zur Operationalisierung neuer Versicherungs- und Versorgungsmodelle.³⁰¹ Insofern kann die Zielrichtung des KVG bzgl. eines Wettbewerbs bzw. Qualitätswettbewerb als liberal bezeichnet werden.

Definiert wurde lediglich, dass Krankenversicherer die Versicherungsprämien verringern dürfen, wenn eine Einschränkung der Wahl des Leistungserbringers für Versicherte erfolgt. Diese Freiräume induzierten wettbewerbliche Entdeckungsverfahren einzelner Krankenversicherer. Willisegger und Blatter bezeichnen die AVM daher als „Versuchslabor zum Abbau von Widerständen im Umgang mit Qualitätsaspekten“³⁰².

³⁰⁰ vgl. Willisegger und Blatter 2016a, S. 26f.; vgl. Blenk et al. 2016, S. 18.

³⁰¹ vgl. Beck 2013a, S. 245.

³⁰² Willisegger und Blatter 2016a, S. 27.

Mittlerweile hat sich innerhalb der AVM ein etabliertes, aber heterogenes Gesamtkonstrukt herausgebildet. Allen Modellen ist dabei gemein, dass der freie Zugang zu ambulanten Leistungserbringern über einen Gatekeeping-Ansatz ³⁰³ eingeschränkt ist.

Exkurs: Kurzbeschreibung der Ausgestaltungsformen der AVM in der Schweiz

Hausarztmodelle: Versicherte sind verpflichtet, ihren Hausarzt immer als ersten Ansprechpartner zu konsultieren.³⁰⁴ Dieser agiert in dieser Konstellation als Gatekeeper, der über die weitere Behandlung entscheidet und ggf. eine Überweisung an einen Spezialisten ausspricht. In Hausarztmodellen besteht ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und dem jeweiligen Versicherer.

Eine Variante stellt das sog. Listenmodell dar. Dabei wählen die Versicherer einseitig Leistungserbringer aus, ohne dass ein Vertragsschluss stattfindet.³⁰⁵ Versicherte können einen Hausarzt dann von der jeweiligen Liste des Versicherers wählen. Sowohl das klassische Hausarztmodell als auch das Listenmodell haben einen regionalen Bezug, der den Wohnort des Versicherten aufgreift. Die Prämien der Hausarztmodell-Versicherungsprodukte sind gegenüber der Standard-Grundversicherung, bei der es zu keiner Einschränkung der Wahlfreiheit kommt, um rund 15 bis 20 % rabattiert.³⁰⁶

Telmed-Modelle: Hier sind Versicherte verpflichtet, bei jeder medizinischen Notwendigkeit zunächst eine telefonische ärztliche Ersteinschätzung einzuholen. Dabei wird über eine weitergehende Konsultation durch einen Arzt entschieden.³⁰⁷ Die Prämien der Telmed-Versicherungsprodukte sind rund 15 bis 20 % günstiger als diejenigen der Standard-Grundversicherung.³⁰⁸

³⁰³ Die Logik des Prinzips des Gatekeepings beinhaltet zwei zentrale Aspekte: Zum einen sollen Gatekeeper, meist in Form von Hausärzten, helfen, medizinisch unnötige Interventionen und Leistungen durch eine engmaschige Koordination zu vermeiden und dadurch auf Systemebene Kosten zu sparen. Zum anderen wird davon ausgegangen, dass Hausärzte bzw. Gatekeeper eine bessere Kenntnis über die Qualität weiterführender, spezialisierter Leistungserbringer besitzen als Patienten und daher diese potenziellen Anschlussleistungen dann effizienter eingesetzt werden können.

³⁰⁴ Ausnahmen bilden die Notfallversorgung, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen sowie augenärztliche Kontrolluntersuchungen.

³⁰⁵ vgl. Beck 2013a, S. 248f.

³⁰⁶ vgl. Blenk et al. 2016, S. 16; vgl. Comparis 2020.

³⁰⁷ Ausnahmen bilden die Notfallversorgung, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen sowie augenärztliche Kontrolluntersuchungen.

³⁰⁸ vgl. Blenk et al. 2016, S. 16; vgl. Comparis 2020.

HMO (Health Maintenance Organization)-Modelle³⁰⁹: HMO-Versicherte verpflichten sich, im Krankheitsfall immer zuerst einen HMO-Arzt aufzusuchen, der im HMO-Center bzw. der Gruppenpraxis praktiziert. Dieser Arzt wird als Gatekeeper bezeichnet. Krankenversicherer schließen hier selektiv Verträge mit der HMO betreibenden Gesellschaft. Bei Bedarf können Versicherte vom HMO-Arzt an weitere Spezialisten prioritär innerhalb, aber auch außerhalb der HMO zur Weiterbehandlung überwiesen werden.

Durch die weitreichenden Möglichkeiten, die Weiterbehandlung eines Versicherten aktiv zu steuern, sind Ansätze einer integrierten Versorgung im HMO-Modell am stärksten ausgeprägt.³¹⁰

Die Prämien der HMO-Versicherungen sind entsprechend, bei gleichem Leistungsumfang, bis zu 25 % niedriger als die Prämien der Standard-Grundversicherung. Eine Besonderheit bei den sich in HMO-Modelle selektierenden Versicherten stellt der Fakt dar, dass diese überwiegend jung und daher tendenziell eher gesund sind.³¹¹

Die AVM erfuhren in den letzten Jahren bei den Versicherten einen immer größeren Zuspruch (s. Abbildung 12), obwohl die Schweizer Bürger in einer Volksabstimmung im Jahr 2012 einer obligatorischen Einschränkung der freien Arztwahl eine Absage erteilt haben.³¹²

Finanzieller Anreiz der AVM stellt für die Versicherten der signifikante Prämienrabatt dar. Dieser Rabatt kann je nach AVM bis zu 25 % betragen³¹³ und resultiert zu einem relevanten Teil aus dem freiwilligen Verzicht auf die Wahlfreiheit der ambulanten Leistungserbringer. Dadurch ist den AVM ein systematischer Risikoselektionsanreiz immanent.³¹⁴ Denn niedrigere Prämien, gepaart mit der beschränkten Wahlfreiheit stellen insbesondere für junge und gesunde Versicherte einen Anreiz dar. Ob der steigende Zuspruch allein dem finanziellen Anreiz zuzuschreiben ist, oder ob hier auch Qualitätsvorteile innerhalb der AVM eine Rolle spielen, lässt sich bislang nicht eindeutig darlegen.

Ärzte beurteilten in der Vergangenheit, dass die AVM durch ihr Konstrukt zwar zu einer Kostenreduktion führen können, aber die medizinische Praxis sowie ggf. auch die

³⁰⁹ Die gängigen umfassenderen Definitionen aus dem US-amerikanischen Kontext, bei denen „HMOs als Organisationen [gelten], bei denen Versicherte durch Einschreibung einen Versicherungsschutz mit einem definierten Leistungspaket zur medizinischen Versorgung mit Basis- und ergänzenden Behandlungsangeboten erhalten und die Versorgung durch HMO-Ärzte übernommen wird, die hierfür ein bestimmtes Budget erhalten (...)“ (AOK Bundesverband o.J.) sind auf die HMO-Modelle in der Schweiz nicht vollständig zu übertragen. Denn in der Schweiz bezieht sich die HMO-Definition nur auf die Inanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen im Rahmen eines HMO-Centers oder einer Gruppenpraxis. Der Grundgedanke eines am Konzept des Managed Care orientierten Versorgungsmodell ist aber gemeinsam.

³¹⁰ vgl. IWSB 2017, S. 41.

³¹¹ vgl. Kauer 2017, S. 1221.

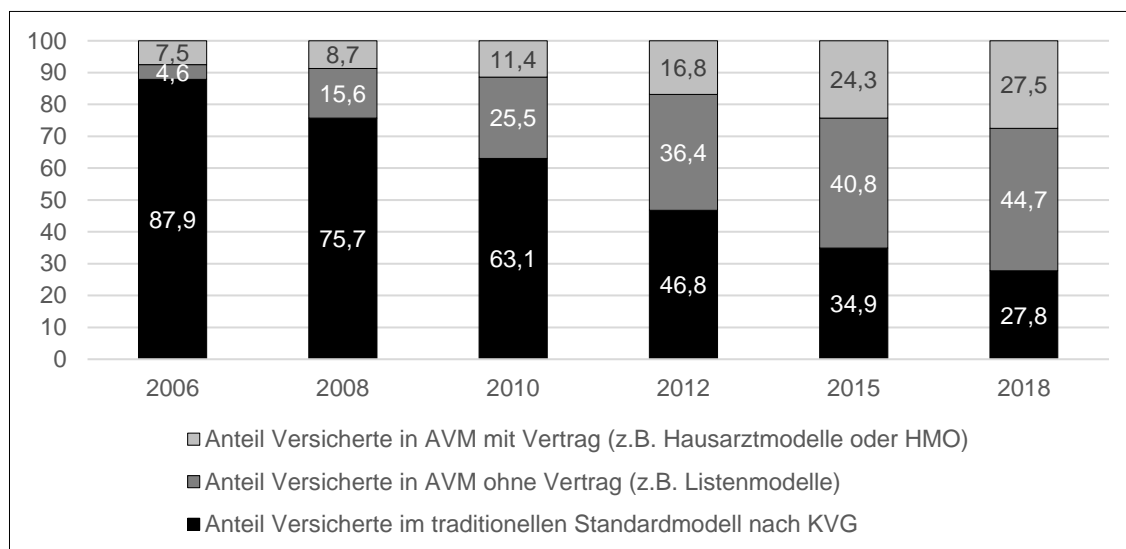
³¹² vgl. BAG 2012; vgl. Schoch 2012.

³¹³ vgl. Comparis 2020.

³¹⁴ vgl. Lehmann und Zweifel 2004.

Qualität negativ beeinflussen könnten. Insbesondere die eingesetzten qualitätswettbewerblichen Instrumente des P4P sowie des selektiven Kontrahierens wurden dabei hervorgehoben.³¹⁵ In den letzten Jahren hat sich die Akzeptanz der Ärzteschaft allerdings verbessert.³¹⁶

Abbildung 12: Anteil der Versicherten nach Versicherungsmodell in der Schweiz



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Forum Managed Care (2019).

Alle in 4.3 beschriebenen Instrumente zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs werden in den AVM in der Schweiz angewendet. Durch den Charakter der Vertragsfreiheit innerhalb der AVM ist der Einsatz der Instrumente jedoch nicht landesweit homogen, sondern differiert zwischen den einzelnen Modellen bzw. Krankenversicherern. Dabei ist festzuhalten, dass die Instrumente partiell auch im traditionellen Standardmodell der OKP eingesetzt werden, innerhalb der AVM allerdings mit einer höheren Dynamik und Konsequenz.

Es existieren zahlreiche Evaluationsstudien, welche die Effekte der Einführung der AVM als Gesamtkonzept untersuchten. In diesen wird häufig vordergründig auf eine realisierte Kosteneinsparung und -effizienz, aber auch teilweise auf Qualitätsaspekte abgestellt. Studien, die Effekte der einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente innerhalb der AVM, wie z.B. des selektiven Kontrahierens, isoliert untersuchen, existieren hingegen nicht.

Dieses Evidenzdefizit ist damit zu erklären, dass die Effekte der einzelnen Instrumente kaum isoliert darstellbar sind. Dadurch, dass die AVM-Konzepte stets auf einem komplexen Zusammenspiel qualitätswettbewerblicher Instrumente mit weiteren

³¹⁵ vgl. Deom et al. 2010.

³¹⁶ vgl. Willisegger und Blatter 2016a, S. 24.

gesundheitsökonomischen Instrumenten und Faktoren beruhen (z.B. alternative Vergütungsformen und/oder eine besonders ausgeprägte Qualitätshaltung/-orientierung der Leistungserbringer innerhalb der AVM), können beobachtbare Implikationen nur bedingt einem einzelnen Instrument zugeschrieben werden.³¹⁷

So kommt Kauer auf Grundlage eines Langzeitstudiendesigns mithilfe eines Propensity-Score-Matchings zu dem Schluss, dass Versicherte in HMO-Modellen im Vergleich zu Versicherten in traditionellen Standardmodellen mit stärkerer Einzelleistungsvergütung sowohl weniger Kosten verursachen (durch eine geringere Leistungsanspruchnahme) als auch eine geringere Mortalität aufweisen.³¹⁸ Auch zahlreiche weitere Studien³¹⁹ attestieren den AVM unter Berücksichtigung von Risikoselektionseffekten Effizienzvorteile. Dabei weisen HMOs innerhalb der AVM-Ausgestaltungsformen die größten Potenziale auf.

Bzgl. der Qualität in AVM existieren Anhaltspunkte zu jeweils eng abgegrenzten Fragestellungen und Indikationen, dass, auch wenn keine standardisierten QI für einen Vergleich zwischen der obligatorischen Leistungserbringung mit geltendem Vertragszwang und der AVM vorliegen, die Versorgung innerhalb der AVM qualitativ vorteilhafter ist. Huber et al. kommen dabei zu dem Ergebnis, dass Patienten mit Diabeteserkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen in AVM im Vergleich zum Standardmodell eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit einer erkrankungsspezifischen Krankenhauseinweisung haben.³²⁰ Ebenso belegen Chmiel et al. in AVM eine stärker leitliniengemäße Behandlung und damit Prozessqualität.³²¹ Der Fokus der Untersuchungen lag dabei auf der adäquaten Anwendung von Koronarangiographien bei elektiven ischämischen Herzerkrankungen. In einer bereits zeitlich etwas zurückliegenden Studie kommen Stock et al. allerdings zu der Erkenntnis, dass das Hypertonie-Management zwischen einer traditionellen Versorgung und einer Versorgung in AVM sich nicht signifikant voneinander unterscheidet.³²²

Aktivitäten des Bundes

Um den auf eine Kostendämpfung abzielenden Wettbewerb stärker auf Qualitätsaspekte zu lenken, wurde in der Schweiz zum einen im Jahr 2009 eine Qualitätsstrategie erarbeitet, zum anderen vom Bundesrat im Jahr 2013 ein nationales Strategiepapier Gesundheit2020 verabschiedet.³²³ Dieses Strategiepapier, welches die Steigerung

³¹⁷ vgl. Berchtold und Hess, 2006, S. 20; vgl. Blatter und Albin, 2015, S. 23.

³¹⁸ vgl. Kauer, 2017.

³¹⁹ vgl. Lehmann und Zweifel, 2004; vgl. Reich et al. 2012.

³²⁰ vgl. Huber et al. 2016.

³²¹ vgl. Chmiel et al. 2018.

³²² vgl. Stock et al. 1997.

³²³ vgl. BAG 2013.

eines Qualitätswettbewerbs als eines der Ziele formuliert, definierte und priorisierte insgesamt 36 Maßnahmen. Dazu zählten die Weiterentwicklung des RSA sowie der Ausbau der Qualitätstransparenz. Eine Bilanz zur Halbzeit der Umsetzung der Strategie aus dem Jahr 2018 zeigte auf, dass Themen, die einen Qualitätswettbewerb adressieren, in Umsetzung sind.³²⁴ Die Weiterentwicklung des RSA wurde mit der Integration der pharmazeutischen Kostengruppen ab dem Jahr 2020 abgeschlossen. An der Optimierung der Qualitätstransparenz wird noch gearbeitet.

Seit dem Jahr 2015 wurde versucht, ein Additum zum KVG auf Bundesebene zu verabschieden. Dieses sollte die Qualitätsmessung über eine staatliche Qualitätsorganisation und -kommission weiterentwickeln und damit die Instrumente der Qualitätsmessung und -transparenz befördern. Letztlich wurde das Vorhaben im Juni 2019 nach langen Diskussionen über die Zweckmäßigkeit des gewählten Top-Down-Ansatzes verabschiedet.³²⁵

Die in diesem Zusammenhang konstituierte Eidgenössische Qualitätskommission³²⁶ soll Qualitätsprogramme sowie die Entwicklung von QI lancieren und damit bei der Umsetzung der Qualitätsstrategie unterstützend wirken. Zudem wurden die Verbände der Krankenversicherer und Leistungserbringer ab dem Jahr 2021 verpflichtet, gemeinsam gesamtschweizerische Qualitätsverträge abzuschließen. In diesen sollen u.a. die Qualitätsmessungen sowie die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen geregelt werden. Ausgehend von der initialen liberalen ordnungspolitischen Ausgestaltung des Qualitätswettbewerbs in der Schweiz zeigt die Herangehensweise einer staatlich gegründeten Qualitätskommission einen stärker zentralistischen Ansatz, um einen Qualitätswettbewerb weiter zu stärken.³²⁷ Dieser Ansatz wird kontrovers diskutiert.³²⁸

Qualitätsmessung und -transparenz im Kontext des ANQ

Die liberale ordnungspolitische Richtung zeigt sich auch im Bereich der Qualitätsmessung und -transparenz. Im „Schatten des Staates“³²⁹, d.h., die handelnden Akteure in Form der Leistungserbringer, Krankenversicherer und Kantone sollen primär das Vorgehen definieren und vertraglich festlegen, der Staat wird subsidiär

³²⁴ vgl. BAG 2018, S. 5ff.

³²⁵ vgl. Wanner 2019.

³²⁶ Die Besetzung dieser Kommission erfolgt durch vier Personen der Leistungserbringer, zwei Personen der Kantone, zwei Personen der Krankenversicherer, zwei Personen der Versicherten und die Patientenorganisationen sowie fünf Personen aus der Wissenschaft.

³²⁷ vgl. Güntert 2017, S. 678.

³²⁸ vgl. Willisegger und Blatter 2016a, S. 28.

³²⁹ Scharpf 2000, S. 327ff.

unterstützend tätig, hat sich im stationären Sektor der ANQ³³⁰ als Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken gebildet.

Seit der eingeführten Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen ab dem Jahr 2012 verantwortet der ANQ eine verstärkt QI-getriebene Qualitätsmessung und -transparenz im akutstationären Versorgungsbereich. Grundlage dafür stellt ein nationaler Qualitätsvertrag dar, der im Jahr 2011 von den beteiligten Parteien unterzeichnet wurde. Dabei werden alle akutsomatischen Krankenhäuser einbezogen und landesweit einheitliche QI angewendet (s. auch 6.3.1.3). Ein äquivalentes Konstrukt zum ANQ existiert im Bereich der ambulanten Versorgung bislang nicht.

Das Vorgehen des ANQ stellt aufgrund seiner stark konsensorientierten Ausrichtung eine zielführende Grundlage dar, um im akutstationären Versorgungsbereich eine Voraussetzung für einen Qualitätswettbewerb zu schaffen. Dieser adressiert sowohl den Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern (in Form von Verträgen) als auch den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern (in Form von Qualitätsvergleichen).

6.3.1.3 Qualitätsmessung

Artikel 58 und 59a KVG legen in der Schweiz die Grundlage, die Qualität der Leistungserbringung zu messen und zu sichern. Diese Aufgabe wurde ab dem Jahr 1996 überwiegend an die jeweils beteiligten Tarif- bzw. Vertragspartner delegiert.³³¹ Das Vorgehen passt zur beschriebenen liberalen Ausrichtung des KVG.

Im Jahr 2009 folgte die Definition einer staatlich motivierten Qualitätsstrategie.³³² Auch die im Jahr 2019 verabschiedete Einrichtung einer Eidgenössischen Qualitätskommission, die sich als Ziel u.a. die Entwicklung von QI durch Dritte setzt (s. 6.3.1.2), zeugt von einem größeren Einfluss- und Beteiligungswillen staatlicher Stellen.

Akutstationäre Versorgung

Im akutstationären Versorgungsbereich findet eine Qualitätsmessung und anschließende Ergebnisveröffentlichung durch das BAG seit dem Jahr 2009 auf Grundlage von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser statt. Dabei werden insgesamt 13 Krankheitsgruppen mit 55 zugehörigen Krankheitsbildern und Behandlungen aller

³³⁰ Der ANQ wird durch den Verband H+ (Krankenhausverband), santésuisse (Verband der Krankenversicherer), den Eidgenössischen Sozialversicherern, aller Kantone inkl. des Fürstentums Liechtenstein sowie des BAG als Beobachter getragen.

³³¹ vgl. Güntert 2017, S. 675.

³³² vgl. BAG 2009.

akutsomatischen Krankenhäuser der Schweiz berücksichtigt (Swiss Inpatient Quality Indicators, CHI-IQI).³³³ Die einbezogenen Krankheitsgruppen fokussieren hier, ähnlich wie in Deutschland, vordergründig auf operative Verfahren. Insgesamt werden durch die CH-IQI ca. die Hälfte der akutstationären Fälle in Schweizer Krankenhäusern in mindestens einem QI erfasst.³³⁴

Der methodische Ansatz sowie die Auswahl der QI beruht auf der Abbildung der Dimensionen Fallzahl und Mortalität (risikobereinigt bzgl. der Faktoren Geschlecht und Alter) und referenziert dabei auf das Fachkonzept der den deutschsprachigen Raum umfassenden IQM³³⁵. Die Messung ermöglicht der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in die Tätigkeit der Krankenhäuser.

Mögliche Konsequenzen aus der Messung können sog. Peer Reviews darstellen. Dabei tauschen sich Experten der Krankenhäuser zu konkreten Fällen aus und fokussieren dabei auf defizitäre Bereiche.³³⁶ Die Qualitätsmessungen des BAG werden von den Leistungserbringern allerdings bislang als wenig hilfreich eingeschätzt.³³⁷

Daneben existiert ein weiteres Verfahren zur stationären Qualitätsmessung, das durch die Vertragspartner (Leistungserbringer, Krankenversicherungen, Kantone) selbst initiiert wurde. Die zugehörige Plattform bildet dabei der ANQ (s. 6.3.1.2). Auch hier werden alle akutsomatischen Krankenhäuser erfasst. Darüber hinaus führt der ANQ auch Messungen im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation durch.

Gesetzliche Grundlage hierzu ist Artikel 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). In diesem ist festgelegt, dass Leistungserbringer Konzepte und Programme zur Förderung der Qualität erarbeiten und diese vertraglich mit den Krankenversicherern festhalten. Im Jahr 2011 wurde zur Legitimierung der Zusammenarbeit ein nationaler Qualitätsvertrag von den beteiligten Parteien unterzeichnet. In diesem Qualitätsvertrag wurden über den sog. ANQ-Messplan auch die jeweiligen QI definiert. Der Messplan ist dank dieses Vorgehens konsentiert und national anerkannt. Wie beim Verfahren des BAG werden auch hier die Ergebnisse der landesweit einheitlichen Qualitätsmessungen veröffentlicht. Die im Rahmen der ANQ-Messungen derzeit abgedeckten Messbereiche können Tabelle 6 entnommen werden.

³³³ vgl. BAG 2018.

³³⁴ vgl. Peters et al. 2017, S. 86.

³³⁵ Die IQM wurde 2008 gegründet und ist ein träger- und länderübergreifender Verein, in dem sich derzeit rund 500 Krankenhäuser aus Deutschland und der Schweiz für mehr Qualität in der Medizin und Patientensicherheit engagieren. Initial wurde die IQM durch 15 Krankenhausträger gegründet, darunter u.a. die Helios Kliniken GmbH, die Medizinische Hochschule Hannover oder das Universitätsspital Basel.

³³⁶ vgl. Peters et al. 2017, S. 90.

³³⁷ vgl. Willisegger und Blatter 2016b, S. 62.

Tabelle 6: Übersicht über die Qualitätsmessungen des ANQ

Bereich	Instrument / QI
Patientenzufriedenheit	Kurzfragebogen
Postoperative Wundinfektionen	<ul style="list-style-type: none">• Wundinfektionen innerhalb 30 Tagen nach Operation (Eingriffe ohne Implantat)• Wundinfektionen innerhalb 12 Monate nach Operation (Eingriffe mit Implantat)• Messung zwölf unterschiedlicher Eingriffsarten durch Swissnoso³³⁸
Sturz und Dekubitus	Prävalenzmessungen durch die Berner Fachhochschule
Potenziell vermeidbare Reoperationen und Rehospitalisationen	Einsatz des Analysetools SQLape
Implantat-Register SIRIS (Hüft- und Knieprothesen)	Registerdaten

Quelle: Eigene Darstellung, auf Basis von ANQ (2019a) und den indikationsspezifischen Nationalen Vergleichsberichten des ANQ.

Mit der Aufbereitung und Auswertung der erhobenen Daten beauftragt der ANQ unabhängige Organisationen, meist Institute von Universitäten oder Hochschulen. Diese werten die Ergebnisse wissenschaftlich und nach internationalen Standards fundiert aus.

Ziel der ANQ-Messungen ist es, Datengrundlagen mittels wissenschaftlich anerkannter Erhebungsmethoden zu schaffen, die faire indikationsspezifische Vergleiche der Institutionen ermöglichen. Sie sensibilisieren die Institutionen für Qualitätsthemen und dienen den Leistungsträgern als Anhaltspunkte für den Dialog mit den Leistungserbringern.

Der ANQ-Ansatz wird von den Akteuren gesamthaft als zielführend angesehen.³³⁹ Die Versicherten sind kein benannter Zieladressat der Qualitätsmessungen, sondern vielmehr die am ANQ partizipierenden Akteure.

Ambulante Versorgung

Im Bereich der ambulanten Versorgung existiert auf nationaler Ebene kein systematischer Ansatz zur Messung der Qualität. Auch wenn vereinzelt Informationen zur Infrastruktur vorliegen, fehlen Ergebnisdaten.³⁴⁰

³³⁸ Swissnoso ist das Nationale Zentrum für Infektionsprävention.

³³⁹ vgl. Willisegger und Blatter 2016b, S. 62.

³⁴⁰ vgl. Chiolerio und Rodondi 2019; vgl. Blozik et al. 2018.

Zwar gibt es mehrere - meist lokale oder kantonale - Initiativen zur Messung der Qualität der ambulanten Versorgung, doch auf nationaler Ebene existiert keine klar definierte Strategie. Innerhalb der AVM werden Qualitätsmessungen vorgenommen, allerdings sind die Maßnahmen aufgrund der Vertragsfreiheit zum einen sehr heterogen und zum anderen kaum publik. So verwendet bzw. misst die Krankenversicherung SWICA im Kontext ihrer AVM beispielhaft QI bei chronischen erkrankten Versicherten und kann dabei im Zeitverlauf Optimierungen feststellen.³⁴¹ Daneben führt auch die EQUAM-Stiftung mit besonderem Fokus auf Ärztenetze innerhalb der AVM indikatorenbasierte Qualitätsmessungen durch.

Aus wissenschaftlicher Perspektive wurden in den letzten Jahren zwei Ansätze entwickelt, wie die Qualität im ambulanten Bereich über QI gemessen werden könnte. Zum einen im „Swiss Primary Care Monitoring“-Projekt.³⁴² Dieses sieht einen globalen Ansatz zur Messung und Beurteilung der Performance der ambulanten Leistungserbringer anhand 56 definierter QI vor und wäre demzufolge auch bzgl. der Datenqualität sowie entstehenden Kosten eine große Herausforderung.³⁴³ Dieser Ansatz adressiert insbesondere die Systemebene. Zum anderen ein Ansatz, der auf Grundlage bestehender Leitlinien aus Deutschland und einem Konsensprozess mit schweizerischen Experten 24 QI definiert.³⁴⁴ Datengrundlage zur Bildung der QI wären dabei Abrechnungsdaten der Krankenversicherer. QI-Dimensionen des Ansatzes sind die Effizienz der Versorgung, Arzneimittelsicherheit, geriatrische Versorgung, respiratorische Erkrankungen, Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen. Diese QI könnten landesweit eingesetzt werden. Allerdings werden beide Ansätze bislang noch nicht breitflächig angewendet.

6.3.1.4 Qualitätstransparenz / Public Reporting

Bei der Qualitätstransparenz besteht in der Schweiz derzeit noch ein ausgeprägtes Defizit.³⁴⁵ Dieses Defizit geht größtenteils sachlogisch mit der bereits gefolgerten ausbaufähigen Qualitätsmessung einher. Während in der Qualitätsstrategie des Bundes bereits im Jahr 2009 genannt wurde, dass „der Bund [dafür sorgt], dass valide, adäquate, stufen- und zielpublikumsgerechte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen, aufgrund derer die verschiedenen Akteure des Versorgungssystems qualitätsrelevante

³⁴¹ vgl. Frei 2020, S. 7.

³⁴² vgl. Ebert et al. 2017.

³⁴³ vgl. Vincent und Staines 2019, S. 18.

³⁴⁴ vgl. Blozik et al. 2018.

³⁴⁵ vgl. Blenk et al. 2016, S. 18; vgl. von Ahlen et al. 2021, S. 269f.

Sachverhalte erkennen, Entscheidungen treffen und Maßnahmen ergreifen können³⁴⁶, stehen Qualitätsinformationen noch nicht flächendeckend und adressatengerecht zur Verfügung.

Akutstationäre Versorgung

Im akutstationären Sektor veröffentlicht das BAG jährlich die erhobenen, in 6.3.1.3 skizzierten, QI (Fallzahlen, risikoadjustierte Mortalität und Anteilswerte) auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser. Vergleiche zwischen Krankenhäusern sind auf Indikatoren-Ebene möglich. Zudem wird ein ausführlicher jährlicher Bericht mit den jeweiligen Daten der einbezogenen Krankenhäuser veröffentlicht. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der einrichtungsbezogenen Perspektive und weniger auf einem Vergleich.

Die Veröffentlichung der QI des BAG verfolgt zwei Hauptziele: Zum einen eine Diskussion unter Fachpersonen in den Krankenhäusern zu entfachen, welche in der Folge qualitätsverbessernde Maßnahmen einleiten sollen. Zum anderen Transparenz gegenüber den Versicherten über die Arbeit in den Spitälern herzustellen.³⁴⁷ Die Veröffentlichung der Daten erhebt aber explizit nicht den Anspruch eines aggregierten Vergleichs, der ein Ranking der einzelnen Krankenhäuser ermöglicht. Zu den Effekten der Veröffentlichung der Qualitätsdaten des BAG liegen noch keine Daten vor. Es ist festzustellen, dass die Öffentlichkeit die publizierten Daten bislang noch wenig nutzt und selten bei der Wahl eines Krankenhauses hinzuzieht.³⁴⁸

Auch der ANQ veröffentlicht die in 6.3.1.3 erhobenen Daten der Qualitätsmessung. Die Adressaten der ANQ-Messungen sind Krankenhäuser, Kostenträger, Behörden und die Forschung. Über die indikationsspezifischen Resultate kann sich ein Krankenhaus im Markt positionieren. Die veröffentlichten Daten werden von Krankenhäusern und Kantonen für vergleichende Analysen genutzt. Im Kanton Aargau sind z.B. die kantonalen Auswertungen zu den ANQ-Messungen Gegenstand des Regel-Austauschs zwischen Kanton und Krankenhäusern, der zweimal jährlich im Rahmen der Treffen der „Kontaktgruppe Qualität“ stattfindet.³⁴⁹ Die allgemeine Öffentlichkeit steht als Adressat nicht im Fokus.³⁵⁰ Eine beispielhafte Darstellung der indikationsspezifischen Ergebnisveröffentlichung bietet Abbildung 13. Hier ist der Indikator der Patientenzufriedenheit bei Erwachsenen für das Jahr 2018 abgetragen.

³⁴⁶ BAG, 2009, S. 13

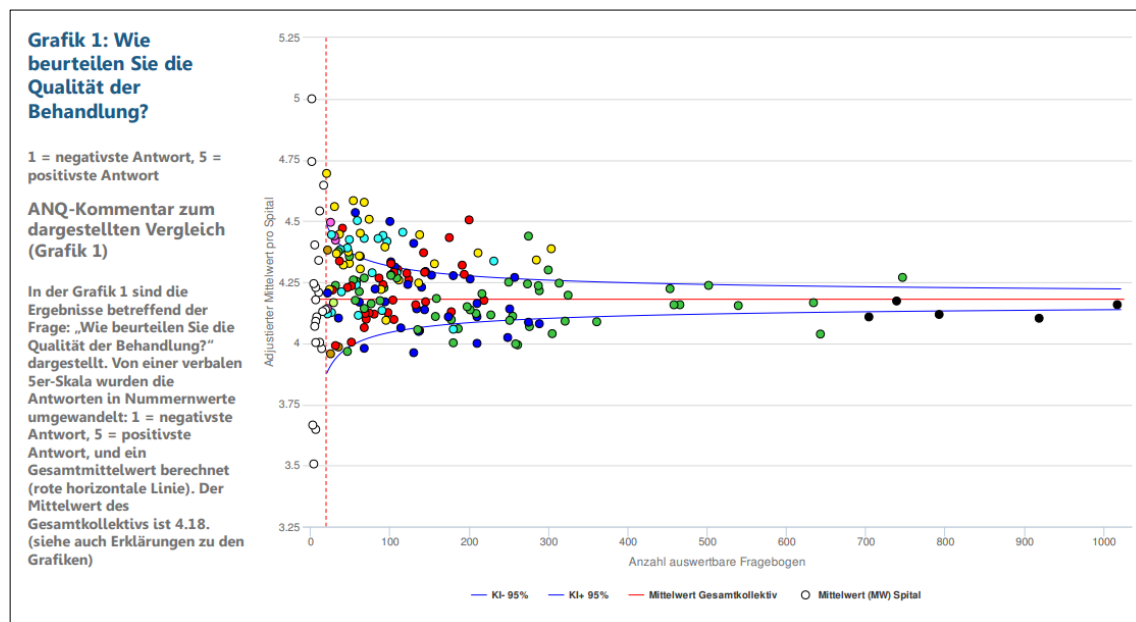
³⁴⁷ vgl. Peters et al. 2017, S. 92.

³⁴⁸ vgl. ebd., S. 92f.

³⁴⁹ vgl. Kanton Aargau o.J..

³⁵⁰ vgl. von Ahlen et al. 2021, S. 267.

Abbildung 13: Patientenzufriedenheit bei Erwachsenen im Jahr 2018 anhand ANQ-Messungen.



Quelle: ANQ (2019b), S. 37.

Während die Publikationen des BAG und des ANQ nur partiell auf Versicherte als Adressaten fokussieren, existieren in der Schweiz mehrere Qualitätsinitiativen, die versuchen, den Versicherten im Krankenhausbereich verständliche Qualitätsinformationen der Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen. Diese Initiativen werden häufig durch Verbände oder Krankenversicherer forciert. Beispielhaft kann hier die Initiative Spitalfinder.ch, die Daten der BAG und des ANQ zusammenträgt, genannt werden. Über den Erfolg bzw. die Wirkung dieser Initiative ist allerdings bislang wenig bekannt.

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich existiert kein nationales Portal oder eine Initiative zur Qualitätstransparenz bzw. PR. Die EQUAM-Stiftung bildet über ein Zertifizierungsverfahren QI ab. Insofern kann eine EQUAM-Zertifizierung auch zu einer Förderung der Qualitätstransparenz und -information für Versicherte beitragen. Allerdings nutzen dieses Portal bislang nur wenige Praxen bzw. Ärzte (ca. 10 % der Hausärzte in 2017), wobei hier ein Fokus auf Ärzte und Ärztenetze festzustellen ist, die innerhalb der AVM tätig sind.³⁵¹

³⁵¹ vgl. EQUAM-Stiftung 2019, S. 6; vgl. Busse et al. 2017b, S. 10ff.

6.3.1.5 Selektives Kontrahieren

Im Rahmen der traditionellen Grundversicherung herrscht in der Schweiz der Kontrahierungszwang für Krankenversicherungen. Ökonomisch formuliert existieren demnach Verbändekartelle. Im ambulanten Bereich ist auf Seiten der Leistungserbringer die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte die zentral verhandelnde Institution mit den Krankenversicherungen, im stationären Bereich die kantonalen Vereinigungen der Krankenhäuser.³⁵² Versicherte besitzen im traditionellen Standardmodell der OKP die Wahlfreiheit, einen der zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.

Über die Reform des KVG im Jahr 1996 wurde der Kontrahierungszwang gelockert. Versicherte können in ein Managed Care-orientiertes AVM optieren.³⁵³ Dies geht mit einer Einschränkung der Wahlfreiheit sowie einer Prämienverbilligung einher. Diese AVM decken dabei den grundversorgenden ambulanten Versorgungsbereich ab. Auf den stationären Versorgungsbereich haben die Modelle keine Auswirkungen. Krankenversicherer können im Rahmen der AVM Vereinbarungen mit ambulanten Leistungserbringern und deren Netzwerke schließen und dabei selektiv kontrahieren.

Die Optionen des selektiven Kontrahierens hängen dabei von den jeweiligen Ausgestaltungsformen innerhalb der AVM ab (s. Exkurs in 6.3.1.2).

Den Versicherten soll über das selektive Kontrahieren eine qualitativ besonders hochwertige Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Dieser Anspruch erwächst aus der These, dass die Leistungserbringung im Rahmen der AVM durchschnittlich qualitativ hochwertiger ist als im traditionellen Standardmodell der OKP.

Die Prämienverbilligungen stellen aus Versichertenperspektive einen entscheidenden Anreiz für die Wahl von AVM dar. Dieser starke Fokus des selektiven Kontrahierens auf einen Preiswettbewerb führt in der Schweiz allerdings zu Selektionseffekten, die überwiegend patientenseitig ausgelöst werden.³⁵⁴

Die Komplexität zu identifizieren, welche Effekte das selektive Kontrahieren innerhalb der AVM auf den Qualitätswettbewerb entfacht, liegt darin begründet, dass die Effekte kaum isoliert darzustellen sind bzw. beobachtbare Implikationen nicht allein dem Instrument des selektiven Kontrahierens zugeschrieben werden können. Die Effekte können ebenso z.B. durch patientenseitige Selektionseffekte, die bei den AVM eingesetzten alternativen Vergütungsformen der Leistungserbringer³⁵⁵ sowie durch eine besonders ausgeprägte Qualitätsorientierung/-haltung von Krankenkassen und/oder

³⁵² vgl. Felder 2018, S. 98.

³⁵³ vgl. Kreier und Zweifel 2010, S. 103f.; vgl. Leu et al. 2009, S. 17.

³⁵⁴ vgl. Lehmann und Zweifel 2004.

³⁵⁵ vgl. Beck 2013b; vgl. Benstetter et al. 2020, S. 57ff.

Leistungserbringern im Rahmen der AVM oder weiterer Managed Care bezogener Instrumente beeinflusst werden.³⁵⁶

Dennoch kann in diesem Kontext auf die bereits in 6.3.1.2 diskutierten positiven Effekte der AVM referenziert werden. Beispielhaft hervorgehoben werden sollen an dieser Stelle die positiven Langzeiteffekte auf Mortalität und Kosten innerhalb der HMO-Modelle.³⁵⁷ Auch die positiven Qualitätseffekte treten innerhalb der HMO-Modelle am deutlichsten auf.

Für eine Beurteilung der Akzeptanz der Versicherten gegenüber dem Instrument des selektiven Kontrahierens gelten größtenteils die gleichen Restriktionen wie bei den Ausführungen zu den Wirkungen und Effekten. Allerdings lässt sich anhand der im Zeitverlauf angestiegenen Anzahl an Versicherten, die für AVM optierten, schließen, dass die Akzeptanz für AVM und damit auch für das selektive Kontrahieren bei Versicherten im Zeitverlauf gewachsen ist (s. Abbildung 12).

Um eine Akzeptanz des selektiven Kontrahierens zu erreichen, wurde in der Schweiz erkannt, dass es wichtig ist, dass die Ausgestaltung des selektiven Kontrahierens sowie dessen Einbettung in den Managed Care-Kontext präferenzorientiert abläuft und die Leistungserbringer aktiv einbezogen werden.³⁵⁸ Ein weiterer, die Akzeptanz positiv beeinflussender Faktor ist zudem, dass sowohl für Krankenversicherer als auch für Versicherte und Leistungserbringer Anreizwirkungen aus dem Angebot bzw. der Teilnahme an AVM entstehen. Krankenversicherer attrahieren Versicherte und die Versicherten profitieren von Prämienverbilligungen.³⁵⁹ Für Leistungserbringer können sich ebenso positive finanzielle Effekte ergeben.

Praxisvertiefung: Selektives Kontrahieren bei CSS³⁶⁰

Die CSS, ein großer schweizerischer Krankenversicherer, der auch verschiedene AVM-Versicherungsprodukte anbietet, kontrahiert in seinem Hausarztmodell mit allen Hausärzten, die sich in Ärztenetzen oder ähnlichen Verbänden organisiert haben. Dies sind ca. 70-85% der Hausärzte in der Schweiz. Diese Organisationsform stellt die Grundvoraussetzung dar, damit CSS mit Hausärzten selektiv kontrahieren kann. Daher kann zunächst gefolgert werden, dass die

³⁵⁶ vgl. Berchtold und Hess 2006, S. 20; vgl. Blatter und Albin 2015, S. 23.

³⁵⁷ vgl. Kauer 2017.

³⁵⁸ vgl. Rischatsch und Zweifel 2013, S. 610f.

³⁵⁹ vgl. Lehmann und Zweifel 2004.

³⁶⁰ Inhaltliche Grundlage des Praxisbeispiels stellt ein am 19.08.2019 geführtes Telefoninterview dar. Der interviewte Experte der Versicherung CSS war Herr Maximilian Kuhn (Ressortleiter integrierte Versorgung & Spezialverträge).

Organisationsform der Ärzte ein entscheidendes Kriterium darstellt, um einen selektiven Versorgungsvertrag mit einer Krankenversicherung innerhalb der AVM erhalten zu können.

Zudem spielt im Prozess des selektiven Kontrahierens auch die jeweils regionale Versorgungssituation eine Rolle. Beispielsweise müssen in ländlich geprägten Regionen verstärkt Anstrengungen unternommen werden, die Versorgung aufrecht zu erhalten. Dabei kann das Ziel einer wohnortnahen und gleichzeitig qualitativ hochstehenden Versorgung nicht immer konfliktfrei realisierbar sein.

Außerdem ist dem befragten Krankenversicherer eine wertschätzende Kultur der Zusammenarbeit gegenüber den ambulanten Ärzten sehr wichtig. Auch aus diesem Grund wird eine Entscheidung, die z.B. eine Aufkündigung eines Versorgungsvertrags mit einem Ärztenetz aus Qualitätsgründen, stets eingehend im Einzelfall beurteilt und wird auch im Sinne einer Versorgungskonstanz gegenüber den Versicherten möglichst vermieden.

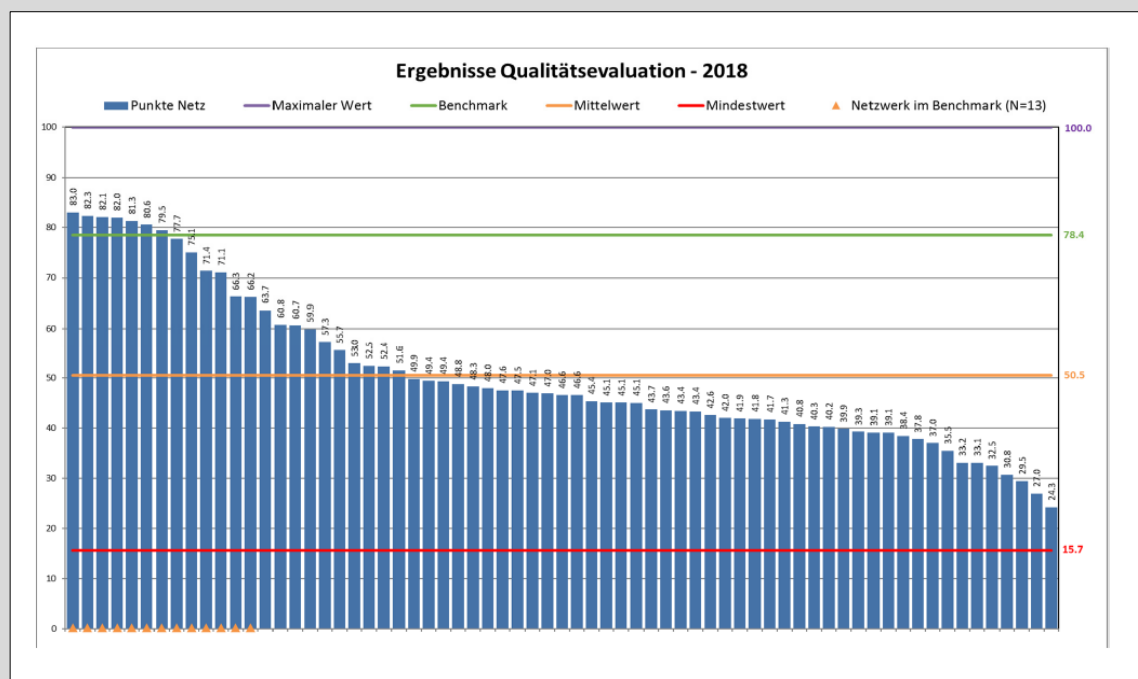
Der interviewte Krankenversicherer führt jährlich eine Befragung der kontrahierten Ärztenetze und –verbände durch. Dabei werden in Form von Selbstbekundungen insgesamt ca. 120 Angaben und Daten zu Qualitäts- (insbesondere zur Struktur- und Prozessqualität) sowie Effizienzparametern abgefragt. Analyseebene sind die einzelnen Entitäten, demnach die Ärztenetze und –verbände, nicht die einzelnen Ärzte auf Individualebene.

Die jährlichen Befragungen umfassten im Jahr 2018 folgende Kategorien:

- Qualitätssicherung
- Qualitätszirkel
- Behandlungsmanagement
- Organisation
- Controlling
- Leistungskontrolle
- Koordinationen
- Projekte
- Leistungszahlen
- Administration/Zusammenarbeit.

Abbildung 14 stellt die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2018 dar. Dabei sind 67 Ärztenetze als Entitäten gelistet, welche den Fragebogen beantwortet haben. Dies entspricht nach Angaben von CSS einer Rücklaufquote von 100%. Diese werden durch den Krankenversicherer in einem Ranking ausgewiesen und anschließend werden der Mittelwert, ein Benchmark (beste 20%) sowie ein Mindestwert (20% des Benchmarks) berechnet. Während der Benchmark der dargestellten Befragung im Jahr 2018 bei 78,4 Punkten (bei möglichen 100 Punkten) lag, betrug dieser bei der Befragung im Jahr 2017 noch 80,5 Punkte. Unterhalb des Mindestwerts lag im Jahr 2018 keines der kontrahierten Ärztenetze.

Abbildung 14: Ergebnisse der Qualitätsevaluation 2018



Quelle: CSS.

Die Ergebnisse der Befragung dienen bislang zu internen Analysezwecken des Krankenversicherers. Dabei hält sich CSS die Option offen, einzelnen Entitäten den Versorgungsvertrag aufzukündigen, wenn relevante Qualitätskennzahlen konstant unterhalb der Erwartungen bzw. unterhalb der jeweiligen Vergleichsgruppe liegen. Diese Praxis findet aber laut Auskunft nur sehr selten statt.

Durch die Tatsache, dass die Ergebnisse der Qualitätsbefragungen (noch) nicht den kontrahierten Ärzten oder den Versicherten gegenüber veröffentlicht werden, ist festzustellen, dass bislang unter den Leistungserbringern trotz der Rahmenbedingungen innerhalb der AVM und der durchgeführten Datenerhebungen zu Qualitäts- und Effizienzparametern nur ein limitierter Qualitätswettbewerb stattfinden kann, da die dafür nötige Qualitätstransparenz fehlt.

Dazu kommt, dass die Qualitätsbefragungen bislang auf Selbstangaben basieren und daher keine unabhängige Datenbasis einbeziehen. Zudem basieren die Qualitätserhebungen bislang vordergründig auf Daten zur Struktur- und Prozessqualität, weniger auf Ergebnisindikatoren.

Allerdings stellt der interviewte Krankenversicherer Überlegungen an, in Zukunft auch Versicherte über die Ergebnisse der Qualitätsbefragung bzw. die Qualität der Leistungserbringer zu informieren. Dieses Vorhaben soll dem durch die zunehmende Digitalisierung immer stärker eingeforderten Wunsch nach Transparenz Rechnung tragen und gleichzeitig den Versicherten befähigen, eine informierte Entscheidung treffen zu können. Laut Angaben von CSS sind die derzeit erhobenen Daten aber nur bedingt geeignet, um die Ergebnisse gegenüber den Versicherten zu veröffentlichen. Dies hängt mit der hohen Komplexität sowie dem benötigten Fachwissen zusammen, das derzeit benötigt wird, um die Kennzahlen richtig einordnen zu können.

Ob das selektive Kontrahieren als Instrument für einen Qualitätswettbewerb isoliert einen Beitrag leistet, dass die Qualität der Behandlung innerhalb der AVM überdurchschnittlich ist, konnte durch den Interviewpartner weder be- noch entkräftet werden. Vielmehr stellen der hohe Organisationsgrad der Ärzte sowie z.B. Qualitätszirkel innerhalb der Ärztenetze entscheidende Faktoren dar. Bzgl. der ausgeprägten Akzeptanz des selektiven Kontrahierens und der AVM in der Schweiz schilderte der interviewte Experte, dass v.a. der mit dem Abschluss eines AVM-Produkts einhergehende signifikante Prämienrabatt als Hauptmotivator gelten darf.

6.3.1.6 P4P

In der Schweiz lassen sich P4P-Ansätze identifizieren, die von Stakeholdern pilothaft getestet werden bzw. wurden. Diese werden bislang erst in limitiertem Umfang und spezifischen Versorgungskontexten angewendet.

Zum einen werden P4P-Ansätze im ambulanten Versorgungsbereich innerhalb der AVM, dort insbesondere bei Ärztenetzen, eingesetzt. Dabei ergänzen Qualitätsboni die Vergütungssystematik aus Einzelleistungsvergütung und ggf. Effizienzbonus.³⁶¹

Bei besonders hoher Qualität der Leistungserbringung können dabei Bonuszahlungen durch die ambulanten Leistungserbringer erreicht werden, einen Malus bei schwacher Qualität gibt es bei diesem Konstrukt hingegen nur sehr selten.³⁶² Daraus ergeben sich Anreize im Sinne eines Qualitätswettbewerbs, allerdings fallen diese durch die nur einseitige Wirkungsweise gering aus.

Wie Beck beschreibt, wird die den Boni zugrunde liegende Qualität anhand von Fragebögen erfasst. Der in diesen Fragebögen erreichte Punktwert entscheidet dann über die Höhe des Qualitätsbonus.³⁶³ Die Fragebögen basieren auf Selbstangaben der Ärztenetze, die durch vereinzelte Audits validiert werden. Der Fokus der Fragebögen liegt weniger auf der Ergebnisqualität, sondern auf der Struktur- und Prozessqualität. So werden z.B. Fragen zur Organisation und dem Wissenstransfer innerhalb des Ärztenetzes gestellt.

Zum anderen untersuchen derzeit Meier et al. im schweizerischen Kontext, ob finanzielle Anreize in Form von P4P-Modellen im ambulanten Bereich die Qualität der Versorgung von Diabetespatienten verbessern können. Hierzu liegen allerdings zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Ergebnisse der randomisierten Studie vor.³⁶⁴

³⁶¹ vgl. Beck 2013b, S. 32; vgl. Benstetter et al. 2020, S. 67ff.

³⁶² vgl. Beck 2013a, S. 248.

³⁶³ vgl. Beck 2013b, S. 32.

³⁶⁴ vgl. Meier et al. 2018; vgl. Meier et al. 2020, S. 2.

6.3.1.7 Bewertung und Lessons learned

Die Schweiz verfügt über ein an den Prinzipien des Managed Competition orientiertes Gesundheitssystem. Ein entscheidender Impuls zu einem diesem Konzept immanenten regulierten Wettbewerb ging von der Reform des KVG im Jahr 1996 aus. Aus ordnungspolitischer Perspektive gibt das KVG einen liberalen Rahmen vor, der den handelnden Akteuren große Freiräume bietet.

Insbesondere die Schaffung der AVM im ambulanten Bereich, welche als „Versuchslabor im Umgang von Widerständen im Umgang mit Qualitätsaspekten“³⁶⁵ bezeichnet werden, sind hierbei hervorzuheben. Innerhalb dieser AVM kommen die im Fokus dieser Arbeit stehenden qualitätswettbewerblichen Instrumente verstärkt zur Anwendung. Dies wird v.a. durch die im Setting der AVM geltende Vertragsfreiheit motiviert.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der über die Revision des KVG ordnungspolitisch intendierte Wettbewerb vordergründig auf einen Preiswettbewerb zielt, und weniger auf einen Qualitätswettbewerb. Letzterer basiert maßgeblich auf der Eigeninitiative der handelnden Akteure innerhalb der Vertragsfreiheit der AVM.

Insofern fehlt es in der Schweiz, auch wenn das Gesundheitssystem wettbewerblich angelegt ist, an einem systematischen ordnungspolitischen Rahmen für einen Qualitätswettbewerb. Als Antwort auf dieses Defizit wurden in den letzten Jahren verstärkt politische und gesetzgeberische Initiativen ergriffen, um Grundlagen für einen systematischen Qualitätswettbewerb zu legen. Dazu zählen das Aufstellen einer Qualitätsstrategie im Jahr 2009, das Programm Gesundheit2020 sowie die Einrichtung einer Qualitätskommission.

Zu beobachten ist in der Schweiz zudem derzeit, dass Fragen zur Qualitätsmessung und -transparenz und deren Realisierung stärker einer zentralen Lösung zugeführt werden. Das Finden dezentraler Lösungen durch wettbewerbliche Suchprozesse, wie es die liberale Ausrichtung der Revision des KVG z.B. bzgl. der AVM initial vorsah, wird stellenweise nicht mehr als primäre Lösungsoption angesehen.

Dass die in der Anwendung befindlichen qualitätswettbewerblichen Instrumente bislang noch kaum einen Qualitätswettbewerb induzieren, hängt neben der beschriebenen Fokussierung der Preisdimension mit der noch nicht ausreichend durchgeführten Qualitätsmessung bzw. vorliegenden Qualitätsdaten zusammen. Das führt dazu, dass (ambulante) Leistungserbringer wenig Anreiz verspüren, untereinander um Versorgungsverträge der Krankenversicherer zu konkurrieren und Versicherten kaum

³⁶⁵ Willisegger und Blatter 2016a, S. 27.

Möglichkeiten geboten sind, eine auf Qualitätsinformationen basierende informierte Wahl über den ambulanten Leistungserbringer zu treffen.

Während im akutstationären Versorgungsbereich dazu schon erste Initiativen etabliert werden konnten, ist dies im ambulanten Bereich bislang nicht der Fall. Folglich werden die weiteren Instrumente für einen Qualitätswettbewerb vordergründig im Sinne eines Preiswettbewerbs mit dem Ziel von Kosteneinsparungen eingesetzt (z.B. das selektive Kontrahieren im Rahmen der AVM). Allerdings gibt es evidente Hinweise, dass gerade die AVM trotz vorhandener Selektionseffekte in ausgewählten Versorgungskonstellationen im Vergleich zum traditionellen Standardmodell qualitativ vorteilhaft sind.

Der ordnungspolitische Ansatz in der Schweiz, über die AVM einen grundversorgenden Bereich zu schaffen, in dem durch die Vertragsfreiheit und dem damit aufgehobenen Kontrahierungszwang Anreize zu wettbewerblichen Suchprozessen gesetzt werden, stellt eine Option dar, einen Qualitätswettbewerb in einem definierten Versorgungsbereich zu induzieren. Dafür müsste der befähigende Rahmen aber derart gestaltet sein, dass qualitätswettbewerbliche Instrumente ihre Wirkung zielführend entfalten können und zugleich Selektionseffekte möglichst vermieden werden.

6.3.2 Niederlande

6.3.2.1 Grundlegende Charakteristika des Gesundheitssystems

Zum 01.01.2006 ist in den Niederlanden eine marktorientierte Gesundheitsreform (Health Insurance Act (HIA)) in Kraft getreten. Dabei wurde die Idee des regulierten Wettbewerbs (s. 4.4.1) gestärkt. Grundlage der Reform stellte der sog. Dekker-Plan dar.³⁶⁶ Die detaillierte Intention des Dekker-Plans wird in 6.3.2.2 beschrieben.

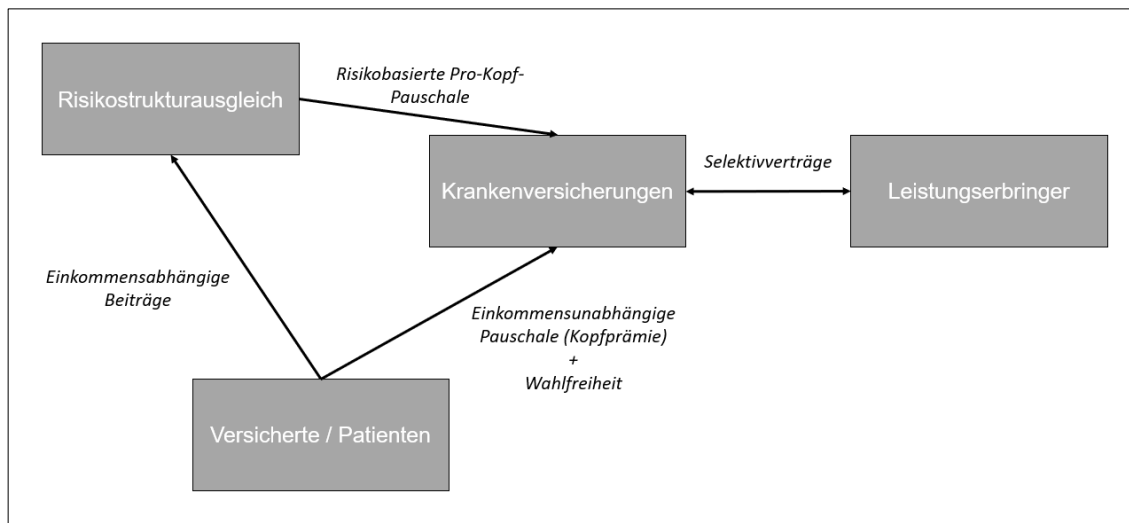
Seit Inkrafttreten der Reform besteht für alle Einwohner eine Versicherungspflicht. Dabei haben die Versicherten ein Wahlrecht zwischen den jeweils privat organisierten Krankenversicherungen. Diese dürfen keinen Antragssteller ablehnen und bieten einen gesetzlich definierten einheitlichen Leistungskatalog an.³⁶⁷

³⁶⁶ vgl. Schut und van de Ven 2005.

³⁶⁷ Der Inhalt des Basiskatalogs wird von der niederländischen Regierung festgelegt und kann sich jährlich ändern. Der Basiskatalog umfasst in den Niederlanden die haus- und fachärztliche Versorgung sowie die zahnärztliche Versorgung bis zum Alter von 18 Jahren. Zudem sind Leistungen im Bereich der Schwangerschaft und Geburt sowie die Krankenhausversorgung abgesichert. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, Hilfsmittel sowie die ambulante Pflege sind ebenfalls im Basiskatalog enthalten. Die ambulante und stationäre psychische Versorgung wird von der Krankenversicherung finanziert, die Pflegeversicherung übernimmt alle stationären Fälle, die eine Behandlungsdauer von 3 Jahren überschreiten. Physiotherapie für Kinder und Chroniker, Logopädie, Ergotherapie, Sucht- und Ernährungsberatung sind in begrenztem Umfang im Basiskatalog enthalten. Ausgeschlossen vom Leistungskatalog sind Sehhilfen, die zahnärztliche

Die Finanzierung der Krankenversicherungsprämien erfolgt zu einer Hälfte über Kopfpauschalen, die unabhängig von Alter, Einkommen und Krankheitsrisiko sind, aber je nach Krankenkasse variieren können. Die andere Hälfte errechnet sich auf einkommensabhängiger Basis und wird vom Arbeitgeber in einen RSA weitergeleitet. Dazu kommen Zuschüsse aus Steuermitteln, v.a. zur Finanzierung der Versicherungsprämien von Kindern sowie Unterstützungsleistungen für Versicherte unterhalb einer definierten Einkommensschwelle (s. Abbildung 15).³⁶⁸

Abbildung 15: Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden



Quelle: Eigene Darstellung, auf Basis von Ahrens (2013), S. 388.

Daneben besteht die Möglichkeit einer supplementären Privatversicherung. Diese deckt Leistungen ab, die nicht im obligatorischen Leistungskatalog enthalten sind (z.B. alternative Heilmethoden).³⁶⁹ Ebenso besteht in den Niederlanden ein verpflichtender privater (out-of-pocket) Selbstbehalt. Dieser betrug im Jahr 2019 385 € pro Jahr.³⁷⁰

Grundsätzlich existieren für Versicherte drei unterschiedliche Varianten an Krankenversicherungstarifen. Die Unterschiede spiegeln sich neben der Prämienhöhe insbesondere in der Art des Zugangs zu Leistungserbringern sowie bei Abrechnungs- bzw. Erstattungsprozessen wider.

Die sog. „Natura“-Verträge basieren auf dem Sachleistungsprinzip, d.h., der Leistungserbringer rechnet gegenüber der Krankenkasse ab. Der Versicherte kann Leistungserbringer in Anspruch nehmen, mit denen der Krankenversicherer einen

Behandlung für Erwachsene, Physiotherapie für erwachsene Nicht-Chroniker sowie Logopädie und Ergotherapie über den begrenzten Umfang des Basiskatalogs hinaus. Zudem sind bestimmte Medikamente, alternative Medizin und Homöopathie von der Erstattung ausgeschlossen (Stand: Dezember 2020).

³⁶⁸ vgl. Schölkopf und Pressel 2017, S. 81ff.; vgl. Schut und Varkevisser 2017.

³⁶⁹ vgl. Croes et al. 2018b, S. 3.

³⁷⁰ Allerdings sind beispielhaft bestimmte Leistungen beim Hausarzt, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen, integrierte Versorgung und ambulante Pflege von der Pflicht zum Selbstbehalt ausgenommen. Der Selbstbehalt kann vom Versicherten freiwillig erhöht werden.

Vertrag geschlossen hat. Bei Inanspruchnahme eines nicht-kontrahierten Leistungserbringers fallen für den Versicherten private Zuzahlungen an. 75% bis 90% der Kosten werden allerdings auch dann durch die Krankenkasse übernommen.³⁷¹

In den Bereich der „Natura“-Verträge bzw. -Tarife fallen die über die HIA entstandenen Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens (s. 6.3.2.5). Bei „Natura“-Verträgen mit selektivem Kontrahieren ist die Wahlfreiheit des Leistungserbringers für den Versicherten durch die Krankenkasse eingeschränkt. Dies bedeutet, Versicherungsnehmer können nur einen Teil der Leistungserbringer im Sachleistungsprinzip in Anspruch nehmen. Außerdem übernehmen Krankenversicherungen bei Versicherten in „Natura“-Versicherungsprodukten mit selektivem Kontrahieren nur 65% bis 80% der Kosten bei Inanspruchnahme nicht kontrahierter Leistungserbringer.³⁷² „Natura“-Verträge mit selektivem Kontrahieren können daher als Variante von „Natura“-Verträgen verstanden werden.

Bei „Restitutie“-Verträgen bezahlt der Versicherte die entstandenen Leistungskosten zunächst selbst und bekommt diese dann von seiner Krankenversicherung wieder rückerstattet. Die Erstattungshöhe richtet sich entweder nach marktüblichen Raten oder aber, sofern vorhanden, nach staatlich festgesetzten Preisen. Sofern der reale Preis oberhalb dieser beiden Richtgrößen liegt, ist die Differenz vom Versicherten privat zu tragen.

Bzgl. der Prämienhöhe sind „Natura“-Verträge mit selektivem Kontrahieren am preisgünstigsten, gefolgt von „Natura“-Verträge ohne selektives Kontrahieren. Am teuersten sind „Restitutie“-Verträge. Daneben existieren ergänzend auch sog. „Combinatie“-Verträge. Diese stellen einen Mix aus den beiden bereits beschriebenen grundsätzlichen Erstattungsvarianten dar.³⁷³

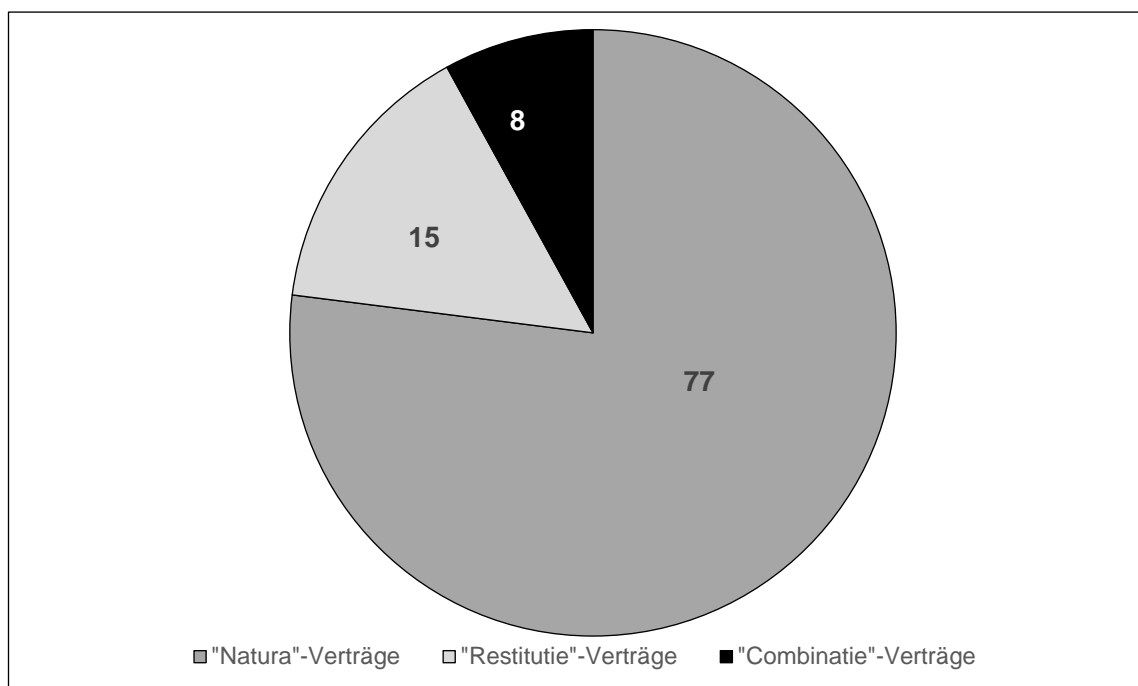
In der Praxis hat sich der Großteil der Niederländer in „Natura“-Verträge eingeschrieben, gefolgt von den Restitutie-Verträgen mit Kostenerstattung. Nur eine Minderheit hat sich für die Combinatie-Verträge entschieden (s. Abbildung 16).

³⁷¹ vgl. NZa 2019, S. 23.

³⁷² vgl. ebd.

³⁷³ vgl. Kroneman et al. 2016, S. 88; vgl. Arentz 2018, S. 10f.

Abbildung 16: Versicherte nach Krankenversicherungstarif in den Niederlanden im Jahr 2020 (in %)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Vektis (2021).

Die Niederländer haben zudem die Wahl, Individualtarife abzuschließen, oder diese Entscheidung zu delegieren, indem sie sich in einen Gruppenversicherungstarif einschreiben. In letzteren Fall übernimmt der Arbeitgeber, eine Gewerkschaft oder eine andere juristische Person die Auswahl des Krankenversicherers. Krankenversicherungen dürfen Gruppenversicherungen mit Prämienrabatten anbieten. Im Jahr 2020 waren ca. 62% der Niederländer über einen Gruppentarif versichert.³⁷⁴

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP betrug in den Niederlanden im Jahr 2019 10,0%. Dieser Wert liegt zwar klar über dem OECD-Durchschnitt, allerdings unterhalb der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben, wie z.B. den USA oder der Schweiz (s. Tabelle 2).

Die Organisation der Versorgung fußt im ambulanten Bereich auf der starken Rolle des Hausarztes als Gatekeeper. Jeder Versicherte muss sich obligatorisch bei einem Hausarzt registrieren, den er bei einem medizinischen Behandlungsbedarf (außer im Notfall) zuerst konsultiert. Dabei erfolgt die Vergütung sowohl über Capitation-Ansätze als auch Einzelleistungsvergütungselemente, ergänzt um P4P-Aspekte und indikationsspezifische Bezahlungsmodelle, z.B. für die Diabetesversorgung.³⁷⁵ Die Krankenhäuser bieten neben der stationären Versorgung auch fachärztliche ambulante Leistungen an. Die Vergütung im stationären Bereich orientiert sich an einer DRG-

³⁷⁴ vgl. Vektis 2021, S. 15.

³⁷⁵ vgl. Kroneman et al. 2016, S. 99ff.

ähnlichen Fallpauschale, den sog. DBC (diagnosis treatment combination). Ein Großteil der DBC ist preislich nicht reguliert und daher frei zwischen Krankenhaus und Krankenversicherungen verhandelbar.

Bzgl. der Qualität rangieren die Niederlande im HAQ-Index auf den vordersten Plätzen (Platz 3; Deutschland auf Platz 18).³⁷⁶ Auch in den ausgewählten, in 5.2 dargestellten QI, weist die Niederlande in allen aufgeführten Bereichen bessere Qualitätswerte als Deutschland auf.

6.3.2.2 Ordnungspolitische Einbettung des Qualitätswettbewerbs

Treiber der HIA-Reform im Jahr 2006 waren langjährige gesundheitspolitische Diskussionen, wie das niederländische Gesundheitssystem stärker marktorientiert ausgestaltet werden könnte. Kern der Diskussionen war der Dekker-Plan, der fünf Voraussetzungen beinhaltet, die für eine Umsetzung relevant waren.

Eben jene Forderungen flossen auch maßgeblich in die konkreten Inhalte der HIA-Reform ein. Die fünf Voraussetzungen umrissen dabei einen Rahmen, in dem Versicherte, Krankenversicherer und Leistungserbringer wettbewerbliche Anreize erhalten sollten:³⁷⁷

- 1) Installierung eines adäquaten RSA zur Verhinderung von Risikoselektion,
- 2) Adäquate Produkt- und Preisdefinitionen zur Schaffung von Anreizen für ein effizientes Handeln von Leistungserbringern,
- 3) Adäquates System zur Qualitätsmessung. Daran anschließend soll selektives Kontrahieren ermöglicht und dadurch verhindert werden, dass der Wettbewerb sich isoliert auf die Preiskomponente fokussiert,
- 4) Adäquates System zur Information der Versicherten zu Preisen und Qualität der Versicherungs- und Versorgungsangebote als Grundlage für eine informierte Wahl der Versicherten,
- 5) Adäquate staatliche Steuerung des Gesundheitssystems unter Schaffung einer effektiven Wettbewerbspolitik.

Aus diesen Voraussetzungen lassen sich Inhalte extrahieren, die auch beim Einsatz bzw. der Stärkung eines Qualitätswettbewerbs von hoher Relevanz sind. Insbesondere sind dies die Voraussetzungen 3) - 5).

Vorrangige Ziele der HIA-Reform waren, sowohl Solidarität zu gewährleisten als auch durch Wettbewerbselemente die (Kosten-)Effizienz und Qualität der

³⁷⁶ vgl. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018, S. 2243.

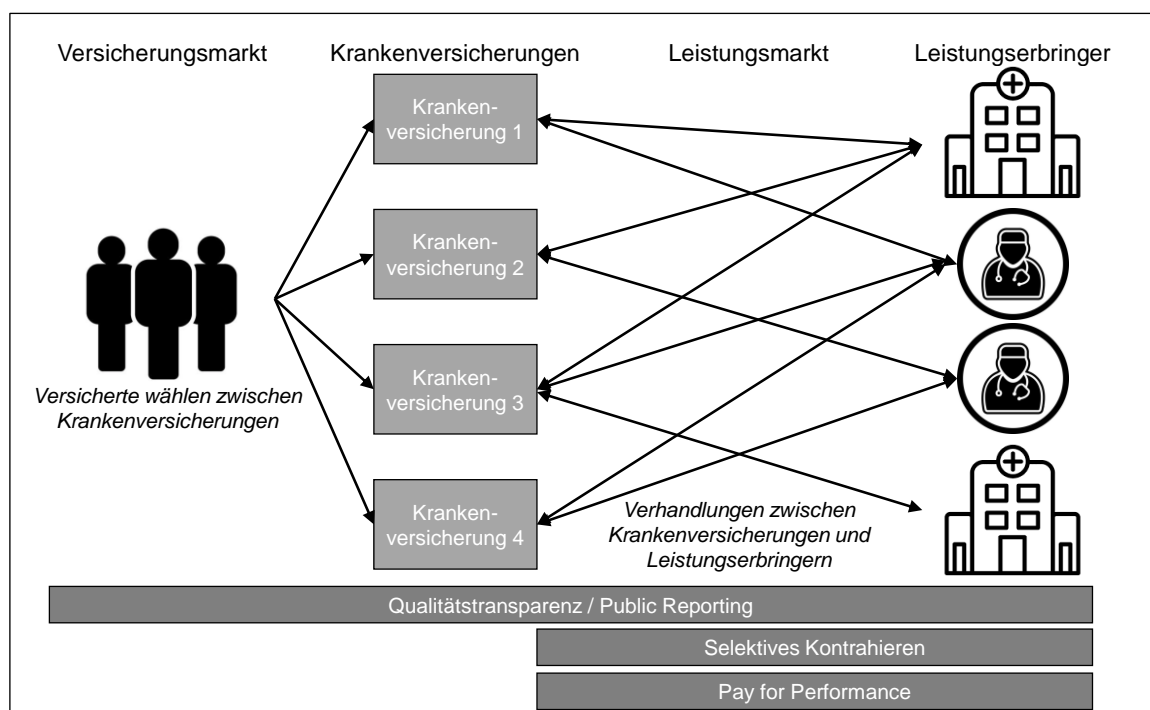
³⁷⁷ vgl. Schut und van de Ven 2005.

Leistungserbringung zu erhöhen.³⁷⁸ Insofern setzte die HIA-Reform ordnungspolitisch sowohl auf einen Preis- als auch einen Qualitätswettbewerb, wobei hierbei eine Verschränkung erreicht werden sollte.

Alle Bürger sollten zu gleichen Bedingungen versichert und der langfristige Zugang aller Versicherten zur Gesundheitsversorgung unabhängig vom Einkommen gesichert sein. Das Wahlrecht der Versicherten zwischen Versicherungen bei gleichzeitig größerer Vertragsfreiheit der Versicherer in der Versorgung sollte den Krankenkassen und Leistungserbringern Anreize geben, eine hochwertige Versorgung anzubieten. Außerdem sollte durch den marktorientierten Ansatz der Einfluss des Staates geschmälert werden.³⁷⁹

Kern des niederländischen Wettbewerbsmodells ist der Wettbewerb zwischen Krankenversicherern. Versicherte sollen über die freie Wahl des Versicherungsanbieters die Krankenversicherer dazu motivieren, möglichst wettbewerbsfähige Produkte anzubieten. Um dies zu ermöglichen, wird auf dem Leistungsmarkt ein Wettbewerbsdruck auf die Leistungserbringer ausgeübt, der maßgeblich über Möglichkeiten der selektiven Vertragsgestaltung induziert wird und die Leistungserbringer zu einer effizienten und qualitativ hochstehenden Leistungserbringung bringen soll (s. Abbildung 17).

Abbildung 17: Der Wettbewerbsrahmen in den Niederlanden



Quelle: Eigene Darstellung, auf Basis von Croes et al. (2018b), S. 5.

³⁷⁸ vgl. van de Ven und Schut 2008, S. 377ff.; vgl. Croes et al. 2018b, S. 1ff.

³⁷⁹ vgl. Arentz 2018, S. 6f.

Um die Umsetzung der HIA-Reform staatlich zu begleiten, auch wenn der Wettbewerbscharakter auf dezentrale Lösungen fokussiert, wurden nachgelagerte staatliche Institutionen beauftragt. Die Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wurde 2006 als autonome Verwaltungseinheit gegründet, um die Leistungsqualität durch ein Monitoring zu fördern. Daneben überwacht die Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGZ) die Qualität, Sicherheit und den Zugang der Gesundheitsversorgung im Sinne einer Aufsicht. Zuletzt sei das Zoorginstituut genannt. Dieses wurde 2014 gegründet und spielt eine relevante Rolle im Kontext eines Qualitätswettbewerbs, da es sich zur Aufgabe gesetzt hat, die Versorgungsqualität durch Initiativen zu einer erhöhten Qualitätstransparenz zu steigern.³⁸⁰

Ein zentrales Instrument, über das auf dem Leistungsmarkt ein Qualitätswettbewerb gestaltet werden soll, stellen die weitgehenden Möglichkeiten selektiver Vertragsschlüsse zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern dar. Aufgrund des Versorgungssettings im ambulanten Sektor, welches durch die starke Rolle der Hausärzte mit der zugehörigen Gatekeeper-Funktion und der dadurch hohen Vertrauensbasis zwischen Patienten und Hausarzt geprägt ist³⁸¹, fokussiert das selektive Kontrahieren auf den akutstationären Bereich. Dabei wurden die Möglichkeiten der Vertragsfreiheit sukzessive erhöht. Daneben wurde staatlich aber zugleich auch ein Preiswettbewerb im stationären Bereich forciert. Mittlerweile sind die Preise der Fallpauschalen zu einem großen Anteil verhandelbar und nicht regulatorisch festgelegt^{382, 383}.

Auch P4P wird als Instrument in den Niederlanden genutzt, um einen Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt zu induzieren. Auch wenn diese Ansätze entweder erst seit wenigen Jahren implementiert sind,³⁸⁴ oder Pilotcharakter besitzen und daher nicht verpflichtend sind³⁸⁵, war der HIA für diese Initiativen indirekt ein wichtiger Treiber.

Um die beschriebenen Instrumente des selektiven Kontrahierens und des P4P auf dem Leistungsmarkt zu befähigen, wurde im Rahmen des HIA insbesondere ein Fokus auf die Qualitätstransparenz gelegt. Verschiedene Initiativen sollten dazu beitragen, dass sowohl Versicherte als auch Krankenversicherer informierte Entscheidungen bei der

³⁸⁰ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 39f.; vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 126.

³⁸¹ Exemplarisches Indiz hierfür: Über 60% der Versicherten sind seit mehr als zehn Jahren beim gleichen Hausarzt eingeschrieben (vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 127).

³⁸² Mittlerweile sind ca. 70% der definierten DBC verhandelbar. Die übrigen 30% werden preislich reguliert, da diese entweder nicht planbar sind (Notfälle) oder aber aufgrund der Komplexität der Leistungen nur wenige Leistungserbringer existieren (z.B. Transplantationen).

³⁸³ vgl. Croes et al. 2018a.

³⁸⁴ Im hausärztlichen Versorgungsbereich: vgl. Kirschner et al. 2013; vgl. de Bakker et al. 2012.

³⁸⁵ Einzelne Initiativen mit Value-Based-Payments in der akutstationären Versorgung: vgl. Okunade et al. 2017.

Wahl eines medizinischen Leistungserbringers bzw. der Auswahl eben solcher im Kontext des selektiven Kontrahierens treffen können.³⁸⁶ In diesem Bereich ist eine Koexistenz zwischen staatlichen und aktorsgetriebenen Initiativen zu beobachten.

6.3.2.3 Qualitätsmessung

Über die in 6.3.2.2 beschriebenen Institutionen wird die Qualitätsmessung in den Niederlanden v.a. im akutstationären Bereich stark zentral gesteuert. Daneben existieren aber auch Initiativen von Leistungserbringern und Kostenträgern sowie weiterer, auch privater, Anbieter. Insofern spiegelt sich im Bereich der Qualitätsmessung die Idee des Managed Competition exemplarisch wider.

Die staatlichen und nicht-staatlichen Initiativen ergänzen sich dabei in Teilen. Im akutstationären Versorgungsbereich ist die Entwicklung schon etablierter als es im ambulanten Bereich der Fall ist. Dieses Phänomen lässt sich länderübergreifend (s. auch Deutschland und Schweiz) feststellen und wirkt in den Niederlanden auch auf das Instrument der Qualitätstransparenz bzw. das PR durch (s. 6.3.2.4).

Akutstationäre Versorgung

In seiner Aufsichtsrolle überwacht das IGZ die Qualität der akutstationären Leistungserbringer. Alle Krankenhäuser müssen jährlich verpflichtend Datensätze zur Darstellung definierter QI an das NZa liefern. Diese QI bilden Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab. Ebenso werden auch PROMs erfasst. Beispielhaft können QI in den Bereichen der Chirurgie genannt werden. Im Jahr 2017 wurden dabei insgesamt 42 Indikationsbereiche berücksichtigt, darunter kardiologische Eingriffe, Geburtshilfe oder Hüftoperationen.³⁸⁷

Daneben existieren auch Initiativen von Leistungserbringern. So kombiniert das Niederländische Institut für klinische Überwachung (DICA) insgesamt Daten von 22 verschiedenen Registern zu Indikationen wie Darm- und Brustkrebs.³⁸⁸ Auch hier werden Daten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erhoben, ebenso PROMs. Im Unterschied zur obligatorischen Qualitätsmessung des IGZ sind die Erhebungen des DICA für die Krankenhäuser freiwillig. Allerdings nehmen die meisten Krankenhäuser an der Führung der Register teil.

³⁸⁶ vgl. Delnoij et al. 2010, S. 3.

³⁸⁷ vgl. Pross et al. 2017b, S. 143f.

³⁸⁸ vgl. DICA 2020.

Bereits 2006 wurde zudem eine Qualitätsmessung von Patientenerfahrungen (PREM) in Form von Befragungen eingeführt. Diese initial als Consumer Quality Index (CQI) benannte Messung ging von einer Kooperation zwischen staatlichen Stellen, Leistungserbringern und Krankenversicherungen aus und stellte eine freiwillige Initiative dar.³⁸⁹ Seit der Gründung des Zoorginstituts ist die Begleitung der Initiative dort organisiert. Insgesamt bildet der CQI 18 Indikationsbereiche (z.B. Katarakt-Operationen oder Hüft-TEP) und Versorgungsprozesse ab.³⁹⁰ Für jeden der Bereiche existieren spezifische Fragebögen. Dabei werden neben dem akutstationären Versorgungsbereich ebenso ambulante und pflegerische Leistungen adressiert.³⁹¹ Der CQI wird als ein valides und verlässliches Instrument angesehen, um Qualität im stationären Kontext durch PREMs zu messen.³⁹²

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich ist die systematische Qualitätsmessung geringer ausgeprägt als im akutstationären Kontext. Staatlich getragene Programme oder QI-Sets existieren bislang im Bereich der fachärztlich ambulanten Versorgung, die größtenteils in Krankenhausambulanzen stattfindet. Hier kann das verpflichtende PQI-Programm („Openbare Kwaliteitsgegevens“, zuvor „Zichtbare Zorg“) genannt werden, das seit dem Jahr 2014 eingesetzt wird. Dabei werden Daten (Struktur-, Prozess- und teilweise Ergebnisindikatoren) aus Selbstauskünften der Leistungserbringer, Patientenbefragungen sowie Registerdaten gesammelt. Diese Daten werden aggregiert auf der Plattform Zorginzicht (s. 6.3.2.4) veröffentlicht.³⁹³

Im Bereich der primärärztlich ambulanten Versorgung stützt sich die Qualitätsmessung bislang auf einzelne Initiativen, die von einer intensiven Zusammenarbeit verschiedener Akteure der Versorgung (Leistungserbringer, Krankenversicherungen) geprägt sind. Eine systematische, landesweite Qualitätsmessung existiert hingegen noch nicht.

6.3.2.4 Qualitätstransparenz / Public Reporting

Motiviert durch die HIA-Reform wurden in den Niederlanden Portale geschaffen, welche eine stärkere Qualitätstransparenz herstellen sollen. Wie im Bereich der Qualitätsmessung entwickelte sich auch hier eine Koexistenz zwischen staatlichen und

³⁸⁹ vgl. Delnoij et al. 2010, S. 3f.

³⁹⁰ vgl. Pross et al. 2017b, S. 144.

³⁹¹ vgl. Delnoij et al. 2010, S. 3f.

³⁹² vgl. Smirnova et al. 2017.

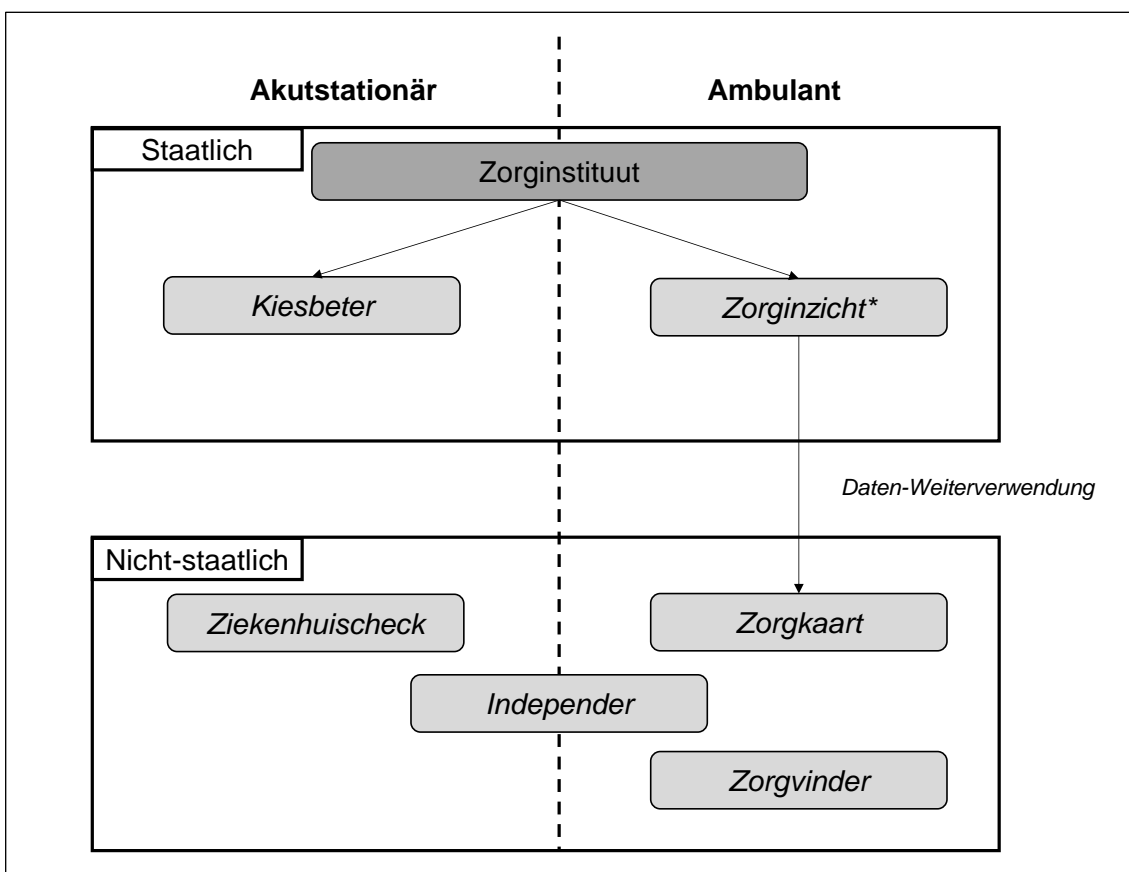
³⁹³ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 39; vgl. Busse et al. 2017b.

akteursgetriebenen bzw. auch privaten Initiativen, die sich teilweise gegenseitig ergänzen. Die staatlichen Programme sind hier vordergründig dem akutstationären Sektor zuzuordnen und werden durch das Zorginstituut koordiniert (s. Abbildung 18).

Im internationalen Vergleich belegen die Niederlande bzgl. der Qualitätstransparenz einen Platz im vorderen Mittelfeld, noch vor der Schweiz oder Deutschland.³⁹⁴ Insbesondere im Bereich der Publikation von PREMs (s. auch 6.3.2.3) belegen die Niederlande international einen Spitzenplatz.

Im Folgenden werden in Abbildung 18 und Tabelle 7 ausgewählte staatliche und nicht-staatliche Initiativen im Bereich der akutstationären und ambulanten Versorgung systematisch dargestellt. Die relevantesten Initiativen werden danach näher aufgegriffen. Im akutstationären Bereich ist dies Kiesbeter, im ambulanten Bereich Zorgkaart. Zudem wird die Wirkung der Initiativen auf den Qualitätswettbewerb analysiert.

Abbildung 18: Einbettung ausgewählter Public-Reporting-Portale in den Niederlanden



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Albrecht und Ochmann (2018), S. 39.

*Zorginzicht stellt keine PR-Portallösung dar, sondern eine Plattform, auf der Qualitätsdaten unaufbereitet vorliegen, die sich maßgeblich aus dem PQI-Programm speisen.

³⁹⁴ vgl. KPMG International 2017, S. 11.

Tabelle 7: Überblick ausgewählter PR-Portale in den Niederlanden

Programm/ Portal	Website	Betreiber	Fokus		Datenherkunft	Indikatoren				
			ambulant	akutstationär		Struktur	Prozess	Ergebnis	Scores	PREM
Kiesbeter	Kiesbeter.nl	Zorginstituut (staatlich)	X		IGZ-Datensätze DICA CQI	X	X	X	X	X
Ziekenhuischeck	ziekenhuischeck.nl	NVZ (nicht-staatlich)	X		Dutch Hospital Data (DHD)	X	X	X	X	X
Independer	independer.nl	Achmea BV (nicht-staatlich)	X		Patientenbewertungen	X	X	X	X	X
Zorgkaart	zorgkaartnederland.nl	Patienteninitiatieven (nicht-staatlich)		X	CQI DICA Patientenbewertungen	X	X			X
Zorgvinder	zorgvinder.cz.nl	CZ Krankenversicherung (nicht-staatlich)		X	Kontrahierte Leistungserbringer	X	X			X

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Albrecht und Ochmann (2018) und Cacace et al. (2019).

Akutstationäre Versorgung

Im Bereich der akutstationären Versorgung ist das durch das Zorginstituut getragene Portal Kiesbeter am etabliertesten, sowohl bzgl. der Methodik und Datengrundlage als auch der Nutzerzahlen. Bereits im Jahr 2005 wurde Kiesbeter ins Leben gerufen. Bis zum Jahr 2014 wurde das Portal durch das Nationale Institut für Gesundheitsversorgung und Umwelt (RVIM) betreut, seither durch das geschaffene Zorginstituut.

Kiesbeter richtet sich an Versicherte und wertet auf freiwilliger Basis der Krankenhäuser Qualitätsdaten aus. Dazu zählen neben den Datensätzen, die von Krankenhäusern an das IGZ geliefert werden, auch die Registerdaten des DICA, im Rahmen des CQI erhobene Daten sowie eigens von den Krankenhäusern erhobene Daten zur Qualität und Patientenerfahrungen.³⁹⁵

Je Krankenhaus können Berichte abgerufen werden, die z.B. Fallzahlen je Indikation, Infektions- und Mortalitätsraten enthalten. Dabei bildet Kiesbeter QI in den Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab und führt zudem auch zusammengesetzte Scores und PREMs. Diese Kennzahlen können zwischen Krankenhäusern verglichen werden. Darüber hinaus will das Portal als ganzheitliches Gesundheitsportal agieren, indem neben Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern auch verlässliche Informationen zu Krankheitsbildern sowie Leitlinien einer qualitativ hochwertigen Versorgung beschrieben werden.³⁹⁶

Auch wenn Kiesbeter eine etablierte Plattform zur patientenorientierten und verständlich aufbereiteten Darstellung von Qualitätsinformationen ist³⁹⁷, die im Jahr 2012 insgesamt 5,6 Millionen Website-Besucher aufwies³⁹⁸, wurde in einer Untersuchung deutlich, dass viele Nutzer mit den auf Kiesbeter bereitgestellten Informationen nicht adäquat umgehen konnten.³⁹⁹ Dabei empfanden einige Befragte die Informationsfülle zu umfangreich, andere hingegen wünschten sich weitergehende Informationen. Darüber hinaus war den Nutzern die Aussage der aufgeführten QI nicht immer klar.⁴⁰⁰

Für den akutstationären Bereich liegen für die Niederlande Untersuchungen vor, ob sich Patienten bzgl. ihrer Wahlentscheidungen zu Krankenhäusern mit besonders guter Qualität steuern lassen und auf dieser Basis ein Wettbewerb um Qualität zwischen den Leistungserbringern induziert werden kann. Die Studien fokussieren auf elektive Untersuchungen und Behandlungen. Dabei konnten für mehrere Indikationsbereiche

³⁹⁵ vgl. Pross et al. 2017b, S. 152.

³⁹⁶ vgl. Wiegers et al. 2019.

³⁹⁷ vgl. Bletsis et al. 2019, S. 346.

³⁹⁸ vgl. de Jong und van Sprang 2013.

³⁹⁹ vgl. Damman 2010.

⁴⁰⁰ vgl. van den Berg et al. 2014.

(Angioplastie⁴⁰¹, Hüft-TEP⁴⁰², Katarakt-Eingriffe⁴⁰³) Hinweise identifiziert werden, die aufzeigen, dass sich Patienten zu Krankenhäusern mit hoher Qualität steuern lassen.

Patienten sehen weder den Staat noch die Krankenversicherungen als Themenführer bzgl. der Publikation von Qualitätsinformationen, sondern die Hausärzte.⁴⁰⁴ Dies lässt sich mit der beschriebenen herausgehobenen Position der Hausärzte (starker Gatekeeping-Ansatz) (s. 6.3.2.1) in den Niederlanden erklären. Dies konfliktiert mit der Tatsache, dass viele der derzeitigen PR-Portallösungen durch den Staat implementiert oder durch Krankenkassen unterstützt sind.

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich ist das durch die niederländischen Patienten- und Verbraucherverbände getragene Portal Zorgkaart eine umfangreiche und hochfrequentierte Website im Bereich des PR. Zorgkaart verzeichnete im Jahr 2015 monatlich mehr als 763.000 Seitenaufrufe.⁴⁰⁵

Ziel des Portals ist es, die Patientenmündigkeit zu stärken sowie Entscheidungshilfen bei der Arztwahl bereitzustellen.⁴⁰⁶ Nahezu 60% der auf dem Portal gelisteten Leistungserbringer verfügten im Jahr 2015 über mindestens ein Rating, 7,6% über mindestens zehn Ratings. Ein Schwerpunkt war dabei im Bereich der Chirurgie festzustellen.⁴⁰⁷ Die Bewertungen können sowohl auf der Aggregationsebene des einzelnen Arztes als auch auf der Ebene der Einrichtung/Praxis abgerufen werden.

Eine Besonderheit von Zorgkaart ist, dass neben Patientenerfahrungen auch staatliche Daten der Qualitätsmessung berücksichtigt und dargestellt werden. Diese entstammen der Plattform Zorginzicht (s. Abbildung 18). Zorgkaart veröffentlicht QI zur Struktur- (z.B. Praxisausstattung oder Facharztbezeichnung) und Prozessqualität (z.B. Leistungsverhalten bei Verordnungen), zudem die sich aus den berichteten Patientenerfahrungen ergebende Patientenzufriedenheit sowie Weiterempfehlungen.⁴⁰⁸

Die Informationen auf Zorgkaart sind übersichtlich und transparent dargestellt. Die Bewertungen der Patienten werden systematisch und chronologisch dargestellt. Allerdings bestehen unterschiedliche empirische Evidenzen und Haltungen zur Validität des Portals Zorgkaart. Während Geesink einerseits ableitet, dass eine valide Aussage

⁴⁰¹ vgl. Varkevisser et al. 2012.

⁴⁰² vgl. Beukers et al. 2014.

⁴⁰³ vgl. Ruwaard und Douven 2018.

⁴⁰⁴ vgl. Bes und van den Berg 2013.

⁴⁰⁵ vgl. Stehmann et al. 2016, S. 41.

⁴⁰⁶ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 43.

⁴⁰⁷ vgl. Stehmann et al. 2016.

⁴⁰⁸ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 44.

erst ab neun Bewertungen je Arzt möglich ist⁴⁰⁹, und dies gemäß den Zahlen von Stehmann et al. nur auf weniger als 10% der gelisteten Ärzte zuträfe, kommt Geesink andererseits aber gleichzeitig zu dem Schluss, dass Zorgkaart eine relevante Qualitätsdarlegung anhand von Patientenbewertungen darstellt. Stehmann et al. kommen allerdings zu dem Ergebnis, dass Zorgkaart aufgrund des erst geringen Anteils an Ärzten, die über eine ausreichend hohe Anzahl an Bewertungen verfügen, noch kein Instrument zur validen Darstellung der Qualität der ambulanten Ärzte darstellt.⁴¹⁰

6.3.2.5 Selektives Kontrahieren

Durch die HIA-Reform im Jahr 2006 wurde die Möglichkeit der Krankenversicherer, selektiv zu kontrahieren, auf dem Leistungsmarkt gestärkt. Aufgrund der starken Gatekeeper-Funktion der Hausärzte⁴¹¹ findet selektives Kontrahieren nur im Rahmen der akutstationären Versorgung im Krankenhaus sowie der Arzneimittelversorgung Anwendung.⁴¹²

Krankenversicherern steht es frei, stationäre Leistungserbringer mit geringer Qualität oder hohen Preisen nicht unter Vertrag zu nehmen, sofern die Versorgung weiterhin sichergestellt wird. Die Sicherstellung wird dabei insbesondere an der Fahrtzeit des Patienten zum nächstmöglichen Krankenhaus festgemacht. Hierbei wurden 45 Minuten als Maximum definiert.

Im Bereich der akutstationären Versorgung wurde zudem regulatorisch definiert, in welchen Versorgungsbereichen Selektivverträge nicht abgeschlossen werden dürfen. Damit sollen Bereiche vom selektiven Kontrahieren ausgenommen werden, die z.B. entweder nicht planbar sind (z.B. Nottfälle), oder aber nur wenige Leistungserbringer existieren, die bestimmte Leistungen durchführen können (z.B. Transplantationen).⁴¹³

In Rückbezug auf die bereits in 6.3.2.1 geschilderte Systematik der unterschiedlichen Krankenversicherungstarife in den Niederlanden ist selektives Kontrahieren nur im

⁴⁰⁹ vgl. Geesink 2013.

⁴¹⁰ vgl. Stehmann et al. 2016.

⁴¹¹ Jeder Versicherte muss sich bei Versicherungsbeginn bei einem Hausarzt einschreiben, den er vor einem Besuch eines weiterführenden Leistungserbringers (z.B. Facharzt oder Krankenhaus) aufsucht und bei Bedarf auch wechseln kann. Ein Hausarzt ist hingegen nicht verpflichtet, jeden Patienten aufzunehmen. Gründe für eine Ablehnung können z.B. eine sehr weite Entfernung zwischen Wohnort des Patienten und Praxis sein sowie ein Aufnahmestopp aufgrund ausgeschöpfter Kapazitäten. Zwischen Hausarzt und Versichertem bzw. Patient besteht ein enges Vertrauensverhältnis. Diese Konstellation schließt das selektive Kontrahieren im hausärztlichen Bereich faktisch aus. Denn sobald die Auswahl der Hausärzte für Versicherte durch Krankenversicherer als Folge des selektiven Kontrahierens partiell eingeschränkt würde, hätte dies Implikationen auf die bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisse.

⁴¹² vgl. Boonen und Schut 2011, S. 226; vgl. Maarse et al. 2016, S. 169.

⁴¹³ vgl. Kroneman et al. 2016, S. 84.

Kontext der „Natura“-Verträge umsetzbar. Dabei haben viele Krankenversicherer sog. Budget-Tarife konzipiert, in denen selektives Kontrahieren angewendet wird.

Krankenversicherungen können zwar die Inanspruchnahme nicht-kontrahierter Leistungserbringer für Versicherte, die sich für einen Budget-Tarif entschieden haben, nicht gänzlich ausschließen.⁴¹⁴ Allerdings kann ein finanzieller Anreiz gesetzt werden, dass Versicherte bei Inanspruchnahme kontrahierter Leistungserbringer eine komplette Kostenübernahme erhalten, bei nicht kontrahierten hingegen nur eine partielle Übernahme (zwischen 65% und 80% der Kosten).⁴¹⁵ Eine weitere Absenkung der relativen Höhe der Übernahme der Kosten bei nicht-kontrahierten Leistungserbringern ist regulatorisch untersagt. Ziel ist es, dadurch die Versicherten bei Wahl eines nicht-kontrahierten Leistungserbringers vor einer zu hohen privaten Selbstbeteiligung zu schützen. Wenn sich Versicherte für einen Budget-Tarif mit selektivem Kontrahieren entscheiden, erhalten diese eine Prämienverbilligung.

Praxisvertiefung: Versicherungspolice „Basis Budget“ von Zilveren Kruis⁴¹⁶

Beim Versicherungstarif Basis Budget von Zilveren Kruis, welches zum marktführenden Krankenversicherungsunternehmen in den Niederlanden, Achmea⁴¹⁷, zählt, handelt es sich um einen Budget-Tarif („Natura“-Vertrag) mit integriertem selektivem Kontrahieren. Basis Budget deckt dabei den von der Regierung definierten Basis-Leistungskatalog ab. Das selektive Kontrahieren wird im Tarif auf die akutstationäre Versorgung in Krankenhäusern angewendet. Dabei liegt ein besonderer Fokus im Bereich komplexerer operativer Eingriffe.

Versicherungsnehmer können bei Wahl des Tarifs Leistungen nicht in allen Krankenhäusern bei voller Erstattung bzw. Übernahme der entstandenen Kosten in Anspruch nehmen, sondern nur in denjenigen, mit denen Zilveren Kruis einen selektiven Vertrag für die betreffende Leistung abgeschlossen hat. Gemäß den Angaben der interviewten Expertin sind dies insgesamt ca. 50% der Krankenhäuser in den Niederlanden. Ausgenommen hiervon sind Notfälle. Darüber hinaus sind auch weitere ausgewählte Leistungen, wie z.B. akutstationäre Leistungen für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren oder Leistungen der Geburtshilfe von der Regelung exkludiert.⁴¹⁸

Wenn Leistungen in Krankenhäusern in Anspruch genommen werden, mit denen Zilveren Kruis nicht selektiv kontrahiert hat, werden die Leistungskosten in Höhe von 75% der durchschnittlichen

⁴¹⁴ Konzeptionell ist die Ausgestaltung den aus den USA bekannten Preferred-Provider-Organizations (PPO) ähnlich. Dabei ist eine Inanspruchnahme nicht kontrahierter Leistungserbringer zwar ebenfalls möglich, aber geht mit einer höheren Out-of-pocket-Zahlung des Versicherten einher.

⁴¹⁵ vgl. NZa 2019, S. 23.

⁴¹⁶ Inhaltliche Grundlage des Praxisbeispiels stellt ein mit der Expertin Frau Dr. Romy Bes im Januar 2020 geführtes schriftliches Interview dar. Die Angaben der Expertin sind losgelöst von ihrer beruflichen Tätigkeit beim Krankenversicherer Zilveren Kruis zu sehen, sondern in den Kontext ihrer wissenschaftlichen Forschung im Gebiet des selektiven Kontrahierens in die Niederlande einzubetten.

⁴¹⁷ Im Jahr 2019 besaß Achmea einen Marktanteil in Höhe von 29%. An zweiter Stelle folgte der Krankenversicherer VGZ mit einem Marktanteil in Höhe von 23%, gefolgt von CZ mit 20%.

⁴¹⁸ vgl. Zilveren Kruis 2020a.

Kosten bei nicht-kontrahierten Krankenhäusern vom Krankenversicherer übernommen.⁴¹⁹ Der residente Anteil ist vom Versicherungsnehmer privat zu leisten.

Mit welchen Krankenhäusern Zilveren Kruis selektiv kontrahiert hat, kann auf der Website des Krankenversicherers eingesehen werden^{420.421} Weitere Informationen, z.B. welche Leistungen in einem ausgewählten Krankenhaus gemäß dem Tarif erbringbar sind, können durch Kontaktaufnahme mit Zilveren Kruis geklärt werden. Ausgewählte Qualitätsinformationen (z.B. Patientenerfahrungen und -feedback) werden durch Zilveren Kruis leistungserbringerbezogen online zur Verfügung gestellt.

Es herrscht das Versprechen, dass die Qualität der Leistungserbringung in Tarifen mit Einschränkung der Wahlfreiheit mindestens ebenso hoch ist, wie bei uneingeschränkter Wahlfreiheit ist. Nicht transparent einsehbar ist hingegen, nach welchen Kriterien und Parametern Zilveren Kruis die Krankenhäuser selektiv kontrahiert. Die Expertin berichtete allerdings, dass die Kriterien Erreichbarkeit bzw. Zugang der Versorgung sowie die Qualifikation des medizinischen Fachpersonals mit einbezogen werden.

Die akutstationäre Versorgung wird derart sichergestellt, dass mindestens innerhalb 45 Minuten Fahrzeit ein kontrahiertes Krankenhaus erreichbar ist, meist ist dies schon innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit möglich.⁴²² Bei komplexeren Eingriffen werden Mindestmengen als Qualitätskriterium herangezogen.

Neben dem beschriebenen Tarif Basis Budget existieren beim Anbieter Zilveren Kruis im Bereich der Basis-Krankenversicherung zwei weitere alternative Versicherungspolice: „Basis Zeker“ und „Basis Exklusief“ (s. Abbildung 19). Beim Tarif Basis Zeker handelt es sich um einen „Natura“-Vertrag, der allerdings ohne selektives Kontrahieren agiert. Basis Exklusief basiert hingegen auf der Logik eines „Restitutief“-Vertrags.⁴²³

Das Leistungsversprechen aller drei Alternativen ist durch die staatliche Definition des Leistungskatalogs identisch. In Fragen der Wahlfreiheit sowie der Höhe und des Prozesses der Erstattung der Leistungskosten variieren die Police hingegen. Bzgl. der Prämienhöhe bietet Basis Budget den niedrigsten monatlichen Beitrag. Dies resultiert aus der Einschränkung der Wahlfreiheit. Der höchste Beitrag fällt beim Tarif Basis Exklusief an. Dies korreliert erneut mit der Tatsache, dass dabei keine Einschränkung der Wahlfreiheit stattfindet. Der relative Prämienrabatt

⁴¹⁹ vgl. Zilveren Kruis 2020b.

⁴²⁰ Ein exakter relativer Anteil, mit wie vielen der Krankenhäuser in den Niederlanden im Rahmen des Tarifs Basis Budget von Zilveren Kruis kontrahiert bzw. nicht kontrahiert wird, ist anhand der vorliegenden Informationen nicht zu errechnen. Allerdings liegen Informationen vor, dass bei einer konzeptionell vergleichbaren Versicherungspolice („ZieZo Selectief“), im Jahr 2020 rund 40 Krankenhäuser nicht selektiv kontrahiert wurden. Dabei ist gegenüberzustellen, dass es in den Niederlanden rund 130 Krankenhäuser gibt (vgl. Kroneman et al. 2016, S. 107).

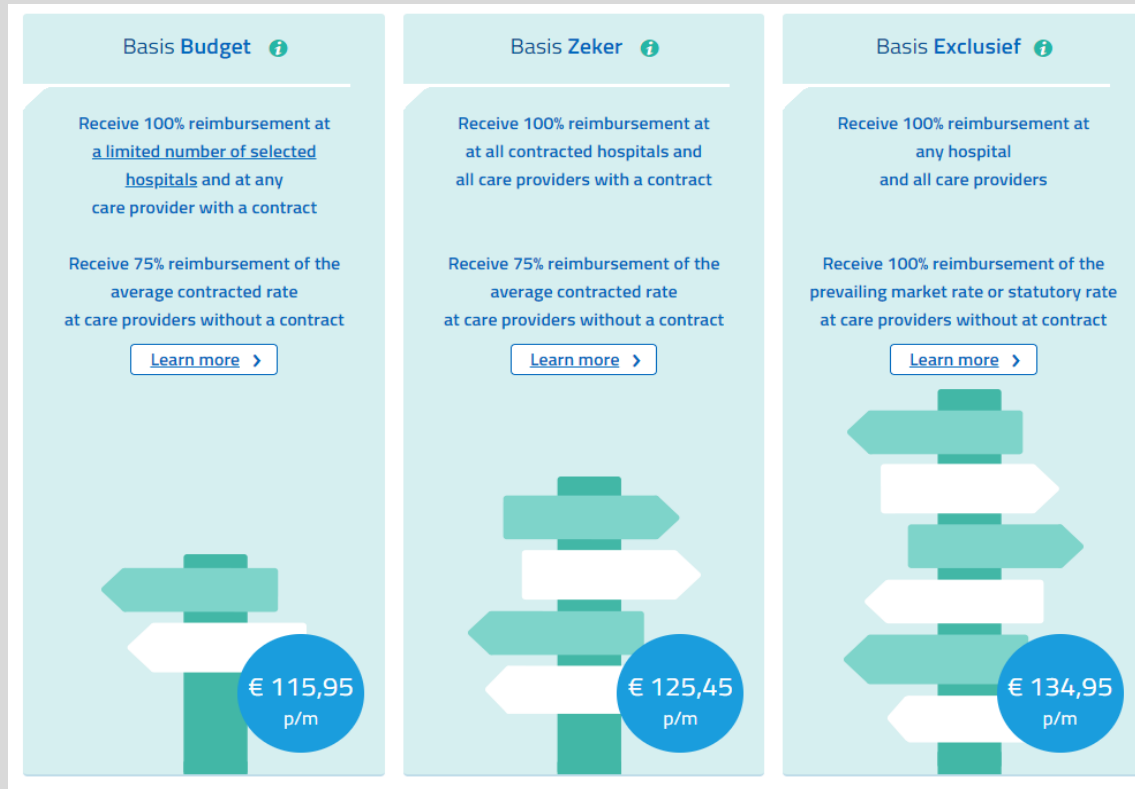
⁴²¹ vgl. Zilveren Kruis 2020c.

⁴²² vgl. Zilveren Kruis 2020a.

⁴²³ vgl. Zilveren Kruis 2020b.

des Tarifs Basis Budget beträgt im Jahr 2020 gegenüber Basis Exklusief 16%. Gegenüber Basis Zeker beträgt die Differenz 8%.

Abbildung 19: Vergleich der Basis-Krankenversicherungstarife von Zilveren Kruis



Quelle: Zilveren Kruis (2020b).

Auch wenn die Tariflandschaft der Krankenversicherer in den Niederlanden selektives Kontrahieren als Instrument regelhaft integriert hat, löst dieses nach Ansicht der Expertin noch keinen nachhaltigen Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt aus. Dies hängt damit zusammen, dass der Fokus der Auswahl der Krankenhäuser besonders auf geographischen Begebenheiten bzw. Erreichbarkeiten/Fahrtzeiten sowie der preislichen Komponente und Mindestmengen zu liegen scheint.

Allerdings ist gemäß der Aussage der Expertin durch den zunehmenden Stellenwert der Dimension Qualität innerhalb der Versorgung der Wille der Krankenversicherer gestiegen, selektives Kontrahieren zur Steigerung der Qualität der Versorgung einzusetzen. So sind die Verhandlungen zwischen Zilveren Kruis und den jeweiligen akutstationären Leistungserbringern stets von der gemeinsamen Zielstellung geprägt, die Gesundheitsversorgung der Patienten zu optimieren.

Dass hingegen explizit Qualitätskriterien oder -indikatoren für die Auswahl der selektiven Vertragsschlüsse für Krankenversicherungen relevant sind, die über den Einbezug von Mindestmengen hinausgehen, lässt sich bislang nicht aufzeigen. Auch für Versicherte wird lediglich der monetäre Anreiz kommuniziert, der beim Abschluss des Tarif Basis Budget die bewusste Einschränkung der Wahlfreiheit kompensieren soll.

Wie durch die HIA-Reform intendiert, sollte Qualität eine zentrale Rolle bei den Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern erhalten. Man hatte sich staatlicherseits erhofft, durch die Eröffnung von Verhandlungsmöglichkeiten einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Qualität zu erreichen, weil Anbieter mit einer schlechteren Qualität weniger bzw. keine Versorgungsverträge erhielten.

Da bisher allerdings nicht flächendeckend valide QI zur Verfügung stehen, auf die sich beide Verhandlungsparteien (Leistungserbringer und Krankenversicherungen) einigen konnten, spielt Qualität in den Verträgen bzw. dem Prozess des selektiven Kontrahierens bisher eine untergeordnete Rolle.⁴²⁴ An erster Stelle stehen in den Vertragsverhandlungen die Dimensionen Preis und Volumen.⁴²⁵ Krankenversicherer haben aber dennoch Krankenhäuser in entsprechenden Behandlungsbereichen von der Versorgung ausgeschlossen, in denen diese aus Sicht des Krankenversicherers keine ausreichende Qualität garantieren konnten.⁴²⁶

Daneben findet selektives Kontrahieren stärker über (indirekte) Qualitätsaspekte statt.⁴²⁷ Insbesondere über das Instrument von Mindestmengen wird in ausgewählten, überwiegend planbaren operativen Behandlungsbereichen selektiv kontrahiert.⁴²⁸ Dieser Ansatz geht von der These aus, dass über Mindestmengen eine höhere Qualität der medizinischen Outcomes erzielt werden kann.

Dazu kommt, dass sowohl aufseiten der Leistungserbringer als auch aufseiten der Krankenversicherer eine hohe Marktkonzentration besteht. Die HIA-Reform führte insbesondere bei Krankenhäusern vermehrt zu Fusionen⁴²⁹, um dadurch die Verhandlungsposition gegenüber Krankenversicherungen zu stärken. Eine hohe Marktkonzentration geht mit einer hohen Marktmacht weniger einzelner Akteure einher. Eine solche Situation ist einem Qualitätswettbewerb, bei dem Krankenhäuser und Krankenversicherungen untereinander in Wettbewerb um eine hohe Versorgungsqualität stehen sollen, nicht dienlich. Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass sich die Krankenversicherer gegenüber Krankenhäusern in einer nachteiligen Verhandlungsposition befinden⁴³⁰ und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern als Folge abnahm.⁴³¹

⁴²⁴ vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 131.

⁴²⁵ vgl. Kroneman et al. 2016, S. 165 und 173.

⁴²⁶ vgl. Schut und van de Ven 2011; vgl. Kroneman et al. 2016, S. 173.

⁴²⁷ vgl. Maarse et al. 2016, S. 169.

⁴²⁸ vgl. van Ineveld et al. 2018, S. 1083.

⁴²⁹ vgl. ebd.

⁴³⁰ vgl. Loozen et al. 2016.

⁴³¹ vgl. Schut und Varkevisser 2017; vgl. Arentz 2018, S. 16f.

Bzgl. der Akzeptanz des selektiven Kontrahierens lässt sich zeigen, dass Krankenversicherer den erweiterten Optionen des selektiven Kontrahierens zunächst skeptisch begegneten. Diese Haltung speiste sich insbesondere aus der Annahme der Krankenversicherer, dass Versicherte die damit einhergehende Einschränkung der Wahlfreiheit nicht akzeptieren würden, da die Wahlfreiheit von den Versicherten als ein hohes Gut angesehen wird.⁴³² Diese Annahme geht wiederum mit dem Risiko für Krankenversicherer einher, durch den Einsatz des selektiven Kontrahierens über Reputationsverluste Versicherte an Mitbewerber zu verlieren.⁴³³ Diesen Aspekt verstärkend legen Bes et al. dar, dass Vertrauen in den Krankenversicherer die Kernvoraussetzung für die Akzeptanz des selektiven Kontrahierens darstellt.⁴³⁴ Dazu sei ergänzend erwähnt, dass Versicherte in den Niederlanden nicht adäquat über die Idee und das Konstrukt des selektiven Kontrahierens informiert wurden.⁴³⁵

In den Jahren 2006 bis 2009 fand in den Niederlanden faktisch kein selektives Kontrahieren statt.⁴³⁶ Bes et al. fanden allerdings im Rahmen einer experimentellen Befragung heraus, dass sich 37% der im Rahmen der Studie befragten Niederländer eine Einschränkung der Wahlfreiheit vorstellen könnten, wenn diese an eine Prämienverbilligung gekoppelt ist^{437, 438}

Im Jahr 2019 existierten insgesamt 14 Versicherungspoliceen verschiedener Krankenversicherer, die selektives Kontrahieren umsetzten. In der Praxis nahmen diese Tarife im Jahr 2015 erst 7,3% der Versicherten in Anspruch, obwohl damals sogar 17 Versicherungspoliceen mit selektivem Kontrahieren zur Auswahl standen.⁴³⁹ Im Jahr 2019 hingegen war der Anteil der in Verträgen mit selektivem Kontrahierten organisierten Versicherten auf 14,1% angestiegen (s. Abbildung 20).

Wenn man das Wachstum des Marktanteils an Versicherungspoliceen mit selektivem Kontrahieren als Indikator heranzieht, kann man auf eine gesteigerte Akzeptanz im Zeitverlauf schließen. Diese Entwicklung lässt sich sowohl mit einer zunehmenden Akzeptanz der Idee des selektiven Kontrahierens als auch mit dem Anreiz der damit einhergehenden Prämienreduktion erklären.

⁴³² vgl. Bes et al. 2013.

⁴³³ vgl. ebd., S. 2; vgl. Boonen und Schut 2011, S. 229.

⁴³⁴ vgl. Bes et al. 2013.

⁴³⁵ vgl. Bes et al. 2014.

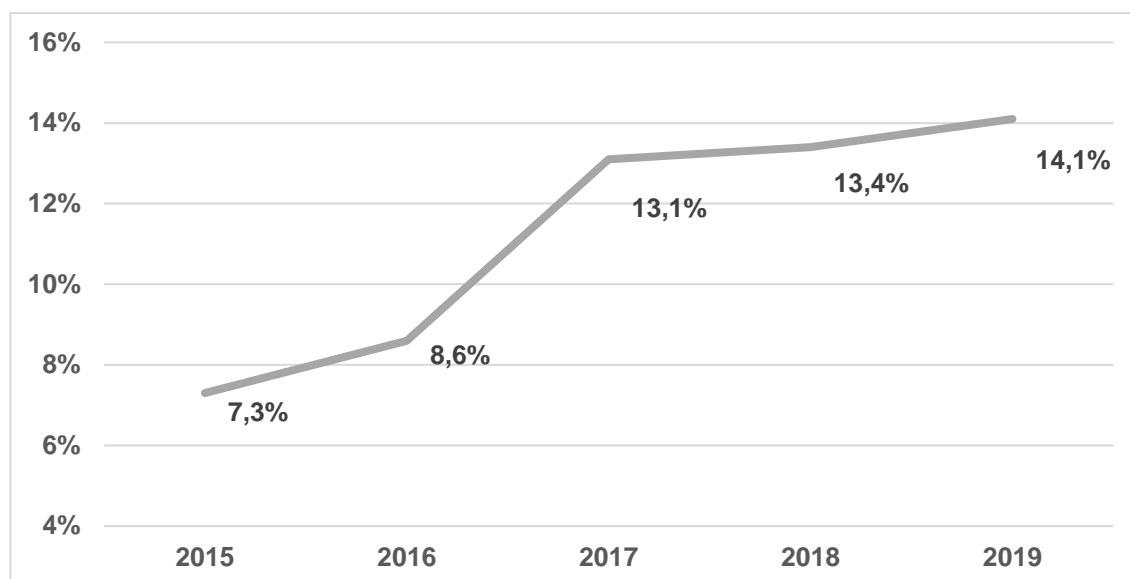
⁴³⁶ vgl. Boonen und Schut 2011, S. 224.

⁴³⁷ Im Rahmen der zitierten Studie von Bes et al. aus dem Jahr 2017 wurden die Variablen Fahrzeit und Qualität als konstant angenommen. Innerhalb der Variablen Prämienhöhe und Anzahl kontrahierter Krankenhäuser wurde hingegen variiert. Im Modell ging mit der relativen Einschränkung der Anzahl kontrahierter Krankenhäuser um 50% eine relative Prämienverbilligung in Höhe von 22% einher.

⁴³⁸ vgl. Bes et al. 2017b, S. 358.

⁴³⁹ vgl. NZa 2016, S. 25.

Abbildung 20: Entwicklung des Anteils der Versicherten in Verträgen mit Elementen des selektiven Kontrahierens in den Niederlanden



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von NZa (2019).

Aus einer experimentellen Studie von Bes et al. geht hervor, dass insbesondere junge und gesündere Versicherte bereit sind, auf die Wahlfreiheit zugunsten einer Prämienverbilligung zu verzichten.⁴⁴⁰ Insofern lassen sich, ähnlich wie bereits für die Schweiz aufgezeigt, potenzielle Selektionseffekte anführen.

Ob im Rahmen der Versicherungspolizen mit Elementen des selektiven Kontrahierens in den Niederlanden eine höherwertige Qualität der Leistungserbringung stattfindet, kann bislang nicht beurteilt werden.

6.3.2.6 P4P

P4P-Ansätze werden in den Niederlanden sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Bereich angewendet. Während im ambulanten Sektor die Einführung stärker systematisch erfolgte und einen nationalen Anwendungsbereich besitzt, sind die Initiativen in der akutstationären Versorgung stärker akteursgetrieben. Hier sind Akutkrankenhäuser und Krankenversicherungen als treibende Akteure zu nennen, die Pilotprojekte aufgesetzt haben.

Akutstationäre Versorgung

Wie bereits in 6.3.2.5 beschrieben, orientiert sich selektives Kontrahieren im akutstationären Bereich in den Niederlanden stark an den Dimensionen Preis und

⁴⁴⁰ vgl. Bes et al. 2013, S. 7f.; vgl. Bes et al. 2017b.

Volumen. Dies wirkt auf das Instrument des P4P durch. P4P-Modelle werden in Akutkrankenhäusern noch nicht systematisch eingesetzt.

Es existieren allerdings Pilotprojekte, welche auf Initiative der beteiligten Akteure geschaffen wurden.⁴⁴¹ Dabei erwiesen sich die in den Niederlanden für einige Indikationen bereits verfügbaren PROMs als wertvolle Datenbasis bzw. Befähiger (s. 6.3.2.3). Die Initiativen orientieren sich an der Value-Based-Competition-Logik von Porter und Teisberg und stellen den Patientennutzen dabei in den Mittelpunkt (s. 4.4.2). Ein Beispiel eines solchen P4P-Pilotprojekts im akutstationären Bereich stellt das gemeinsame Vorhaben des Katharinen-Krankenhauses in Eindhoven und der Krankenversicherung CZ dar. Das Projekt fokussierte auf die Indikation der koronaren Herzkrankheit. Im Ergebnis zeigten sich hier sowohl bzgl. der Mortalität als auch mit Blick auf die Vermeidung von Re-Interventionen signifikante positive Effekte. Das Pilotprojekt zeigte zudem, dass eine Zusammenarbeit der Akteure, mit dem gemeinsamen Ziel den Patientennutzen zu optimieren, funktionieren kann. In diesem Kontext wurde das gegenseitige Vertrauen als entscheidend angesehen. Daneben zeugte die fokussierte Verwendung von PROMs von einer starken Patientenzentrierung.⁴⁴² Der Start mit einer ausgewählten Indikation - hier die koronare Herzkrankheit – verdeutlicht die Relevanz einer auf die jeweilige Datenverfügbarkeit als zwingende Voraussetzung ausgerichteten schrittweisen Implementierung von P4P-Modellen als Ergänzung zu bestehenden Vergütungssystemen.

Ambulante Versorgung

Ein Versorgungsbereich, in dem in den Niederlanden in den vergangenen Jahren systematisch P4P-Elemente eingeführt worden sind, stellt die hausärztliche Versorgung dar. Dabei sind Bereiche, innerhalb derer eine P4P-Vergütungslogik greift, im Jahr 2015 als obligatorischer Vergütungsanteil national implementiert worden.

Im Rahmen der HIA-Reform wurde die Förderung des Instruments des P4P, anders als das selektive Kontrahieren, nicht explizit adressiert. Die konkrete Definition von Anreizen sowie der zugehörigen QI findet nicht staatlich auf nationaler Ebene, sondern dezentral in Form von Verhandlungen zwischen den Hausärzten und den jeweiligen Krankenversicherungen statt.

Bereits vor der nationalen Einführung von P4P-Elementen wurde in den Niederlanden mit leistungsabhängiger Vergütung bei Hausärzten experimentiert. In den Jahren

⁴⁴¹ vgl. Ogundeji et al. 2018; vgl. van Veghel et al. 2018.

⁴⁴² vgl. van Veghel et al. 2018.

2007/2008 fand ein Pilotprojekt statt, an dem insgesamt 60 hausärztliche Arztpraxen in Süd-Niederlande sowie zwei Krankenversicherungen partizipierten.⁴⁴³

Im Jahr 2015 wurde in den Niederlanden die Vergütungssystematik für Hausärzte reformiert. Diese besteht seitdem aus drei Elementen und sollte die Rolle der Hausärzte weiter stärken und gleichzeitig eine integrierte und koordinierte Versorgung incentivieren.⁴⁴⁴ Eine Übersicht der Vergütungssystematik zugrunde liegenden Struktur bietet Tabelle 8.

Tabelle 8: Vergütungssystematik der Hausärzte

<p><u>Segment 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basisversorgung ▪ Mischung aus Capitation und Einzelleistungsvergütungselementen ▪ Ca. 75-80% der Einkünfte eines Hausarztes
<p><u>Segment 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung multidisziplinärer Versorgung ▪ Bundled payments⁴⁴⁵ ▪ Für Indikationsgebiete Diabetes Typ II, COPD, Asthma und kardiovaskuläre Erkrankungen ▪ Ca. 15% der Einkünfte eines Hausarztes
<p><u>Segment 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ National einheitlich definierte Themenbereiche + Innovationen in der Versorgung ▪ Pay-for-Performance ▪ Ca. 5% der Einkünfte eines Hausarztes

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Schut und Varkevisser (2017), S. 128.

Das dritte Segment beinhaltet dabei eine Vergütung nach P4P-Logik. Dieser Vergütungsaspekt setzt einen Vertragsschluss zwischen Hausarzt und Krankenversicherer voraus und umfasst insgesamt ca. 5% der Gesamteinnahmen eines Hausarztes.⁴⁴⁶ Daneben beinhaltet das dritte Segment auch die Möglichkeit für

⁴⁴³ vgl. Kirschner et al. 2013.

⁴⁴⁴ vgl. Kroneman et al. 2016, S. 99.

⁴⁴⁵ Bei bundled payments handelt es sich um eine Form von alternativen Vergütungsmodellen, die darauf abzielen, eine stärker value-basierte Versorgung zu erreichen. Dabei werden Anreize für Leistungserbringer geschaffen, die Koordination und Effizienz der Versorgung voranzutreiben und gleichzeitig die Qualität und die Ergebnisse bei geringeren Kosten zu verbessern. Im Rahmen eines bundled payments erhalten Leistungserbringer eine einmalige Zahlung für alle Leistungen, die zur Behandlung eines Patienten erbracht werden, der sich in einem definierten Versorgungspfad befindet. Dieser Pfad adressiert meist eine bestimmte Erkrankung/Indikation. Wenn sich beispielsweise ein Patient einer stationären Operation unterzieht, werden Krankenhaus und nachbehandelnde ambulante Leistungserbringer für ihre Anteile an der Behandlung nicht separat vergütet, sondern über ein bundled payment werden die beteiligten Akteure gesamthaft gemeinsam vergütet. Die Verteilung der Vergütung erfolgt dann wiederum im Innenverhältnis zwischen den am Behandlungspfad beteiligten Leistungserbringern.

⁴⁴⁶ vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 128.

Krankenversicherungen, monetäre Anreize zur Förderung von Innovationen, wie z.B. telemedizinische Versorgungsansätze in der hausärztlichen Praxis zu setzen.

In einem ersten Schritt wurden hierzu national einheitliche Dimensionen bzw. Bereiche als Handlungsrahmen festgesetzt, innerhalb derer P4P ansetzen kann.⁴⁴⁷ Beispielhaft waren dies für das Jahr 2020:

- Adäquate(s) Überweisungsverhalten und Diagnostik
- Wirksame Verschreibung von Arzneimitteln⁴⁴⁸
- Service und Zugang
 - Möglichkeit der Vereinbarung digitaler Sprechstunden
 - Möglichkeit der Anforderung von e-Rezepten
 - Möglichkeit von Abend- oder Wochenendsprechstunden
 - Teilnahme an einer Patientenzufriedenheitsumfrage
 - Telefonische Erreichbarkeit
- Multidisziplinäre Versorgung⁴⁴⁹
- Förderung der hausärztlichen Versorgung in Regionen mit Bevölkerungsrückgang
- Sonstige Bereiche

In einem zweiten Schritt können Krankenversicherer mit Hausärzten innerhalb der genannten definierten Bereiche konkrete Indikatoren verhandeln. Auf diesen Indikatoren fußt anschließend die ergebnisabhängige Vergütung.

Insgesamt fällt bislang auf, dass die auf der Mikroebene zwischen Hausärzten und Krankenversicherern definierten P4P-Elemente häufig auf QI basieren, welche die Struktur- oder Prozessqualität messen. Eine Messung und erfolgsabhängige Vergütung der Ergebnisqualität ist bislang, abgesehen von der Patientenzufriedenheit, nicht bekannt.

Außerdem besteht eine große Varianz und Heterogenität der angewendeten Indikatoren und damit zusammenhängenden Vergütungsanreizen, da die Krankenversicherer individuelle Indikatoren und Vergütungskonzepte entwickeln können und von dieser Option auch Gebrauch machen. Zum einen führt die Vielzahl an Indikatoren dazu, dass die monetäre Incentivierung eines einzelnen Indikators für den Hausarzt kaum

⁴⁴⁷ vgl. NZa 2020, Artikel 7.

⁴⁴⁸ Hier stehen einheitliche Indikatoren des Instituts für verantwortungsvollen Arzneimittelgebrauch (IVM) zur Verfügung.

⁴⁴⁹ Hierzu existieren Indikatoren, die vom Hausärzterverband und den Krankenversicherern abgestimmt sind. Diese zielen auf die Diabetes- sowie COPD-Versorgung ab (vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 128).

signifikante Handlungsveränderungen auslöst, die isoliert auf eine monetäre Incentivierung zurückzuführen sind. Zum anderen resultiert die Heterogenität der Konzepte und Indikatoren darin, dass sich gesetzte monetäre Anreize in der operativen Praxis des Hausarztes gegenseitig abschwächen bzw. behindern könnten. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn unterschiedliche Krankenversicherer innerhalb der gleichen, national einheitlich definierten P4P-Dimension (z.B. „Wirksame Verschreibung von Medikamenten“) unterschiedliche Prozessindikatoren innerhalb der gleichen Indikation incentivieren. Hier greift die Hypothese, dass der behandelnde Hausarzt seine Behandlungsentscheidung und -prozesse nicht jeweils vom Versicherungsstatus des Patienten abhängig macht.

Seit der Einführung von P4P im hausärztlichen Versorgungsbereich im Jahr 2015 fand in den Niederlanden bislang noch keine systematische Evaluation statt, welche die Effekte dieser erfolgsabhängigen Vergütungskomponente auf die Versorgungsqualität sowie den sich daraus ergebenden Wettbewerb zwischen Leistungserbringern bemisst.⁴⁵⁰

6.3.2.7 Bewertung und Lessons learned

Durch die HIA-Reform wurden in den Niederlanden die Elemente eines Managed Competition in besonderem Maße gestärkt. Dabei wurde der ordnungspolitische Rahmen durch den Staat sowohl für einen Preis- als auch einen Qualitätswettbewerb geschaffen. Speziell auf dem Leistungsmarkt sollten der Preis- und der Qualitätswettbewerb in Form des selektiven Kontrahierens ineinandergreifen.

Nachgelagerte staatliche Institutionen wurden gegründet und/oder damit beauftragt, die aus dem HIA abgeleiteten Maßnahmen staatlich zu begleiten bzw. zu koordinieren. Beispielhaft wird dies an den PR-Portalen in den Niederlanden deutlich. Hier betreibt das Zorginstituut zum einen eigene Portale, auf denen sich Versicherte über die Qualität der Leistungserbringer informieren können. Zum anderen liefert das Institut auch erhobene Daten zur Weiterverwendung an nicht-staatliche Initiativen.

Im direkten Vergleich zur Schweiz sieht man beispielhaft an der Beauftragung bzw. Einbindung dieser nachgelagerten staatlichen Stellen, dass der ordnungspolitische Rahmen für einen Qualitätswettbewerb in den Niederlanden aus einem Nebeneinander zwischen Staat und den handelnden Akteuren in der Versorgung besteht und etwas weniger Freiräume an die in der Versorgung handelnden Akteure übergibt, sondern der Regulator sich stärker einbringt.

⁴⁵⁰ vgl. Schut und Varkevisser 2017, S. 130.

Die Vertragsfreiheit bzw. das selektive Kontrahieren ist das zentrale Instrument, über das in den Niederlanden ein Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt stattfinden soll. Hierbei werden den Leistungserbringern und Krankenversicherungen Handlungsspielräume zur Verfügung gestellt. Kriterien zur Sicherstellung der Versorgung, eine Mindesterstattungshöhe bei Inanspruchnahme nicht kontrahierter Leistungserbringer sowie die Quantität der frei verhandelbaren Fallpauschalen im Krankenhaus verbleiben allerdings reguliert.

Trotz der parallelen ordnungspolitischen Anlage eines Preis- und eines Qualitätswettbewerbs im niederländischen Gesundheitssystem ist derzeit der Preiswettbewerb im Vergleich zum Qualitätswettbewerb stärker ausgeprägt. Dies fußt auf mehreren Aspekten:

Erstens existieren zwar sukzessiv wachsende Indikatorensets, mithilfe derer eine Qualitätsmessung vollzogen werden kann. Allerdings liegen für die Instrumente des selektiven Kontrahierens sowie des P4P noch keine zwischen den Akteuren konsentierten QI vor, über die ein Kontrahieren sowie eine Vergütung systematisch und flächendeckend nach Qualitäts- und nicht primär nach Preisaspekten möglich wäre.

Zweitens trägt die Tatsache, dass ein Großteil der Preise für akutstationäre Behandlungen zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern frei verhandelt werden kann, zur starken Rolle des Preiswettbewerbs einen relevanten Beitrag bei. Auch wenn eine Differenzierung neben dem Preis auch über Qualität möglich ist, stellt der Preis den leichter umsetzbaren Weg zur Differenzierung dar.

Drittens zeigt sich zudem, dass das selektive Kontrahieren einen Entwicklungsprozess sowohl bei Krankenversicherern als auch bei Versicherten durchlaufen musste. Versicherer hatten zunächst Befürchtungen über einsetzende Reputationsverluste beim Einsatz von selektivem Kontrahieren, Versicherten fehlte das nötige Vertrauen in den Krankenversicherer als perfekter Agent bei der Auswahl der selektiv kontrahierten Leistungserbringer auftreten zu können. Dadurch wurde in den ersten Jahren nach Möglichkeit des selektiven Kontrahierens das Instrument kaum eingesetzt. Mittlerweile wird das selektive Kontrahieren von den Krankenversicherungen im akutstationären Bereich aktiv und breitflächig genutzt und die entsprechenden Tarife werden von den Versicherten vermehrt nachgefragt. Doch dies korreliert wohl größtenteils mit den einhergehenden Prämienrabatten durch die Einschränkung der Wahlfreiheit. Eine Optimierung der Versorgungsqualität, die isoliert auf das selektive Kontrahieren zurückgeführt werden kann, lässt sich aktuell nicht nachweisen.

Viertens existieren in den Niederlanden zwar zahlreiche und von verschiedenen Stellen und Akteuren etablierte Portale, über die Versicherte Qualitätsinformationen transparent abrufen können. Ebenso bestehen gerade im akutstationären Bereich in den Niederlanden evidente Steuerungspotenziale von Versicherten zu qualitativen Top-Performern. Allerdings konnte bislang nicht aufgezeigt werden, dass die bestehenden und durch die Versicherten rege genutzten PR-Portale zu einer solchen Steuerung beitragen, die einen Wettbewerb der Leistungserbringer um Qualität induzieren würde.

6.3.3 USA (Medicare)

6.3.3.1 Grundlegende Charakteristika des Gesundheitssystems

Nachfolgend wird mit Medicare ein Subsystem des Gesundheitssystems der USA beleuchtet. Diese Fokussierung knüpft an die in 6.2 erfolgten Länderauswahl an. Medicare⁴⁵¹ ist das staatliche Krankenversicherungssystem, das älteren Bürgern in den USA einen Krankenversicherungsschutz bietet. Medicare wurde im Jahr 1965 eingeführt und schließt Personen mit mindestens einem der folgenden zutreffenden Kriterien ein:

- Über 65 Jahre alt
- Dialysepatient oder Nierentransplantation
- Jünger als 65 Jahre mit bestimmten Behinderungen
- Amyotrophe Lateralsklerose.

Im Jahr 2020 waren in den USA ca. 60 Millionen Menschen über Medicare versichert, wobei ca. 85% dieser Versicherten älter als 65 Jahre alt waren.⁴⁵²

Der Leistungsumfang von Medicare ist modular aufgebaut (s. Tabelle 9). Die Module beziehen sich dabei stark auf die jeweiligen Leistungssektoren.

Eine Besonderheit stellt in diesem Kontext das Modul Part C (Medicare Advantage) dar. In diesem werden verstärkt Managed Care-Instrumente angewendet, die einen Qualitätswettbewerb induzieren sollen. Daher ist der Part C des Medicare-Programms für Analysen zu einem Qualitätswettbewerb von besonderer Bedeutung. Doch auch außerhalb des Part C kommen wettbewerbliche Instrumente zum Einsatz.

⁴⁵¹ Die nachfolgenden Ausführungen zur USA beziehen sich isoliert auf das Medicare-System. Dieser Fokus wurde gewählt, da die USA erstens über viele einzelne Sub-Gesundheitssysteme verfügen und es nicht, wie in den anderen Vergleichsländern, eine national einheitliche Struktur gibt. Die Rahmenbedingungen innerhalb des Medicare-Bereichs sind dagegen bundesweit vergleichbar. Zweitens kommen im Medicare-Bereich qualitätswettbewerbliche Instrumente zum Einsatz.

⁴⁵² vgl. Kaiser Family Foundation 2019.

Tabelle 9: Grundlegende Informationen zum modularen Medicare-Aufbau

	Part A	Part B	Part C	Part D
Charakter	Obligatorisch	Optional	Alternativ	Optional
Leistungsumfang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Leistungen ▪ Pflegeleistungen in einer qualifizierten Einrichtung ▪ Hospizpflege 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Versorgung* ▪ Präventionsleistungen ▪ Krankentransport ▪ Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Leistungen von Part A und Part B ▪ Typischerweise auch Leistungen von Part D 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verschreibungspflichtige Arzneimittel ▪ Ausmaß der Übernahme hängt vom Versicherungsprodukt ab
Selbstbeteiligungen/ Coinsurance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbeteiligung: Max. 1.364 \$ [2019] ▪ Coinsurance bei bestimmten Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbeteiligung: Max. 185 \$ [2019] ▪ Größtenteils 20% Coinsurance 	Hängt vom Versicherungsprodukt ab	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbeteiligung: Max. 405 \$ [2018] ▪ Coinsurance je nach Versicherungsprodukt ▪ Höchstgrenze der privaten Zahlungen p.a.: 5.000 \$ [2018]
Wahlfreiheit der Leistungserbringer	Freie Wahl	Freie Wahl	I.d.R. eingeschränkte Wahlfreiheit über selektives Kontrahieren	Hängt vom Versicherungsprodukt ab
Leistungsvergütung	Einzelleistungsvergütung + Selbstbeteiligungen/ Coinsurance der Versicherten	Einzelleistungsvergütung + Selbstbeteiligungen/ Coinsurance der Versicherten	Medicare bezahlt private Krankenversicherung oder Managed Care-Organisationen meist pauschaliert	Medicare bezahlt private Krankenversicherung oder Managed Care-Organisationen meist pauschaliert

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kaiser Family Foundation (2019).

* Ausgenommen sind u.a. augen- und zahnärztliche Versorgung.

Während Part A bei vorliegenden Voraussetzungen für Versicherte als obligatorisch gilt und bis auf Selbstbeteiligungen bzw. Coinsurance-Anteile vollständig über Steuermittel finanziert wird, sind Part B und Part D des Medicare-Programms optional und auch jeweils mit Beitragszahlungen der Versicherten verbunden.

Alternativ kann sich der Versicherte für Part C, auch Medicare Advantage genannt, entscheiden. Dieses Programm enthält die Abdeckung der Module Part A und Part B sowie typischerweise auch Part D. Medicare Advantage-Versicherte bezahlen weiterhin die Beiträge für Part B von Medicare sowie die ggf. weiter anfallende Prämie für Part C und/oder Part D. Eine zusätzliche Prämie für Part C/D existiert aber bei ca. einem Drittel der Medicare Advantage-Tarife nicht (sog. zero premium plans).^{453,454} Für Part C zeichnen sich private Krankenversicherungen bzw. Managed Care-Organisationen verantwortlich, welche durch Medicare meist pauschaliert vergütet werden. Diese privaten Krankenversicherungen stehen untereinander im Wettbewerb um potenzielle Medicare-Versicherte.

Exkurs: Medicare Advantage

Das Medicare Advantage-Programm bietet Medicare-Versicherten die Option, alternativ zur klassischen Medicare-Versorgung von Part A und Part B, diese Leistungen durch private Krankenversicherungen absichern zu lassen. Medicare Advantage wird auch als Part C bezeichnet. Typischerweise ist in Medicare Advantage auch die Absicherung gegenüber verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Part D) abgedeckt.

Private Krankenversicherungen übernehmen das Morbiditäts- und Komplexitätsrisiko für die in der Region kontrahierten Versicherten und werden durch Medicare bzw. CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) über einen RSA vergütet. Die Krankenversicherer müssen sich dazu bei CMS mit einem Versorgungsangebot („Bid“) für eine definierte Region bewerben. Darin müssen neben dem Leistungserbringernetzwerk, das aus den selektiv kontrahierten Leistungserbringern besteht, auch Angaben zu den Kosten dargelegt werden, die der Krankenversicherer für die Versorgung benötigt. Diese Angaben stellt CMS einem berechneten Benchmark gegenüber.

Medicare Advantage-Programme der privaten Krankenversicherungen bauen konzeptionell größtenteils auf HMO- und PPO⁴⁵⁵-Ansätzen auf.⁴⁵⁶ Dies spiegelt wider, dass Medicare

⁴⁵³ vgl. Adrion 2019, S. 1131.

⁴⁵⁴ Ob für Part C/D eine zusätzliche Prämie erhoben wird oder nicht, hängt z.B. in relevantem Maße vom regional zu versichernden Versichertenklientel ab.

⁴⁵⁵ In einer PPO-Krankenversicherung ist die Wahlfreiheit des Versicherten grundsätzlich nicht eingeschränkt. Allerdings können bei der Inanspruchnahme eines Leistungserbringer, mit dem die Krankenversicherung nicht zusammenarbeitet bzw. nicht kontrahiert ist, Mehrkosten entstehen. PPOs sind im Managed Care-Kontext neben den HMOs klassische Konstrukte, die insbesondere auch als Folge des sog. Managed Care-Backlash in den USA an Bedeutung gewonnen haben.

⁴⁵⁶ vgl. Schakel et al. 2016, S. 13.

Advantage stark auf einer Managed Care-Logik fußt und die Wahlfreiheit der Versicherten i.d.R. eingeschränkt ist sowie selektives Kontrahieren ein etabliertes Instrument darstellt.

Versicherte können die Krankenversicherung dabei in einem jeweils festgelegten Zeitfenster bei Bedarf jährlich wechseln. Im Jahr 2020 hatte ein Versicherter dabei im Durchschnitt 28 unterschiedliche Krankenversicherungsprodukte zur Auswahl.⁴⁵⁷

Ursprüngliche Ziele von Medicare Advantage waren zum einen, den Medicare-Anspruchsberechtigten Auswahlmöglichkeiten bzgl. deren Krankenversicherungsschutz zu offerieren, mit der Möglichkeit, eine stärker koordinierte Versorgung und ggf. Mehrleistungen gegenüber der klassischen Medicare-Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Zum anderen sollte Medicare Advantage eine effizientere Versorgung ermöglichen. Im Jahr 2020 waren in Medicare Advantage insgesamt mehr als 24 Millionen Versicherte abgesichert. Dies entspricht 39% der Medicare-Versicherten.

Die Effizienz soll maßgeblich durch die Vergütung erreicht werden. CMS vergütet die privaten Krankenversicherungen bzw. Managed Care-Organisationen in Form einer risikoadjustierten Capitation. Diese ist eine Folge des Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Vor 2010 wurden für Medicare Advantage-Versicherte, unabhängig deren Demographie und Wohnort, 95% der klassischen durchschnittlichen Medicare-Vergütung an die Krankenversicherer bezahlt. Dies ging mit Fehlanreizen bzw. einer Risikoselektion einher. Seitdem wird die risikoadjustierte Capitation an die Demographie sowie die bundeslandspezifische durchschnittliche Ausgabenhöhe angepasst und beinhaltet einen Effizienzabschlag.

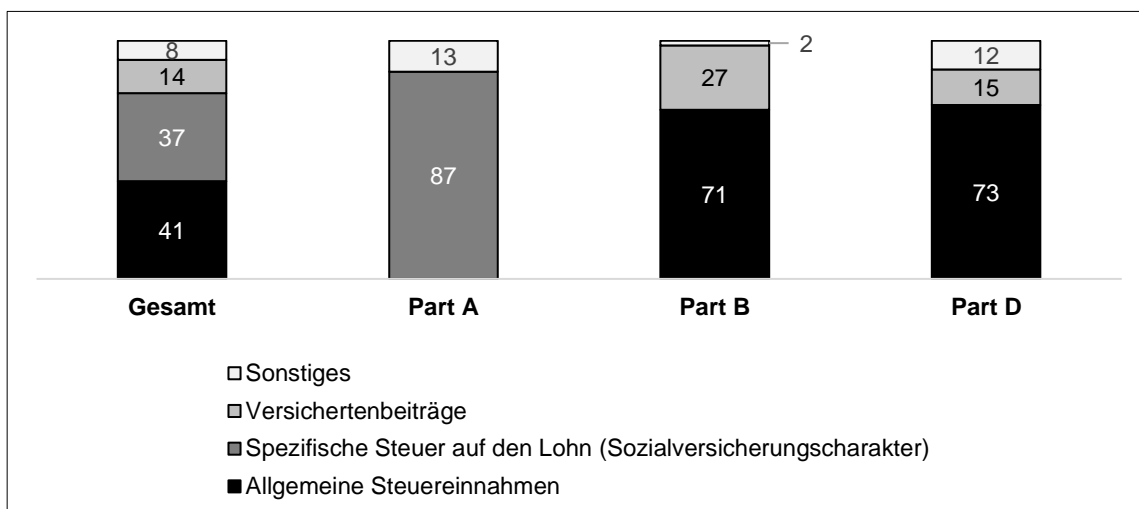
Die Finanzierung von Medicare erfolgt größtenteils über Steuern sowie über Beiträge der Versicherten. Bei den Steuern handelt es sich sowohl um allgemeine Steuern (v.a. Part B und Part D) als auch spezifisch für Part A festgesetzte Steuern. Die spezifischen Steuern für Part A werden hälftig vom Arbeitnehmer und -geber monatlich vom Lohn abgeführt.

Insgesamt wurde Medicare im Jahr 2017 zu 41% durch allgemeine Steuereinnahmen, zu 37% aus der spezifischen Steuer zu Part A und zu 14% aus Beiträgen der Versicherten finanziert (s. Abbildung 21). Der Rest speiste sich aus sonstigen Finanzierungsquellen, z.B. dem internen Transfer von Zahlungen zwischen Bundesstaaten.⁴⁵⁸

⁴⁵⁷ vgl. Kaiser Family Foundation, 2019.

⁴⁵⁸ vgl. ebd.

Abbildung 21: Medicare-Finanzierungsanteile in % (Jahr 2017)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Kaiser Family Foundation (2019).

Um sich vor potenziellen privaten Zuzahlungen, die bei Inanspruchnahme von Leistungen trotz einer Medicare-Absicherung anfallen können (s. Tabelle 9) zu schützen, verfügt ein Großteil (81% in 2016) der Medicare-Versicherten über eine ergänzende private Absicherung für Selbstbehalte und Zuzahlungen. Dieser Mechanismus steht im Gegensatz zum stärker solidarischen Charakter, der den Gesundheitssystemen in Deutschland oder anderer westeuropäischer Vergleichsländer immanent ist.

Bzgl. der Ausgaben für Gesundheit, gemessen als Anteil des BIP, wies die USA mit 17,0% im Jahr 2019 den mit Abstand höchsten Wert innerhalb der OECD-Länder auf. Isolierte Zahlen für den Medicare-Bereich liegen nicht vor. Die Medicare-Ausgaben betragen als Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben der USA im Jahr 2017 ca. 20%.⁴⁵⁹

Die ambulante Versorgung wird in den USA bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Anspruch genommen. Fachärztliche Leistungen werden teilweise in Krankenhäusern erbracht. Die Vergütung erfolgt sowohl im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung als auch über alternative Vergütungsmechanismen (z.B. Capitation oder auch P4P-Elemente). Im akutstationären Bereich werden die Krankenhäuser entweder durch Kommunen, Wohlfahrtseinrichtungen, Stiftungen oder privatgewerbliche Einrichtungen getragen. Im Medicare-Bereich erfolgt die Vergütung in der akutstationären Versorgung über Fallpauschalen, die häufig durch P4P-Elemente modifiziert sind.

Hinsichtlich der Qualität rangieren die USA im HAQ-Index gesamthaft im Mittelfeld (Platz 29; Deutschland auf Platz 18).⁴⁶⁰ Da aufgrund limitierter Datenverfügbarkeit aber hierzu

⁴⁵⁹ vgl. ebd.

⁴⁶⁰ vgl. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators 2018, S. 2243.

keine isolierten Daten für den Medicare-Bereich vorliegen, können an dieser Stelle keine weiteren Aussagen zur Qualität des im Rahmen der vorliegenden Analysen fokussierten Medicare-Bereichs angestellt werden.

6.3.3.2 Ordnungspolitische Einbettung des Qualitätswettbewerbs

Im Kontext von Medicare tritt CMS als der durch das Gesundheitsministerium staatlich eingesetzte Regulator auf. CMS administriert und entwickelt dabei die Versorgung der Medicare-Versicherten weiter. Aufgrund dieser Rolle ist CMS in den USA im Medicare-Kontext der zentrale Akteur, wenn es um die Implementierung von Instrumenten zur Steigerung eines Qualitätswettbewerbs geht.

Bereits ab Mitte der 2000er-Jahre startete CMS verschiedene Qualitätsinitiativen, um die Medicare-Versorgung qualitativ zu verbessern. Dabei spielten insbesondere PR-Initiativen und erste P4P-Programme im akutstationären Sektor (z.B. Premier Hospital Quality Incentive Demonstration) eine bedeutende Rolle.⁴⁶¹ Hierauf basierend, fand in den USA eine schrittweise Einführung von Elementen und Instrumenten statt, die einen Qualitätswettbewerb befördern.⁴⁶²

Der ACA aus dem Jahr 2010 - häufig auch unter dem Begriff Obamacare bekannt - stellte aus qualitätswettbewerblicher Perspektive einen entscheidenden ordnungspolitischen Treiber dar. Denn neben dem Kernziel des ACA, den Anteil Krankenversicherter in der US-amerikanischen Bevölkerung zu erhöhen, sollte der ACA ebenso Anreizmechanismen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität schaffen. Diese finden deren Niederschlag in besonderem Maße im Medicare-Bereich.

Der Einsatz der einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente wurde dabei eng miteinander verzahnt. Hierfür beispielhaft steht das durch den ACA systematisch angelegte P4P-Programm in Krankenhäusern Hospital Value-Based Purchasing (HVBP). Dieses steht in enger Verbindung mit dem Instrument der Qualitätsmessung.⁴⁶³

Um die Maßnahmen und Instrumente strategisch aufeinander abzustimmen und dadurch gesamthaft besser wirksam werden zu lassen, wurde im ACA die Entwicklung einer Nationalen Qualitätsstrategie (NQS) definiert. Diese NQS wurde 2011 in einem transparenten und kollaborativen Prozess entwickelt. Dabei wurden insgesamt mehr als 300 Stakeholder einbezogen, um eine größtmögliche Akzeptanz zu erreichen.⁴⁶⁴ Ergebnis war eine Drei-Ebenen-Strategie aus Zielstellungen, priorisierten Themen und

⁴⁶¹ vgl. Kinney 2013, S. 279.

⁴⁶² vgl. Matthes 2019, S. A248.

⁴⁶³ vgl. Kinney 2013, S. 285.

⁴⁶⁴ vgl. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2017.

zugehörigen Instrumenten, die zur Optimierung der Qualität beitragen sollten. Viele der in Tabelle 10 benannten Instrumente und Hebel adressieren dabei einen Qualitätswettbewerb.

Aufgrund der nationalen Geltung entfaltete die NQS auch innerhalb des Medicare-Systems Wirkung. CMS hat für sich auf Grundlage der NQS eine eigene Qualitätsstrategie entwickelt. Das letzte Update dazu datiert aus dem Jahr 2016.⁴⁶⁵

Tabelle 10: Nationale Qualitätsstrategie aus dem ACA

Zentrale Zielstellungen	Priorisierte Themen	Instrumente / Hebel
Better Care: Improve the overall quality, by making health care more patient-centered, reliable, accessible, and safe.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Making care safer by reducing harm caused in the delivery of care. 2. Ensuring that each person and family is engaged as partners in their care. 3. Promoting effective communication and coordination of care. 4. Promoting the most effective prevention and treatment practices for the leading causes of mortality, starting with cardiovascular disease. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Measurement and Feedback</u>: Provide performance feedback to plans and providers to improve care. 2. <u>Public Reporting</u>: Compare treatment results, costs and patient experience for consumers. 3. <u>Learning and Technical Assistance</u>: Foster learning environments that offer training, resources, tools, and guidance to help organizations achieve quality improvement goals.
Healthy People/Healthy Communities: Improve the health of the U.S. population by supporting proven interventions to address behavioral, social and environmental determinants of health in addition to delivering higher-quality care.	<ol style="list-style-type: none"> 5. Working with communities to promote wide use of best practices to enable healthy living. 6. Making quality care more affordable for individuals, families, employers, and governments by developing and spreading new health care delivery models 	<ol style="list-style-type: none"> 4. <u>Certification, Accreditation, and Regulation</u>: Adopt or adhere to approaches to meet safety and quality standards. 5. <u>Consumer Incentives and Benefit Designs</u>: Help consumers adopt healthy behaviors and make informed decisions.
Affordable Care: Reduce the cost of quality health care for individuals, families, employers, and government.		<ol style="list-style-type: none"> 6. <u>Payment</u>: Reward and incentivize providers to deliver high-quality, patient-centered care. 7. <u>Health Information Technology</u>: Improve communication, transparency, and efficiency for better coordinated health and health care.

⁴⁶⁵ vgl. CMS 2016.

		<p>8. <u>Innovation and Diffusion:</u> Foster innovation in health care quality improvement and facilitate rapid adoption within and across organizations and communities.</p> <p>9. <u>Workforce Development:</u> Investing in people to prepare the next generation of health care professionals and support lifelong learning for providers.</p>
--	--	---

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von AHRQ (2017).

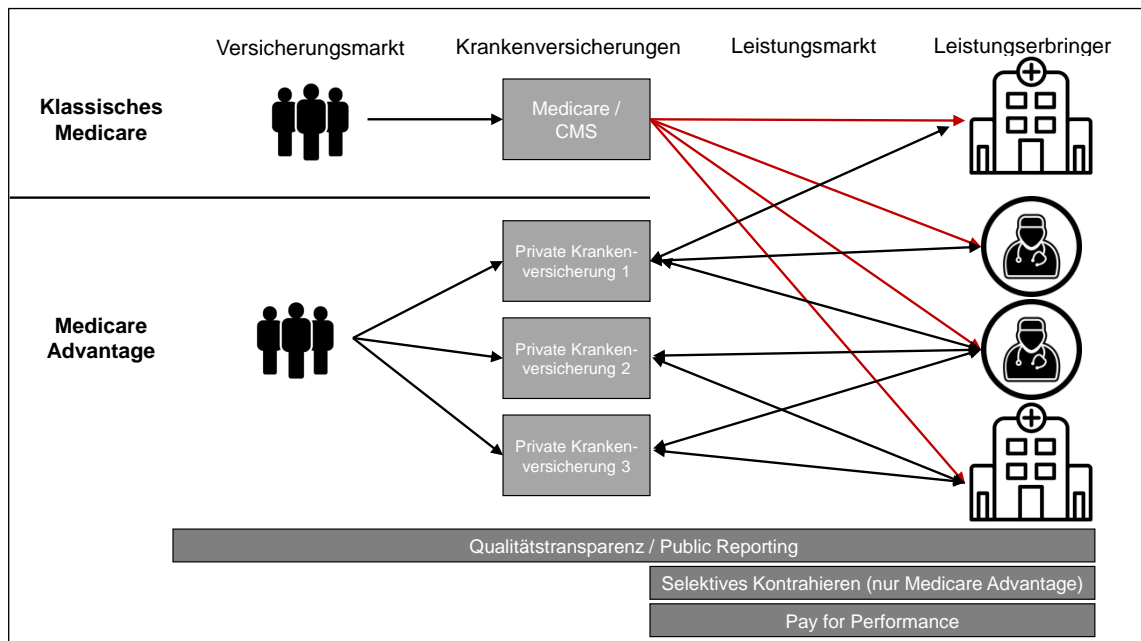
Zur Umsetzungsunterstützung der im ACA festgesetzten und in der NQS priorisierten Themen wurde mit dem Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) eine Think-Tank-Organisation geschaffen. Das CMMI bietet eine Plattform, um Projekte in der Versorgung zu pilotieren. Bei sich bewährten Pilotprojekten wird eine Überführung in die klassische Medicare-Versorgung vorangetrieben. Entscheidend ist hierbei aus ordnungspolitischer Perspektive, dass erfolgreiche Modelle nicht zwingend einen oftmals interessenpolitisch dominierten politischen Legitimierungsprozess absolvieren müssen, sondern direkt in die Versorgung überführt werden können.⁴⁶⁶ Als konkretes Beispiel dieses Prozesses können die Accountable Care Organizations (ACO) genannt werden.

Abbildung 22 beschreibt die Wettbewerbskonzeption mit Bezug auf qualitätswettbewerbliche Instrumente im Medicare-Bereich in den USA. Daraus gehen die unterschiedlichen Konstruktionen der Instrumente sowie die Möglichkeit der Wahl der privaten Krankenversicherung im Bereich des Medicare Advantage⁴⁶⁷ hervor.

⁴⁶⁶ vgl. Matthes 2018.

⁴⁶⁷ Die Anwendung des Instruments des selektiven Kontrahierens im Bereich des Medicare Advantage, das i.d.R. mit einer Einschränkung der Wahlfreiheit der Leistungserbringer für den Versicherten einhergeht, führt dazu, dass folgerichtig auch die z.B. in 6.3.3.4 beispielhaft beschriebenen PR-Portale nur ausschnitthaft innerhalb des jeweils kontrahierten Leistungserbringer-Netzwerks des privaten Krankenversicherers wirken können.

Abbildung 22: Wettbewerbsrahmen im Medicare-Bereich in den USA



Quelle: Eigene Darstellung.

Wie beschrieben, ging vom ACA im Bereich Medicare in den USA eine starke Wirkung zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs aus. Die ordnungspolitische Einbettung folgt hierbei einem Top-Down-Ansatz, indem durch den ACA Strukturen und Ansätze definiert wurden, die dann durch CMS als Regulator in konkrete operative Instrumente überführt wurden.

Die Value-basierte Vergütung steht bei Medicare in den USA im Fokus der Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs. PR und eine zugehörige Qualitätsmessung werden dafür als notwendige befähigende Komponenten angesehen. Selektives Kontrahieren wird im Bereich von Medicare Advantage angewendet.

Insgesamt diene der ACA im Kontext der Stärkung eines Qualitätswettbewerbs als Treiber und Plattform zur Testung innovativer Instrumente und Programme. Immanent ist diesem Testen in den USA stets auch eine ausgeprägte „trial and error-Kultur“. Das bedeutet, dass innovative Ansätze ggf. auch mit ersten Misserfolgen einhergehen können, aus denen dann entsprechende Erkenntnisse abgeleitet werden.⁴⁶⁸ Ein solcher Ansatz ermöglicht eine ständige Weiterentwicklung und Lernprozesse, die gerade beim Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente von besonderer Bedeutung sind.

⁴⁶⁸ vgl. Abrams et al. 2015, S. 12.

6.3.3.3 Qualitätsmessung

Die Qualitätsmessung dient in den USA u.a. dem Ziel, Grundlagen für qualitätsbasierte Vergütungsformen zu schaffen, welche durch den ACA ordnungspolitisch forciert wurden. Daher zielt die Definition der QI stark auf die Zweckmäßigkeit der Verwendung in P4P-Programmen ab. Die erhobenen QI werden außerdem gleichzeitig für PR-Zwecke genutzt und für die Öffentlichkeit publiziert (s. 6.3.3.4). Koordinierend im Bereich der Qualitätsmessung der Medicare-Versorgung agiert CMS.

Akutstationäre Versorgung

Es existieren mehrere durch CMS getriebene Initiativen, die auf verschiedenen Datengrundlagen basieren (z.B. Abrechnungsdaten, Daten aus elektronischen Krankenakten, Patientenzufriedenheitsdaten). Bereits seit dem Jahr 2004 fordert CMS von den Krankenhäusern über die Inpatient Quality Reporting (IQR)-Initiative definierte QI ein. Die Indikatoren umfassen dabei beispielsweise die Komplikationsrate nach Operationen, die Patientenzufriedenheit, auf administrativen Daten basierende Ergebnisindikatoren und Indikatoren, die direkt aus Daten der elektronischen Krankenakte gewonnen werden.⁴⁶⁹

Insgesamt werden dadurch QI sowohl der Struktur-, als auch der Prozess- und Ergebnisqualität gemessen. Bei der Konstruktion von QI werden zahlreiche Expertenorganisationen mit einbezogen, um die Indikatoren auf eine breite Konsensbasis zu stellen. Ein Jahr, nachdem Kliniken einen neu definierten Indikator erhoben und die Ergebnisse veröffentlicht haben, kann CMS diesen Parameter bereits in seine P4P-Vergütungsprogramme einbeziehen.⁴⁷⁰

Damit in der Einführungsphase alle Krankenhäuser für die verschiedenen Indikatoren der IQR-Initiative die entsprechenden Daten vollständig und akkurat lieferten, koppelte CMS die Datenlieferung an das Annual Payment Update (APU). Das APU ist ein jährlicher Inflationsausgleich, den CMS an Krankenhäuser zahlt. Ein Viertel dieser Ausgleichszahlung ist an die vollständige und akkurate Lieferung von Daten gebunden. Dieses Vorgehen bedeutete ein sog. Pay for Reporting.⁴⁷¹

Der verbindlich für alle Krankenhäuser zu liefernde IQR-Datensatz stellt eine Plattform-Initiative im Rahmen der akutstationären Qualitätsmessung in den USA dar. Denn aus den IQR-Daten speisen sich die für die einzelnen im akutstationären Bereich angelegten

⁴⁶⁹ vgl. CMS 2019a.

⁴⁷⁰ vgl. Matthes 2018.

⁴⁷¹ Beim Pay for Reporting handelt es sich um einen Ansatz, die unter das Instrument des PR zu subsumieren ist. Dabei werden Leistungserbringern finanzielle Anreize gesetzt, mit dem Ziel, dass diese definierte Qualitätsdaten und -kennzahlen auf entsprechenden Plattformen veröffentlichen.

QI der P4P-Programme (s. 6.3.3.6). Als Nebeneffekt dienen die erhobenen Daten ebenso dazu, Patienten auf entsprechenden PR-Portalen valide Qualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen (s. 6.3.3.4). Dies verdeutlicht erneut den befähigenden Charakter, den das Instrument der Qualitätsmessung, beispielhaft am IQR-Programm, in den USA einnimmt.

Neben dem IQR-Datensatz gibt es weitere im akutstationären Bereich bei CMS angesiedelte Initiativen zur Qualitätsmessung. Diese basieren u.a. auf Patientenbefragungen. Hier ist das Programm Hospital Consumer Assessment (HCAHPS) zu nennen. In Bezug auf die Nutzung von Abrechnungsdaten existiert das Excess Days in Acute Care (EDAC)-Programm, das erneute Krankenhausaufenthalte bis zu 30 Tage nach Krankenhausentlassung für definierte Indikationen erfasst.⁴⁷²

Ambulante Versorgung

Ebenso wie in der akutstationären Versorgung fokussieren die diversen Initiativen der Qualitätsmessung im ambulanten Medicare-Bereich auf die Nutzung der erzeugten Qualitätsdaten im Rahmen der innovativen qualitätsbasierten Vergütungsformen. Die einzelnen Initiativen wurden initial ordnungspolitisch dahingehend ausgestaltet und eingebettet, um mittelfristig als Datenbasis für P4P-Programme zu dienen.

Wenngleich zeitlich etwas nachgelagert zum akutstationären Bereich, wurde im Jahr 2006 das Physician Quality Reporting System (PQRS) eingeführt, welches das bedeutendste Programm der Qualitätsmessung im ambulanten Bereich darstellt. Dieses incentivierte niedergelassene Ärzte, Qualitätsdaten an CMS zu liefern. Dabei existierten definierte Auswahlmöglichkeiten, zu welchen Dimensionen diese Qualitätsdaten durch die ambulanten Leistungserbringer zur Verfügung gestellt werden konnten. Die Dimensionen (Patientensicherheit, Kommunikation und Koordination der Versorgung, Gesundheitszustand der Bevölkerung, Effektivität der Versorgung, Effizienz der Versorgung, Patientenbefragungen und Outcomes)⁴⁷³ orientierten sich stark an den im Rahmen der NQS definierten priorisierten Ziele.

Im Rahmen des ACA wurde das PQRS mit einem negativen finanziellen Incentive konzipiert (Pay for Reporting), so dass Strafzahlungen bei Nicht-Lieferung oder nicht korrekter Lieferung der Qualitätsdaten von bis zu -4% im Jahr 2016 möglich waren.⁴⁷⁴

⁴⁷² vgl. QualityNet 2020.

⁴⁷³ vgl. CMS 2013.

⁴⁷⁴ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 14.

Qualitätsdaten aus dem PQRS wurden, analog zum akutstationären Bereich, mit durch CMS koordinierten PR-Portalen verknüpft (z.B. Physician Compare) (s. 6.3.3.4).

Zum Finanzjahr 2019 wurde das PQRS durch das Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) ersetzt. MIPS wurde ordnungspolitisch durch das im Jahr 2015 erlassene Reformgesetz Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA) eingeführt. Im Jahr 2019 adressierte das MIPS ca. 700.000 ambulant tätige Ärzte in den USA.⁴⁷⁵

Im MIPS wird die Qualität durch folgende vier Komponenten gemessen: Qualität, Kosten, Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung und den Austausch von Patienteninformationen über elektronische Krankenakten.⁴⁷⁶ Die Indikatoren bilden dabei alle drei Qualitätsebenen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) ab. Den ambulanten Leistungserbringern werden hier erneut Wahloptionen bzgl. der Lieferung von Qualitätsdaten gegeben.⁴⁷⁷ Die Qualitätskomponenten adressieren zudem auch unterschiedliche Datengrundlagen. Dies kann beispielhaft an der Komponente Qualität im Rahmen des MIPS illustriert werden. Je nach ausgewähltem QI können Ärzte die Qualitätsdaten in Form von Register-, Abrechnungsdaten, oder aber als Extrakt aus elektronischen Krankenakten an CMS übermitteln.⁴⁷⁸

Auch wenn Ärzte, die an der Qualitätsmessung über MIPS partizipieren, den administrativen Aufwand zur Übermittlung der Qualitätsdaten kritisch betrachten, werden ebenso Vorteile gesehen. Insbesondere die hohe Validität und Evidenzbasierung wurde durch Ärzte als positiv bewertet.⁴⁷⁹ Zudem konnten Liao et al. in einer Befragung von Fachärzten der Inneren Medizin ableiten, dass die Ärzte MIPS als sinnvoll angelegtes Instrument betrachten, allerdings auch nicht-intendierte Effekte befürchten, indem der Fokus auf QI gelegt werden könnte, die im Rahmen des MIPS incentiviert sind.⁴⁸⁰

6.3.3.4 Qualitätstransparenz / Public Reporting

Obschon im Medicare-System bereits vor dem Inkrafttreten des ACA durch CMS Qualitätsdaten veröffentlicht wurden, um zum einen die Leistungserbringer zu Qualitätsverbesserungen zu incentivieren und zum anderen Patienten eine informierte Entscheidungsgrundlage zu bieten, leistete der ACA im Bereich PR einen entscheidenden Impuls. Zentral war „dabei insbesondere die Entwicklung und

⁴⁷⁵ vgl. CMS 2017a.

⁴⁷⁶ vgl. Berdahl et al. 2019, S. 2276.

⁴⁷⁷ vgl. Squitieri und Chung, 2017.

⁴⁷⁸ vgl. ebd.

⁴⁷⁹ vgl. Berdahl et al. 2019.

⁴⁸⁰ vgl. Liao et al. 2018.

verständliche Aufbereitung von qualitäts- und kostenbezogenen Kennzahlen, welche den Bedürfnissen der Patienten entsprechen⁴⁸¹“. Um dies zu verwirklichen, wurden für diverse Versorgungsbereiche bzw. -sektoren⁴⁸² PR-Portale implementiert bzw. weiterentwickelt, so auch für den akutstationären und ambulanten Bereich.⁴⁸³

Akutstationäre Versorgung

Die Landschaft der PR-Portale in den USA ist sehr vielfältig. Es existieren sowohl Portale, die einen starken regionalen Fokus haben, als auch national angelegte Initiativen. Viele Portale werden durch die öffentliche Hand betrieben. Aber auch privatwirtschaftliche Initiativen lassen sich identifizieren. Das bedeutendste Portal im Medicare-Bereich stellt das im Jahr 2004 eingeführte Hospital Compare⁴⁸⁴ (HC) des CMS dar. Dieses umfasst insgesamt ca. 4.000 durch CMS zertifizierte Krankenhäuser in den USA.⁴⁸⁵

Im Zeitverlauf erfuhr HC sukzessive inhaltliche Erweiterungen. Während zu Beginn zehn Prozessindikatoren zu drei Indikationen (Akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Lungenentzündung) veröffentlicht wurden, wurden im Jahr 2006 beispielsweise Kosteninformationen und im Jahr 2008 sowohl Daten zur Patientenerfahrungen aus dem HCAHPS als auch Ergebnisindikatoren (30-Tages-Mortalitätsraten) zu den Indikationen Akuter Myokardinfarkt und Herzinsuffizienz ergänzt. Im Jahr 2013 wurden die Daten des P4P-Programms HVBP (s. 6.3.3.6) in das Portal integriert.⁴⁸⁶ Dadurch besitzt HC mittlerweile eine große Bandbreite (s. Tabelle 11).

Seit Mitte 2016 bildet HC neben Daten zu einzelnen Qualitätsdimensionen auch eine aggregierte Qualitätskennzahl, ein sog. Overall rating, ab. Dieses berücksichtigt bis zu 64 einzelne QI aus sieben Kategorien und kalkuliert daraus einen gewichteten Wert. Diese aggregierte Qualitätskennzahl eines Krankenhauses soll die Qualität der Klinik gesamthaft widerspiegeln. Dies geschieht in Form einer Sterne-Bewertung, wobei fünf Sterne das bestmögliche Ergebnis darstellen.⁴⁸⁷

⁴⁸¹ Emmert et al. 2017b, S. 67.

⁴⁸² Neben dem akutstationären und ambulanten Versorgungsbereich existieren PR-Portale auch für Pflegeheime, Rehabilitationskliniken, Dialyseeinrichtungen, Langzeitpflegeeinrichtungen sowie für in adaptierter Form für private Krankenversicherungen im Rahmen des Medicare Part C (5-Star-Rating).

⁴⁸³ vgl. Schapiro 2017, S. 162.

⁴⁸⁴ <https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html>

⁴⁸⁵ vgl. Emmert et al. 2017b, S. 72.

⁴⁸⁶ vgl. CMS 2020a.

⁴⁸⁷ vgl. Emmert et al. 2017b, S. 74.

Tabelle 11: Übersicht über die Elemente zur Kalkulation des Overall ratings auf Hospital Compare

Kategorie	Anzahl Kennzahlen	Gewichtung für das Overall rating
Mortalität	7	22%
Sicherheit	8	22%
Wiedereinweisung	8	22%
Patientenerfahrungen	11	22%
Effektivität der Versorgung	18	4%
Zeitnahe Versorgung	7	4%
Effizienter Einsatz bildgebender Verfahren	5	4%

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Emmert et al. (2017b), S. 73.

Nutzer von HC können neben der aggregierten Kennzahl auch detaillierte Informationen zu Krankenhäusern abrufen. Ein Vergleich mehrerer Einrichtungen ist möglich. Die QI einer Einrichtung werden dabei gegen einen nationalen Durchschnittswert, partiell auch zusätzlich gegen einen Durchschnittswert des jeweiligen Bundesstaates als Benchmark verglichen.

Zur Beurteilung der Effektivität und des Nutzens des Portals HC existiert mittlerweile eine Vielzahl an Studien und Evaluationen: Im Sinne des in 4.3.3 skizzierten Optimierungspfades von Leistungserbringern kommen Ryan et al. zu dem Schluss, dass die Veröffentlichung der 30-Tages-Mortalitätsraten als QI der Ergebnisqualität nicht zu signifikanten Verbesserungen der Qualität im Zeitverlauf geführt hat (Indikationen Akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Lungenentzündung).⁴⁸⁸ Diese These wird durch eine Untersuchung von Joynt und Kollegen bestätigt.⁴⁸⁹

Masnick et al. zeigen, dass die Daten in HC (am Beispiel der Krankenhausinfektionen) für die Nutzer/Patienten nur schwer verständlich sind und daher bei der Selektion von Einrichtungen nur bedingt weiterhelfen.⁴⁹⁰ Auch Schapiro bescheinigt HC, dass die Informationen zum einen nur schwer verständlich sind und es zum anderen durch mancherorts, v.a. im ländlichen Raum, fehlende kompetitive Krankenhausstrukturen nicht zu einem Qualitätswettbewerb kommen kann.⁴⁹¹

⁴⁸⁸ vgl. Ryan et al. 2012.

⁴⁸⁹ vgl. Joynt et al. 2016a.

⁴⁹⁰ vgl. Masnick et al. 2016.

⁴⁹¹ vgl. Schapiro 2017.

Analysen zu Nutzerzahlen von HC existieren bislang nicht. Lediglich eine Befragung aus dem Jahr 2015 legt dar, dass 75% aller im Internet aktiven US-Bürger von PR-Portalen bereits gehört haben, auf denen Qualitätsinformationen zu Krankenhäusern gefunden werden können.⁴⁹²

Hu und Kollegen identifizieren, dass die beschriebene aggregierte Qualitätskennzahl nur bedingt aussagekräftig sei und vielmehr die spezifischen und oftmals indikationsbezogenen QI für Vergleiche herangezogen werden sollten.⁴⁹³ Dem entgegen folgern Wang et al., dass das Sterne-Rating von HC durchaus als valides Instrument angesehen werden kann.⁴⁹⁴

Den überwiegend kritischen Ergebnissen gegenüber wird HC im europäischen Kontext als gutes Instrument angesehen, um über zahlreiche Informationsangebote und eine ausgeprägte Nutzerfreundlichkeit eine Möglichkeit zu einem informierten Krankenhausvergleich zu bieten.⁴⁹⁵

Ambulante Versorgung

Im ambulanten Bereich existiert ebenso eine Vielfalt an PR-Portalen. In der Medicare-Versorgung ist dabei das Portal Physician Compare⁴⁹⁶ (PC) das weitest entwickelte.

PC wurde Ende 2010 eingeführt. Dabei setzte sich PC neben der Informationsbereitstellung für Patienten für eine informierte Wahl der Leistungserbringer auch die Schaffung von Qualitätsanreizen und eines Qualitätswettbewerbs zwischen den ambulanten Leistungserbringern zum Ziel.⁴⁹⁷

Die AHRQ und CMS wurden durch den ACA damit betraut, PC zu implementieren. Während die AHRQ die wissenschaftliche Einbettung und Weiterentwicklung verantwortet, ist CMS für die operative Umsetzung zuständig.⁴⁹⁸

Zu Beginn von PC, in den Jahren von 2010 bis 2017, speisten sich die Darstellungen auf dem Portal aus den im Rahmen des PQRS erhobenen Daten. Seit dem Jahr 2018 dient MIPS als Nachfolger von PQRS (s. auch 5.3.4.3) als primäre Datenquelle. Auch Daten aus staatlich organisierten Patientenbefragungen finden auf PC Berücksichtigung.⁴⁹⁹

⁴⁹² vgl. Emmert et al. 2017b, S. 71.

⁴⁹³ vgl. Hu et al. 2017.

⁴⁹⁴ vgl. Wang et al. 2016.

⁴⁹⁵ vgl. Emmert et al. 2017b, S. 82; vgl. Pross et al. 2017b, S. 153ff.

⁴⁹⁶ <https://www.medicare.gov/physiciancompare/>

⁴⁹⁷ vgl. CMS 2019b.

⁴⁹⁸ vgl. Gittelsohn 2017, S. 7.

⁴⁹⁹ vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 14ff.

Der Fokus der Darstellungen liegt insgesamt auf Angaben zur Strukturqualität der Ärzte, aber auch QI zur Prozess- und teilweise zur Ergebnisqualität werden auf PC abgebildet.⁵⁰⁰ Beispielhafte QI von PC können Tabelle 12 entnommen werden. Um möglichst aussagekräftige Daten auf PC zu präsentieren, erfolgt durch CMS eine Reliabilitätsprüfung der Daten. Diese soll die Belastbarkeit der veröffentlichten Daten gewährleisten.⁵⁰¹

Tabelle 12: Beispielhafte Qualitätsindikatoren auf Physician Compare

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wartezeit ▪ Kooperationen ▪ Terminvergabe ▪ Aus- und Weiterbildungen 	Digitale Kommunikation zwischen Ärzten und Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenbefragungen ▪ Staatliche Leistungsbewertungsindikatoren

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Albrecht und Ochmann (2018), S. 17.

Die Datenlieferung und Veröffentlichung der Ergebnisse auf dem Portal sind derzeit für ambulant tätige Ärzte im Medicare-Bereich nicht verpflichtend. Die Teilnahme wird allerdings durch einen finanziellen Anreiz incentiviert. Dieser negative Anreiz in Form eines Vergütungseinbehalts beträgt seit dem Jahr 2016 zwei Prozent der Summe der Abrechnungsbeträge erstattungsfähiger Medicare-Leistungen (Part B). Dieser Betrag wird Ärzten, die nicht an PC teilnehmen, nicht ausbezahlt.⁵⁰²

Wenn sich Ärzte für eine Datenübermittlung entscheiden, haben diese definierte Wahloptionen, zu welchen QI sie Daten an CMS zur Darstellung auf dem PC-Portal übermitteln können.⁵⁰³ Daraus ergeben sich nicht-intendierte Effekte, dass Ärzte zu denjenigen QI Daten liefern, bei denen sie sich eine günstige Wettbewerbsposition erwarten. Dies kann zu einer negativen Risikoselektion führen.⁵⁰⁴

Liu et al. stellen fest, dass die Performance-Daten bei denjenigen Ärzten, die Daten auf PC veröffentlichen, oftmals relativ hoch sind.⁵⁰⁵ Dies spiegelt die bereits beschriebene Gefahr der Ergebnisverzerrung durch den freiwilligen Charakter sowie die Auswahloptionen bei den QI wider.

⁵⁰⁰ vgl. ebd., S. 25.

⁵⁰¹ vgl. Liu et al. 2019, S. 1134.

⁵⁰² vgl. Albrecht und Ochmann 2018, S. 14; vgl. Liu et al. 2019, S. 1133.

⁵⁰³ vgl. ebd., S. 1133.

⁵⁰⁴ vgl. ebd., S. 1134; vgl. Gittelsohn 2017, S. 18-21.

⁵⁰⁵ vgl. Liu et al. 2019, S. 1133.

6.3.3.5 Selektives Kontrahieren

Selektives Kontrahieren findet, wie in 6.3.3.2 bereits beschrieben, im Bereich Medicare Advantage statt. Der Einsatz des selektiven Kontrahierens wird dort durch die stark an die Managed Care-Logik angelehnte Ausrichtung motiviert und erstreckt sich sowohl auf den ambulanten als auch den akutstationären Bereich.

Medicare-Versicherte, die sich für Medicare Advantage entscheiden, geben für den i.d.R. größeren Leistungsumfang und die besseren Koordinationsleistungen im Vergleich zur traditionellen Medicare-Versorgung ihre Wahlfreiheit bzgl. des medizinischen Leistungserbringers partiell auf. Diese Einschränkung der Wahlfreiheit kann operativ unterschiedlich restriktiv ausgestaltet sein. Die privaten Krankenversicherungen formen unter Anwendung des selektiven Kontrahierens (regionale) Leistungserbringernetzwerke, welche durch die jeweiligen Versicherten (primär) in Anspruch genommen werden können.

CMS definiert im Rahmen des selektiven Kontrahierens Kriterien, welche die Krankenversicherer zu erfüllen haben. Diese Kriterien adressieren z.B. die maximale Fahrzeit zum nächsten Facharzt oder Akutkrankenhaus in Abhängigkeit der geographischen Lage der Region⁵⁰⁶ (z.B. Metropolregion oder ländlicher Raum). Dadurch soll ein adäquater Zugang für Versicherte sichergestellt werden.

Mindestkriterien, welche die erbrachte Leistungsqualität der durch die privaten Krankenversicherer selektiv kontrahierten Leistungserbringer betreffen, existieren hingegen nicht. Allerdings wird dieser Aspekt durch das im Jahr 2008 eingeführte 5-Star-Rating indirekt incentiviert.

Durch diese Konstruktion ergeben sich für die Leistungserbringer Anreize, in Leistungserbringernetzwerken bzw. Vertragskonstrukten möglichst vieler privater Krankenversicherer einer Region vertreten zu sein. Private Krankenversicherer verspüren hingegen den Anreiz, mit qualitativ möglichst hochwertigen Leistungserbringern zu kontrahieren, um dadurch Wettbewerbsvorteile in der Attrahierung und Bindung von Versicherten zu generieren.

Auf den letztgenannten Aspekt wirkt das 5-Star-Rating ein, das in der Folge genauer beschrieben wird, da sich daraus der Qualitätswettbewerb im Bereich Medicare Advantage maßgeblich ableitet.

⁵⁰⁶ Im Jahr 2020 durfte die Fahrzeit gemäß CMS-Vorgaben zum nächsten kontrahierten Hausarzt in einer Metropolregion maximal 15 Minuten, im ländlichen Raum hingegen bis zu 40 Minuten betragen. Ein kontrahiertes Akutkrankenhaus musste in Metropolregionen in maximal 45 Minuten erreichbar sein, im ländlichen Raum in maximal 75 Minuten (vgl. CMS 2020b).

Das durch CMS eingeführte 5-Star-Rating basiert auf einer jährlichen Bewertung der Tarife (health plans) der privaten Krankenversicherungen. Dabei werden die Krankenversicherer gemäß einer Sterne-Logik (in 0,5er-Schritten; minimal 1 Stern, maximal 5 Sterne) auf Grundlage von durch CMS definierten QI qualitativ bewertet. Im Jahr 2020 wurden dafür bei Krankenversicherungstarifen, die neben Part C- auch Part-D-Leistungen abdecken, insgesamt 45 QI herangezogen. Diese QI speisten sich aus unterschiedlichen Datenquellen, die sowohl Abrechnungsdaten als auch Patientenbefragungen berücksichtigten.⁵⁰⁷

Ziele des 5-Star-Ratings sind es, zum einen den Medicare-Versicherten eine Orientierungshilfe bei der Wahl eines qualitativ hochwertigen Krankenversicherungstarifs im Bereich Medicare Advantage zu bieten und zum anderen Kostenträgern Anreize zu geben, mit qualitativ möglichst hochwertigen Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren und damit ein für Versicherte attraktives Leistungserbringernetzwerk anzubieten. Dieses Netzwerk wiederum ist die Basis für die Gewinnung und Bindung von Versicherten.

Da die zur Bewertung der Krankenversicherer im Rahmen des 5-Star-Ratings herangezogenen QI in einem hohen Maße die Qualität der jeweils durch den Versicherer kontrahierten Leistungserbringer abbilden⁵⁰⁸, können Krankenversicherer über das Instrument des selektiven Kontrahierens ihre eigene Bewertung im 5-Star-Rating steuern bzw. beeinflussen.⁵⁰⁹ Folglich kann dem 5-Star-Rating ein befähigendes Potenzial für einen Qualitätswettbewerb über selektives Kontrahieren zugesprochen werden.

Bis zum Jahr 2011 wurden die Bewertungen des 5-Star-Ratings durch CMS zwar veröffentlicht, aber nicht monetär incentiviert. Als Folge des ACA wurde ab dem Jahr 2012 die Finanzierung der privaten Krankenversicherer durch CMS in Teilen vom Abschneiden im 5-Star-Rating abhängig gemacht.

Hinweise, dass das 5-Star-Rating einen Qualitätswettbewerb induziert, der primär an den privaten Krankenversicherern ansetzt, aber auf die Leistungserbringer durchwirkt, lassen sich bei Betrachtung des 5-Star-Ratings im Zeitverlauf ableiten. Denn das gewichtete durchschnittliche Sterne-Rating der privaten Krankenversicherungen verbesserte sich nach Einführung des 5-Star-Ratings bis zum Jahr 2018 um 28% (von 3,18 in 2011 auf 4,06 in 2018).⁵¹⁰ Allerdings können diese Beobachtungen nicht isoliert auf die Implementierung des 5-Star-Rating-Programms zurückgeführt werden. Gründe

⁵⁰⁷ vgl. CMS 2019c.

⁵⁰⁸ vgl. Layton und Ryan 2015, S. 1812.

⁵⁰⁹ vgl. Berenson et al. 2019, S. 2.

⁵¹⁰ vgl. Jamieson et al 2018, S. 2.

dafür sind u.a., dass die QI während des Zeitverlaufs methodisch leichten Änderungen unterworfen waren. Außerdem wurden die jeweiligen relativen Schwellenwerte, auf denen die Zuordnung eines Krankenversicherungstarifs zur jeweiligen Sterne-Bewertung beruht, im Zeitverlauf geändert.⁵¹¹

Das Ziel der Orientierungshilfe für Versicherte bei der Wahl des Krankenversicherungstarifs sowie das Auslösen von Steuerungseffekten scheint das 5-Star-Rating zu erfüllen. Denn während im Jahr 2013 37% der Medicare Advantage-Versicherten bei einem Anbieter mit einer mindestens 4-Sterne-Bewertung versichert waren, betrug der Anteil im Jahr 2017 bereits 66%.⁵¹²

Zur Beurteilung, ob die Anreize des 5-Star-Ratings auf die privaten Krankenversicherer, möglichst mit Top-Performern selektiv zu kontrahieren, auf den operativen Einsatz des selektiven Kontrahierens durchwirken, existieren unterschiedliche Evidenzen. Haeder folgert aus einer Analyse für den Bundesstaat Kalifornien unter Betrachtung dreier Facharztgruppen (Kardiologen, Endokrinologen und Gynäkologie/Geburtshilfe), dass sich die Qualität der jeweiligen medizinischen Leistungserbringer, die in Medicare Advantage-Konstrukten kontrahiert sind, nicht signifikant von der Qualität der Versorgung im traditionellen Medicare-System unterscheidet. Zugleich geht aus der Untersuchung hervor, dass insbesondere in Metropolregionen die Einschränkung der Wahlfreiheit keine negativen Auswirkungen auf die Qualität hat.⁵¹³ Dies impliziert, dass das selektive Kontrahieren im Medicare Advantage-Bereich weniger stark über die Qualität erfolgt.

Meyers und Kollegen analysieren, dass Medicare Advantage-Versicherte im Vergleich zu Versicherten im traditionellen Medicare-Bereich signifikant häufiger in Krankenhäuser eingewiesen werden (keine Notfälle), die sich hinsichtlich der Wiedereinweisungsraten im Mittelfeld der Krankenhausrankings befinden. Gleichzeitig werden Medicare Advantage-Versicherte seltener in Einrichtungen mit hohen Wiedereinweisungsraten (Low-Performer) eingewiesen.⁵¹⁴ Tabelle 13 zeigt zudem, dass Medicare Advantage-Versicherte seltener in Top-Performer Krankenhäuser eingewiesen werden.

⁵¹¹ vgl. L&M Policy Research 2015, S. 1.

⁵¹² vgl. Jacobson et al. 2017.

⁵¹³ vgl. Haeder 2019.

⁵¹⁴ vgl. Meyers et al. 2020.

Tabelle 13: Prozentuale Verteilung der Hospitalisierungen (keine Notfälle) nach Medicare Versicherungsform (2012-2016)

30-Tages-Wiedereinweisungsrate*	Traditionelles Medicare (rohe Rate)	Medicare Advantage (rohe Rate)	Adjustierte Differenz**	p-Wert
Unterstes Quintil (Top-Performer)	25,7	23,7	-1,9	<0,01
Quintile 2-4	50,1	54,2	5,1	<0,01
Oberstes Quintil (Low-Performer)	24,2	22,1	-3,2	<0,01

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meyers et al. (2020), S. 6.

*Die Raten beziehen sich auf die Indikationen akuter Myokardinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, koronare Bypass-Operationen und COPD-Erkrankungen.

**Die Adjustierung kontrolliert für die Kriterien Alter, Geschlecht, Ethnie, Postleitzahlen-Code und Doppelaufzeichnungen in traditionellem Medicare und Medicare-Advantage.

Schakel und Kollegen zeichnen unter Fokussierung auf den Bundesstaat New York die operativen Erfahrungen der privaten Krankenversicherer mit dem selektiven Kontrahieren nach. Daraus lassen sich mit Bezug auf die Induzierung eines Qualitätswettbewerbs folgende Erkenntnisse ableiten:

Erstens betonen die privaten Krankenversicherer, dass die ordnungspolitische Vorgabe von Rahmenbedingungen von besonderer Bedeutung ist. Im Falle von Medicare Advantage erfolgte dies maßgeblich durch die Einführung des 5-Star-Ratings durch CMS.⁵¹⁵

Zweitens beziehen nahezu alle untersuchten Krankenversicherungstarife bzw. -produkte der Krankenversicherer QI der Strukturqualität im Prozess des selektiven Kontrahierens ein. QI der Prozess- und Ergebnisqualität werden hingegen schwerpunktmäßig nur von Krankenversicherern mit höherer Marktabdeckung berücksichtigt.⁵¹⁶ Im Prozess des perpetuierenden Qualitätsmonitorings nach Vertragsschluss wenden größere Krankenversicherer elaboriertere QI-Sets an als kleinere. Insgesamt ist aber auch im Bereich Medicare Advantage noch immer ein Defizit der vorhandenen QI ersichtlich, die den entscheidenden Befähiger eines selektiven Kontrahierens nach Qualität darstellen.⁵¹⁷

Drittens ist ein selektives Kontrahieren unter Fokussierung auf Qualität für Krankenversicherer mit größeren Leistungserbringerentitäten bzw. -netzwerken

⁵¹⁵ vgl. Schakel et al. 2016, S. 25f.

⁵¹⁶ vgl. ebd., S. 20f.

⁵¹⁷ vgl. ebd., S. 26.

einfacher durchzuführen. Diese verfügen im Vergleich zu kleineren Entitäten (Ambulante Ärzte in Einzelpraxis) tendenziell eher über eine adäquate Datenbasis.⁵¹⁸

Viertens kommen die befragten Krankenversicherer zu dem Schluss, dass neben den vertraglich definierten QI, finanziellen Anreizen und Rahmenbedingungen auch die individuelle vertrauliche Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherer und kontrahiertem Leistungserbringer einen entscheidenden Teil für eine erfolgreiche Zusammenarbeit darstellt. Erst wenn diese etabliert ist, kann die Qualitätsoptimierung zielführend verfolgt werden.⁵¹⁹

6.3.3.6 P4P

Die Stärkung von P4P-Programmen ist im Medicare-Bereich eng mit der Verabschiedung des ACA und der darin inhärenten Value-Orientierung verknüpft. Doch bereits zuvor existierten Projekte und Programme mit explizitem P4P-Charakter.

Durch den ACA wurden im akutstationären Versorgungsbereich das Programm HVBP (2012), das Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) (2012) sowie das Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP) (2014) implementiert (s. Tabelle 15). Während das HVBP auf einer Vielzahl an QI der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität basiert, fokussiert das HRRP auf die Reduktion der Wiedereinweisungen bei definierten Indikationsbereichen. Das HACRP hingegen setzt sich zum Ziel, nosokomiale Infektionen in Krankenhäusern zu minimieren.

Auch im ambulanten Bereich wurden entsprechende P4P-Programme geschaffen. Hier sind der Physician Value-Based Payment Modifier (PVBPM) (2015) sowie das MIPS (2019) zu nennen. Die Programme im ambulanten Bereich wurden weniger durch den ACA, sondern vielmehr durch den MACRA motiviert (s. Tabelle 14).

⁵¹⁸ vgl. ebd., S. 23.

⁵¹⁹ vgl. ebd., S. 26f.

Tabelle 14: Zeitliche Abfolge der P4P-Programme im Medicare-Bereich und zugehörige Gesetzgebungsverfahren

	2010	2012	2014	2015	2018	2019
Gesetzgebung	ACA			MACRA		
Implementierte Programme		HVBP HRRP	HACRP	PVBPM		MIPS

Quelle: Eigene Darstellung.

Akutstationäre Versorgung⁵²⁰

Im akutstationären Setting werden nachfolgend zwei P4P-Programme näher untersucht, die beide als Folge des ACA durch CMS im Jahr 2012 eingeführt wurden, aber bereits auf Initiativen beginnend im Jahr 2003 zurückgehen. Zum einen handelt es sich dabei um das HVBP-Programm, zum anderen um das HRRP. Diese beiden Programme eignen sich deshalb besonders gut zur Ableitung potenzieller Transferüberlegungen, da diese beiden Programme jeweils diametrale Ansätze und Anreizdesigns verfolgen und daher Erfolgs- und Risikofaktoren identifizierbar sind. Gemeinsam ist beiden Initiativen, dass alle über Medicare vergüteten Krankenhäuser bundesweit obligatorisch an den P4P-Programmen teilnehmen.

Beim HVBP-Programm wird ein prozentualer Anteil der gesamten DRG-basierten Krankenhausvergütung einbehalten und auf Basis einer linearen Verteilungsfunktion entsprechend der Leistung der Krankenhäuser gemäß definierter QI umverteilt. Das HVBP-Programm funktioniert demzufolge budgetneutral. Die QI speisen sich maßgeblich aus dem IQR-Programm (s. dazu auch 6.3.3.2). Zu Beginn belief sich der Einbehalt auf 1% der DRG-Krankenhausvergütung pro Klinik und wurde sukzessive auf 2% erhöht.

Der Anreizmechanismus berücksichtigt verschiedene Dimensionen⁵²¹, wobei sich deren inhaltliche Schwerpunkte und Gewichtung in den vergangenen Jahren weg von einer dominanten Prozess-, hin zu einer stärkeren Outcome- und Patientenorientierung veränderten (s. Tabelle 15).⁵²² Im HVBP-Programm werden die Indikationen akuter Myokardinfarkt, Herzversagen und Lungenentzündung berücksichtigt.

⁵²⁰ vgl. hierzu auch Benstetter et al. 2021, S. 227ff.

⁵²¹ vgl. Doran et al. 2017, S. 457.

⁵²² vgl. Matthes 2017, S. 18ff.

Tabelle 15: Gewichtung der Qualitätsdimensionen im HVBP-Programm nach Haushaltsjahren

Dimension	2013	2014	2015	2016	2018	2020
Ergebnisqualität	-	25%	30%	40%	50%	25%
Prozessqualität	70%	45%	20%	10%	-	-
Patientenzufriedenheit	30%	30%	30%	25%	25%	-
Effizienz und Kostenreduktion	-	-	20%	25%	25%	25%
Sicherheit	-	-	-	-	-	25%
Patientenzentrierte Kommunikation und Entscheidungsfindung ⁵²³	-	-	-	-	-	25%

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Figueroa et al. (2016) und CMS (2019d).

Die Bemessung der potenziellen Bonuszahlungen errechnet sich nach einer komplexen Logik. Aus den Dimensionen und deren zugehöriger QI ergibt sich letztlich ein zusammengesetzter Performance-Score.⁵²⁴ Mithilfe dieses Scores wird anschließend ein Vergleich zwischen der Messperiode und einer definierten Baseline-Periode vorgenommen. Die Messperiode liegt dabei zwei Jahre vom aktuellen finanzrelevanten Haushaltsjahr in die Vergangenheit zurück, die Baseline-Periode vier Jahre.

Bei der Beurteilung, ob dem jeweiligen Krankenhaus aufgrund seiner Leistung eine Bonuszahlung zukommt oder nicht, werden verschiedene Aspekte berücksichtigt. Zum einen werden absolute Top-Performer belohnt. Dabei misst sich die Leistung in der Messperiode am nationalen Performance-Median zu diesem Zeitpunkt. Zum anderen wird ein relativer Delta-Performer-Aspekt einbezogen. Dieser zielt auf einen Vergleich der individuellen Performance eines Krankenhauses zwischen der Messperiode und der Baseline-Periode ab. Beide Ansätze sind dabei gleichberechtigt. Es wird derjenige der beiden Performance-Werte je Krankenhaus für die Bewertung herangezogen, der absolut, nach Anwendung eines entwickelten Algorithmus, der finanziell günstigere für die Klinik darstellt.⁵²⁵

Evaluationen zum HVBP-Programm kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass vom P4P-Programm bislang weder relevante positive Effekte auf die Qualität der Versorgung noch auf die Stärkung eines Qualitätswettbewerbs ausgehen.⁵²⁶ Lediglich

⁵²³ Diese Dimension geht auf das von CMS eingeführte Konzept „Person and Community Engagement Strategy“ zurück. Diese setzt sich zum Ziel, dass Leistungserbringer proaktiv mit den Patienten kommunizieren und diese in die Entscheidungsfindung aktiv einbeziehen (shared-decision-making).

⁵²⁴ vgl. Department of Health and Human Services 2015, S. 5ff.

⁵²⁵ vgl. Ryan et al. 2015, S. 82; vgl. Figueroa 2016, S. 2.

⁵²⁶ vgl. Figueroa et al. 2016; vgl. Ryan et al. 2015; vgl. Zuckerman et al. 2016.

im Indikationsbereich der Lungenentzündung lassen sich leicht positive Wirkungen im Bereich der Ergebnisqualität nachweisen.⁵²⁷

Die Gründe dafür betreffen insbesondere die folgenden beiden Aspekte: Erstens sind die finanziellen Anreize im Programm zu gering, denn der Großteil der teilnehmenden Krankenhäuser erfuhr im Jahr 2016 infolge des HVBP-Programms Vergütungsunterschiede von nur geringer finanzieller Höhe (s. Tabelle 16). Zweitens ist der Prozess der Bemessung der Bonuszahlungen komplex und überfordert die Leistungserbringer bei der Entscheidung, auf welche Bereiche diese sich im Sinne einer Qualitätsverbesserung mit daran anknüpfender Bonifizierung fokussieren sollen.⁵²⁸

Tabelle 16: Finanzielle Auswirkungen der Medicare-P4P-Programme im akutstationären Bereich im Haushaltsjahr 2016

Finanzielle Auswirkungen (i)	HVBP-Programm		HRRP	
	Anzahl Krankenhäuser	%	Anzahl Krankenhäuser	%
$-3\% \leq i < -2\%$	0	0	111	3,31
$-2\% \leq i < -1\%$	18	0,54	391	11,67
$-1\% \leq i < -0,5\%$	313	9,34	633	18,90
$-0,5\% \leq i < 0\%$	1.044	31,16	1.485	44,33
$i = 0$	270	8,06	730	21,79
$0\% \leq i < +0,5\%$	1.058	31,58	0	0
$+0,5\% \leq i < +1\%$	413	12,33	0	0
$+1\% \leq i < +2\%$	211	6,30	0	0
$+2\% \leq i < +3\%$	23	0,69	0	0
Summe	3.350	100%	3.350	100%

Quelle: Doran et al. (2017), S. 458.

Das HRRP als weiteres P4P-Programm, ebenfalls 2012 initiiert, setzt sich eine Reduzierung von stationären Wiederaufnahmen zum Ziel. Dabei wurden initial die Diagnosen akuter Myokardinfarkt, Herzversagen und Pneumonie einbezogen. In den

⁵²⁷ vgl. Ryan et al. 2017.

⁵²⁸ vgl. Doran et al. 2017, S. 456; vgl. Ryan et al. 2015, S. 94.

Jahren 2015 und 2016 wurden die Indikationen um COPD, Knie- und Hüftgelenkersatz sowie koronaren Bypass ergänzt.⁵²⁹

Auf Basis eines risikoadjustierten Modells⁵³⁰ werden Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach entsprechender Krankenhausentlassung kalkuliert. Wiederaufnahmen werden hier auch gezählt, wenn die Wiederaufnahme keinen direkten Bezug zur ursprünglichen Diagnose aufweist. Lediglich elektive stationäre Wiederaufnahmen bleiben unberücksichtigt.⁵³¹

Ist die tatsächliche, risikoadjustierte Wiederaufnahmerate eines Krankenhauses schlechter bzw. höher als die über den nationalen Benchmark zu erwartende Wiederaufnahmerate, wird das Krankenhaus mit einem prozentualen Einbehalt der DRG-basierten Vergütung belegt.⁵³² Dieser Einbehalt belief sich zu Beginn des Programms auf maximal 1%, wurde sukzessive erhöht und beträgt seit dem Jahr 2015 maximal 3% der gesamten DRG-Vergütungshöhe einer Klinik. Anders als beim HVBP-Programm kommt es im HRRP nicht zu einer budgetneutralen Umverteilung, sondern es existiert ein einseitiger negativer finanzieller Anreiz über den prozentualen Einbehalt.⁵³³

Die zum HRRP vorliegenden Evaluationsstudien kommen im Gegensatz zum HVBP-Programm überwiegend zu positiven Ergebnissen: Ferro et al. zeigen auf, dass die Wiederaufnahmeraten in den finanziell veranreizten Indikationsbereichen durch das HRRP signifikant zurückgingen.⁵³⁴ Dabei konnten in den Ziel-Indikationsbereichen auch Spillover-Effekte⁵³⁵ nachgewiesen werden, indem z.B. auch die Wiederaufnahmeraten für Nicht-Medicare-Versicherte zurückgingen, wenngleich weniger stark als bei Medicare-Versicherten. Gleichzeitig entstanden aber auch Ceiling-Effekte⁵³⁶, da die absoluten Rückgänge der Wiederaufnahmeraten im Zeitverlauf rückläufig waren.⁵³⁷ Hoffman et al. analysieren die Implikationen der finanziellen Anreize und kommen zu

⁵²⁹ vgl. Matthes 2017, S. 24.

⁵³⁰ Bei der Risikoadjustierung werden die Komponenten Alter, Geschlecht und Komorbiditäten berücksichtigt (vgl. Doran et al. 2017, S. 458). Seit dem Jahr 2019 werden die Krankenhäuser zudem in vergleichbare Peer-Gruppen eingeteilt, welche nach sozioökonomischen Aspekten berechnet werden. Dadurch soll dem nicht-intendierten Effekt entgegengewirkt werden, dass Krankenhäuser mit einem überproportional hohen Anteil an sozioökonomisch schlechter gestellten Patienten systematisch durch das HRRP benachteiligt werden.

⁵³¹ vgl. Doran et al. 2017, S. 457.

⁵³² Als Messperiode wird ein dreijähriger Zeitraum aus der Vergangenheit herangezogen. Für die Berechnung der Wiederaufnahmerate und die sich daraus ergebenden potenziellen prozentuale Einbehalte der DRG-Vergütung im Haushaltsjahr 2017 wurde z.B. die Messperiode vom 01.07.2012 - 30.06.2015 zugrunde gelegt.

⁵³³ vgl. Doran et al. 2017, S. 457f.

⁵³⁴ vgl. Ferro et al. 2019; vgl. Gerhardt et al. 2013.

⁵³⁵ Spillover-Effekte sind Ausstrahlungseffekte. Es handelt sich dabei um über den eigentlichen Zielbereich einer Entscheidung oder Maßnahme hinausgehende Wirkungen.

⁵³⁶ Der Ceiling-Effekt („Deckeneffekt“) besagt, dass die Performance eines Indikators durch Leistungserbringer bei Erreichen eines bestimmten Schwellenwerts bzw. Qualitätsniveaus nur noch schwer bzw. nur unter Einbringung hoher Ressourcenaufwände erreichbar ist.

⁵³⁷ vgl. Zuckerman et al. 2016.

dem Schluss, dass die HRRP-Anreize ursächlich für den beobachteten Rückgang der Wiederaufnahmeraten waren.⁵³⁸

Während Gai und Pachamanova insbesondere für vulnerable Zielgruppen (geringes Einkommen, Hochrisikopatienten) signifikante Erfolge des Programms darlegen⁵³⁹, folgern Wadhera et al., dass das HRRP auch nicht-intendierte Effekte auslöst. Durch die finanziellen Anreize werden Fälle, die ansonsten regelhaft als stationäre (Wieder-)Aufnahmen behandelt würden, nach Einführung des HRRP in stärkerem Maße in Notaufnahmen oder in sog. Überwachungsstationen behandelt. Diese Behandlungen gelten dann nicht als stationäre Aufnahmen und lösen dadurch keine negativen Implikationen für das jeweilige Krankenhaus aus.⁵⁴⁰ Demgegenüber kommen allerdings andere Studien zu dem Ergebnis, dass die Zunahme der Fälle in den beschriebenen nicht als stationär geltenden Alternativsettings nicht mit einem Rückgang der Wiederaufnahmen korreliert⁵⁴¹ oder Krankenhäuser durch das HRRP sogar Prozesse im Bereich des Entlassmanagements optimiert haben.⁵⁴²

Auch eine Befragung von Krankenhausgeschäftsführern kam zu dem Ergebnis, dass HRRP maßgeblich zu einer Reduzierung der Wiederaufnahmeraten führte. Dies spiegelt eine Akzeptanz des Programms bei den Leistungserbringern wider, auch wenn gleichzeitig die Höhe des negativen finanziellen Anreizes in Teilen als zu hoch empfunden wurde.⁵⁴³

Der Erfolg des HRRP ist gemäß zahlreichen Studien maßgeblich auf die im Vergleich zum HVBP einfachere verständliche Anreizlogik zurückzuführen. Der Einsatz eines einseitigen negativen finanziellen Anreizes lässt sich leichter gegenüber stationären Leistungserbringern transportieren. Außerdem unterstützt der quantitativ höhere finanzielle Anreiz die Wirkungen des Programms.⁵⁴⁴

Ambulante Versorgung

In der ambulanten Versorgung stellt das PVBPM-Programm den umfassendsten P4P-Ansatz im Medicare-Bereich dar, zu dem bereits Erfahrungen berichtet werden können. Das Programm war in den Jahren 2015 bis einschließlich 2018 finanzwirksam und ging zum Jahr 2019 in das MIPS-Programm über (s. 6.3.3.3). Zum MIPS-Programm liegen

⁵³⁸ vgl. Hoffman et al. 2020.

⁵³⁹ vgl. Gai und Pachamanova 2019.

⁵⁴⁰ vgl. Wadhera et al. 2019.

⁵⁴¹ vgl. Gerhardt et al. 2014.

⁵⁴² vgl. Matthes 2017, S. 24.

⁵⁴³ vgl. Joynt et al. 2016b.

⁵⁴⁴ vgl. Doran et al. 2017, S. 459f.

zum Zeitpunkt der Erstellung der vorliegenden Arbeit noch keine belastbaren Evaluationsstudien vor.

Im PVBPM-Programm wurden Indikatoren zur Qualität und den verursachten Behandlungskosten der teilnehmenden ambulanten Leistungserbringer herangezogen. Der relevante Messzeitraum der Indikatoren lag jeweils zwei Jahre gegenüber dem Jahr, in dem die Finanzwirksamkeit für die ambulanten Ärzte eintrat, zurück. Bemessungsgrundlage der finanziellen Anreize stellten die über Medicare Part B vergüteten Leistungen auf Einzelleistungsbasis dar.

Das PVBPM-Programm wurde konzeptionell an die sich gleichzeitig in Anwendung befindliche Qualitätsmessungsinitiative PQRS (s. 6.3.3.3) gekoppelt. Dadurch wurden zwei Instrumente, die zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs dienen können, miteinander verknüpft. PQRS bildete daher auch die maßgebliche Datengrundlage des P4P-Programms.

Ambulante Leistungserbringer, die sich freiwillig für Datenlieferungen im PQRS-Programm entschieden haben, konnten am PVBPM-Programm und den damit einhergehenden finanziellen Anreizen partizipieren. Ärzte, die sich nicht für eine Teilnahme am Pay for Reporting-Ansatz in Form des PQRS-Programms entschieden haben, konnten auch nicht am PVBPM-Programm teilnehmen, sondern wurden mit dem negativen finanziellen Incentive der Nicht-Lieferung der Qualitätsdaten im Rahmen des PQRS-Programms belegt (s. 6.3.3.3).

Im ersten Messjahr 2013, das im Jahr 2015 finanzwirksam wurde, wurden zunächst nur große ambulante Leistungserbringereinheiten und -netzwerke mit mindestens 100 tätigen Ärzten eingeschlossen. Im Messjahr 2014 wurde das PVBPM-Programm auf alle Leistungserbringereinheiten mit mindestens 10 tätigen Ärzten erweitert. Im Messjahr 2015 kam es zum Einschluss aller ambulanten im Rahmen von Medicare tätigen Ärzte, folglich auch von in Einzelpraxen tätigen Leistungserbringern.⁵⁴⁵

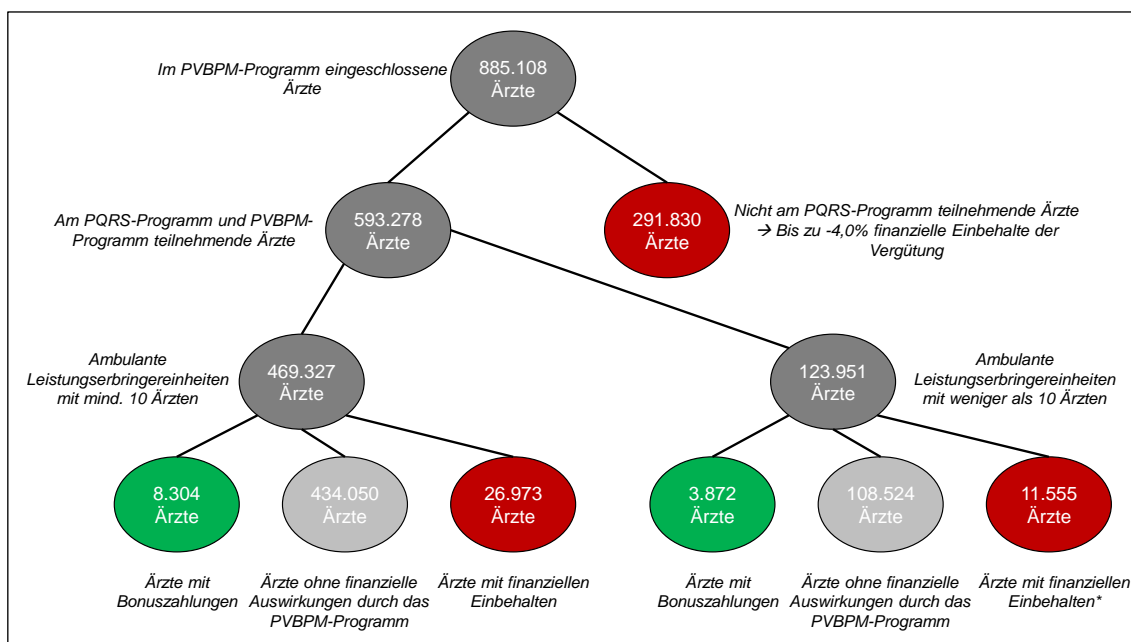
Das PVBPM-Programm wurde budgetneutral angelegt. D.h., die ausgezahlten Boni an Leistungserbringer mit besonders hoher Qualität entsprachen den finanziellen Einhalten, die durch Strafzahlungen bzw. finanzielle prozentuale Einbehalte der nicht am PQRS-Programm teilnehmenden Ärzte sowie Leistungserbringern mit besonders schlechter Qualität generiert wurden. Im Finanzjahr 2017 betrugen die Einbehalte bei Nicht-Teilnahme am PQRS-Programm bis zu -4% der regelhaften Medicare-Vergütung.

⁵⁴⁵ vgl. Roberts et al. 2018.

Die relativen Boni je Leistungserbringer konnten dagegen auch höhere prozentuale Werte erreichen.⁵⁴⁶

Ein Bonus wurde im PVBPM-Programm dann an ambulante Leistungserbringer ausgeschüttet, wenn der aus den hinterlegten Indikatoren risikoadjustierte zusammengesetzte Score mindestens eine Standardabweichung „besser“ als der Durchschnittsscore ist. Die Logik bei Strafzahlungen bzw. finanziellen Einbehalten funktionierte analog.⁵⁴⁷

Abbildung 23: Verteilung der Ärzte im PVBPM-Programm im Finanzjahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an CMS (2017b), S. 8.

Im Finanzjahr 2017 erhielten insgesamt 2,1% der am PVBPM-Programm teilnehmenden Leistungserbringer Bonuszahlungen. 4,5% wurden hingegen mit finanziellen Einbehalten aufgrund schlechter Performance belegt. Für den Großteil der teilnehmenden ambulanten Leistungserbringer (93,4%) hatte das PVBPM-Programm keinerlei finanzielle Auswirkungen. Nicht berücksichtigt sind hierbei diejenigen Leistungserbringer, die sich gegen eine Teilnahme am PQR-Programm entschieden haben und daher auch nicht am P4P-Programm PVBPM partizipieren konnten (s. Abbildung 23).⁵⁴⁸

Bei einer Bewertung des PVBPM-Programms hinsichtlich der Induzierung eines Qualitätswettbewerbs ist positiv zu folgern, dass eine konzeptionelle Kopplung zwischen

⁵⁴⁶ vgl. ebd.

⁵⁴⁷ vgl. CMS 2017b, S. 4.

⁵⁴⁸ vgl. ebd., S. 2.

dem PQRS-Programm zur Qualitätsmessung und dem PVBPM-Programm mit seiner P4P-Komponente erfolgte. Auch die evolutive Entwicklung des Programms, zunächst beginnend bei größeren Leistungserbringereinheiten, um dadurch eine Konzeptprüfung in der Praxis durchführen zu können, erscheint zielführend.

Allerdings waren die finanziellen Implikationen des PVBPM-Programms begrenzt, wenn man in Betracht zieht, dass im Jahr 2017 über 93% der teilnehmenden Leistungserbringer aus dem P4P-Programm keine monetäre Besser- oder Schlechterstellung erfuhren. Dies könnte mit negativen Folgen auf die Teilnahme-Motivation der Leistungserbringer einhergehen. Die Risikoadjustierung der für die Bonus-/Malusberechnung zugrunde gelegten zusammengesetzten Scores schien hingegen nachhaltig zu funktionieren. Dies belegt eine Studie von Roberts et al., die folgert, dass es durch das PVBPM-Programm zu keiner Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen gekommen ist.⁵⁴⁹

6.3.3.7 Bewertung und Lessons Learned

Die Verabschiedung des ACA im Jahr 2010 trug in den USA maßgeblich zur Weiterentwicklung des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente im Medicare-Bereich bei. Auch wenn bereits vor dem ACA einzelne Initiativen und Programme initiiert waren, diente der ACA als ordnungspolitischer Katalysator.

CMS agiert als eingesetztes zentrales Organ, das die im ACA definierten Maßnahmen in operative Programme und Anwendungen übersetzt. Von Beginn an wurde über einen Top-Down-Ansatz versucht, Rahmenbedingungen zu definieren und diese unter Beteiligung der Stakeholdergruppen operativ umzusetzen. Beispielhaft kann hier das Aufstellen der NQS genannt werden.

Im Medicare-Bereich wird konzeptionell großer Wert darauf gelegt, den Einsatz der einzelnen, einen Qualitätswettbewerb befördernden Instrumente sinnvoll zu verknüpfen, so dass diese voneinander profitieren. Hier kann z.B. die Verwendung der im Rahmen der IQR-Initiative erhobenen Qualitätsdaten im P4P-Programm HVBP genannt werden. Insofern ist bei der Implementierung der einzelnen Programme eine ordnungspolitische Direktion erkennbar, auch wenn diese nicht in allen Fällen in der operativen Anwendung von Erfolg geprägt war.

Im Kontext von Medicare Advantage wird das selektive Kontrahieren eingesetzt. Das im Einsatz befindliche 5-Star-Rating induziert einen Qualitätswettbewerb, indem

⁵⁴⁹ vgl. Roberts et al. 2018.

Krankenversicherungen einen direkten finanzieller Anreiz erhalten, über das Instrument des selektiven Kontrahierens eine Qualitätsoptimierung für deren Versicherten zu erreichen. Dieser Anreiz wirkt auf die selektiv kontrahierten Leistungserbringer durch.

Auffällig ist außerdem, dass die Programme zu den analysierten Instrumenten schrittweise eingeführt wurden und dadurch eine Evolution nach dem Prinzip „trial and error“ vollzogen werden konnte. Aus den gemachten Praxiserfahrungen wurden Lerneffekte abgeleitet, die dann in Weiterentwicklungen der jeweiligen Programme einbezogen werden konnten.

Beim Einsatz der P4P-Programme im Medicare-Bereich wird ersichtlich, dass die dafür jeweils konzipierten finanziellen Anreizdesigns für die Leistungserbringer transparent nachvollziehbar sein müssen. Zugleich muss ein ausreichend relevanter finanzieller Anreiz mit dem Programm einhergehen. Diese beiden Aspekte stellen zwei ausschnitthafte Erfolgsfaktoren für den erfolgreichen Einsatz eines P4P-Programms dar.

Zur Frage, ob aus dem Einsatz der Instrumente ein nachhaltiger Qualitätswettbewerb hervorgeht, der sich in einer Optimierung der Qualität ausdrückt, lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten: Die Instrumente werden im Medicare-Bereich gesamthaft intensiv eingesetzt. Während eine adäquate Qualitätsmessung erfolgt, die einen Qualitätswettbewerb befähigen kann, liefern die im Rahmen der vorliegenden Länderanalyse betrachteten Instrumente im Bereich PR noch keine nachhaltigen Effekte auf einen Qualitätswettbewerb. Das selektive Kontrahieren fokussiert Qualitätsaspekte. Evidenzen, dass dadurch die Qualität der Versorgung verbessert wird, liegen allerdings allenfalls in schwachem Maße vor. Die analysierten P4P-Programme müssen differenziert betrachtet werden. Während einige Programme die intendierten Erwartungen nicht erfüllen konnten (z.B. HVBP), erwiesen sich andere hingegen durchaus als Treiber eines Qualitätswettbewerbs, der auch mit Qualitätsverbesserungen einhergeht (z.B. HRRP).

6.4 Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden sowie Erfolgs- und Risikofaktoren

6.4.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Länderübergreifende Gemeinsamkeiten

1. Über alle Vergleichsländer hinweg lassen sich eine ähnliche Motivation und Zielstellung für die Initiierung bzw. Stärkung eines Qualitätswettbewerbs identifizieren. Über einen Wettbewerb sollte durchgängig sowohl die Qualität als

auch die Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung verbessert werden. In allen drei Vergleichsländern werden dazu diejenigen qualitätswettbewerblichen Instrumente (Qualitätsmessung, Qualitätstransparenz/PR, Selektives Kontrahieren und P4P) eingesetzt, auf die im Verlauf der Arbeit fokussiert wird.

2. Gesundheitsreformen dienen in allen Vergleichsländern als Initiator bzw. Katalysator. Die gesetzgeberischen Initiativen ermöglichen und fördern jeweils den Einsatz der Instrumente. Dabei wurde über die Reformen länderübergreifend das Prinzip des Managed Competition (s. 4.4.1) gestärkt, um Wettbewerb und Regulierung miteinander zu vereinen.
3. Der Einsatz der qualitätswettbewerblichen Instrumente erfolgt in allen Ländern nach einem evolutivem Ansatz. Besonders deutlich wird dies anhand der geschilderten Erfahrungen im Medicare-Bereich in den USA. Aber auch in der Schweiz und den Niederlanden lassen sich Entwicklungsschritte beim Einsatz der Instrumente aufzeigen.
4. Alle Vergleichsländer haben Versorgungsbereiche bzw. entsprechende Krankenversicherungsprodukte geschaffen, bei denen die Versicherten bewusst für den Einsatz des selektiven Kontrahierens bzw. die Einschränkung der Wahlfreiheit optieren können. Dabei geht die Einschränkung der Wahlfreiheit i.d.R. mit einer abgesenkten Prämienhöhe für die Krankenversicherung einher.
5. Neben den Maßnahmen und Instrumenten zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs existiert in den Vergleichsländern parallel ein Preiswettbewerb. Dieser wurde bereits bei der jeweiligen ordnungspolitischen Konstruktion neben einem Qualitätswettbewerb ermöglicht. Insbesondere in der Schweiz und den Niederlanden ist der Preiswettbewerb stark ausgeprägt und wird im Kontext des selektiven Kontrahierens und damit einhergehenden Selektionseffekten besonders ersichtlich.
6. Der Einsatz der Instrumente zur Schaffung bzw. Stärkung eines Qualitätswettbewerbs löst in den Vergleichsländern nur in Ansätzen einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt aus, der sich in einer Optimierung der medizinischen Versorgungsqualität ausdrücken lässt. Zwar zeigen sich auf der Ebene der einzelnen Instrumente Evidenzen, die eine Qualitätsverbesserung berichten und auf einen Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt über Qualität hinweisen. Allerdings lassen sich diese Evidenzen

nicht auf die jeweilige Gesundheitssystemebene abstrahieren und in einem Land einen durchgängig funktionierenden Qualitätswettbewerb identifizieren.

7. Es wurde deutlich, dass die Instrumente der Qualitätsmessung und der Qualitätstransparenz bzw. des PR eine befähigende Wirkung auf das selektive Kontrahieren und P4P-Modelle haben. Nur wenn flächendeckend valide QI vorhanden sind, kann ein Qualitätswettbewerb nachhaltig induziert bzw. gestärkt werden. Wenn diese QI hingegen nicht adäquat vorliegen, besteht das Risiko, dass die qualitätswettbewerblichen Instrumente im Sinne eines Preiswettbewerbs genutzt werden. Dies trifft insbesondere auf das selektive Kontrahieren in der Schweiz und den Niederlanden zu.

Unterschiede zwischen den Vergleichsländern

1. Der ordnungspolitische Rahmen, der maßgeblich durch die jeweiligen Gesundheitsreformen in den Ländern geschaffen wurde, setzt unterschiedlich starke Schwerpunkte zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs. Während der Qualitätswettbewerb im KVG in der Schweiz zwar mit adressiert wird, aber nicht das primäre Ziel der Reform darstellte, nahm der Qualitätswettbewerb im ACA in den USA einen größeren Stellenwert ein.
2. Die einzelnen Instrumente werden in den Vergleichsländern mit unterschiedlich starker Akzentuierung und in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und -sektoren eingesetzt. Beispielhaft kann dies am selektiven Kontrahieren illustriert werden: In der Schweiz ist das selektive Kontrahieren exklusiv innerhalb der AVM möglich und auf den ambulanten Versorgungsbereich beschränkt. In den Niederlanden findet selektives Kontrahieren hingegen im akutstationären Bereich statt. In den USA kann selektives Kontrahieren sowohl im ambulanten als auch akutstationären Bereich innerhalb Medicare Advantage eingesetzt werden.
3. Die Ansätze, wie die Inhalte der einzelnen Gesundheitsreformen operativ in die Versorgung übersetzt wurden bzw. wie die qualitätswettbewerblichen Instrumente konzipiert und ausgestaltet wurden, unterscheiden sich in den drei Vergleichsländern stark. Auf der einen Seite besitzen die handelnden Akteure in der Schweiz große Freiräume, auch wenn der Staat als Regulator gewisse Rahmenbedingungen vorgibt. Insofern kann man hier von einem dominierenden Bottom-Up-Ansatz sprechen, bei dem die handelnden Akteure großen Einfluss auf die Ausgestaltung der einzelnen Instrumente für einen Qualitätswettbewerb haben. Auf der anderen Seite tritt CMS als starker Regulator innerhalb des

Medicare-Systems auf. CMS definiert die Rahmenbedingungen und den Einsatz der einzelnen Instrumente sehr detailliert. Insofern kann man hier von einem ausgeprägteren Top-Down-Ansatz sprechen, auch wenn die handelnden Akteure z.B. bei der Entwicklung der QI im Kontext der Qualitätsmessung miteinbezogen werden. Die Niederlande stellen an dieser Stelle eine Mischform aus beiden Ansätzen dar. Während bei den Instrumenten der Qualitätsmessung und des PR ein stärkerer Top-Down-Ansatz auszumachen ist, besitzen die handelnden Akteure beim selektiven Kontrahieren und P4P größere Gestaltungsfreiräume.

4. Die Erfolge der einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente und deren Effekte auf einen Qualitätswettbewerb fallen in jedem der drei Vergleichsländer unterschiedlich aus. Teilweise ergeben sich sogar innerhalb eines Vergleichslands zwischen zwei unterschiedlichen Programmen, die unter das gleiche Instrument subsumiert werden können, divergierende Evidenzen. Beispielhaft kann dies an den akutstationären P4P-Programmen in den USA verdeutlicht werden. Dies impliziert, dass nicht das qualitätswettbewerbliche Instrument pro toto entscheidend für die erfolgreiche Induzierung eines Qualitätswettbewerbs zu sein scheint, sondern vielmehr das konkrete Konzept/Design der operativen Programme.

6.4.2 Erfolgs- und Risikofaktoren

Erfolgsfaktoren

1. Das Aufstellen einer klaren ordnungspolitischen Agenda und zugehöriger Rahmenbedingungen stellt einen entscheidenden Erfolgsfaktor dar, um einen Qualitätswettbewerb nachhaltig zu induzieren. In den USA wurde dazu die NQS geschaffen, die unter Einbezug aller relevanter Stakeholder gemeinschaftlich erarbeitet wurde.
2. Die einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente sollten bestmöglich aufeinander abgestimmt werden und nicht isoliert wirken. Operativ heißt dies, dass die im Rahmen der Qualitätsmessung erhobenen QI so ausgestaltet sein sollten, dass diese auch in PR- und P4P-Programmen als valide Indikatoren herangezogen werden können. Diese Abstimmung zeigt sich beispielhaft an den geschilderten Praxisbeispielen aus den USA.

3. Erst wenn konsentierete QI flächendeckend vorliegen, lassen sich die Instrumente des PR, des selektiven Kontrahierens sowie des P4P zielführend einsetzen. Insofern dient die Qualitätsmessung als Befähiger der weiteren qualitätswettbewerblichen Instrumente. In den Länderanalysen wird deutlich, dass solange keine konsentierten QI flächendeckend vorliegen, kein nachhaltiger Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt entstehen kann.
4. Die Akzeptanz des Einsatzes der qualitätswettbewerblichen Instrumente und Programme durch Leistungserbringer und Patienten ist zwingend erforderlich. Besonders deutlich wird dies am selektiven Kontrahieren in den Niederlanden. Solange diese Akzeptanz nicht ausreichend vorhanden ist, kann der Qualitätswettbewerb trotz adäquatem ordnungspolitischem Setting nicht wirken.
5. Das Einführen eines Qualitätswettbewerbs über einen evolutiven Prozess kann helfen, sowohl den Einsatz der qualitätswettbewerblichen Instrumente in der Praxis zu testen als auch die Leistungserbringer und Patienten sukzessive damit vertraut zu machen. Zudem kann auf Lerneffekte eingegangen werden, indem diese bei der Weiterentwicklung der Instrumente und Programme berücksichtigt werden.

Risikofaktoren

1. Wenn der Qualitätswettbewerb ordnungspolitisch zwar gefördert, aber gleichzeitig ein Preiswettbewerb nicht unterbunden wird, und es daher zu einer Parallelität der beiden Konstrukte kommt, besteht die Gefahr, dass der Preiswettbewerb dominiert. Dies wird am selektiven Kontrahieren in der Schweiz und den Niederlanden ersichtlich.
2. Beim Einsatz des selektiven Kontrahierens besteht das Risiko, dass negative Selektionseffekte auftreten, wenn die Einschränkung der Wahlfreiheit mit finanziellen Anreizen einhergeht bzw. an eine Prämienreduktion gekoppelt ist. Gleichzeitig wird dadurch ein Preiswettbewerb induziert.
3. Wenn die qualitätswettbewerblichen Instrumente zu komplex, intransparent und unverständlich für Leistungserbringer und/oder Patienten operationalisiert werden, behindert dies sowohl die Akzeptanz der jeweiligen Programme und Initiativen bei den Akteuren als auch letztlich die Förderung eines Qualitätswettbewerbs.

6.5 Erkenntnisse und Ableitungen

Die eingangs formulierte Hypothese des internationalen Vergleichs, dass über einen zielführenden ordnungspolitischen Rahmen ein Qualitätswettbewerb auf dem Leistungsmarkt induziert bzw. gestärkt werden kann und dabei der Einsatz der im Rahmen der vorliegenden Arbeit skizzierten Instrumente einen wichtigen Beitrag leistet, kann anhand der Länderanalysen prinzipiell bestätigt werden.

Dennoch zeigte sich, dass keines der untersuchten Vergleichsländer bislang über einen allgemein gültigen funktionierenden Musteransatz verfügt, über den ein Qualitätswettbewerb zielführend induziert werden und der als Schablone auf Deutschland übertragen werden kann. Ein solcher Musteransatz ist aufgrund der Heterogenität der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme auch kaum vorstellbar.

Die Schaffung eines entsprechenden ordnungspolitischen Rahmens allein genügt nicht, um einen Qualitätswettbewerb zu erreichen. Daneben bedarf es zwingend weiterer Faktoren. Als entscheidender Aspekt, dass der Qualitätswettbewerb in der Versorgungspraxis ankommt, sei hier die Akzeptanz sowohl der handelnden Akteure als auch der Versicherten bzw. Patienten gegenüber dem Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente genannt.

Über alle Vergleichsländer hinweg ließ sich aufzeigen, dass die Einführung eines verstärkten Qualitätswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt initial durch eine gesetzgeberisch intendierte Gesundheitsreform unterstützt wurde. Daher können die jeweiligen Reformen als treibende Vehikel bezeichnet werden. Je stringenter in einer solchen Reform der notwendige Rahmen und eine Agenda definiert sind, desto besser lassen sich die qualitätswettbewerblichen Instrumente durch die handelnden Akteure umsetzen.

Daran anschließend ließ sich ableiten, dass es für eine passende ordnungspolitische Einbettung sowohl eines Top-Down-Ansatzes, bei dem Rahmenbedingungen gesetzt werden, als auch eines entrepreneurbasierten Bottom-Up-Engagements der handelnden Akteure bedarf, um die Instrumente in die operative Versorgung zu transformieren.⁵⁵⁰

Innerhalb der fokussierten Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs lassen sich mit der Qualitätsmessung sowie dem PR zwei Instrumente nennen, die in den Vergleichsländern vordergründig aus einer Top-Down-Perspektive bearbeitet wurden. Dies korreliert mit dem befähigenden Charakter dieser beiden Instrumente. Beim selektiven Kontrahieren und P4P-Modellen wiederum wurden die handelnden Akteure im Sinne eines Bottom-Up-Ansatzes mit höheren Freiheitsgraden versehen. Aus

⁵⁵⁰ vgl. Benstetter et al. 2021, S. 235ff.

diesen beiden sich ergänzenden Ansätzen kann dann, unter Anwendung unterstützender edukativer Maßnahmen, eine für den Erfolg notwendige Akzeptanz der Instrumente sowohl bei Krankenkassen, Leistungserbringern als auch insbesondere bei Patienten geschaffen werden.

Der Einsatz der analysierten wettbewerblichen Instrumente findet in allen Vergleichsländern statt, allerdings in unterschiedlicher Intensität und Schwerpunktsetzung. Auffällig ist dabei, dass nicht das jeweilige Instrument per se, sondern die Art des Einsatzes bzw. das konkrete Programm- und Anreizdesign erfolgsentscheidend sind.

In allen Vergleichsländern wurde ein (Teil-)Markt etabliert, auf dem der geltende Kontrahierungszwang zugunsten der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens bzw. der Einschränkung der Wahlfreiheit aufgelöst wurde. Diese Option geht oftmals mit Prämienreduktionen der Krankenversicherungsbeiträge für die Versicherten, aber häufig auch mit nicht intendierten Selektionseffekten einher.

Darüber hinaus zeigen die internationalen Analysen, dass die Stärkung und Etablierung eines Qualitätswettbewerbs stets einen evolutiven Prozess darstellen. Dies impliziert, dass nach der Einführung bzw. Stärkung von Instrumenten zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs aus den gemachten Praxiserfahrungen Lerneffekte abgeleitet werden, die daraufhin in Weiterentwicklungen der jeweiligen Programme einbezogen werden können.

Dass von einem Qualitätswettbewerb positive Impulse zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung ausgehen, kann ausschnitthaft, z.B. an den P4P-Erfahrungen in den USA oder Studien zum PR aus den Niederlanden, bestätigt werden. Dies gründet v.a. auf zwei Aspekten: Zum einen, dass der Qualitätswettbewerb auch in den Vergleichsländern bislang erst in Ansätzen vorherrscht und zum anderen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung ein multidimensionales Konstrukt darstellt und deshalb Effekte eines Qualitätswettbewerbs nur ansatzweise isoliert anhand eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs evaluiert werden können.

**TEIL III:
DELPHI-BEFRAGUNG ZUR
WEITERENTWICKLUNG DES
QUALITÄTSWETTBEWERBS**

7 Delphi-Befragung

7.1 Einführung

Wie aus den vorangegangenen Länderanalysen hervorgeht, konnte aus den Vergleichsländern zwar keine allgemein gültige und auf das deutsche Gesundheitswesen transferierbare Schablone identifiziert werden, allerdings konnten diverse Ansätze extrahiert werden, wie unter Verwendung der im Rahmen dieser Arbeit fokussierten Instrumente ein Qualitätswettbewerb gestärkt werden kann.

Vor dem Hintergrund der globalen Zielstellung der vorliegenden Arbeit - der Formulierung von Weiterentwicklungsvorschlägen für den Qualitätswettbewerb in Deutschland - verdeutlicht dies den Bedarf und die Notwendigkeit eines aktiven Einbezugs relevanter Akteure und Stakeholder im deutschen Gesundheitssystem. Denn nur, wenn die formulierten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs mit denjenigen Akteuren konsentiert sind, die letztlich mit einer potenziellen Umsetzung der Vorschläge sowohl betraut als auch von den daraus entstehenden Maßnahmen betroffen sein würden, haben die Vorschläge eine realistische Umsetzungschance.

Einen validierten empirischen Ansatz, der es sich zum Ziel setzt, aufgestellte Thesen und komplexe Sachverhalte in einem mehrstufigen Prozess einer Meinungs- und Konsensbildung zuzuführen, stellt die Delphi-Befragung dar.⁵⁵¹ Aus diesem Grund wurde zur Konsensbildung im Jahr 2021 eine zweistufige Delphi-Befragung unter Einbindung von Experten durchgeführt. Die der Delphi-Befragung zugrunde liegende Forschungsfrage lautete: „Welche konsentierten Vorschläge lassen sich auf Grundlage der internationalen Erfahrungen für Deutschland zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs auf dem Leistungsmarkt empirisch ableiten?“ Die in der Delphi-Befragung eingesetzten Thesen wurden dabei den Ergebnissen der vorausgegangenen Länderanalysen entlehnt. Die Ergebnisse der Befragung wurden dann wiederum genutzt, um umsetzungsorientierte Optionen zu einer Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland zu formulieren (s. 8).

⁵⁵¹ vgl. Landeta 2006.

7.2 Methode

7.2.1 Theoretische Einordnung

Um eine Meinungs- und Konsensbildung zu einem komplexen Sachverhalt zwischen Experten anzuregen, existieren mehrere mögliche methodische Ansätze. Grundsätzlich sind dabei Gruppendiskussionen, Expertenbefragungen und Delphi-Befragungen anzuführen. Jeder der genannten Ansätze ist mit spezifischen Vor- und Nachteilen verbunden (s. Tabelle 17).

Tabelle 17: Varianten von Expertenbefragungen

Kriterium	Gruppendiskussion	Expertenbefragung	Delphi-Befragung
Anonymität	nein	ja	ja
Beeinflussung durch Meinungsführer	ja	nein	nein
Beeinflussung durch Konformitätszwang	ja	nein	eingeschränkt
Möglichkeit hoher Fallzahlen	nein	ja	ja
Möglichkeit zu Feedback	ja	nein	ja
Zeitbedarf	gering	gering	hoch

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Häder (2014), S. 66.

Eine Gruppendiskussion wurde für die vorliegende Studie deswegen nicht durchgeführt, da die Anonymität der Befragung ein entscheidendes Kriterium darstellte, um eine potenzielle Beeinflussung der Ergebnisse durch hierarchisch höher gestellte Berufs-/Akteursgruppen oder Meinungsführer zu vermeiden. Da zum einen für einen nachhaltigen Konsens zwischen verschiedenen Akteursgruppen eine höhere Fallzahl an Experten nötig ist und zum anderen ein dynamischer Konsensprozess mit Feedbackprozessen eingesetzt werden sollte, kamen Expertenbefragungen ebenfalls nicht infrage. Daher wurde die Delphi-Befragung als empirisches Konstrukt gewählt.

Die Methode der Delphi-Befragung wird in den unterschiedlichsten Kontexten und Anwendungsgebieten verwendet. Delphi-Befragungen stellen ein Instrument für eine systematische Gruppenkommunikation dar.⁵⁵² Die Grundidee ist, in mehreren Befragungswellen Expertenmeinungen im Sinne einer Problemlösung für eine abgegrenzte Fragestellung bzw. Thematik zu nutzen und den Experten dabei zwischen den Befragungswellen ein anonymes Feedback zur Verfügung zu stellen, um einen dynamischen Befragungsprozess zu erreichen. Die konkrete Umsetzung dieser Grundidee kann je nach Einbettung und Fragestellung der Untersuchung variieren. Insbesondere trifft dies in Bezug auf die Expertenauswahl, die Anzahl der

⁵⁵² vgl. Häder 2014, S. 19.

Befragungswellen, die Ausgestaltung des Feedbacks an die Experten sowie ggf. definierte Abbruch- und Konsenskriterien zu.⁵⁵³

Darüber hinaus gelten folgende Kernelemente beim Einsatz eines Delphi-Verfahrens, welche bei der Durchführung der vorliegenden Untersuchung beachtet wurden:⁵⁵⁴

- Einsatz eines formalisierten Fragebogens
- Befragung von Experten aus dem Feld
- Ermittlung einer Gruppenantwort/Konsensbildung über mehrere Befragungsrunden
- Information der Teilnehmer über die Gruppenantwort (Feedback)

Die Vielfalt der Delphi-Befragungsarten versucht Häder mit einer Typologie zu strukturieren. Jeder nachfolgend beschriebene Typus besitzt spezifische Charakteristika, Zielstellungen und daher Anwendungsfelder (s. Tabelle 18).⁵⁵⁵

Tabelle 18: Arten und Spezifika von Delphi-Befragungen

	Typ 1 Ideenaggregation	Typ 2 Bestimmung eines Sachverhalts	Typ 3 Ermittlung und Qualifikation von Expertenmeinungen	Typ 4 Konsens
Forschungsansatz	Qualitativ	Qualitativ und quantitativ	Qualitativ und v.a. quantitativ	Quantitativ
Dominanter Fragentyp	Nutzung offener Fragen	Offene und v.a. geschlossene Fragen		Ausschließlich standardisierte Bewertungen
Expertenauswahl	Auswahl aufgrund Expertise	Keine formalisierbaren Regeln	Totalerhebung oder bewusste Auswahl der Experten	Auswahl der Experten anhand eines bestimmbaren Rahmens
Ziel	Sammlung von Ideen zur Lösung eines Problems	Verbesserung der Bestimmung eines Sachverhalts (Vorhersagen)	Ermittlung und Qualifikation der Ansichten von Experten	Hohes Maß an Übereinstimmung bei den Experten

Quelle: Häder (2014), S. 37.

Typ 1 nutzt die Delphi-Befragung zur Ideenaggregation. Dabei wird die Expertise der befragten Personen dazu genutzt, erste Problemlösungsvorschläge zu sammeln. Dies erfolgt durch ein qualitativ geprägtes Studiendesign. Es kommt darauf an, möglichst viele unterschiedliche Vorschläge und Ideen für eine Problemlösung zu finden. Die zugehörige Expertenrunde sollte hier möglichst interdisziplinär angelegt sein. Da dieser Typ der Delphi-Befragungen von qualitativer Forschung geprägt ist, wird auf eine statistische Auswertung der Ergebnisse verzichtet.

Typ 2 zielt darauf ab, eine erhöhte Klarheit über einen diffusen, unklaren Sachverhalt zu erzielen und/oder Vorhersagen für die Zukunft zu treffen. Oftmals wird die Vorhersage

⁵⁵³ vgl. ebd., S. 25.

⁵⁵⁴ vgl. Linstone und Turoff 1975.

⁵⁵⁵ vgl. Häder 2014, S. 30ff.

mit dem später tatsächlich eingetretenen Tatbestand in der Realität verglichen. Hierbei können sowohl qualitative als auch quantitative Forschungsansätze eingesetzt werden. Zur Auswahl der befragten Experten existiert dabei keine Grundprämisse, vielmehr ist das Expertenpanel nach für die zugrundeliegende Forschungsfrage passenden Maßgaben zu bilden.

Typ 3 der Delphi-Befragung ermittelt und qualifiziert Expertenmeinungen. Ziel ist es, dadurch Schlussfolgerungen zur Reaktion auf ein Problem zu entwickeln. Dabei kommen sowohl qualitative als auch quantitative Ansätze zum Einsatz. Ergebnis einer solchen Delphi-Befragung ist es, Ansichten aller Teilnehmer methodisch einwandfrei abzubilden. Je nach Fragestellung kann hier bzgl. des Expertenpanels sowohl eine Totalerhebung als auch eine bewusste Auswahl an Experten zielführend sein.

Typ 4 der Delphi-Befragung zielt auf das dynamische Herstellen eines Konsenses zwischen den befragten Experten ab. Diese Konsensbildung wird durch das Feedback zwischen den Befragungsrunden ausgelöst. Bei der Auswahl des Expertenpanels ist es dabei wichtig, diejenigen Teilnehmer(gruppen) zu rekrutieren, deren Ansichten in der Delphi-Befragung harmonisiert werden sollen. Der Sachverhalt bzw. die zugrundeliegende Forschungsfrage muss dabei konkret operationalisiert und vorstrukturiert werden, um am Ende greifbare konsentierete Empfehlungen ableiten zu können. Der Erfolg der Delphi-Befragung zur Konsensbildung lässt sich danach bemessen, wie viele der in der Befragung aufgestellten Thesen konsentiert werden konnten und wie stabil die abgegebenen Meinungen der Experten sind. Hierzu werden ex ante häufig sog. Abbruch- bzw. Konsenskriterien definiert. Diese definieren, ab wann von einem Konsens ausgegangen werden kann. Typ 4 basiert größtenteils auf einer quantitativen Herangehensweise, die Fragen und Hypothesen sind stark standardisiert.

Die vorliegende Untersuchung kommt dem von Häder beschriebenen Typ 4 der Delphi-Befragung nahe. Ziel war es, konsentierete Vorschläge zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs abzuleiten. Durch die Befragung von Experten, die aus den unterschiedlichsten Akteursgruppen des deutschen Gesundheitssystem entstammen (s. 7.2.3) und die daher auch unterschiedliche Perspektiven sowie heterogene Meinungen mit sich führen, bringt die Methode der Delphi-Befragung den Vorteil, dass die Anonymität zwischen den Experten den Bias ansonsten ggf. dominanter Meinungsführer innerhalb des Expertenpanels verhindert.⁵⁵⁶ Neben dem dominanten Typ 4 lassen sich auch einzelne Teilaspekte des beschriebenen Typ 3 der Delphi-Befragung in der

⁵⁵⁶ Darüber hinaus wurde es durch die Möglichkeit der asynchronen Teilnahme an der Delphi-Methode auch leichter möglich, die Befragung im Jahr 2021 während der Corona-Pandemie erfolgreich durchzuführen. Denn Gruppen-Befragungstechniken mit Präsenzcharakter wären während der Kontaktbeschränkungen der Corona-Pandemie nicht umsetzbar gewesen.

nachfolgenden Beschreibung finden. Denn auf dem Weg zum Hauptziel, der Konsensbildung, kommt es zwangsläufig auch zu einer Ermittlung und Qualifikation von Expertenmeinungen. Außerdem wurden im entwickelten Fragebogen (s. 7.2.4) neben standardisierten Hypothesen auch vereinzelt offene Fragen verwendet.

7.2.2 Studiendesign

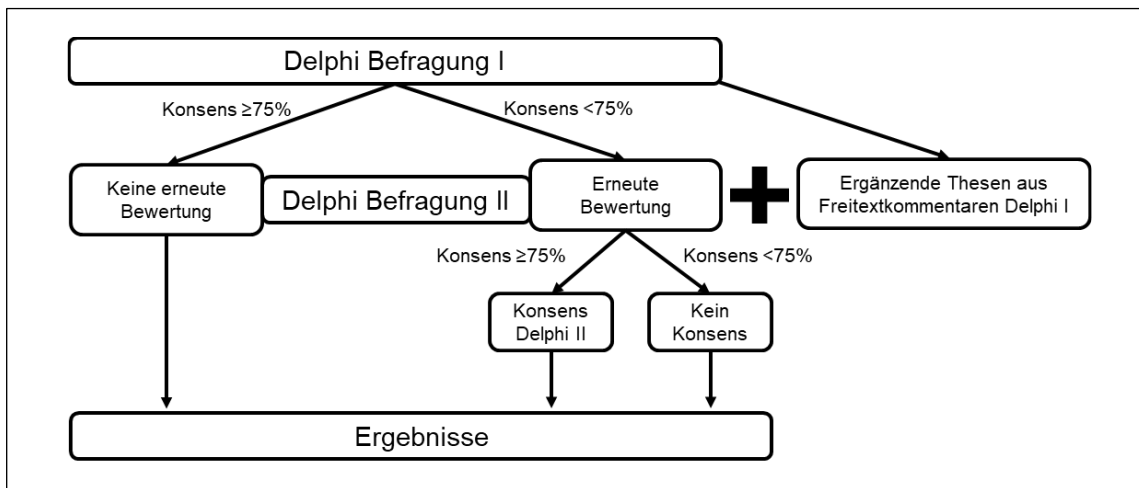
Das Studiendesign der Untersuchung bestand aus einer Mischung aus qualitativen und quantitativen Methoden. Bevor die zweistufige Delphi-Befragung nach überwiegend quantitativer Methodik durchgeführt werden konnte, wurde der Stand der Diskussion zum Thema des Qualitätswettbewerbs als Grundlage zunächst systematisch qualitativ aufbereitet sowie ein internationaler Vergleich durchgeführt. Diese Phase der Exploration und Thesengenerierung stellen die bereits dargelegte Beschreibung des Status des Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem (s. 5) sowie die Länderanalysen zum Qualitätswettbewerb (s. 6) dar. Diese sind kein expliziter Teil der durchgeführten Delphi-Befragung, sind für diese aber zwingend notwendige Vorarbeiten.

Die Ideen- und Thesengenerierung, die bei Delphi-Befragungen häufig in Form einer ersten qualitativ geprägten Befragungsrunde unter Zuhilfenahme offener Fragestellungen stattfindet, wurde in der vorliegenden Studie daher bereits vor Beginn der Delphi-Befragung bearbeitet. Dabei dienten die aus den Länderanalysen gewonnen Erkenntnisse und Ableitungen als maßgebliche Basis zur Formulierung entsprechender Thesen, wie der Qualitätswettbewerb in Deutschland weiterentwickelt werden könnte.

Der für die erste Befragungsrunde entwickelte Fragebogen, der größtenteils aus ordinal skalierten, geschlossenen Thesen (5-stufige Likert-Skala), aber auch aus kardinal skalierten Fragen (Bewertungsspanne 0 [Keine Wichtigkeit] – 100 [Höchste Wichtigkeit]) sowie vereinzelt offenen Fragen bestand, wurde im Januar 2021 an insgesamt 279 Experten versandt. Die Anonymität der teilnehmenden Experten untereinander wurde während der gesamten Delphi-Befragung gewahrt. Dem Koordinator der Befragung waren die Experten aus forschungslogistischen Gründen bekannt. Der Versand der Fragebögen beider Befragungsrunden erfolgte dabei sowohl postalisch als auch per Mail als Online-Befragung (Nutzung der Software Qualtrics®), um den Experten eine präferenzorientierte Teilnahme zu ermöglichen. Eine Doppel-Teilnahme eines Experten, (per Post und auch Online-Befragung) war technisch durch die Verwendung eindeutiger Identifikationsnummern (ID) nicht möglich. Beim postalischen Versand wurde ein kostenloses Rückkuvert beigelegt, um die Teilnahme möglichst niedrigschwellig zu ermöglichen. Nach Abschluss der ersten Befragungsrunde Ende März 2021 wurden die Bewertungen der Experten ausgewertet und analysiert.

Bei der Entwicklung des Fragebogens der zweiten Befragungsrunde wurden diejenigen Thesen aus dem Fragebogen entfernt, bei denen bereits in der ersten Befragungsrunde zwischen den Experten ein Konsens erzielt werden konnte. Bei noch nicht konsentierten Thesen sowie kardinal skalierten Fragestellungen wurde in der zweiten Befragungsrunde um erneute Bewertung gebeten. Überdies wurden in der zweiten Runde drei Thesen ergänzt, die sich aus den Freitextantworten der ersten Befragungsrunde ergaben (s. Abbildung 24).

Abbildung 24: Umgang mit zu bewertenden Thesen in Delphi-Befragung



Quelle: Eigene Darstellung.

Entscheidendes Element der zweiten Befragungsrunde stellte das Feedback der jeweiligen Gruppenantwort zu den einzelnen Thesen und Fragen an die Experten dar. Auf dieser Basis kamen eine standardisierte, schriftliche Gruppendiskussion und Konsensbildung zustande. Der Versand erfolgte in Analogie zur ersten Befragungsrunde an 257 Experten⁵⁵⁷.

Bei einem Delphi-Verfahren, das wie im vorliegenden Fall eine Konsensbildung zum Ziel hat, ist vorab zu bestimmen, was als Konsens gilt. Ein Konsens wurde bei ordinal skalierten Thesen angenommen, wenn $\geq 75\%$ der teilnehmenden Experten ihre Zustimmung oder Ablehnung ausgedrückt haben.⁵⁵⁸ Hierzu wurden die beiden ablehnenden⁵⁵⁹ bzw. zustimmenden Antwortoptionen⁵⁶⁰ auf der 5-stufigen Likert-Skala

⁵⁵⁷ In der zweiten Befragungsrunde wurde der Fragebogen an eine etwas geringe Anzahl an Experten versandt. Hintergrund waren Rückmeldungen vereinzelter Experten zwischen den beiden Befragungsrunden, dass diese nicht an der Befragung partizipieren möchten. Diesen Experten wurde der Fragebogen der zweiten Befragungsrunde dann nicht mehr zugesendet.

⁵⁵⁸ In der Literatur werden Werte von 51% bis 80% als Konsens angegeben (vgl. Hasson et al. 2000; vgl. Diamond et al. 2014).

⁵⁵⁹ „Ich stimme überhaupt nicht zu“ und „Ich stimme eher nicht zu“.

⁵⁶⁰ „Ich stimme eher zu“ und „Ich stimme sehr zu“.

aufaddiert. Die neutrale Bewertungsoption „Ich kann es nicht beurteilen“ wurde dabei bei der Konsensbeurteilung nicht berücksichtigt.

Das Herstellen eines solchen Konsenses gilt bei Delphi-Befragungen des Typ 4 als sog. Abbruchkriterium. Im Rahmen der vorliegenden Befragung wurde das Herstellen eines Konsenses als primäres Abbruchkriterium herangezogen. Das bedeutet, in der Reinform würden so viele Befragungsrunden durchgeführt, bis alle Thesen entsprechend konsentiert werden konnten.⁵⁶¹ In der vorliegenden Studie wurde von dieser Reinform aufgrund insbesondere zeitlicher sowie finanzieller Restriktionen abgesehen und eine Durchführung von zwei Befragungsrunden als pragmatischer Ansatz formuliert. Zumal bei Delphi-Befragungen, bei denen wie in der vorliegenden Studie ein Literaturreview vorangestellt ist, zwei Befragungsrunden als suffizient gelten.⁵⁶² Diese Review-Funktion wird durch die vorangegangenen nationalen und internationalen Analysen erfüllt.

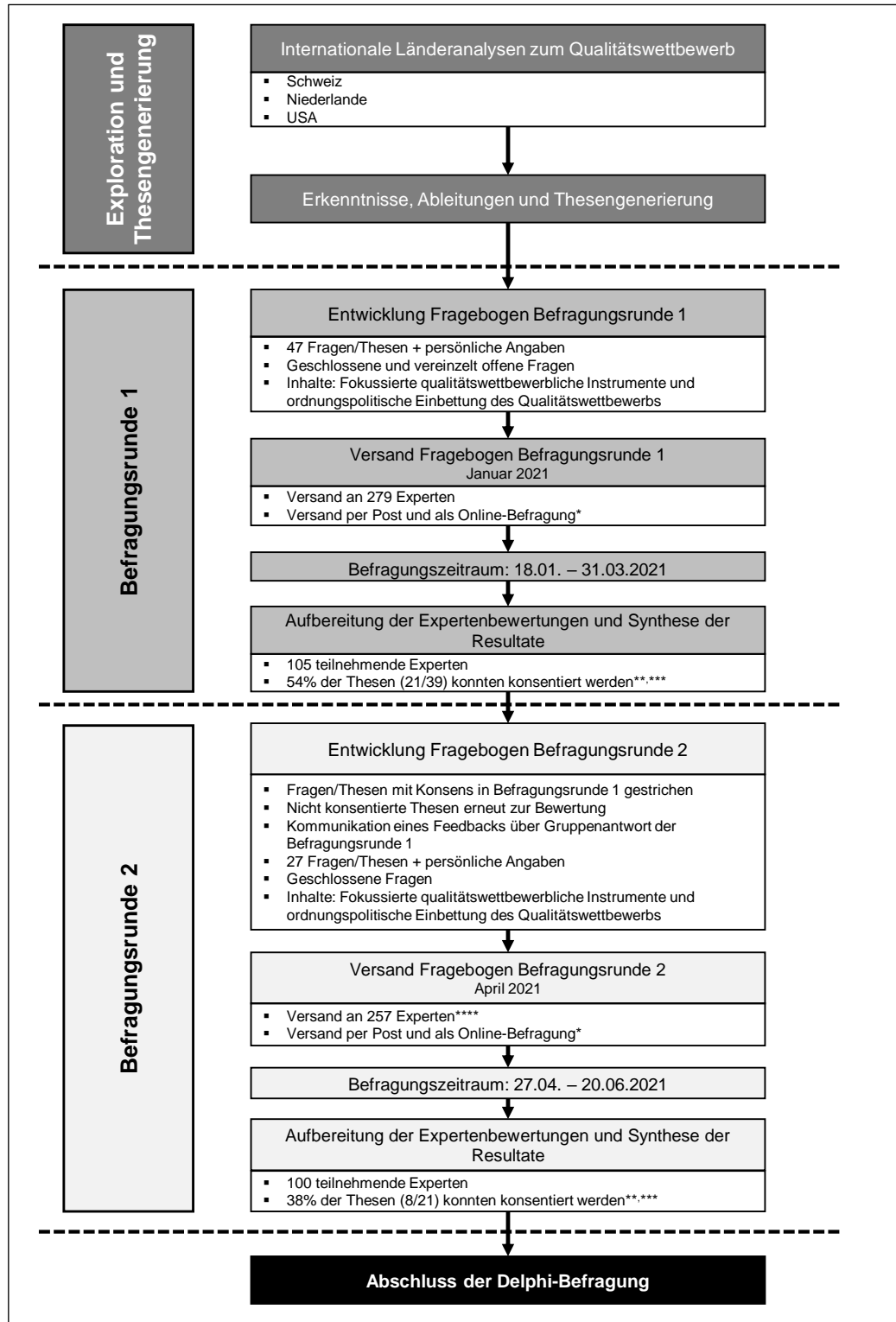
Um nach der zweiten Befragungsrunde ggf. noch nicht konsentierte Thesen belastbar bewerten zu können, wurde die Stabilität des Antwortverhaltens der Expertengruppe zwischen den beiden Befragungsrunden als zusätzliches sekundäres Abbruchkriterium herangezogen. Dies erfolgte durch die Anwendung des Wilcoxon-Tests (detaillierter hierzu s. 7.2.5). Dieses Stabilitätskriterium wurde auch auf die kardinal skalierten Fragestellungen angewendet.

Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse stellten den Abschluss der vorliegenden Delphi-Befragung dar.

⁵⁶¹ vgl. Keeney et al. 2010.

⁵⁶² vgl. Landeta 2006; vgl. Shariff 2015.

Abbildung 25: Studiendesign Delphi-Befragung



Quelle: Eigene Darstellung.

*Der Online-Fragebogen wurde über die Software Qualtrics® in Form von Links per E-Mail zur Verfügung gestellt; **Nicht alle Fragen hatten ein Konsensziel (offene Fragen und kardinal skalierte Fragen); *** Konsens wurde ab einer Zustimmung/Ablehnung der These von $\geq 75\%$ angenommen; **** Die Anzahl der Experten reduzierte sich zwischen den beiden Befragungsunden, da vereinzelt Experten keine Teilnahme an der zweiten Runde wünschten.

7.2.3 Zusammenstellung des Expertenpanels

Der Prozess der Selektion und Zusammenstellung des Expertenpanels gliederte sich in mehrere konzeptionelle Schritte. Im ersten Schritt wurde zunächst festgelegt, welche Akteursgruppen für die Bearbeitung der zugrundeliegenden Forschungsfrage einzubeziehen sind. Dies erfolgte unter der Maßgabe, dass der über die Delphi-Befragung zu erzielende Konsens letztendlich auch tragfähig sein sollte. Dazu wurden die folgenden Akteursgruppen bei der Rekrutierung der Experten berücksichtigt:

- Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband
- Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband
- Krankenhaus(verband)
- Ministerium / Behörde
- Wissenschaft
- Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz
- Sonstige Experten

Die durch die einbezogenen Akteursgruppen erzeugte Heterogenität der Perspektiven und Sichtweisen trug zur Akzeptanz und Belastbarkeit der Ergebnisse der Untersuchung bei. Wichtig war in diesem Kontext ebenso, dass neben der Heterogenität der Akteursgruppen sowohl Vertreter aus der Praxis als auch der Wissenschaft im Expertenpanel vertreten waren. Aufgrund der Fokussierung der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland wurden in das Expertenpanel nur Personen eingeschlossen, die im deutschen Gesundheitswesen aktiv waren bzw. sind.

In einem zweiten Schritt wurde definiert, wer als Experte gilt. Ein Experte im Kontext der vorliegenden Delphi-Befragung ist Mitglied einer der o.g. Akteursgruppen. Dabei besitzt er in seiner beruflichen Tätigkeit direkte inhaltliche Berührungspunkte zu Themen des Qualitätswettbewerbs und/oder kennt die theoretischen und/oder praktischen Hintergründe und Konzepte zum Qualitätswettbewerb. Insofern ist ein Experte in dieser Studie durch seine Zugehörigkeit zu einer der o.g. Akteursgruppen sowohl (mehr oder weniger) berufspolitisch motiviert als auch durch seine Beschäftigung im Berufsalltag mit Themen des Qualitätswettbewerbs inhaltlicher Experte.

In einem dritten Schritt wurden Einschlusskriterien definiert, um anschließend entsprechende Experten aus den genannten Akteursgruppen identifizieren zu können. Dabei wurde bei der Definition der Kriterien ein Kompromiss zwischen systematischen sowie zugleich transparenten Einschlusskriterien und einer zahlenmäßig exakten Gleichbesetzung der Akteursgruppen hergeleitet. Durch die systematischen, ex ante definierten Kriterien konnte ein Bias vermieden werden. Ausgenommen von dieser Logik

war die Akteursgruppe der sonstigen Experten. Für diese Gruppe wurden keine spezifischen Kriterien definiert. Die Einschlusskriterien sind Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19: Einschlusskriterien Expertenpanel

Akteursgruppe	Einschlusskriterium	Anzahl Experten im Expertenpanel
Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TOP 5 Kassen (nach Versichertenzahl) je Kassenart ▪ Kassenverbände auf Bundesebene 	42
Kassenärztliche Vereinigung / Ärztenverband	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit ▪ Kassenärztliche Bundesvereinigung ▪ Alle Landes-Ärzttekammern ▪ Relevante Ärztenverbände 	42
Krankenhaus(verband)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TOP 10 Krankenhäuser/ Krankenhausverbände (nach verfügbarer Bettenzahl) je Trägerschaft ▪ Relevante Krankenhausverbände auf Bundesebene 	50
Ministerium / Behörde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesministerium für Gesundheit ▪ Alle Landesministerien für Gesundheit ▪ Weitere relevante Behörden und Organisationen (z.B. IQTiG, IQWiG, G-BA) 	40
Wissenschaft	Wissenschaftsvertreter aus den Bereichen Gesundheitsökonomie, -politik und Medizin	35
Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenorganisationen der Patientenbeteiligung im G-BA ▪ Patientenbeauftragte der Bunderegierung und der Bundesländer ▪ Vertreter der Verbraucherzentralen und von Sozialverbänden 	50
Sonstige Experten	Weitere Experten, z.B. aus Stiftungen, Verbänden oder Forschungsinstituten	20
GESAMT		279

Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt umfasste das Expertenpanel 279 Experten. Zur Größe des Expertenpanels gibt es aufgrund der vielfältigen Anwendungsgebiete von Delphi-Befragungen keine allgemeinen Vorgaben. Jedoch wird bei quantitativen Delphi-Verfahren im Vergleich zu qualitativen eine größere Anzahl an Experten empfohlen.⁵⁶³

Der vierte Schritt umfasste die Recherche und Identifizierung der Experten. Bei der Identifizierung der konkreten Personen auf Ebene der jeweiligen Organisation wurde die Prämisse verfolgt, dass, wo identifizierbar, Experten der Fachebene befragt werden sollten. Sofern solche Fachexperten nicht recherchiert werden konnten, wurde jeweils auf die nächsthöhere Hierarchieebene zurückgegriffen, deren Kontaktdaten verfügbar waren. Die maßgebliche Quelle bei der Identifizierung der Kontaktdaten der Experten stellte die Internetrecherche dar, da keine standardisierten Listen zu Experten im Themenfeld des Qualitätswettbewerbs innerhalb der einbezogenen Akteursgruppen vorlagen. Dabei waren v.a. die Webpräsenzen und häufig zugehörige Organigramme der einzelnen Organisationen sowie einschlägige Karriereportale im Internet (z.B. Xing

⁵⁶³ Die Zahlen reichen bei qualitativen Delphi-Befragungen von weniger als zehn bis zu 30 Personen. Bei quantitativen Befragungen sind die Zahlen weitaus höher.

oder LinkedIn) die relevantesten Quellen. Die erstmalige Kontaktaufnahme der Experten erfolgte durch die Zusendung des Fragebogens der ersten Befragungswelle.

Insgesamt ist zu betonen, dass das zusammengestellte Expertenpanel, auch wenn das Sampling der Experten systematisch anhand ex ante definierter Kriterien erfolgte, keinen statistischen Repräsentativitäts-Anspruch erhebt. Dies war allerdings auch nicht die initiale Zielstellung. Vielmehr gibt das Expertenpanel den Ansatz wieder, die Forschungsfrage adäquat zu bearbeiten.

7.2.4 Operationalisierung der Forschungsfrage und Fragebogenentwicklung

7.2.4.1 Länderanalysen als inhaltliche Grundlage

Um das Thema in einem ersten Schritt systematisch analysieren, erfolgte zunächst eine umfangreiche Aufbereitung des Stands der Diskussion zum Thema des Qualitätswettbewerbs. Diese umfasste sowohl eine theoriegetriebene (s. 2-4) als auch eine stärker praxisorientierte Perspektive (s. 5) mit Fokus auf Deutschland. In einem zweiten Schritt folgte ein internationaler Vergleich (s. 6). Aus dieser Analyse konnten entsprechende Erkenntnisse gewonnen werden, die als inhaltliche Grundlage für die Thesen der Delphi-Befragung dienten.

7.2.4.2 Fragebogen erste Befragungswelle

Die Zielstellung der ersten Befragungsrunde bestand darin, dass die angeschriebenen Experten zu den im Fragebogen formulierten Thesen vor dem Hintergrund deren Expertenwissen sowie institutionellem Setting Stellung beziehen bzw. eine Bewertung abgeben. Diese Bewertungen sollten genutzt werden, um in Verbindung mit der zweiten Befragungsrunde eine dynamische Gruppendiskussion innerhalb des Expertenpanels auszulösen. Darüber hinaus sollten bereits im Rahmen der ersten Befragungsrunde erste Thesen zwischen den Experten konsentiert werden.

Der Fragebogen der ersten Befragungswelle umfasste gesamthaft 47 inhaltliche Thesen und Fragen. Diese waren größtenteils in Form einer 5-stufigen Likert-Skala (1= „Ich stimme überhaupt nicht zu“, 2= „Ich stimme eher nicht zu“, 3=„Ich stimme eher zu“, 4=„Ich stimme sehr zu“, 0=„Ich kann es nicht beurteilen“) ordinal skaliert. Da von einer Selbsteinschätzung der Expertise der Experten abgesehen wurde, wurde bei jeder These bzw. Frage die Antwortoption „Ich kann es nicht beurteilen“ gegeben, die einen Indikator für fehlendes Expertenwissen darstellte. Daneben waren auch kardinal

skalierte Fragestellungen sowie zwei offene Fragen enthalten. Am Ende des Fragebogens waren zudem ergänzend Fragen zur Person der Experten formuliert.

Der Aufbau des Fragenteils des Fragebogens gliederte sich in die in Tabelle 20 dargestellten Abschnitte. Diese waren maßgeblich der Vorgehensweise der durchgeführten Länderanalysen (s. 6) angenähert. Zu Beginn des Bogens war eine zweiseitige inhaltliche Einführung sowie Anleitung für die Experten vorangestellt.

Tabelle 20: Schematischer Aufbau des Fragebogens der ersten Befragungsrunde

Abschnitt	Themenbereich	Anzahl/Art der Thesen und Fragen
0	Inhaltliche Einführung und Anleitung	
1	Status quo des Qualitätswettbewerbs	<ul style="list-style-type: none"> • 4 Thesen (Likert-Skala) • 1 offene Frage
2	Thesen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland	
2.1	Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Thesen (Likert-Skala) • 4 Fragen (Kardinal skaliert)
2.2	Qualitätsmessung	4 Thesen (Likert-Skala)
2.3	Qualitätstransparenz/PR	10 Thesen (Likert-Skala)
2.4	Selektives Kontrahieren	7 Thesen (Likert-Skala)
2.5	P4P	<ul style="list-style-type: none"> • 6 Thesen (Likert-Skala) • 2 Fragen (Kardinal skaliert)
2.6	Ordnungspolitische Einbettung	5 Thesen (Likert-Skala)
3	Freie Anmerkungen	1 offene Frage
4	Fragen zu Ihrer Person	5 geschlossene Fragen

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Entwurfsversion des Fragebogens wurde zur Validierung durch den Autor in einem mehrstufigen Feedbackprozess mit insgesamt vier Experten abgestimmt. Darunter befanden sich die beiden Betreuer des vorliegenden Vorhabens sowie zwei weitere Experten. Zudem wurde ein pragmatisches Pretest-Verfahren durchgeführt. An diesem nahmen insgesamt weitere vier Personen teil. Diese am Pretest teilnehmenden Personen gehörten den Akteursgruppen Gesetzliche Krankenversicherung/Kassenverband, Kassenärztliche Vereinigung/Ärzteverband sowie Wissenschaft an, waren in der späteren Befragung aber keine Teilnehmer der Delphi-Befragung.

Der Online-Fragebogen wurde unter Nutzung der Software Qualtrics® an die Experten versendet. Dabei wurde eine personalisierte Umfrage erzeugt, die nur eingeladenen Personen zugänglich war. Hierzu wurden persönliche Links mit entsprechend pseudonymisiertem Code verwendet. Um die Daten der beiden Befragungswellen verknüpfen zu können, wurde zu Beginn der Delphi-Befragung eine ID für jeden Experten angelegt. Diese war sowohl auf dem postalischen Fragebogen aufgedruckt als auch dem Online-Fragebogen im Hintergrund immanent. Die ID wurde getrennt von den

persönlichen Daten erfasst, sodass keine Verknüpfung möglich war und die Anonymität der Befragten sichergestellt werden konnte.

7.2.4.3 Fragebogen zweite Befragungswelle

Die Zielstellung der zweiten Befragungsrunde bestand darin, dass die angeschriebenen Experten die über das Feedback mitgeteilten Ergebnisse der Gruppenmeinung der ersten Befragungsrunde vor dem Hintergrund ihrer eigenen Meinungsbildung reflektieren und folglich bei deren Bewertung in der zweiten Befragungsrunde berücksichtigen. Die zweite Befragungsrunde sollte daher weitere Thesen zwischen den Experten konsentieren, oder - wenn kein Konsens erzielt werden kann - den Nicht-Konsens als stabile Meinung der Expertengruppe feststellen.

Wie in den Ausführungen zum Studiendesign der Delphi-Befragung beschrieben (s. 7.2.2), wurden die Rückmeldungen der Experten nach Abschluss der ersten Befragungsrunde analysiert und eine Synthese der Resultate erstellt. Nähere Erläuterungen zur Vorgehensweise finden sich dazu in 7.2.5. Dabei wurde insbesondere geprüft, ob sich bei den einzelnen Thesen in der ersten Befragungsrunde bereits ein Konsens zwischen den teilnehmenden Experten eingestellt hat.

Thesen, bei denen bereits in der ersten Befragungsrunde ein Konsens festgestellt werden konnte, wurden im Fragebogen der zweiten Befragungsrunde entfernt und daher nicht zu einer erneuten Bewertung zur Verfügung gestellt. Vielmehr wurden diese bereits konsentierten Thesen in einem Ergebnisteil (Teil B des Fragebogens) dargestellt, der dem Fragebogen der zweiten Runde, zusammen mit einer erneuten Einbettung für die Experten (Teil A des Fragebogens), vorangestellt war.

Dieser Ergebnisteil stellte einen wichtigen Teil des Feedbacks dar, über das den Experten in der zweiten Befragungsrunde eine Rückmeldung zur Gruppenmeinung der ersten Befragungsrunde gespiegelt wurde. Ebenso wurden in der zweiten Befragungsrunde die beiden offenen Fragen der ersten Befragungsrunde entfernt, nachdem eine Inhaltsanalyse der eingegangenen Meinungen und Aussagen stattgefunden hatte (s. 7.3.3). Aus diesen freien Meinungsäußerungen wurden in der

zweiten Befragungsrunde drei ergänzenden Thesen neu aufgenommen, die von den Experten zu bewerten waren.

Abbildung 26: Beispielhafte Darstellung der Gruppenmeinung als Feedback

	Ich stimme überhaupt nicht zu	Ich stimme eher nicht zu	Ich stimme eher zu	Ich stimme sehr zu	Ich kann es nicht beurteilen
Insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich besteht ein Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung der Qualität.	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [5]	<input type="checkbox"/> [20]	<input type="checkbox"/> [51]	<input type="checkbox"/> [0]

Anzahl der jeweils abgegebenen Einschätzungen in der ersten Befragungsrunde

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Fragebogens der zweiten Befragungsrunde.

Die im Rahmen der ersten Befragungsrunde noch nicht konsentierten Thesen sowie die kardinal skalierten Fragen wurden in der zweiten Befragungsrunde erneut zur Bewertung gestellt (Teil C des Fragebogens). Dabei erhielten die Experten zu den einzelnen Thesen und Fragen ein direktes Feedback (s. Abbildung 26). Anhand dessen konnten die Experten ablesen, wie die anderen Teilnehmer die jeweilige These bzw. Fragestellung in der ersten Befragungsrunde bewertet haben. Aus diesem Feedback generierte sich, gemäß der Logik einer Delphi-Befragung mit dem Ziel eines Konsenses, ein Prozess einer kritischen Reflexion der eigenen Bewertung bei jedem einzelnen Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde. Dabei wurde jeder Experte implizit aufgefordert, seine eigene Meinung bzw. Bewertung in den Kontext der Gruppenmeinung zu stellen und seine persönliche Bewertungsentscheidung ggf. im Sinne einer Konsensbildung zu ändern oder aber eine bewusste Bewertung entgegen dem Konsens zu treffen.

Die Versendung der zweiten Befragungsrunde erfolgte analog dem geschilderten Vorgehen der ersten Befragungsrunde. Aufgrund der bereits erfolgten Konsentierung einiger Thesen enthielt der Fragebogen der zweiten Befragungsrunde nur noch 27 inhaltliche Thesen und Fragen. Ergänzend kamen auch hier, wie in der ersten Runde, noch fünf Fragen zur Person der Experten hinzu. Die Struktur des Fragebogens entsprach in weiten Teilen derjenigen der ersten Befragungsrunde (s. Tabelle 21). Lediglich die offene Frage „Freie Anmerkungen“ wurde, wie oben erwähnt, aus der Struktur entfernt.

Tabelle 21: Schematischer Aufbau des Fragebogens der zweiten Befragungsrunde

Abschnitt	Themenbereich	Anzahl/Art der Thesen und Fragen
Teil A	Verteilung der an der ersten Befragungsrunde teilnehmenden Experten/-innen	-
Teil B	Bereits in der ersten Befragungsrunde konsentiierte Thesen	-
Teil C	Noch nicht konsentiierte Thesen zur erneuten Bewertung	
1	Status quo des Qualitätswettbewerbs	1 These (Likert-Skala)
2	Thesen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland	
2.1	Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> • 1 These (Likert-Skala) • 4 Fragen (Kardinal skaliert)
2.2	Qualitätsmessung	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Thesen (Likert-Skala)
2.3	Qualitätstransparenz/PR	5 Thesen (Likert-Skala)
2.4	Selektives Kontrahieren	6 Thesen (Likert-Skala)
2.5	P4P	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Thesen (Likert-Skala) • 2 Fragen (Kardinal skaliert)
3	Fragen zu Ihrer Person	5 geschlossene Fragen

Quelle: Eigene Darstellung.

7.2.5 Auswertungsmethodik

Nachdem die mehrstufige Datenerfassung für eine Delphi-Befragung charakteristisch ist, erfolgte auch die Datenanalyse entsprechend mehrstufig. Insbesondere wurden die Daten der ersten Befragungsrunde nach deren Abschluss analysiert und in aufbereiteter Form den Experten beim Versand der zweiten Befragungsrunde als Feedback zur Verfügung gestellt. Die Gesamtanalyse erfolgte nach Abschluss beider Befragungsrunden.

Dem nachfolgend beschriebenen Vorgehen der methodischen Auswertung der Daten liegen zwei zentrale Prämissen zugrunde: Erstens wurden Methoden gewählt, die für die Auswertung und Analyse der dem Fragebogen enthaltenen Thesen und Fragestellungen zulässig und adäquat waren. Hier sei als Kriterium insbesondere das Skalenniveau benannt. Zweitens sollte die Methodik der initial formulierten Zielstellung, der Darstellung einer Konsensfindung, zuträglich sein und gleichzeitig auch die Stabilität des Antwortverhaltens der Expertengruppe zwischen den beiden Befragungsrunden abbilden.

Die Daten der beiden Befragungsrunden wurden daher mit den folgenden statistischen Kenngrößen und Verfahren analysiert. Die Berechnungen beruhen dabei auf der Nutzung der Software Microsoft Excel sowie SPSS (Version 24.0).

Die Thesen in Form einer 5-stufigen Likert-Skala wurden als ordinal skaliert angenommen. Die Methodik zur Auswertung dieser Fragen bestand daher maßgeblich aus Kennzahlen der deskriptiven Statistik. Hier kamen der Median, die 25%/75%-Perzentile sowie der Interquartilsabstand (IQR) zum Einsatz. Der Median wurde verwendet, um die zentrale Tendenz der Expertenbewertungen zu messen. Der IQR hingegen, um die Spreizung der Bewertungen transparent darstellen und interpretieren zu können.

Wie bereits in 7.2.2 beschrieben, wurde vor Durchführung der Befragung bestimmt, wann von einem Konsens zwischen den Experten ausgegangen werden kann. Ein Konsens wurde bei ordinal skalierten Thesen angenommen, wenn $\geq 75\%$ der teilnehmenden Experten ihre Zustimmung oder Ablehnung ausgedrückt haben. Hierzu wurden die beiden ablehnenden⁵⁶⁴ bzw. zustimmenden Antwortoptionen⁵⁶⁵ auf der 5-stufigen Likert-Skala aufaddiert. Die neutrale Bewertungsoption „Ich kann es nicht beurteilen“ wurde dabei bei der Konsensbeurteilung nicht berücksichtigt. Ein solcher Konsens stellte das primäre Abbruch- bzw. Konsenskriterium dar.

Bei Thesen und Fragen, die nach der ersten Befragungsrunde noch nicht konsentiert werden konnten, wurde der Wilcoxon-Test bzw. die darüber prüfbare Stabilität des Antwortverhaltens der Expertengruppe als sekundäres Abbruch- bzw. Konsenskriterium definiert. Der Wilcoxon-Test prüft dabei, ob die zentralen Tendenzen zweier abhängiger Stichproben stabil oder aber verschieden sind. Der Test eignete sich deshalb für das vorliegende Studiendesign besonders, da es sich aufgrund der Messwiederholung in Form der zwei Befragungsrunden und gleichem Expertenpool um verbundene abhängige Stichproben handelte. Dabei gingen nur diejenigen Datensätze von Experten in die statistischen Analysen ein, die an beiden Befragungsrunden teilgenommen haben (s. 7.3.1.3).⁵⁶⁶ Für die Durchführung eines Wilcoxon-Tests müssen die Daten mindestens ordinal skaliert sein. Gleichzeitig bedarf es keiner zwingenden Normalverteilung der Daten. Die Berechnung des Wilcoxon-Tests erfolgte fragenspezifisch nach Abschluss der zweiten Befragungsrunde.

Die Interpretation der Ergebnisse des Wilcoxon-Tests vor dem Hintergrund der vorliegenden Studie fand wie folgt statt: Die Nullhypothese lautete „Das Antwortverhalten der an beiden Befragungsrunden teilnehmenden Experten ist vergleichbar“, während die alternative Hypothese lautete „Das Antwortverhalten der an beiden Befragungsrunden

⁵⁶⁴ „Ich stimme überhaupt nicht zu“ und „Ich stimme eher nicht zu“.

⁵⁶⁵ „Ich stimme eher zu“ und „Ich stimme sehr zu“.

⁵⁶⁶ 66 Experten nahmen sowohl an der ersten als auch der zweiten Befragungsrunde teil. Eine Identifizierung unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Prämissen war durch die Verwendung von expertenindividuellen IDs möglich.

teilnehmenden Experten unterscheidet sich signifikant voneinander“. Ziel dieses Hypothesentests war es, die Stabilität des Antwortverhaltens zwischen den beiden Befragungsrunden zu analysieren. Wenn der errechnete Wert bei einer These bzw. Fragestellung $p > 0,05$ ist, kann die Nullhypothese akzeptiert bzw. die alternative Hypothese verworfen werden, d.h. das Antwortverhalten der Experten ist in beiden Befragungsrunden vergleichbar bzw. stabil.

Bei Fragestellungen, die nicht in Form einer Likert-Skala, sondern in Form kardinal skaliertes Antwortoptionen konzipiert waren, wurde anstelle der oben genannten Parameter der Mittelwert sowie die Standardabweichung (SD) zur Analyse genutzt. Die abweichende Wahl der Parameter geht auf das unterschiedliche Skalenniveau der Daten zurück. Für die kardinal skalierten Fragen, bei denen kein Konsensziel verfolgt wurde, wurde aufgrund der Existenz der Fragen in beiden Befragungsrunden ebenfalls der Wilcoxon-Test durchgeführt.

Die beiden Freitext-Fragen in der ersten Befragungsrunde (Fragen 1.5 und 3) wurden unter Anwendung einer qualitativen kategoriengeleiteten Inhaltsanalyse nach Mayring⁵⁶⁷ systematisch analysiert. Dabei wurden die offenen Antworten nach schwerpunktmäßig induktiver Entwicklung eines Kategorienschemas entsprechend zugeordnet bzw. codiert. Die Analyse lief unter Zuhilfenahme der Software Microsoft Excel ab.

Die Auswertung der biografischen Fragen erfolgte deskriptiv und kann den Ausführungen in 7.3.2 entnommen werden.

Eine Übersicht zu den angewandten Methoden auf die jeweiligen Fragen und Thesen der Fragebögen, untergliedert nach dem Skalenniveau der Daten, ist Tabelle 22 zu entnehmen. Dabei können außerdem die Datenherkunft der Fragen (Erste/Zweite Befragungsrunde) sowie die jeweilige Anzahl der zugehörigen Fragen abgelesen werden.

⁵⁶⁷ vgl. Mayring 2015.

Tabelle 22: Übersicht der Auswertungsmethodik nach Skalenniveau

	n	Datenherkunft	Inhaltsanalyse nach Mayring	Mittelwert	Median	25%-/75%-Perzentil	IQR	SD	Wilcoxon-Test
Ordinal skalierte Thesen/Fragen mit Konsensziel									
Thesen/Fragen mit Konsens in erster Befragungsrunde	21	Delphi I			X	X	X		
Thesen/Fragen mit Konsens in zweiter Befragungsrunde	8	Delphi I+II			X	X	X		X
Thesen/Fragen ohne Konsens	13	Delphi I+II			X	X	X		X
Kardinal skalierte Thesen/Fragen ohne Konsensziel									
Thesen/Fragen	6	Delphi I+II		X				X	X
Freitext-Fragen ohne Konsensziel									
Thesen/Fragen	2	Delphi I	X						

Quelle: Eigene Darstellung.

Delphi I: Erste Befragungsrunde; Delphi II: Zweite Befragungsrunde; IQR: Interquartilsabstand; SD: Standardabweichung.

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Feldverlauf der Befragungswellen

7.3.1.1 Erste Befragungswelle

Der Fragebogen der ersten Befragungswelle wurde postalisch am 18.01.2021 an 279 Experten versendet. Die zusätzliche Aussendung des Links zum Online-Fragebogen erfolgte per E-Mail am 26.01.2021. Am 09.02.2021, nach ca. drei Wochen Feldzeit, wurde eine Erinnerungs-E-Mail an die noch nicht teilgenommenen Experten versendet.⁵⁶⁸ Dieser Erinnerung war erneut der Link für die Online-Befragung beigefügt.

Die erste Befragungswelle wurde am 31.03.2021 beendet. Bis dahin nahmen insgesamt 105 Experten an der ersten Befragungsrunde teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 38%. Eine Berechnung der Abschlussrate bzw. des Anteils an Experten, welche die Befragung begonnen, aber nicht abgeschlossen haben, ist aufgrund der parallelen

⁵⁶⁸Wenn bereits ein ausgefüllter Fragebogen (per Post oder online) eingegangen war, eine explizite Teilnahmeverweigerung vorlag, oder rückgemeldet wurde, dass der Experte die Fragestellungen nicht beantworten kann, wurde auf die Erinnerung verzichtet.

Aussendung per Post sowie als Online-Befragung nicht eindeutig möglich. Die Feldstatistik für die erste Befragungsrunde ist in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23: Feldstatistik zur ersten Befragungsrunde

	Absolut	in Prozent
Versendete Fragebögen	279	100
Ausgefüllte Rückläufe	105	38
Davon Rücklauf per Post	33	31
Davon Rücklauf per Online-Befragung	72	69
Ohne Rücklauf	152	54
Systematische Ausfälle (z.B. kein Interesse am Thema, keine Zeit zur Teilnahme, sonstige Gründe)	22	8

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Anteil der teilnehmenden Experten, die bei den jeweils zu beurteilenden Thesen mit der Antwortoption „Ich kann es nicht beurteilen“ gewertet haben und daher nicht in die Analyse eingingen, war außerordentlich gering (1,8%). Dies zeugt von einer suffizienten Datenqualität sowie einem ausgeprägten Expertenstatus der angeschriebenen Personen.

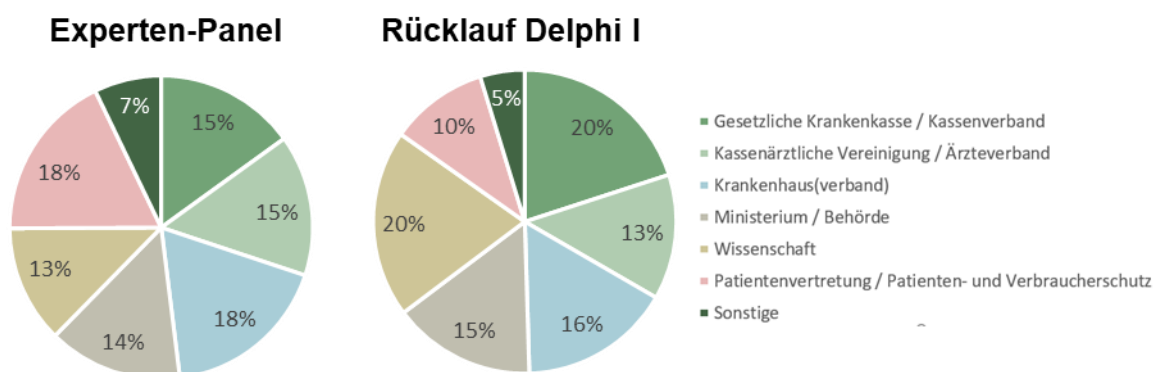
Bei einer detaillierteren Analyse der Teilnehmer nach den gemäß 7.2.3 in das Expertenpanel eingeschlossenen Akteursgruppen zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung der relativen Anteile der teilnehmenden Experten gegenüber der ex ante definierten Zusammensetzung des Expertenpanels (s. Tabelle 24 und Abbildung 27). Insofern spiegelt die erste Befragungsrunde die beabsichtigte Heterogenität der teilnehmenden Experten in adäquater Weise wider.

Tabelle 24: Teilnahmequoten der ersten Befragungsrunde nach Akteursgruppe

	Anzahl Experten Panel	Rücklauf absolut	Rücklaufquote
Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband	42	21	50%
Kassenärztliche Vereinigung / Ärztenverband	42	14	33%
Krankenhaus(verband)	50	17	34%
Ministerium / Behörde	40	16	40%
Wissenschaft	35	21	60%
Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz	50	11	22%
Sonstige Experten	20	5	25%
Gesamt	279	105	38%

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 27: Vergleich der Panelzusammensetzung nach Akteursgruppen vor/nach Durchführung der ersten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.1.2 Zweite Befragungswelle

Der Fragebogen der zweiten Befragungswelle wurde postalisch am 20.04.2021 an 257 Experten versendet. Die Differenz zur Aussendung der ersten Befragungswelle resultierte aus systematischen Ausfällen, z.B. durch aktive Rückmeldung der Teilnehmer zwischen den beiden Befragungswellen. Die zusätzliche Aussendung des Links zum Online-Fragebogen erfolgte per E-Mail am 27.04.2021. Am 11.05.2021, nach ca. drei Wochen Feldzeit, wurde eine Erinnerungs-E-Mail an die Experten, die nicht teilgenommen hatten, versendet.⁵⁶⁹ Dieser Erinnerung war erneut der Link für die Online-Befragung beigefügt.

Die zweite Befragungswelle wurde am 20.06.2021 beendet. Die Dauer der zweiten Befragungswelle wurde aufgrund der Erfahrungen der ersten Befragungsrunde verkürzt. Denn es zeigte sich, dass der allergrößte Teil der Rückmeldungen innerhalb acht Wochen nach Aussendung des Fragebogens erfolgte. Insgesamt nahmen 100 Experten an der zweiten Befragungsrunde teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 39%. Aus den in 7.6.1 genannten Gründen war auch hier die Berechnung der Abschlussquote nicht möglich. Die Feldstatistik für die zweite Befragungsrunde ist in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Feldstatistik zur zweiten Befragungsrunde

	Absolut	in Prozent
Versendete Fragebögen	257	100
Ausgefüllte Rückläufe	100	39
Davon per Post	29	29
Davon per Online-Befragung	71	71
Ohne Rücklauf	154	60
Systematische Ausfälle (z.B. kein Interesse am Thema, keine Zeit zur Teilnahme, sonstige Gründe)	3	1

Quelle: Eigene Darstellung.

Der Anteil der teilnehmenden Experten, die bei den jeweils zu beurteilenden Thesen mit der Antwortoption „Ich kann es nicht beurteilen“ gewertet haben und daher nicht in die Analyse eingingen, war etwas höher als in der ersten Befragungswelle, fiel aber mit 2,1% noch immer gering aus.

In der zweiten Befragungsrunde zeigte sich eine hohe Übereinstimmung der ex ante vorgenommenen Quotierung des Expertenpanels mit der Zugehörigkeit der Teilnehmer

⁵⁶⁹Wenn bereits ein ausgefüllter Fragebogen (per Post oder online) eingegangen war, eine explizite Teilnahmeverweigerung vorlag, oder rückgemeldet wurde, dass der Experte die Fragestellungen nicht beantworten kann, wurde auf die Erinnerung verzichtet.

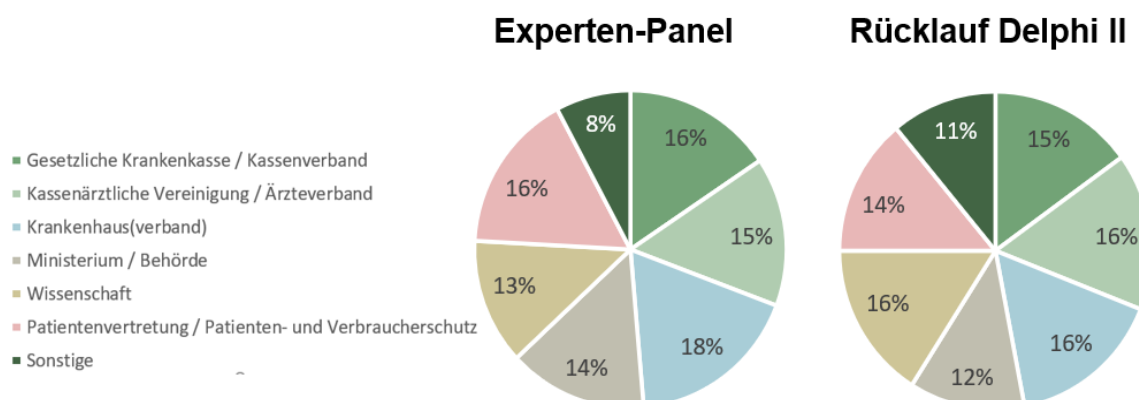
zur entsprechenden Akteursgruppe (s. Tabelle 26 und Abbildung 28). Daher kann auch für die zweite Befragungsrunde festgestellt werden, dass die bei der Zusammenstellung der Experten als Ziel formulierte Heterogenität der teilnehmenden Experten sehr gut erfüllt wurde. Die gesamthafte Rücklaufquote war mit 39% vergleichbar mit der ersten Befragungsrunde.

Tabelle 26: Teilnahmequoten der zweiten Befragungsrunde nach Akteursgruppe

	Anzahl Experten Panel	Rücklauf absolut	Rücklaufquote
Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband	40	15	38%
Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband	39	16	41%
Krankenhaus(verband)	46	16	35%
Ministerium / Behörde	37	12	32%
Wissenschaft	33	16	48%
Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz	42	14	33%
Sonstige Experten	20	11	55%
Gesamt	257	100	39%

Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 28: Vergleich der Panelzusammensetzung nach Akteursgruppen vor/nach Durchführung der zweiten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung

7.3.1.3 An beiden Befragungswellen teilnehmende Experten

Aus den Ausführungen in 7.2.4.2 und 7.2.4.3 sowie der Grundidee einer Delphi-Befragung mit Konsensziel lässt sich folgern, dass Teilnehmer der ersten Befragungswelle auch an der zweiten Befragungswelle partizipieren konnten. Ebenso war es aber auch möglich, dass Experten, die an der ersten Befragungswelle nicht teilgenommen haben, ihre Bewertung trotzdem isoliert nur im Rahmen der zweiten Befragungswelle abgaben.

Tabelle 27 gibt eine Übersicht darüber, wie viele Experten der definierten Akteursgruppen an beiden Befragungswellen teilgenommen haben und wie viele hingegen nur isoliert an einer der beiden Befragungswellen. Diejenigen Experten, die an beiden Befragungswellen teilgenommen haben, sind deswegen von besonderer Bedeutung, da diese in die Berechnung der durchgeführten statistischen Tests (Wilcoxon-Test) zur Prüfung der Stabilität des Antwortverhaltens des Expertenpanels zwischen den beiden Befragungsrunden eingegangen sind.

Tabelle 27: Teilnehmerzahlen nach Befragungsrunde

	Teilnahme an beiden Befragungsrunden	Nur Teilnahme an erster Befragungsrunde	Nur Teilnahme an zweiter Befragungsrunde
Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband	10	11	5
Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband	9	5	7
Krankenhaus(verband)	13	4	3
Ministerium / Behörde	7	9	5
Wissenschaft	14	7	2
Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz	8	3	6
Sonstige Experten	5	0	6
Gesamt	66	39	34

Quelle: Eigene Darstellung.

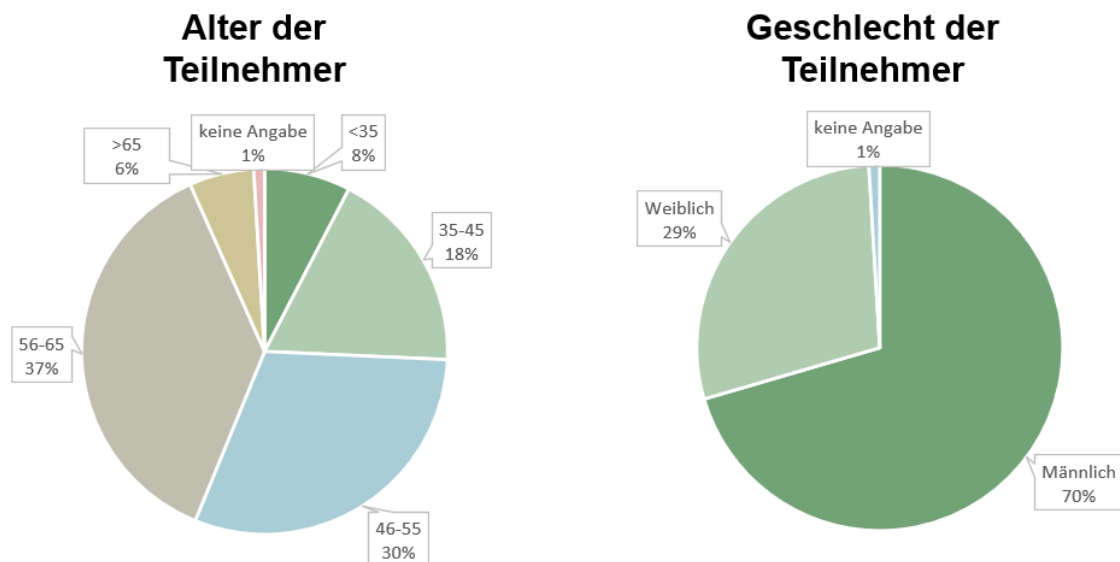
Insgesamt nahmen 66 Experten sowohl an der ersten als auch der zweiten Befragungsrunde teil. Dies entspricht einem relativen Anteil von 63% der an der ersten Befragungswelle teilgenommenen Experten. 39 Experten nahmen nur an der ersten Befragungswelle teil, 34 Experten hingegen nur an der zweiten Welle.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer in beiden Befragungsrunden je Akteursgruppe spiegelt die Quotierung bzw. die Zusammenstellung des Expertenpanels gut wider. Lediglich die Akteursgruppe der Wissenschaft ist leicht über- und die der Patientenvertretung/Patienten- und Verbraucherschutz etwas unterrepräsentiert.

7.3.2 Biografische Daten

37% der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde waren zwischen 56 und 65 Jahren alt, 30% zwischen 46 und 55 Jahren. Danach folgte die Altersgruppe der 35-45-Jährigen mit einem Anteil in Höhe von 18%. Auf die übrigen in Abbildung 29 abgetragenen Altersgruppen entfielen die restlichen Anteile. 70% der teilnehmenden Experten waren männlich, 29% weiblich.

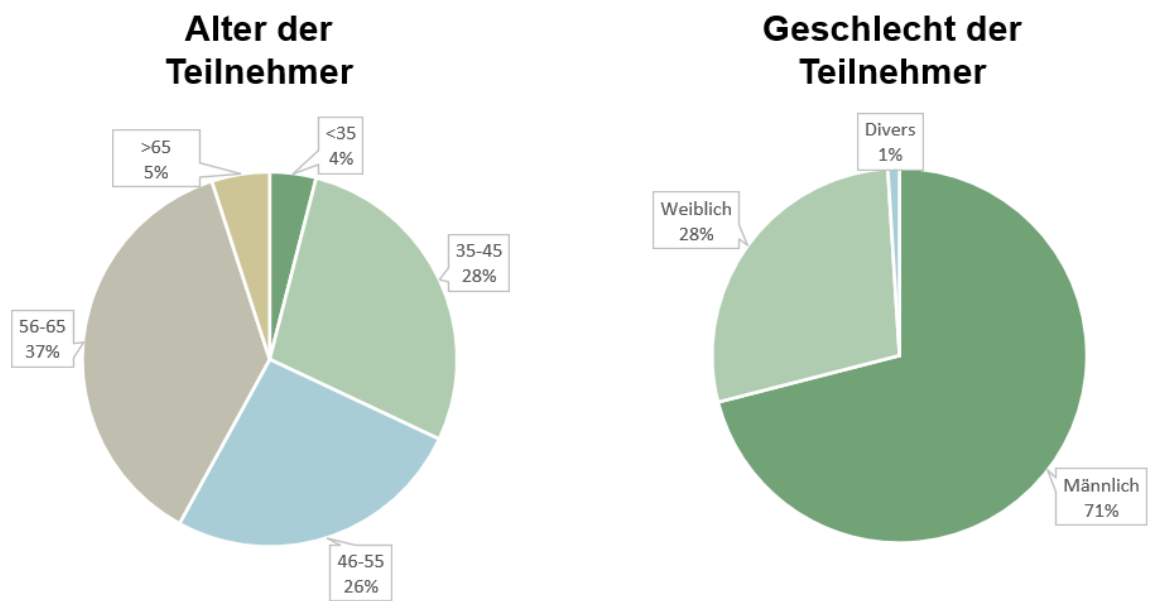
Abbildung 29: Alters- und Geschlechterverteilung der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Alterszusammensetzung und Geschlechterverteilung der Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde gestaltete sich in großen Teilen vergleichbar zur ersten Befragungsrunde: 37% der Teilnehmer waren zwischen 56 und 65 Jahren alt, 28% zwischen 35 und 45 Jahren. Danach folgte die Altersgruppe der 46-55-Jährigen mit einem Anteil in Höhe von 26%. 71% der teilnehmenden Experten waren männlich, 28% weiblich (s. Abbildung 30 und Tabelle 28).

Abbildung 30: Alters- und Geschlechterverteilung der Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung.

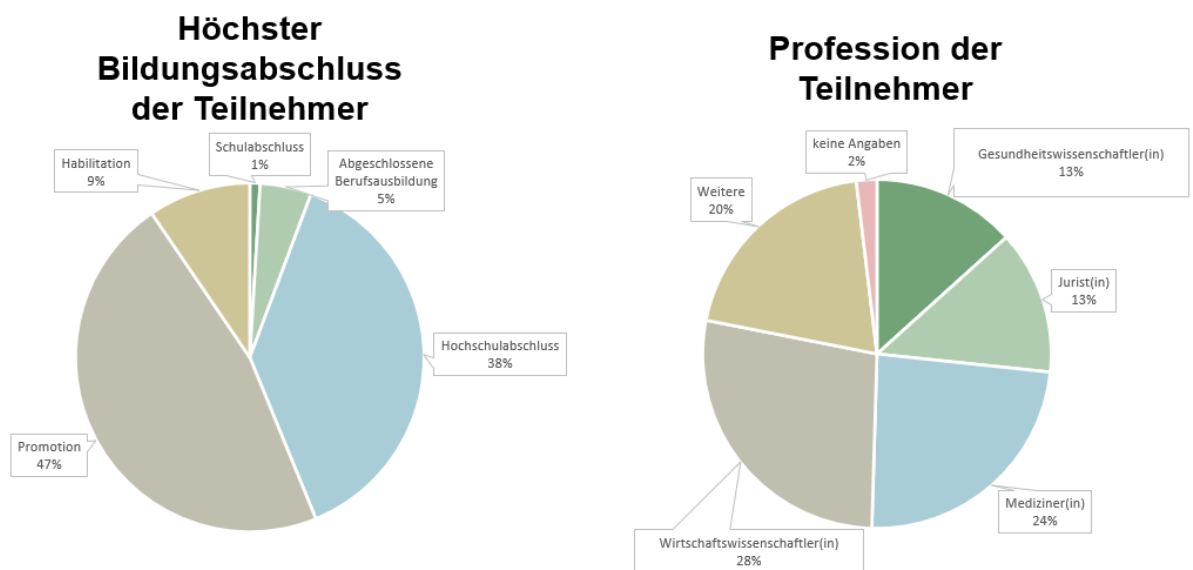
Tabelle 28: Biographische Daten der Delphi-Befragung

Kategorie	Ausprägung	Erste Befragungsrunde (n=105) [n (%)]	Zweite Befragungsrunde (n=100) [n (%)]
Geschlecht	Weiblich	30 (29)	28 (28)
	Männlich	74 (70)	71 (71)
	Divers	0 (0)	1 (1)
	Keine Angabe	1 (1)	0 (0)
Alter	<35	8 (8)	4 (4)
	35-45	19 (18)	28 (28)
	46-55	32 (30)	26 (26)
	56-65	39 (37)	37 (37)
	>65	6 (6)	5 (5)
	Keine Angabe	1 (1)	0 (0)
Akteur/Tätigkeitsfeld	Gesetzliche Krankenversicherung / Kassenverband	21 (20)	15 (15)
	Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband	14 (13)	16 (16)
	Krankenhaus(verband)	17 (16)	16 (16)
	Ministerium / Behörde	16 (15)	12 (12)
	Wissenschaft	21 (20)	16 (16)
	Patientenvertretung / Patienten- und Verbraucherschutz	11 (10)	14 (14)
	Sonstige Experten	5 (5)	11 (11)
Höchster Bildungsabschluss	Schulabschluss (Hauptschulabschluss, Realschulabschluss, Fach-(Abitur))	1 (1)	2 (2)
	Abgeschlossene Berufsausbildung	5 (5)	1 (1)
	(Fach-) Hochschulabschluss (Bachelor, Master, Magister, Diplom, Staatsexamen)	40 (38)	42 (42)
	Promotion	49 (47)	46 (46)
	Habilitation	10 (9)	9 (9)
Profession	Gesundheitswissenschaftler(in)	14 (13)	18 (18)
	Jurist(in)	14 (13)	13 (13)
	Mediziner(in)	25 (24)	25 (25)
	Wirtschaftswissenschaftler(in)	29 (28)	26 (26)
	Weitere	21 (20)	16 (16)
	Keine Angaben	2 (2)	2 (2)

Quelle: Eigene Darstellung.

In der ersten Befragungsrunde verfügte knapp die Hälfte der Teilnehmer verfügte über eine Promotion als höchsten Bildungsabschluss, 38% über einen Hochschulabschluss und 9% der Experten waren habilitiert. Die übrigen 6% der Experten verfügten über Schulabschluss oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als höchsten Bildungsabschluss. Hinsichtlich der Profession der Teilnehmer waren die Wirtschaftswissenschaften, Jura, Medizin sowie Gesundheitswissenschaften am häufigsten vertreten. Daneben nahmen aber auch Vertreter weiterer Professionen an der Befragung teil (s. Abbildung 31 und Tabelle 28).

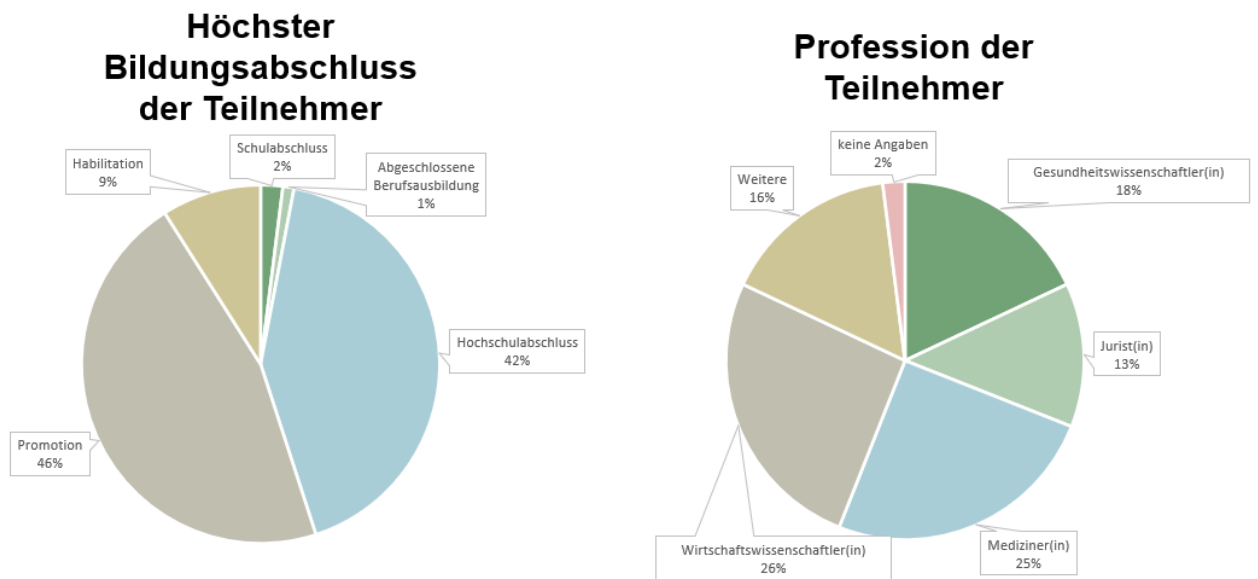
Abbildung 31: Höchster Bildungsabschluss und Profession der Teilnehmer der ersten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung.

Auch bei der zweiten Befragungsrunde besaß knapp die Hälfte der Teilnehmer eine Promotion als höchsten Bildungsabschluss, 42% einen Hochschulabschluss und 9% der Experten waren habilitiert. Die übrigen 3% der Experten verfügten über Schulabschluss oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als höchsten Bildungsabschluss. Hinsichtlich der Profession der Teilnehmer waren die Wirtschaftswissenschaften, Medizin sowie Gesundheitswissenschaften am häufigsten vertreten (s. Abbildung 32 und Tabelle 28).

Abbildung 32: Bildungsabschluss und Profession der Teilnehmer der zweiten Befragungsrunde



Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.3 Inhaltliche Ergebnisse und Konsensbildung

Nachfolgend sind, gemäß dem schematischen Aufbau des Fragebogens der Delphi-Befragung, die Anteile der konsentierten Thesen abschnittsweise aufgelistet (s. Tabelle 29). Hier wurden Thesen berücksichtigt, bei denen die Ablehnung/Zustimmung in Form einer Likert-Skala als Antwortoption durch die Experten ausgedrückt wurde. Die Fragestellungen, die in Form von kardinal skalierten Antwortoptionen bewertet wurden und daher nicht das Ziel einer Konsensbildung verfolgten, fanden in dieser Darstellung keinen Eingang.

Tabelle 29: Übersicht Anteile konsentierter Thesen

Abschnitt	Themenbereich	Anteil konsentierter Thesen
1	Status quo des Qualitätswettbewerbs	100% (n=5/5)
2.1	Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente	100% (n=4/4)
2.2	Qualitätsmessung	60% (n=3/5)
2.3	Qualitätstransparenz/PR	80% (n=8/10)
2.4	Selektives Kontrahieren	43% (n=3/7)
2.5	P4P	17% (n=1/6)
2.6	Ordnungspolitische Einbettung	100% (n=5/5)
Total		69% (n=29/42)

Quelle: Eigene Darstellung.

Gesamthaft betrachtet konnten 69% der Thesen mit Konsensziel nach Abschluss der beiden Befragungswellen zwischen den Experten konsentiert werden. 21 Thesen erreichten dabei Übereinstimmung bereits in der ersten, acht Thesen hingegen in der zweiten Befragungswelle. Dies verdeutlicht, dass das einer Konsens-Delphi-Befragung immanente Versenden eines aufbereiteten Feedbacks der Ergebnisse der ersten Befragungsrunde den damit intendierten Zweck einer Reflexion sowie das Auslösen einer dynamischen Gruppendiskussion zwischen den Experten adäquat erfüllte.

Im weiteren Verlauf werden nun die Ergebnisse der beiden Befragungsrunden abschnittsweise dargestellt. Dabei werden mit Ausnahme der biographischen Fragen (s. 7.3.2) alle Thesen und Fragestellungen berücksichtigt – auch diejenigen ohne explizites Konsensziel. Die Beschreibungen basieren insbesondere auf den in der Tabelle 22 aufgeführten statistischen Kennzahlen.

7.3.3.1 Status quo des Qualitätswettbewerbs

Dieser Abschnitt enthielt Thesen und Fragestellungen, die den Status quo des Qualitätswettbewerbs adressierten, Defizite identifizierten sowie die Relevanz einer Weiterentwicklung hinterfragten. Alle aufgestellten Thesen konnten in diesem Abschnitt zwischen den teilnehmenden Experten konsentiert werden. Der Konsens wurde hierbei jeweils bereits in der ersten Befragungsrunde bzw. im Fall der These 1.5 beim ersten Erscheinen der These in der zweiten Befragungsrunde erreicht (s. Abbildung 33).

Kernaussagen der konsentierten Thesen waren erstens, dass sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich ein Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Qualität besteht (Thesen 1.1 und 1.2). Zweitens sahen die

Experten die Möglichkeiten des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente als limitiert an (These 1.3). Drittens fehlt dem Einsatz der Instrumente ein zielführendes Rahmenkonzept (These 1.4). Abschließend herrschte dahingehend Übereinstimmung, dass die bereits bestehenden politischen Bemühungen um einen Qualitätswettbewerb in Deutschland nicht konsequent umgesetzt wurden (These 1.5).

Abbildung 33: Konsentierete Kernaussagen zum Status quo des Qualitätswettbewerbs

- Sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich besteht ein hoher Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung der Qualität.
- Die Möglichkeiten des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente sind limitiert.
- Den Möglichkeiten eines Qualitätswettbewerbs fehlt es bislang an einem zielführenden Rahmenkonzept.
- Bisherige politische Bemühungen um einen Qualitätswettbewerb wurden nicht konsequent umgesetzt.

Quelle: Eigene Darstellung.

Da aufgrund des Konsenses in der ersten Befragungsrunde keine der Thesen in beiden Befragungsrunden vorkam, konnte kein Wilcoxon-Test zu Prüfung der Stabilität des Antwortverhaltens durchgeführt werden.

Daneben enthielt dieser Abschnitt in der ersten Befragungsrunde eine offene Fragestellung („Existieren aus Ihrer Expertensicht weitere Aspekte, die für eine Beschreibung des Status quo des Qualitätswettbewerbs im deutschen Gesundheitssystem von Bedeutung sind?“). Nach Durchführung der Inhaltsanalyse nach Mayring konnten die Antworten der Experten in folgende Kategorien (absteigend nach Anzahl der Nennungen) gegliedert werden:

- Fehlende Qualitätstransparenz (14 Nennungen)
- Defizitäre Qualitätsmessung (12 Nennungen)
- Fehlender ordnungspolitischer Rahmen (10 Nennungen)
- Sonstiges (10 Nennungen)
- Fehlendes Zielbild eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland (9 Nennungen)
- Fehlanreize (z.B. bei Vergütung oder Bedarfsplanung) (9 Nennungen)
- Fehlende sektorenübergreifende Ausrichtung der Versorgung und des Qualitätswettbewerbs (6 Nennungen)
- Qualitätswettbewerb politisch nicht gewollt (5 Nennungen)
- Selbstverwaltung / Akteursgetriebene Einzelinteressen als Hindernis (5 Nennungen)

- Defizitäre Berücksichtigung der Patientenperspektive (4 Nennungen)
- Qualitätswettbewerb generell nicht zielführend/umsetzbar (3 Nennungen)
- Kommentar ohne ausreichenden Fragenbezug (3 Nennungen)
- Kritik an der Expertenbefragung zugrunde liegender Definition des Qualitätswettbewerbs (2 Nennungen)

Zusammen mit den Freitext-Nennungen zur Frage 3.1 (s. 7.3.3.8) wurden drei zusätzliche Thesen formuliert, die Eingang in die zweite Befragungsrunde gefunden haben (s. 7.2.4.3).

7.3.3.2 Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente

Der Abschnitt 2.1 des Fragebogens stellte die untersuchten qualitätswettbewerblichen Instrumente in den Vordergrund. Die zugehörigen Thesen gingen auf die Wechselwirkungen der Instrumente untereinander sowie den Stellenwert der einzelnen Instrumente ein. Alle in diesem Abschnitt aufgeführten Thesen mit ordinal skalierten Antwortoptionen konnten bereits in der ersten Befragungsrunde bzw. im Fall der These 2.1.5 bei deren ersten Vorkommen in der zweiten Befragungsrunde zwischen den Experten konsentiert werden. Der Konsens war in diesem Bereich besonders deutlich ausgeprägt (s. Tabelle 30). Ein Wilcoxon-Test wurde bei den Thesen nicht durchgeführt, da die Thesen aufgrund des sich ergebenden Konsenses jeweils nur in einer Befragungsrunde vorkamen.

Inhaltliche Aussagen der konsentierten Thesen waren, dass der Qualitätswettbewerb von den Experten als adäquates Vehikel betrachtet wurde, um eine Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung im ambulanten wie auch stationären Bereich zu erreichen (Thesen 2.1.2 und 2.1.3). Dem Instrument der Qualitätsmessung wurde ein für die weiteren qualitätswettbewerblichen Instrumente befähigender Charakter zugesprochen (These 2.1.1). Zudem sollte ein Qualitätswettbewerb auch im sektorenübergreifenden Kontext implementiert werden (These 2.1.5).

Neben Thesen mit dem Ziel der Konsensbildung existierten in diesem Abschnitt der Befragung ebenso Fragen mit kardinal skalierten Antwortmöglichkeiten. Dies betraf die Fragen 2.1.4_1 bis 2.1.4_5. Diese Fragestellungen waren in beiden Befragungsrunden enthalten und fokussierten auf eine Bewertung der Relevanz der einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente. Dabei zeigte sich im Vergleich der beiden Befragungsrunden eine größtenteils sehr ähnliche Bewertung der Experten in beiden Befragungswellen. Davon zeugen auch die Ergebnisse der durchgeführten Wilcoxon-Tests. Diese wiesen mit Ausnahme der Fragestellung 2.1.4_2 einen p-Wert $>0,05$ auf und belegen daher, dass kein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten der

Experten zwischen beiden Befragungsrunden vorlag (s. Tabelle 30). Am relevantesten bewerteten die Experten hierbei das Instrument der Qualitätsmessung (Mittelwert: 84,55), gefolgt vom Instrument der Qualitätstransparenz/PR (Mittelwert: 84,24).

Abbildung 34: Konsentierete Kernaussagen zum Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente

- Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerb fördert Qualitätssteigerung sowohl im ambulanten als auch akutstationären Versorgungsbereich.
- Qualitätsmessung als Voraussetzung und Vehikel für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente.
- Qualitätswettbewerb soll auch im sektorenübergreifenden Kontext eingesetzt werden.
- Die Instrumente der Qualitätsmessung und des PR werden favorisiert und als befähigend betrachtet. Selektives Kontrahieren und P4P werden als relevant, aber kritischer gesehen.

Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.3.3 Qualitätsmessung

Abschnitt 2.2 der Befragung beinhaltete Thesen, die eine Ausgestaltung der Qualitätsmessung im Kontext eines Qualitätswettbewerbs betreffen. Bei den zum Instrument der Qualitätsmessung zugeordneten Thesen konnten drei der fünf Aussagen konsentiert werden. Den stärksten Konsens wies hierbei die These auf, dass zwischen den Stakeholdern abgestimmte Qualitätsindikatoren eine zwingende Grundlage für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente sind (These 2.2.1). Hier schließt sich der Konsens an, dass im Rahmen der Qualitätsmessung definierte QI gleichzeitig auch beim Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente (z.B. Selektives Kontrahieren) nutzbar sein sollen (These 2.2.2). Ebenso konnte konsentiert werden, dass von Patienten selbst berichtete Qualitätseinschätzungen stärker im Kontext der Qualitätsmessung berücksichtigt werden sollen (These 2.2.5). Die Übereinstimmung erfolgte jeweils bereits bei der erstmaligen Beurteilung durch die Experten.

Abbildung 35: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument der Qualitätsmessung

- Zwischen den Stakeholdern abgestimmte QI sind eine zwingende Grundlage für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente.
- Im Rahmen der Qualitätsmessung definierte QI sollen auch beim Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente (z.B. Selektives Kontrahieren) nutzbar sein.
- Bei der Definition von QI sollen stärker von Patienten selbst berichtete Qualitätsinformationen (PREMs und PROMs) berücksichtigt werden.

Quelle: Eigene Darstellung.

Nicht konsentiert werden konnten die Fragestellungen, ob QI staatlich/regulatorisch oder aber durch die handelnden Akteure selbst zu definieren sind (These 2.2.3 und 2.2.4). Bei den zugehörigen beiden Thesen zeigte der Wilcoxon-Test, dass der Nicht-Konsens als stabil zu bewerten ist, da keine signifikanten Unterschiede der Bewertungen der Experten zwischen beiden Befragungsrunden vorlagen.

7.3.3.4 Qualitätstransparenz/PR

Im Abschnitt 2.3 des Fragebogens zur Weiterentwicklung einer Qualitätstransparenz sowie eines PR konnten im Rahmen der Delphi-Befragung acht von zehn der formulierten Thesen Übereinstimmung erzielen und damit das definierte primäre Konsenskriterium erreichen. Aus den konsentierten Thesen ging hervor, dass versorgungsrelevante Qualitätsdaten zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs auf öffentlichen Portalen sowohl für Patienten als auch Krankenkassen nutzbar aufbereitet sein müssten (Thesen 2.3.1 und 2.3.2). PR-Portale sollten nicht durch Zusammenschlüsse/Verbände der Leistungserbringer entwickelt und koordiniert werden (These 2.3.4). Sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen sollten verpflichtet werden, Ergebnissen von PR-Portalen stärker an Patienten/Versicherte zu kommunizieren (Thesen 2.3.5 und 2.3.6). Einen starken Konsens konnte die These erzielen, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten für alle an der GKV-Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtend sein sollte (Thesen 2.3.8 und 2.3.9). Leistungserbringer, welche ihre Qualitätsdaten nicht auf zugehörigen PR-Portalen veröffentlichen wollen, sollten nach Meinung der Experten mit einem Vergütungseinbehalt belegt werden (These 2.3.10).

Drei der beschriebenen Thesen (Thesen 2.3.4, 2.3.5 und 2.3.10) erreichten den Konsens dabei in der zweiten Befragungsrunde. Auffällig war hierbei, dass zwei der drei in der zweiten Befragungsrunde konsentierten Thesen (Thesen 2.3.4 und 2.3.5) gemäß dem Wilcoxon-Test einen p-Wert vorwiesen, der ein signifikant abweichendes

Bewertungsergebnis zwischen den beiden Befragungsrunden wiedergab. Dies impliziert einen durch den Feedbackprozess zwischen den beiden Befragungsrunden ausgelösten Wechsel des Meinungsbilds einzelner teilnehmenden Experten. In der ersten Befragungsrunde konnte bei diesen beiden genannten Thesen noch kein Konsens erzielt werden.

Abbildung 36: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument der Qualitätstransparenz/PR

- Versorgungsrelevante Qualitätsdaten sind sowohl für Patienten als auch Krankenkassen auf öffentlichen Portalen nutzbar aufzubereiten.
- Sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen sind zu verpflichten, Ergebnisse von PR-Portalen stärker an Patienten/Versicherte zu kommunizieren.
- PR-Portale sollen nicht von Leistungserbringern entwickelt und koordiniert werden.
- Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten muss für alle an der GKV-Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtend sein.
- Eine Nicht-Veröffentlichung soll mit Vergütungseinbehalten für Leistungserbringer verbunden sein.

Quelle: Eigene Darstellung.

Kein Konsens konnte hingegen bei den Thesen herbeigeführt werden, ob PR-Portale über einen Top-Down-Ansatz staatlich/regulatorisch entwickelt und koordiniert werden sollten (These 2.3.3) und dass Leistungserbringer für eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung auf Grundlage der Nutzung von Ergebnissen auf PR-Portalen monetär incentiviert werden sollten (These 2.3.7).

Bei diesen beiden nicht konsentierten Thesen bildete der Wilcoxon-Test bei These 2.3.7 einen stabilen Nicht-Konsens ab (p-Wert: 0,523) ab. Bei These 2.3.3 lag hingegen eine signifikante Änderung des Meinungsbilds der Experten zwischen den Befragungswellen vor (p-Wert: 0,033).

7.3.3.5 Selektives Kontrahieren

Im Thesenbereich zur Weiterentwicklung des selektiven Kontrahierens konnten 43% bzw. drei der sieben Thesen einen Konsens erreichen. Diese konsentierten Thesen adressierten, dass selektives Kontrahieren über Qualitätsaspekte sowohl in der ambulanten als auch der akutstationären Versorgung gestärkt werden sollte (Thesen 2.4.1 und 2.4.2). Außerdem wurde innerhalb des Expertenpanels darüber übereingestimmt, dass die transparente Kommunikation der mit dem selektiven Kontrahieren einhergehenden Einschränkung der Wahlfreiheit durch die Krankenkassen

an die Versicherte einen entscheidenden Erfolgsfaktor darstellt (These 2.4.5). Die These 2.4.5 erreichte den Konsens bereits in der ersten, die Thesen 2.4.1 und 2.4.2 erst in der zweiten Befragungsrunde. Bei den beiden in der zweiten Runde konsentierten Thesen zeigte der Wilcoxon-Test eine Stabilität des Antwortverhaltens des Expertenpanels (s. Tabelle 30).

Abbildung 37: Konsentierte Kernaussagen zum Instrument des selektiven Kontrahierens

- Selektives Kontrahieren über Qualitätsaspekte soll sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Bereich gestärkt werden.
- Krankenkassen sollen zur Schaffung von Akzeptanz die Versicherten transparent über die mit dem selektiven Kontrahieren einhergehende Einschränkung der Wahlfreiheit informieren.

Quelle: Eigene Darstellung.

Ein ausbleibender Konsens musste für die Fragestellung konstatiert werden, ob Rahmenbedingungen für das selektive Kontrahieren stärker über einen Top-Down- oder einen Bottom-Up-Ansatz bzw. durch wettbewerbliche Suchprozesse gestaltet werden sollten (Thesen 2.4.3 und 2.4.4). Ebenso ohne Konsens erfolgte die Meinungsbildung der Experten zur Zweckmäßigkeit des Einsatzes von Krankenkassen-Wahlтарifen mit Prämienreduktionen (These 2.4.6). Ob Krankenkassen, die mit qualitativ überdurchschnittlichen Leistungserbringern kontrahieren, finanziell bessergestellt werden sollen, blieb ebenso offen (These 2.4.7). Bei sämtlichen nicht konsentierten Thesen zeigte sich eine Stabilität des Antwortverhaltens, ausgedrückt durch einen p-Wert bei Durchführung des Wilcoxon-Tests $>0,05$.

7.3.3.6 P4P

In diesem Thesenblock konnten relativ betrachtet die wenigsten Thesen zu einem Konsens gelangen. Von sechs ordinal skalierten Thesen mit dem zugrunde liegenden Ziel einer Konsensbildung war dies nur für These 2.5.5 der Fall („Pay for Performance-Modelle sollen stärker durch gezielte Pilotprojekte getestet und evaluiert werden, um dann aus diesen Praxiserfahrungen zu lernen.“). Hier stellte sich der Konsens in der ersten Befragungsrunde ein.

Abbildung 38: Konsentierete Kernaussagen zum Instrument des P4P

- P4P-Modelle sollen durch Pilotprojekte getestet und evaluiert werden, um aus Praxiserfahrungen zu lernen.
- Für die Schaffung von Akzeptanz gegenüber einem P4P-Ansatz stellt die Verständlichkeit der Anreizlogik einen wichtigeren Aspekt als die Höhe des finanziellen Anreizes dar.

Quelle: Eigene Darstellung.

Keine Übereinstimmung konnte zur Fragestellung erzielt werden, ob P4P im ambulanten und/oder akutstationären Versorgungsbereich gestärkt werden sollte (Thesen 2.5.1 und 2.5.2). Genauso verhielt es sich mit den Thesen, die eine Abstimmung zu einem Top-Down- oder Bottom-Up-Ansatz adressierten, was die Entwicklung und Koordination von P4P-Modellen angeht. Hier wurde weder eindeutig für einen staatlichen/regulatorischen noch für einen wettbewerblichen Ansatz in Form von Suchprozessen durch die handelnden Akteure votiert (Thesen 2.5.3 und 2.5.4). Letztlich fand auch keine Konsensbildung zur These statt, dass P4P-Modelle verstärkt in Indikationsbereichen eingesetzt werden sollten, in denen in Deutschland besondere Qualitätsdefizite evident sind (These 2.5.6). Bei allen nicht konsentierten Thesen erwies sich der Nicht-Konsens als statistisch stabil.

Neben den Thesen mit Konsensziel enthielt der Fragebogenabschnitt zu P4P auch zwei kardinal skalierte Fragestellungen (Fragen 2.5.7_1 und 2.5.7_2). Dabei wurde im P4P-Kontext die Verständlichkeit der Anreizlogik (Mittelwert: 77,76) als bedeutender eingeschätzt als die Höhe des finanziellen Anreizes (Mittelwert: 62,76) (s. Tabelle 31). Die berechneten, nicht signifikanten p-Werte beim Wilcoxon-Test bewiesen, dass das Meinungsbild der Experten bzgl. der Bedeutung dieser beiden Ausgestaltungsaspekte bei P4P-Programmen stabil war.

7.3.3.7 Ordnungspolitische Einbettung

Der Thesenblock 2.6 nahm die ordnungspolitische Perspektive ein und beinhaltete Thesen zur entsprechenden Einbettung sowie zu einem Rahmenkonzept einer Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs. Hierbei konnten alle fünf aufgestellten Thesen bereits in der ersten Befragungsrunde mit hohen prozentualen Konsensergebnissen abgeschlossen werden.

Ergebnisse des Konsenses waren, dass zwischen den Stakeholdern eine Agenda zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs abgestimmt werden müsste (These 2.6.1). In dieser sollten Maßnahmen sowie Versorgungsbereiche priorisiert werden (These

2.6.3). Daran anschließend wurde eine schrittweise Weiterentwicklung der qualitätswettbewerblichen Instrumente als Leitmotiv konsentiert (These 2.6.2). Wichtig war den befragten Experten in diesem Kontext auch eine systematische und engmaschige wissenschaftliche Begleitung der Weiterentwicklung (These 2.6.4). Um die genannten rahmengebenden Ziele und Maßnahmen umsetzen zu können, wurde ein aktiver politischer und gesetzgebersicher Impuls gefordert (These 2.6.5). Aufgrund der Konsentierung aller Thesen in der ersten Befragungswelle konnte kein Wilcoxon-Test durchgeführt werden.

Abbildung 39: Konsentierte Kernaussagen zur ordnungspolitischen Einbettung

- Zwischen den Stakeholdern muss eine Agenda mit priorisierten Maßnahmen und Versorgungsbereichen abgestimmt werden.
- Die Weiterentwicklung der qualitätswettbewerblichen Instrumente soll in Deutschland schrittweise erfolgen.
- Eine systematische und engmaschige wissenschaftliche Begleitung der Maßnahmen wird als sinnvoll erachtet.
- Ohne aktive politische und gesetzgeberische Impulse wird sich der Qualitätswettbewerb nicht weiterentwickeln lassen.

Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.3.8 Freie Anmerkungen

Als letzter inhaltlicher Abschnitt vor den biografischen Fragen beinhaltete der Delphi-Fragebogen in der ersten Befragungsrunde eine weitere offene Fragestellung. Diese lautete: „Sollten Sie zu den eben bearbeiteten Aussagen und Thesen noch Hinweise und/oder Kommentare haben, dann nennen Sie diese bitte nachfolgend. Ich bin sehr an Ihrer Meinung interessiert“.

Nach Durchführung der Inhaltsanalyse nach Mayring konnten die Antworten der Experten folgenden Kategorien (absteigend nach Anzahl der Nennungen) zugeordnet werden:

- Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und -transparenz (12 Nennungen)
- Defizit eines Zielbilds sowie ordnungspolitischer Rahmenbedingungen für einen Qualitätswettbewerb (7 Nennungen)
- Sonstiges (6 Nennungen)
- Kritik am Instrument des P4P zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs (5 Nennungen)

- Notwendigkeit einer stärkeren Patientenbeteiligung (4 Nennungen)
- Qualitätswettbewerb als Konstrukt in der Praxis nicht zielführend umsetzbar (4 Nennungen)
- Art der Versorgungsstrukturen und Organisation der Versorgung als Kriterium für die Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs (4 Nennungen)
- Kommentar ohne ausreichenden Fragenbezug (3 Nennungen)
- Im Fragebogen aufgeworfene Hypothesen zu allgemein (3 Nennungen)
- Bestehende ordnungspolitische Rahmenbedingungen werden bislang unterlaufen (3 Nennungen)
- Hinweis auf weiterführende Literatur (2 Nennungen)
- Stärkere sektorenübergreifende Ausrichtung des Qualitätswettbewerbs (2 Nennungen)
- Prospektive Regionalbudgets als Instrument zur Steigerung eines Qualitätswettbewerbs (2 Nennungen)
- Wunsch nach einer ausführlicheren thematischen Hinführung und Beschreibung im Fragebogen (2 Nennungen)
- Qualitätswettbewerb derzeit politisch nicht gewollt (1 Nennung)

Zusammen mit den Freitext-Nennungen zur offenen Frage in Fragebogenabschnitt 1 (s. 7.3.3.1) wurden drei zusätzliche Thesen formuliert, die Eingang in die zweite Befragungsrunde gefunden haben (s. 7.2.4.3).

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung

Thema	#	Aussage	Runde	n	Median (IQR)	25%- /75%- Perzentil	Ablehnung in %	Zustimmung in %	P/F	Wilcoxon p-Wert
Status quo des Qualitätswettbewerbs in Deutschland	1.1	Insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich besteht ein Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung der Qualität.	Delphi I	105	4 (1)	3,0/4,0	10	90	P	
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	1.2	Insbesondere im akuten stationären Versorgungsbereich besteht ein Handlungsbedarf für eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung der Qualität.	Delphi I	102	3 (1)	3,0/4,0	10	90	P	
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
1.3	Die Möglichkeiten des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente sind derzeit im deutschen Gesundheitssystem regulatorisch limitiert.	Delphi I	99	3 (2)	2,0/4,0	22	78	P		
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
1.4	Dem Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente fehlt in Deutschland ein zielführendes inhaltliches Rahmenkonzept.	Delphi I	103	4 (1)	3,0/4,0	16	84	P		
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
1.5	Die bereits bestehenden politischen Bemühungen zur Stärkung eines Qualitätswettbewerbs werden bislang nicht konsequent umgesetzt.	Delphi I	These in Runde 1 noch nicht enthalten						P	
		Delphi II	93	3 (1)	3,0/4,0	10	90			
		Delphi I	104	4 (1)	3,0/4,0	7	93	P		
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.1.1	Die Instrumente des Public Reportings, des selektiven Kontrahierens und des Pay for Performance bauen auf der Qualitätsmessung auf. Daher ist eine Qualitätsmessung Voraussetzung für die weiteren Instrumente.	Delphi I	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						P	
		Delphi II	102	3 (1)	3,0/4,0	8	92			
		Delphi I	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.1.2	Der Qualitätswettbewerb im ambulanten Versorgungsbereich sollte weiterentwickelt werden, um eine Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung zu erreichen.	Delphi I	102	3 (1)	3,0/4,0	8	92	P		
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.1.3	Der Qualitätswettbewerb im akuten stationären Versorgungsbereich sollte weiterentwickelt werden, um eine Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung zu erreichen.	Delphi I	102	3 (1)	3,0/4,0	8	92	P		
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.1.5	Neben dem ambulanten und akuten stationären Versorgungsbereich sollte ein Qualitätswettbewerb auch mit sektorenübergreifendem Charakter implementiert werden.	Delphi I	These in Delphi II noch nicht enthalten						P	
		Delphi II	98	4 (1)	3,0/4,0	6	94			

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung (Fortsetzung)

Thema	#	Aussage	Runde	n	Median (IQR)	25%-/75%-Perzentil	Ablehnung in %	Zustimmung in %	P/F	Wilcoxon p-Wert
Qualitätsmessung	2.2.1	Zwischen den Stakeholdern abgestimmte Qualitätsindikatoren sind eine zwingende Grundlage für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente (z.B. Pay for Performance).	Delphi I	103	4 (1)	3,0/4,0	11	89	P	
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.2.2	Bei der Definition von Qualitätsindikatoren soll darauf geachtet werden, dass diese jeweils in mehreren qualitätswettbewerblichen Instrumenten zielführend genutzt werden können (z.B. im Public Reporting und zugleich beim selektiven Kontrahieren).	Delphi I	103	3 (1;5)	2,5/4,0	22	78	P	
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.2.3	Die Definition von Qualitätsindikatoren ist staatlich/regulatorisch zu koordinieren bzw. vorzunehmen.	Delphi I	105	3 (1)	2,0/3,0	43	57	F	0,099
2.2.4	Die Definition von Qualitätsindikatoren ist maßgeblich durch die handelnden Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger) zu koordinieren bzw. vorzunehmen.	Delphi II	93	3 (2)	2,0/4,0	34	66	F	0,838	
		Delphi I	105	3 (2)	2,0/4,0	40	60	F		
			Delphi II	94	2,5 (2)	2,0/4,0	50	50	F	
Qualitätstransparenz/ Public Reporting	2.2.5	Bei der Definition von Qualitätsindikatoren sollen stärker von Patienten/-innen selbst berichtete Informationen berücksichtigt werden (z.B. in Form von PROMs und PREMs).	Delphi I	96	These in Delphi I noch nicht enthalten				P	
			Delphi II		3 (1)	3,0/4,0	21	79		
	2.3.1	Um einen Qualitätswettbewerb zu stärken, müssen versorgungsrelevante Qualitätsdaten auf öffentlichen Portalen für Patientinnen und Patienten verständlich aufbereitet sein.	Delphi I	105	4 (1)	3,0/4,0	4	96	P	
			Delphi II	These in Runde 2 nicht enthalten, da Konsens bereits in Runde 1 erreicht						
	2.3.2	Um einen Qualitätswettbewerb zu stärken, müssen versorgungsrelevante Qualitätsdaten auf öffentlichen Portalen für Krankenkassen nutzbar aufbereitet sein.	Delphi I	105	3 (2)	2,0/4,0	25	75	P	
Delphi II			These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.3.3	Public Reporting-Portale sind durch staatlich/regulatorisch zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	104	3 (1)	2,0/3,0	42	58	F	0,033*	
2.3.4	Public Reporting-Portale sind durch Zusammenschlüsse/Verbände von Leistungserbringern zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi II	93	3 (1;5)	2,0/3,5	29	71	F	0,045*	
		Delphi I	105	2 (1)	2,0/3,0	54	46	F		
			Delphi II	96	2 (0,25)	2,0/2,25	75	25	P	
2.3.5	Krankenkassen sollen stärker zu einer Kommunikation der Ergebnisse von Public Reporting-Portalen gegenüber Patientinnen und Patienten verpflichtet werden und dadurch eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung fördern.	Delphi I	104	3 (2)	2,0/4,0	29	71	F	0,020*	
		Delphi II	96	3 (1)	3,0/4,0	22	78	P		

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung (Fortsetzung)

Thema	#	Aussage	Runde	n	Median (IQR)	25%-75%-Perzentil	Ablehnung in %	Zustimmung in %	P/F	Wilcoxon p-Wert
Qualitätstransparenz/ Public Reporting	2.3.6	Leistungserbringer sollen stärker zu einer Kommunikation der Ergebnisse von Public Reporting-Portalen gegenüber Patientinnen und Patienten verpflichtet werden und dadurch eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung fördern.	Delphi I	105	3 (2)	2,0/4,0	22	78		-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.3.7	Leistungserbringer sollen für eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung unter Nutzung von Public-Reporting-Portalen monetär entlohnt werden.	Delphi I	104	2 (1)	2,0/3,0	50	50	F	0,523
			Delphi II	94	2 (1)	2,0/3,0	51	49	F	
	2.3.8	Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf Public Reporting-Portalen soll für alle an der GKV-Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verpflichtend sein.	Delphi I	105	4 (1)	3,0/4,0	13	87	P	-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.3.9	Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf Public Reporting-Portalen soll für alle an der GKV-Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer freiwillig sein.	Delphi I	104	2 (1)	1,0/2,0	86	14	P	-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.3.10	Leistungserbringer, die ihre Qualitätsdaten nicht auf Public Reporting-Portalen veröffentlichen wollen, sind mit einem negativen finanziellen Anreiz (Vergütungseinbehalt) zu belegen.	Delphi I	104	3 (2)	2,0/4,0	35	65	F	0,150
			Delphi II	95	3 (1)	3,0/4,0	23	77	P	
Selektives Kontrahieren	2.4.1	Selektives Kontrahieren über Qualitätsaspekte soll im Bereich der ambulanten Versorgung gestärkt werden.	Delphi I	96	3 (2)	2,0/4,0	33	67	F	0,414
	2.4.2	Selektives Kontrahieren über Qualitätsaspekte soll im Bereich der akuten stationären Versorgung gestärkt werden.	Delphi II	89	3 (1)	3,0/4,0	22	78	P	0,135
			Delphi I	98	3 (2)	2,0/4,0	30	70	F	
	2.4.3	Detaillierte Rahmenbedingungen des selektiven Kontrahierens sind staatlich/regulatorisch zu definieren.	Delphi II	90	3 (1)	3,0/4,0	20	80	P	0,087
			Delphi I	100	3 (2)	2,0/4,0	42	58	F	
	2.4.4	Nur grundlegende Rahmenbedingungen des selektiven Kontrahierens sind staatlich/regulatorisch zu definieren. Den handelnden Akteuren (Leistungserbringer und Kostenträger) sind weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten zu überlassen.	Delphi II	90	3 (2)	2,0/4,0	42	58	F	0,121
			Delphi I	101	3 (2)	2,0/4,0	38	62	F	
	2.4.5	Damit die Einschränkung der Wahlfreiheit als Effekt des selektiven Kontrahierens von Versicherten akzeptiert wird, sind Versicherte über das Vorgehen und die Vorteile der qualitätsgetriebenen Einschränkung der freien Leistungserbringerwahl durch Krankenkassen ausreichend zu informieren.	Delphi II	91	3 (2)	2,0/4,0	34	66	F	-
			Delphi I	101	4 (1)	3,0/4,0	6	94	P	
				Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht					

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung (Fortsetzung)

Thema	#	Aussage	Runde	n	Median (IQR)	25%-75%-Perzentil	Ablehnung in %	Zustimmung in %	P/F	Wilcoxon p-Wert
Selektives Kontrahieren	2.4.6	Die Aufgabe der freien Leistungserbringerwahl wird für Patientinnen und Patienten erst durch das Angebot von Krankenkassen-Wahltarifen mit verknüpften Prämienreduktionen attraktiv.	Delphi I	96	2 (1)	2,0/3,0	53	47	F	0,358
	Delphi II		88	2 (1)	2,0/3,0	51	49	F		
	2.4.7	Krankenkassen, die mit Leistungserbringern kontrahieren, welche bei der Qualitätsmessung eine überdurchschnittliche Leistungsqualität vorweisen können, sollen finanziell belohnt werden.	Delphi I	100	2,5 (1)	2,0/3,0	50	50	F	0,051
	Delphi II		87	3 (1)	2,0/3,0	38	62	F		
Pay for Performance	2.5.1	Pay for Performance-Programme sollen primär in der ambulanten Versorgung eingesetzt werden.	Delphi I	99	2 (1)	2,0/3,0	54	46	F	0,217
	Delphi II		92	2 (1)	2,0/3,0	63	37	F		
	2.5.2	Pay for Performance-Programme sollen primär in der akuten stationären Versorgung eingesetzt werden.	Delphi I	97	3 (1)	2,0/3,0	47	53	F	0,528
	Delphi II		94	2 (1)	2,0/3,0	60	40	F		
	2.5.3	Pay for Performance-Modelle sind staatlich/regulatorisch zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	104	2 (1)	2,0/3,0	54	46	F	0,660
	Delphi II		94	2 (1)	2,0/3,0	52	48	F		
	2.5.4	Pay for Performance-Modelle sind durch die handelnden Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger) in wettbewerblichen Suchprozessen zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	102	3 (1)	2,0/3,0	38	62	F	0,793
	Delphi II		95	3 (1)	2,0/3,0	42	58	F		
	2.5.5	Pay for Performance-Modelle sollen stärker durch gezielte Pilotprojekte getestet und evaluiert werden, um dann aus diesen Praxiserfahrungen zu lernen.	Delphi I	104	3 (1)	3,0/4,0	17	83	P	-
	Delphi II		These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
	2.5.6	Ansätze des Pay for Performance sollen insbesondere in Indikationsbereichen eingesetzt werden, in denen in Deutschland auf nationaler oder regionaler Ebene Qualitätsdefizite vorliegen.	Delphi I	102	3 (2)	2,0/4,0	34	66	F	0,638
	Delphi II		92	3 (2)	2,0/4,0	28	72	F		

Tabelle 30: Thesenspezifische Konsensbildung und Stabilität des Antwortverhaltens bei ordinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung (Fortsetzung)

Thema	#	Aussage	Runde	n	Median (IQR)	25%-/75%-Perzentil	Ablehnung in %	Zustimmung in %	P/F	Wilcoxon p-Wert
Ordnungspolitische Einbettung	2.6.1	Eine zwischen den Stakeholdern abgestimmte Agenda stellt eine wichtige Voraussetzung zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs dar.	Delphi I	99	3 (1)	3,0/4,0	11	89	P	-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.6.2	Die Weiterentwicklung der Qualitätswettbewerblischen Instrumente soll in Deutschland schrittweise erfolgen.	Delphi I	101	3 (1)	3,0/4,0	8	92	P	-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
	2.6.3	Eine Agenda zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs soll eine Priorisierung von Maßnahmen sowie Versorgungsbereichen enthalten.	Delphi I	103	3 (1)	3,0/4,0	8	92	P	-
			Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht						
2.6.4	Die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs soll wissenschaftlich von Beginn an systematisch und engmaschig begleitet werden.	Delphi I	102	4 (1)	3,0/4,0	3	97	P	-	
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							
2.6.5	Ohne aktive politische und gesetzgeberische Impulse wird sich der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen nicht verbessern lassen.	Delphi I	104	4 (1)	3,0/4,0	13	87	P	-	
		Delphi II	These in Delphi II nicht enthalten, da Konsens bereits in Delphi I erreicht							

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mubarak et al. (2019).

Delphi I = Erste Befragungsrunde, Delphi II = Zweite Befragungsrunde, n = Anzahl Experten mit Bewertung, IQR = Interquartilsabstand, P = Konsens-Abbruchkriterium erfüllt ($\geq 75\%$), F = Konsens-Abbruchkriterium nicht erfüllt ($< 75\%$), 1 = „Ich stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „Ich stimme eher nicht zu“, 3 = „Ich stimme eher zu“, 4 = „Ich stimme vollkommen zu“, * = Antwortverhalten des Expertenpanels unterscheidet sich zwischen der ersten und zweiten Befragungsrunde signifikant. voneinander.

Tabelle 31: Thesenspezifische Stabilität des Antwortverhaltens bei kardinal skalierten Thesen der Delphi-Befragung

Thema	#	Aussage	Runde	n	Mittelwert	SD	Wilcoxon p-Wert
Stellenwert der qualitätswettbewerblichen Instrumente	2.1.4_1	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Qualitätsmessung“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	102	80,20	15,90	0,149
			Delphi II	98	84,55	15,84	
	2.1.4_2	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Qualitätstransparenz/Public Reporting“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	104	79,23	20,03	0,035*
			Delphi II	99	84,24	15,45	
Pay for Performance	2.1.4_3	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Selektives Kontrahieren“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	94	54,47	25,37	0,177
			Delphi II	93	56,24	25,18	
	2.1.4_4	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Pay for Performance“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	99	55,34	27,71	0,190
			Delphi II	89	60,45	26,47	
Pay for Performance	2.5.7_1	Welche Bedeutung messen Sie dem Faktor „Verständlichkeit der Anreizlogik“ zur Schaffung von Akzeptanz eines Pay for Performance-Programms bei Leistungserbringern bei?	Delphi I	92	75,98	21,06	0,425
			Delphi II	98	77,76	19,62	
Pay for Performance	2.5.7_2	Welche Bedeutung messen Sie dem Faktor „Höhe des finanziellen Anreizes“ zur Schaffung von Akzeptanz eines Pay for Performance-Programms bei Leistungserbringern bei?	Delphi I	92	62,07	23,20	0,153
			Delphi II	98	62,76	23,98	

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mubarak et al. (2019).

Delphi I = Erste Befragungsrunde, Delphi II = Zweite Befragungsrunde, n = Anzahl Experten mit Bewertung, SD = Standardabweichung, Bewertungsspanne 0 – 100 (0 = Keine Wichtigkeit, 100 = Höchste Wichtigkeit), * = Antwortverhalten des Expertenpanels unterschiedet sich zwischen der ersten und zweiten Befragungsrunde signifikant. voneinander.

7.4 Subgruppenanalysen

Im Rahmen der Subgruppenanalyse wurden diejenigen Aussagen mit Konsensziel näher untersucht, die in den beiden Befragungsrunden nicht konsentiert werden konnten. Dabei handelte es sich gesamthaft um 13 Thesen. Zudem wurden auch die Fragestellungen im Fragebogenteil 2.1.4, welche zwar nicht auf einen Konsens fokussierten, aber die Relevanz der qualitätswettbewerblichen Instrumente abfragten, betrachtet.

Die Analysen zielten darauf ab, ggf. unterschiedliches Antwortverhalten der in der Delphi-Befragung einbezogenen Akteursgruppen zu identifizieren und zu interpretieren. Die Auswertung erfolgte aufgrund der teilweise geringen Teilnehmerzahl je Akteursgruppe (s. Tabellen 24 und 25) rein deskriptiv bzw. besitzt einen stärker explorativen Charakter. Thesen, die innerhalb einer Akteursgruppe einen Konsens ($\geq 75\%$ Ablehnung oder Zustimmung der Aussage) erzielten, sind in Tabelle 32 markiert bzw. farblich hervorgehoben.

Aus den Ergebnissen der Subgruppenanalysen können Hinweise abgeleitet werden, welche Akteursgruppen auf der einen Seite bei zwar gesamthaft nicht konsentierten Thesen ein einheitliches bzw. ähnliches Bewertungsbild abgaben und welche Akteursgruppen auf der anderen Seite eine konträre Haltung einnahmen. Diese Bewertungen können somit mit den jeweiligen akteursgetriebenen Interessen verglichen werden. Letztlich können die Ergebnisse auch dazu dienlich sein, akteursgruppenspezifische Bedenken bzgl. des Einsatzes einzelner Instrumente und Maßnahmen zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs zu identifizieren, um daraus zielgruppengerechte aufklärerische bzw. Akzeptanz schaffende Kommunikationsmaßnahmen zu entwickeln.

Zu den Aussagen 2.2.3 und 2.2.4, bei denen es darum ging, ob die Definition von QI stärker regulatorisch oder stärker durch die handelnden Akteure zu koordinieren ist, zeigte sich folgendes Bild: Während die Vertreter der GKV sowie der kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbände ein stärker Bottom-Up-orientiertes Vorgehen favorisierten, bevorzugten Ministerien/Behörden und Patientenvertreter einen stärker Top-Down-orientierten Prozess. Diese Bewertungen sind insofern nachvollziehbar, dass die handelnden Akteure selbst Einfluss nehmen möchten, Ministerien hingegen ebenso ihre Rolle als Regulator ausfüllen wollen.

Auch bei der These 2.3.3, ob PR-Portale staatlich/regulatorisch zu entwickeln sind, votierten die Akteursgruppen der Ministerien/Behörden und der Patientenvertreter

erneut stark dafür, dass solche Portale regulatorisch entwickelt und koordiniert werden sollen. Auch diese Haltung ist, wie bereits beschrieben, aktorsmotiviert nachvollziehbar.

Ob Leistungserbringer für eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung unter Nutzung von PR-Portalen monetär entlohnt werden sollen (Aussage 2.3.7) blieb ohne eindeutig feststellbares unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den Akteursgruppen.

Bei der Frage der ordnungspolitischen Ausgestaltung des selektiven Kontrahierens (Aussagen 2.4.3 und 2.4.4) ähnelte das Meinungsbild stark demjenigen des Instruments der Qualitätsmessung. GKV-Vertreter und Vertreter der Ärzteschaft wünschten sich entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten, Ministerien/Behörden und Patientenvertreter setzten hingegen auf einen stärker regulatorischen Eingriff. Die Vertreter der Wissenschaft wiesen ein Meinungsbild zugunsten eines stärkeren Bottom-Up-Ansatzes auf.

Zur Option des Einsatzes von Krankenkassen-Wahlтарifen mit Prämienrabatten als entscheidende Maßnahme für die Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit durch ein selektives Kontrahieren (Aussage 2.4.6) stellte sich ein heterogenes Meinungsbild selbst innerhalb der einbezogenen Akteursgruppen dar. Die Patientenvertreter plädierten allerdings dafür, dass die Prämienreduktionen für Patienten nicht der maßgebliche Faktor für eine Akzeptanz der Einschränkung der freien Leistungserbringerwahl sind. Diese Bewertung ist dahingehend erklärbar, dass die Transparenz und Aufklärung der Versicherten über den Einsatz des selektiven Kontrahierens für Patienten die wichtigsten akzeptanzstiftenden Faktoren darstellen. Dies wurde sowohl mithilfe der theoretischen Literatur als auch der durchgeführten internationalen Analyse unterstrichen.

Die Präferenz von zielführenden Einsatzbereichen für das Instrument des P4P blieb auch im Kontext der Subgruppenanalysen (Aussagen 2.5.1 und 2.5.2) ohne eindeutigen Konsens. Keine Akteursgruppe konnte hier detektiert werden, die sich in beiden Befragungsrunden entweder für den Einsatz von P4P im ambulanten und/oder akutstationären Sektor ausspricht oder einen der beiden Versorgungsbereich ausschließt.

Für die ordnungspolitische Ausgestaltung des Instruments des P4P (Aussagen 2.5.3 und 2.5.4) ging hervor, dass GKV-Vertreter sowie Krankenhaus-Experten eine Entwicklung von P4P-Modellen stärker in wettbewerblichen Suchprozessen als im Rahmen regulatorischer Vorgaben wünschen.

Ein eindeutiges Meinungsbild, ob P4P-Ansätze insbesondere in Indikationsbereichen eingesetzt werden sollen, in denen in Deutschland Qualitätsdefizite vorliegen (Aussage 2.5.6), ließ sich nur innerhalb der Akteursgruppe der Patientenvertretung ableiten. Hier wurde ein derart priorisiertes Vorgehen als sinnvoll erachtet.

Neben den beschriebenen Aussagen mit Konsensziel, die bei der zweistufigen Delphi-Befragung zwischen den teilnehmenden Experten allerdings nicht konsentiert werden konnten, wurden Subgruppenanalysen ebenso für kardinal skalierte Fragestellungen im Abschnitt 2.1.4 durchgeführt. Ziel war es, Akteursgruppen zu ermitteln, die als besondere Anhänger oder Kritiker entsprechender qualitätswettbewerblicher Instrumente zu verstehen sind. Um diese Perspektive sichtbar zu machen, sind in Tabelle 33 diejenigen Akteursgruppen farblich hervorgehoben, die das jeweilige Instrumente als für am relevantesten (grün hervorgehoben) und als für am wenigsten relevant für die Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerb erachteten (rot hervorgehoben). Relativierend muss hier ergänzt werden, dass die farbliche Markierung an dieser Stelle rein auf die Bewertung der absoluten Zahl referenziert.

Tabelle 32: Subgruppenanalysen zu ordinal skalierten Thesen

#	Aussage	Befragungsrunde		Gesetzliche Krankenkasse / Kassenverband		Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband		Krankenhaus(verband)		Ministerium / Behörde		Wissenschaft		Patienten- und Verbraucherschutz		Sonstige Experten	
		A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %
2.2.3	Die Definition von Qualitätsindikatoren ist staatlich/regulatorisch zu koordinieren bzw. vorzunehmen.	Delphi I	62	38	86	14	29	71	29	75	25	33	67	9	91	60	40
		Delphi II	43	57	73	27	29	71	29	75	9	25	75	15	85	40	60
2.2.4	Die Definition von Qualitätsindikatoren ist maßgeblich durch die handelnden Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger) zu koordinieren bzw. vorzunehmen.	Delphi I	19	81	14	86	47	53	47	37	63	33	67	73	27	60	40
		Delphi II	21	79	27	73	40	60	40	18	82	50	50	77	23	70	30
2.3.3	Public Reporting-Portale sind durch staatlich/regulatorisch zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	33	67	64	36	41	59	41	80	20	38	62	9	91	40	60
		Delphi II	36	64	36	64	53	47	53	83	17	38	62	7	93	10	90
2.3.7	Leistungserbringer sollen für eine qualitätsgetriebene Patientensteuerung unter Nutzung von Public-Reporting-Portalen monetär entlohnt werden.	Delphi I	67	33	50	50	24	76	24	62	38	50	50	64	36	80	20
		Delphi II	77	23	50	50	33	67	33	50	50	38	62	69	31	44	56
2.4.3	Detaillierte Rahmenbedingungen des selektiven Kontrahierens sind staatlich/regulatorisch zu definieren.	Delphi I	67	33	57	43	27	73	27	81	19	38	62	25	75	60	40
		Delphi II	77	23	50	50	54	46	46	91	9	44	56	8	92	50	50

Tabelle 32: Subgruppenanalysen zu ordinal skalierten Thesen (Fortsetzung)

#	Aussage	Befragungsrunde		Gesetzliche Krankenkasse / Kassenverband		Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband		Krankenhaus(verband)		Ministerium / Behörde		Wissenschaft		Patienten- und Verbraucherschutz		Sonstige Experten	
		A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %
2.4.4	Nur grundlegende Rahmenbedingungen des selektiven Kontrahierens sind staatlich/regulatorisch zu definieren. Den handelnden Akteuren (Leistungserbringer und Kostenträger) sind weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten zu überlassen.	Delphi I	10	90	21	79	50	50	50	37	63	29	71	78	22	50	50
		Delphi II	21	79	27	73	17	83	73	27	73	19	81	58	42	30	70
2.4.6	Die Aufgabe der freien Leistungserbringerwahl wird für Patientinnen und Patienten erst durch das Angebot von Krankenkassen-Wahltarifen mit verknüpften Prämienreduktionen attraktiv.	Delphi I	50	50	57	43	43	43	57	47	53	43	57	80	20	75	25
		Delphi II	57	43	43	57	45	55	64	36	64	31	69	83	17	40	60
2.4.7	Krankenkassen, die mit Leistungserbringern kontrahieren, welche bei der Qualitätsmessung eine überdurchschnittliche Leistungsqualität vorweisen können, sollen finanziell belohnt werden.	Delphi I	57	43	57	43	47	53	53	47	53	33	67	60	40	50	50
		Delphi II	36	64	43	57	50	50	56	44	56	27	73	31	69	30	70

Tabelle 32: Subgruppenanalysen zu ordinal skalierten Thesen (Fortsetzung)

#	Aussage	Befragungsrunde		Gesetzliche Krankenkasse / Kassenverband		Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband		Krankenhaus(verband)		Ministerium / Behörde		Wissenschaft		Patientenvertretung / Verbraucherschutz		Sonstige Experten	
		A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %
2.5.1	Pay for Performance-Programme sollen primär in der ambulanten Versorgung eingesetzt werden.	Delphi I	52	48	64	36	77	23	47	53	82	50	50	56	44	0	100
		Delphi II	79	21	80	20	60	40	60	82	53	47	50	50	50	30	70
2.5.2	Pay for Performance-Programme sollen primär in der akutstationären Versorgung eingesetzt werden.	Delphi I	62	38	58	42	53	47	60	60	75	26	74	22	78	25	75
		Delphi II	57	43	60	40	60	40	60	75	56	44	56	58	42	44	56
2.5.3	Pay for Performance-Modelle sind staatlich/regulatorisch zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	81	19	79	21	65	35	44	44	44	48	52	0	100	0	100
		Delphi II	71	29	60	40	64	36	64	42	42	44	56	31	69	44	56
2.5.4	Pay for Performance-Modelle sind durch die handelnden Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger) in wettbewerblichen Suchprozessen zu entwickeln und zu koordinieren.	Delphi I	19	81	29	71	31	69	56	56	44	33	67	90	10	33	67
		Delphi II	21	79	33	67	21	79	75	25	37	63	62	62	38	50	50

Tabelle 32: Subgruppenanalysen zu ordinal skalierten Thesen (Fortsetzung)

#	Aussage	Befragungsrunde		Gesetzliche Krankenkasse / Kassenverband		Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband		Krankenhaus(verband)		Ministerium / Behörde		Wissenschaft		Patienten- und Verbraucherschutz		Sonstige Experten	
		A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %	A in %	Z in %
2.5.6	Ansätze des Pay for Performance sollen insbesondere in Indikationsbereichen eingesetzt werden, in denen in Deutschland auf nationaler oder regionaler Ebene Qualitätsdefizite vorliegen.	38	62	43	57	59	41	31	69	16	84	18	82	25	75		
		14	86	21	79	43	57	50	50	27	73	15	85	27	73		

Quelle: Eigene Darstellung.

A in % = Ablehnende Bewertungen der Experten in Prozent, Z in % = Zustimmende Bewertungen der Experten in %, Delphi I = Erste Befragungsrunde, Delphi II = Zweite Befragungsrunde, Hervorhebungen/Markierungen basieren auf der zugrundeliegenden Konsensdefinition $\geq 75\%$ Ablehnung/Zustimmung einer Aussage.

Tabelle 33: Subgruppenanalysen zu kardinal skalierten Thesen im Fragebogenteil 2.1.4

#	Aussage	Befragungsrunde		Gesetzliche Krankenkasse / Kassenverband	Kassenärztliche Vereinigung / Ärzteverband	Krankenhaus(verband)	Ministerium / Behörde	Wissenschaft	Patenten- und Verbraucherschutz	Sonstige Experten
		Mittelwert	Mittelwert							
2.1.4_1	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Qualitätsmessung“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	81,00	72,31	81,75	81,25	84,50	77,27	78,00	
		Delphi II	86,00	81,88	76,25	87,50	91,25	83,08	87,27	
2.1.4_2	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Qualitätstransparenz/Public Reporting“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	84,76	73,08	77,06	71,25	79,05	88,18	86,00	
		Delphi II	87,33	73,75	79,38	87,50	87,50	92,31	84,55	
2.1.4_3	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Selektives Kontrahieren“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	62,86	44,55	47,33	40,00	71,50	41,43	56,00	
		Delphi II	53,33	49,29	55,33	48,00	70,00	48,33	66,36	
2.1.4_4	Für wie wichtig erachten Sie die Stärkung des Instruments „Pay for Performance“ für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs?	Delphi I	59,05	45,83	55,00	50,67	68,50	45,00	62,00	
		Delphi II	68,67	54,62	58,57	55,0	67,33	50,91	63,64	

Quelle: Eigene Darstellung.

Delphi I = Erste Befragungsrunde, Delphi II = Zweite Befragungsrunde, Bewertungsspanne 0 – 100 (0 = Keine Wichtigkeit, 100 = Höchste Wichtigkeit).

7.5 Diskussion

7.5.1 Einsatz der Delphi-Methode

Die Delphi-Methode wurde zur Bearbeitung der aufgeführten Forschungsfrage gewählt, da diese ein Instrument darstellt, um die Konsensfähigkeit ausgewählter Thesen zwischen Experten in einem anonymen, iterativen Verfahren mit Feedbackschleifen zu prüfen und einen Konsens herbeizuführen. Die genannten Charakteristika einer Delphi-Befragung wurden im Rahmen der beschriebenen Studie allesamt befolgt.⁵⁷⁰

Der Parallelansatz einer gleichzeitigen postalischen Versendung des Fragebogens sowie Versendung einer Online-Befragung an das Expertenpanel erwies sich als zielführend. Dies belegten die relativen Anteile der Antworten über die beiden Verteilwege. In beiden Befragungsrunden dominierte zwar die digitale Teilnahmeoption mit ca. jeweils 70% der teilnehmenden Experten, aber der postalische Teilnahmeweg generierte jeweils ca. 30% der Rückläufe und war daher für eine suffiziente Rücklaufquote von wichtiger Bedeutung.

In beiden Befragungsrunden konnte eine hohe Teilnahmequote der Experten erzielt werden (38% in der ersten Befragungsrunde; 39% in der zweiten Befragungsrunde), wenn man für Delphi-Befragungen erwartbare Rücklaufquoten in Höhe von etwa 30% zugrunde legt.⁵⁷¹ Dabei zeigte sich jeweils ein gutes Abbild der ex ante vorgenommenen Quotierung. Die in das Expertenpanel eingeschlossenen Akteursgruppen wurden bei den Rückläufen in beiden Befragungsrunden adäquat widerspiegelt. Dieser Fakt ist für die Güte der abgeleiteten Ergebnisse von Relevanz.⁵⁷² Dies legt überdies nahe, dass ein für eine Delphi-Befragung mit Konsensziel immanenter Non-Response-Effekt erfolgreich vermieden werden konnte, indem keine der eingeschlossenen Akteursgruppen bei den Rückläufern stark unterrepräsentiert oder gar ausgefallen war. Hierfür waren die entsprechenden Nachfassaktionen während der Befragungsrunden essenziell.⁵⁷³

Die Drop-out-Rate zwischen den beiden Befragungsrunden fiel mit ca. 37% (66 der 105 Experten nahmen an beiden Befragungsrunden teil) etwas höher aus als in der Literatur als Idealfall beschrieben. Obwohl hierzu keine eindeutigen Richtlinien existieren, wird von einer Zielrate zwischen den einzelnen Befragungsrunde von 20-25% ausgegangen.⁵⁷⁴ Auch bei den 66 Experten, die an beiden Befragungswellen teilnahmen

⁵⁷⁰ vgl. Hasson et al. 2000.

⁵⁷¹ vgl. Cuhls et al. 1998, S. 7; vgl. Beck et al. 2000, S. 28.

⁵⁷² vgl. Keeney et al. 2010.

⁵⁷³ vgl. Häder 2014, S. 165f.

⁵⁷⁴ vgl. Keeney et al. 2010; vgl. Cuhls et al. 1998, S. 7.

und für die Beurteilung der Stabilität der Gruppenmeinung (Wilcoxon-Test) besonders relevant sind, zeigte sich ein gutes Abbild der ex ante vorgenommenen Quotierung der Experten nach Akteursgruppen.⁵⁷⁵

Die Daten zu den in der Delphi-Befragung jeweils enthaltenen biographischen Fragen am Ende des Fragebogens bildeten die zugrunde liegende Zielstellung einer hohen Fachexpertise zu Fragestellungen des Qualitätswettbewerbs bei der initialen Rekrutierung der Experten gut ab. Dies kann an zwei Beispielen illustriert werden: Das Alter der teilnehmenden Experten war zum Großteil den beiden Altersgruppen 46-55 und 56-65 Jahren zuzuordnen. Zudem verfügten die meisten der Teilnehmer über einen akademischen Abschluss, viele waren promoviert. Diese beiden Aspekte rekurrieren auf die eingangs formulierte Prämisse, dass die eingeschlossenen Experten über eine weitreichende fachliche Expertise zur Thematik des Qualitätswettbewerbs verfügen. Denn auch wenn natürlich ebenso jüngere Altersgruppen über entsprechendes Fachwissen verfügen, korreliert die Fachexpertise häufig mit einer bereits mehrjährig andauernden Beschäftigung mit der Thematik in Theorie und Praxis sowie mit einer fundierten fachlichen Ausbildung und Qualifizierung. Darüber hinaus deuteten auch die sehr niedrigen relativen Anteile der Antwortkategorie „Ich kann es nicht beurteilen“ innerhalb der Thesen auf einen adäquaten Expertenstatus der eingeschlossenen Personen hin.

Ein Konsens wurde in der Delphi-Befragung dann angenommen, wenn bei ordinal skalierten Thesen mit dem Ziel der Konsensbildung $\geq 75\%$ der teilnehmenden Experten der These entweder zustimmten oder diese ablehnten. Eine solche prozentuale Messung eines Konsenses innerhalb eines Panels ist bei Delphi-Befragungen üblich.⁵⁷⁶ Einen fixen prozentualen Schwellenwert, ab wann ein Konsens generell angenommen werden kann, gibt es nicht.⁵⁷⁷ In der Literatur lassen sich Schwellenwerte für einen Konsens zwischen 51% und 80% detektieren.⁵⁷⁸ Vor diesem Hintergrund ist die in der vorliegenden Studie angenommene Definition bei $\geq 75\%$ eines Konsenses als angemessen anzusehen.

Gesamthaft konnten in beiden Befragungsrunden 29 (69%) der 42 Thesen mit Konsensziel (Ordinale Skalierung in Form einer Likert-Skala) zwischen den teilnehmenden Experten konsentiert werden. 13 (31%) Thesen hingegen blieben nach Abschluss der Delphi-Befragung ohne übereinstimmende Gruppenmeinung. Von den konsentierten Thesen konnten 21 bereits in der ersten Befragungsrunde den für einen

⁵⁷⁵ vgl. von der Gracht 2012.

⁵⁷⁶ vgl. ebd.

⁵⁷⁷ vgl. Hsu und Sandford 2007.

⁵⁷⁸ vgl. Hasson et al. 2000; vgl. Diamond et al. 2014.

Konsens definierten Schwellenwert an Zustimmung bzw. Ablehnung erzielen. Acht weitere Thesen erreichten den Konsens in der zweiten Befragungsrunde. Dies zeigt, dass das für eine Delphi-Befragung charakteristische, zwischen den beiden Befragungsrunden versendete Feedback zu den Ergebnissen der ersten Befragungsrunde die intendierte Gruppendiskussion auslöste und zu einer dynamischen Konsensbildung beitrug.

Bei Thesen mit Konsensziel, die in der ersten Befragungsrunde noch nicht konsentiert werden konnten und daher gemäß des zugrunde liegenden Studiendesigns in der zweiten Befragungsrunde zur erneuten Bewertung an das Expertenpanel gegeben wurden, erwies sich der Wilcoxon-Test als adäquates statistisches Maß zur Beurteilung der Stabilität der Gruppenmeinung zwischen den beiden Befragungsrunden. Denn über diese Kennzahl konnte beurteilt werden, ob die Gruppenmeinung zu einer spezifischen These zwischen der ersten und zweiten Befragungsrunde signifikant differierte. Bei 15 der 18 ordinal skalierten Thesen mit Konsensziel zeigte sich zwischen den beiden Befragungsrunden kein statistisch signifikantes Abweichen der Gruppenmeinung. Bei den kardinal skalierten Fragestellungen ohne Konsensziel ließ sich diese Stabilität der Gruppenmeinung bei fünf der sechs Fragen aufzeigen. Der hohe Anteil der stabilen Gruppenmeinung über alle Bereiche des Fragebogens hinweg zeugt von einer Belastbarkeit des erzeugten Konsenses.

Zusammenfassend konnten, unter Berücksichtigung des Erreichens eines Konsenses als primäres und der Stabilität der Gruppenmeinung zwischen den Befragungsrunden als sekundäres Abbruchkriterium, im Rahmen der Delphi-Befragung insgesamt 44 der 48 Thesen und Fragestellungen mindestens eines der beiden Kriterien erfüllen. Ausgenommen davon waren die beiden offenen Fragestellungen in der ersten Befragungsrunde. Dieser hohe Anteil an Thesen und Fragestellungen mit erreichtem Abbruchkriterium belegt, dass die Durchführung von zwei Befragungsrunden, unter zusätzlicher Berücksichtigung gegebener zeitlicher sowie finanzieller Restriktionen, adäquat war, auch wenn in einer zusätzlichen dritten Befragungsrunde ggf. noch einzelne weitere Thesen hätten konsentiert werden können.

7.5.2 Diskussion der inhaltlichen Ergebnisse

Die hohe Zustimmung und der ausgeprägte Konsens der Thesen im Fragebogenteil zum **Status quo des Qualitätswettbewerbs** wird durch die durchgeführte nationale Analyse in Kapitel 5 der Arbeit gestützt. Ebenso kommen z.B. Jacobs und Rebscher zu dem Ergebnis, dass die inkonsistente Gesetzgebung in Bezug auf einen Qualitätswettbewerb

diesen bislang behindert.⁵⁷⁹ Auch Albrecht analysiert den Qualitätswettbewerb in Deutschland und stellt ähnliche Ergebnisse und Defizite fest, wie das Expertenpanel letztlich auch konsentiert.⁵⁸⁰ Die in der zugehörigen offenen Frage abgegebenen Freitextantworten ergänzten die Inhalte der konsentierten Thesen schlüssig.

Besonders bedeutsam für zukünftige Maßnahmen erscheint der erzielte Konsens, dass die Experten sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich in Deutschland einen Handlungsbedarf zu einer Qualitätssteigerung feststellten und diese Steigerung durch eine Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs erreicht werden kann. Dieser Konsens kann als eine Art Handlungsauftrag der befragten Akteure angesehen werden.

Bei der Bewertung des **Stellenwerts der betrachteten qualitätswettbewerblichen Instrumente** ist das Votum der Experten, dass die Qualitätsmessung als Voraussetzung und Vehikel für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente dient, sowohl durch internationale Erfahrungen belegbar als auch inhaltlich logisch. Im durchgeführten internationalen Vergleich wurde in allen Länderstudien ersichtlich, dass der Einsatz z.B. eines selektiven Kontrahierens oder eines P4P maßgeblich von der Datengrundlage bzw. der Qualitätsmessung abhängt. Die Favorisierung der beiden Instrumente der Qualitätsmessung und der Qualitätstransparenz und PR im Vergleich zum selektiven Kontrahieren und P4P impliziert die Konstruktion eines Stufenmodells bei der Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs. Dies bekräftigt auch den befähigenden Charakter der Instrumente der Qualitätsmessung und des PR.

Zum Instrument der **Qualitätsmessung** stimmten die teilnehmenden Experten überein, dass abgestimmte QI eine zwingende Grundlage zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs darstellen. Der dadurch implizit eingeforderte Abstimmungscharakter lässt ein gleichzeitiges Votum für einen stärker Bottom-Up-geprägten Ansatz zur Definition von QI durch die entsprechenden Akteure erwarten. Dies ist allerdings nicht der Fall. Vielmehr konnte weder für einen Top-Down- noch einen Bottom-Up-Ansatz zur Definition der QI ein Konsens erzielt werden. Obschon diesbezüglich innerhalb der Vergleichsländer ebenfalls eine gewisse Heterogenität besteht, ließ sich im Rahmen des durchgeführten internationalen Vergleichs eine Tendenz zu einem verstärkten Top-Down-orientierten Ansatz feststellen, bei dem die QI im Rahmen der Qualitätsmessung stärker regulatorisch vorgegeben werden (s. beispielhaft 6.3.3.3). Zudem forderten die Experten übereinstimmend einen stärkeren

⁵⁷⁹ vgl. Jacobs und Rebscher 2014.

⁵⁸⁰ vgl. Albrecht 2018.

Einbezug von patientenberichteten Qualitätsinformationen (PREMs/PROMs). Dies ist aus der Sicht einer zunehmenden Patientenzentrierung als sinnvoll anzusehen.

Der starke Konsens zugunsten des Erfordernisses einer verständlichen Aufbereitung von Qualitätsdaten auf PR-Portalen deckt sich innerhalb des Instruments der **Qualitätstransparenz/PR** mit der theoretischen Literatur.⁵⁸¹ Auch international erweist sich die verständliche Darstellung von Qualitätsdaten als wichtiger Erfolgsfaktor. Beispielhaft berichten dies Masnick et al. für den akutstationären Versorgungsbereich in den USA.⁵⁸² Der Konsens, dass die Qualitätsdaten sowohl von Krankenkassen als auch Leistungserbringern an die Patienten stärker kommuniziert werden sollen, zeigt die herausgehobene gemeinsame Aufgabe aller Akteure in diesem Bereich. Interessant ist allerdings, dass für diese Kommunikation und die daraus erwarteten Steuerungswirkungen keine finanziellen Anreize zugunsten der Leistungserbringer eingesetzt werden sollen. Insofern soll eine solche Steuerung der Patienten zu qualitativ hochwertigen Behandlern in der Folge isoliert intrinsisch motiviert sein. Die Koordination der PR-Portale durch die Akteure selbst wurde von den Experten in der Befragung übereinstimmend abgelehnt. Ein Top-Down-Ansatz, bei dem die Qualitätsportale regulatorisch entwickelt und koordiniert werden, erfuhr allerdings keinen Konsens. Daher herrschte zu diesem ordnungspolitischen Aspekt ein unentschiedenes Meinungsbild zwischen den Experten. Dass Leistungserbringer hingegen verpflichtet werden sollen, Qualitätsdaten auf entsprechenden PR-Portalen zu veröffentlichen, war breiter Konsens. Auch eine monetäre Bestrafung bzw. negative Incentivierung bei Nichteinhaltung konnte hierzu konsentiert werden. Diese Haltung folgt dem amerikanischen Vorbild, bei dem ein sog. Pay for Reporting installiert wurde.⁵⁸³

Gemäß dem erreichten Konsens soll **selektives Kontrahieren** sowohl akutstationär als auch ambulant gestärkt werden. Der Konsens kam hierzu jeweils in der zweiten Befragungsrunde zustande. Konzeptionell kann selektives Kontrahieren in beiden genannten Versorgungsbereichen eingesetzt werden, wie auch internationale Erfahrungen zeigen (z.B. Schweiz: ambulant; Niederlande: stationär). Auch beim selektiven Kontrahieren bestätigte sich die fehlende übereinstimmende Gruppenmeinung, ob die Rahmenbedingungen des selektiven Kontrahierens stärker durch einen Top-Down- oder einen Bottom-Up-Ansatz entwickelt werden sollen. Im Kontext der Weiterentwicklung des selektiven Kontrahierens ist besonders zu erwähnen, dass sich die Experten nicht einig waren, ob allein Wahltarife mit entsprechenden Prämienreduzierungen die Einschränkung der Wahlfreiheit für Versicherte attraktiv

⁵⁸¹ vgl. Emmert et al. 2012; vgl. Berendsen et al. 2010.

⁵⁸² vgl. Masnick et al. 2016.

⁵⁸³ vgl. Matthes 2018.

werden lassen. Dieses Votum widerspricht auf der einen Seite den Erfahrungen aus internationalen Vergleichsländern.⁵⁸⁴ Dort wurden entsprechende Prämienreduzierungen häufig als Haupt-Motivatoren für Versicherte gesehen, um Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahlfreiheit zu wählen. Auf der anderen Seite gibt diese Uneinigkeit aber gleichzeitig den Status quo zu dieser Fragestellung im deutschen Gesundheitswesen wieder, in dem bislang Wahltarife aufgrund der starken Rolle kollektivvertraglicher Lösungen eine nur sehr untergeordnete Rolle spielen.⁵⁸⁵

Weder Ablehnung noch Zustimmung konnten die Thesen erreichen, ob **P4P** als Instrument im ambulanten oder akutstationären Sektor primär eingesetzt werden soll. Insgesamt wiesen die Thesen mit Konsensziel zum Thema P4P im Vergleich zu den anderen qualitätswettbewerblichen Instrumenten den geringsten Anteil an konsentierten Aussagen auf. Dies zeugt von einer ausgeprägt heterogenen Einstellung der Experten zum Thema der outcomeorientierten Vergütung. Wie bereits bei den anderen Instrumenten detektiert, blieb auch die Fragestellung ohne Konsens, ob die Rahmenbedingungen stärker regulatorisch definiert oder sich in wettbewerblichen Entdeckungsverfahren der Akteure selbst entwickeln sollen. Andockend an die internationalen Erfahrungen, äußerte sich das Expertenpanel übereinstimmend befürwortend gegenüber der Testung von P4P-Ansätzen in Form von Pilotprojekten mit einhergehender Evaluation und Ableitung von Lerneffekten.⁵⁸⁶ Genauso lässt sich die Bewertung der Experten in die dazu existierende Literatur einbetten, dass sowohl die Verständlichkeit der Anreizlogik als auch die Höhe des finanziellen Anreizes bei den Leistungserbringern akzeptanzsteigernd wirken, die Verständlichkeit der Anreize aber hierbei eine noch herausgehobenere Stellung einnimmt.⁵⁸⁷

Die stark ausgeprägte zustimmende Konsentierung aller Thesen zur **ordnungspolitischen Einbettung** des Qualitätswettbewerbs verdeutlicht die Relevanz bzw. den Bedarf eines konsistenten konzeptionellen Rahmens für die teilnehmenden Experten. Auch die zu den beiden offenen Fragen in der ersten Befragungsrunde abgegebenen Freitextantworten bekräftigen die Notwendigkeit eines ordnungspolitischen Rahmens und eines zugehörigen Zielbilds zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs. Bei der Analyse der Befragungsergebnisse lassen sich drei Aspekte extrahieren, die für das Expertenpanel bei der Gestaltung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen wichtig waren:

⁵⁸⁴ vgl. Bes et al. 2017b, S. 358.

⁵⁸⁵ vgl. Monopolkommission 2017, S. 41; vgl. van de Ven et al. 2013, S. 239.

⁵⁸⁶ vgl. Abrams et al. 2015, S. 12.

⁵⁸⁷ vgl. Doran et al. 2017, S. 456; vgl. Ryan et al. 2015, S. 94.

- Die Entwicklung einer abgestimmten Agenda inklusive einer Priorisierung von Maßnahmen,
- eine schrittweise, evolutive Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs unter systematisch wissenschaftlicher Evaluation
- und die Notwendigkeit einer gesetzgeberischen Aktivität als Impuls.

Alle drei aufgeführten Aspekte ließen sich auch im internationalen Kontext jeweils als Erfolgsfaktoren identifizieren, auch wenn diese Faktoren bei der die Implementierung bzw. Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs nicht in allen Vergleichsländern adäquat genutzt bzw. eingesetzt wurden (s. 6.4.2). Die drei Aspekte bzw. Forderungen der Experten aus einer ordnungspolitischen Perspektive rekapitulierend, könnte es für Deutschland sinnvoll sein, bewusst auf eine Kombination aus Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz zu setzen, um den Qualitätswettbewerb weiterzuentwickeln. Hier könnte ein als Gegenstromverfahren⁵⁸⁸ bekanntes Verfahren eingesetzt werden. Dadurch könnten sowohl die Vorteile eines Top-Down- als auch eines Bottom-Up-Ansatzes genutzt werden.

Die durchgeführten **Subgruppenanalysen** mit explorativem Charakter, welche auf in den beiden Delphi-Befragungsrunden nicht konsentierete Thesen ordinalen Skalenniveaus sowie kardinal skalierte Fragestellungen fokussierten, zeigten größtenteils aus der jeweiligen Akteursperspektive erklärable Tendenzen: Während Kostenträger und Leistungserbringer bei Fragen der ordnungspolitischen Umsetzung der qualitätswettbewerblichen Instrumente stärker einen Bottom-Up-Ansatz favorisierten, plädierten Vertreter von Ministerien sowie der Patienten eher für einen Top-Down-Ansatz.

7.5.3 Stärken und Limitationen

Gemäß der Recherche des Autors handelt es sich bei der vorliegenden Studie um die erste dieser Art, die eine Delphi-Befragung als Methode nutzt, um Experten aus unterschiedlichen Akteursgruppen bzgl. deren Meinung zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland zu befragen und dabei konsentierete Vorschläge abzuleiten. Zur Thematik der Entwicklung und Umsetzung einer Qualitätskultur wurde

⁵⁸⁸ Als Gegenstromverfahren wird in der Unternehmensplanung der Prozess beschrieben, dass zunächst die Geschäftsleitung vorläufige Ziele und die grobe Unternehmensstrategie an die hierarchisch untergeordneten Stellen vorgibt; diese arbeiten anschließend die Ziele im Detail aus, prüfen sie auf Umsetzbarkeit und Plausibilität, unterlegen die Ziele und Strategien mit Maßnahmen, machen ggfs. Änderungsvorschläge und geben sie wieder an die Geschäftsleitung zurück. Auf dieser Basis wird dann die finale Planung definiert (vgl. Weber und Kunz 2003).

bereits im Jahr 2009 eine Delphi-Befragung von Geraedts und Kollegen durchgeführt.⁵⁸⁹ Diese adressierte allerdings die in der vorliegenden Delphi-Befragung im Fokus stehenden Fragestellungen zum Qualitätswettbewerb nur am Rande.

Zwei zentrale Merkmale, die für eine Delphi-Befragung mit Konsensziel charakteristisch sind, stellen die Überwindung akteursbezogener und ggf. interessensgeleiteter Meinungen dar sowie das Auslösen einer dynamischen Meinungs- und Konsensbildung durch die verwendeten Feedbackschleifen zwischen den Befragungsrunden. Retrospektiv konnten beide Merkmale in der vorliegenden Delphi-Studie verwirklicht werden, indem eine anonyme Befragung erfolgte und dabei die Akteursinteressen hinter die Inhalte zurücktreten konnten, auch wenn dies sicherlich nicht immer vollständig erfolgt ist. Zudem spiegeln die Ergebnisse der beiden Befragungsrunden wider, dass der dynamische Konsensprozess zwischen den beiden Befragungsrunden erfolgreich war.

Die beiden Befragungswellen konnten im Vergleich zu methodisch ähnlich gelagerten Delphi-Befragungen hohe Teilnahmequoten erreichen (38% in der ersten Befragungsrunde; 39% in der zweiten Befragungsrunde).⁵⁹⁰ Die Drop-out-Rate zwischen den beiden Befragungsrunden, lag mit 37% etwas höher als für Delphi-Befragungen charakteristisch.⁵⁹¹ Außerdem konnte in Form der teilnehmenden Experten das ex ante nach Akteursgruppen quotierte Expertenpanel gut abgebildet werden. Trotzdem ist nicht von einer repräsentativen Stichprobe der Befragten auszugehen, da die Zusammensetzung des Expertenpanels zwar systematisch und strukturiert, aber nicht nach allgemeingültigen Regeln der Repräsentativität vorgenommen werden konnte. Diese Limitation einer Nicht-Repräsentativität der Stichprobe ist allerdings nahezu allen Delphi-Befragungen gemein.

Über alle Fragebogenabschnitte hinweg konnte ein hoher Anteil an Thesen und Fragestellungen (44 von 48 Thesen und Fragestellungen) das primäre (Konsens) und/oder sekundäre Abbruchkriterium (Stabilität der Gruppenmeinung) erreichen. Dies zeugt auf Basis der ausgehenden Forschungsfrage und Zielstellung sowie unter Berücksichtigung der vorliegenden zeitlichen und finanziellen Restriktionen von einem adäquaten Studiendesign. Zudem lassen sich dadurch in der Folge fundierte und praxisrelevante Weiterentwicklungsvorschläge für einen Qualitätswettbewerb formulieren. In diesem Kontext ist einschränkend anzumerken, dass bei einer idealtypischen Delphi-Befragung mit Konsensziel so viele Befragungsrunden

⁵⁸⁹ vgl. Geraedts et al. 2010.

⁵⁹⁰ vgl. Cuhls et al. 1998, S. 7; vgl. Beck et al. 2000, S. 28.

⁵⁹¹ vgl. von der Gracht 2012.

durchgeführt werden, bis zu allen Thesen ein entsprechender Konsens hergestellt werden konnte.⁵⁹²

Eine anzuführende Limitation der Studie ist der Tatsache der erstmaligen Durchführung einer Delphi-Befragung zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs geschuldet. Da kein bereits in der Forschung validierter Thesenkatalog zu diesem Thema vorlag, musste dieser auf Grundlage des vorab durchgeführten internationalen Vergleichs (s. 6) erarbeitet werden. Deshalb sollten die Ergebnisse der vorliegenden Delphi-Befragung als Ausgangspunkt für Diskussionen und Überlegungen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerb angesehen und genutzt werden.

Eine weitere potenzielle Limitation der Studie lag in der Ansprache der Experten begründet. Obwohl die Kontaktaufnahme sowohl über den postalischen Weg als auch den Online-Fragebogen persönlich erfolgte und die Experten jeweils mit persönlichen IDs versehen waren, kann nicht versichert werden, dass jeder der abgegebenen Fragebogen auch tatsächlich vom angesprochenen Experten beantwortet wurde. Beispielsweise könnten vereinzelt dem angesprochenen Experten zugeordnete Personen, die ebenfalls über eine entsprechende Fachexpertise verfügten, den Fragebogen beantwortet haben.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Befragung eine natürliche Selektion bei den Experten in Bezug auf das Interesse an der Thematik, das Vorwissen und die Auseinandersetzung mit den Thesen vorgelegen hat. Die vorliegenden Ergebnisse sollten deshalb als Meinung einer speziellen Gruppe in der Thematik Vorgebildeter, also von Experten auf dem Feld des Qualitätswettbewerbs, interpretiert werden. Eben diese Limitation lässt sich allerdings bei der Zielsetzung einer Expertenbefragung generell nicht gänzlich vermeiden.

7.6 Schlussfolgerung

Die Studie stellt eine umfassende und fundierte Analyse zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland dar. Dabei wurde der Charakter einer Delphi-Befragung genutzt, um zwischen relevanten Akteursgruppen Thesen in einem iterativen Prozess zu diskutieren und eine dynamische Konsensbildung zu erzielen.

Korrespondierend zur initial formulierten Forschungsfrage konnten zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Experten konsentiert werden. Diese setzen zum einen stärker global an. Hier sehen die

⁵⁹² vgl. Keeney et al. 2010.

teilnehmenden Experten z.B. einen Handlungsbedarf einer Qualitätssteigerung im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich, der durch eine Stärkung eines Qualitätswettbewerbs umgesetzt werden kann. Zum anderen beziehen sich die Vorschläge konkret auf die jeweils fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumente, die für eine Operationalisierung eines weiterentwickelten Qualitätswettbewerbs in Deutschland bedeutsam sind.

Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Delphi-Befragung können für stärker praktisch orientierte Überlegungen genutzt werden, wie ein Qualitätswettbewerb in Deutschland konkret weiterentwickelt werden könnte. Darüber hinaus können diese auch im internationalen Kontext einen Impuls darstellen, um Fragestellungen zum Qualitätswettbewerb zu reflektieren.

**TEIL IV:
VORSCHLÄGE ZUR
WEITERENTWICKLUNG DES
QUALITÄTSWETTBEWERBS**

8 Konzeptvorschlag zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland

8.1 Notwendigkeit und Zielrichtung

Aus der nationalen Analyse des Status quo des Qualitätswettbewerbs in Deutschland (s. 5) ging hervor, dass ein Qualitätswettbewerb in Deutschland zwar prinzipiell in Ansätzen angelegt ist bzw. entsprechende qualitätswettbewerbliche Instrumente angewendet werden, allerdings wurden gleichsam bedeutende Defizite identifiziert. Diese liegen insbesondere in den limitierten Einsatzmöglichkeiten der qualitätswettbewerblichen Instrumente sowie dem fehlenden Rahmenkonzept. Ebendiese Befunde wurden im Rahmen der durchgeführten Delphi-Befragung durch die befragten Experten bestätigt bzw. sogar weiter bekräftigt (s. 7). Die Experten stimmten überein, dass ein Qualitätswettbewerb weiterentwickelt werden soll, um eine Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung zu erreichen.

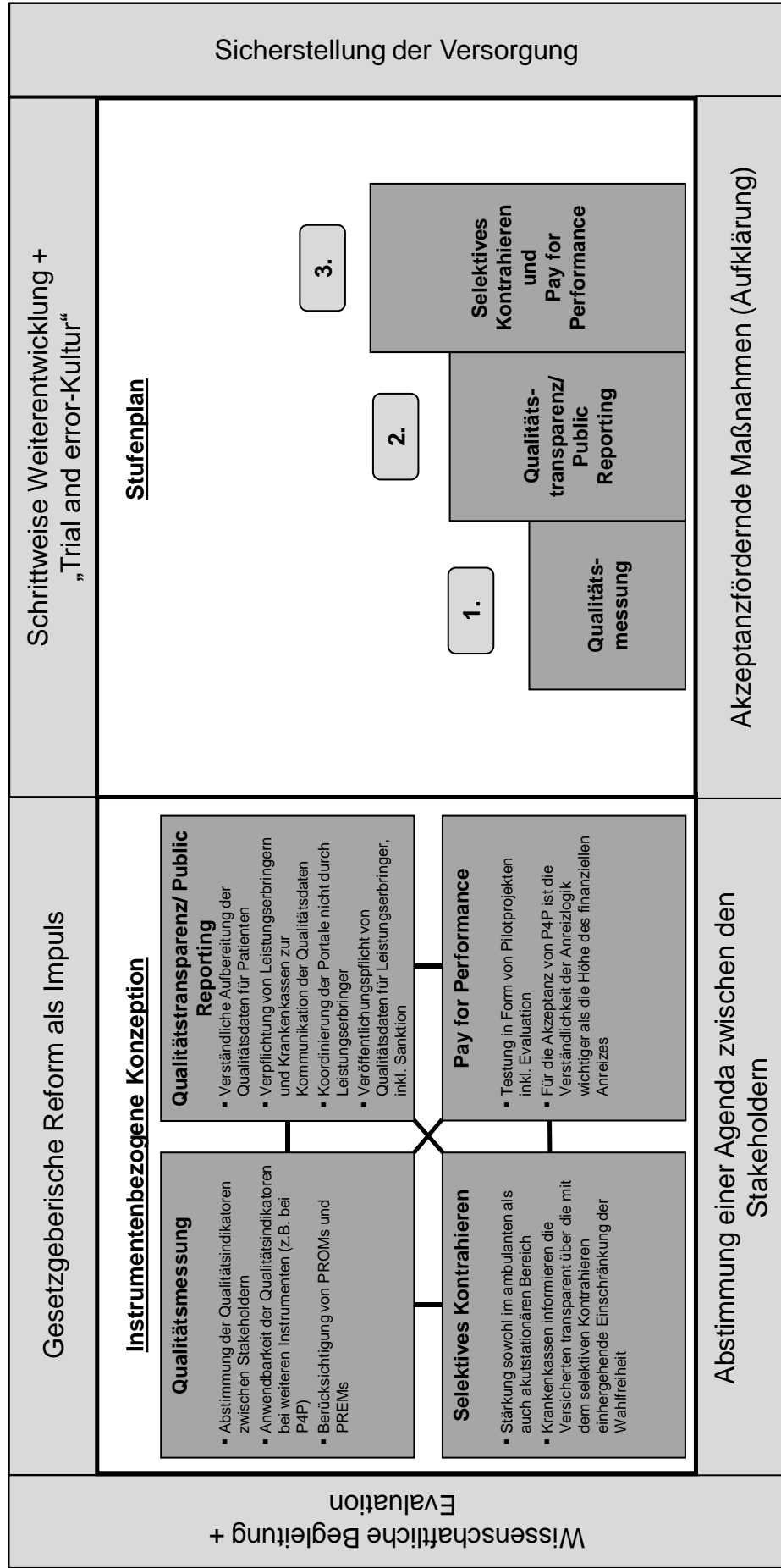
Der nachfolgende Konzeptvorschlag führt die Erkenntnisse der nationalen und internationalen Länderanalysen zusammen und verdichtet diese mit mithilfe der im Rahmen der Delphi-Befragung konsentierten Thesen. Die im Konzeptvorschlag enthaltenen Überlegungen setzen sich zum Ziel, eine kohärente, empirisch fundierte konzeptionelle Basis zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs vorzulegen. Dabei werden Rahmenbedingungen sowie grundlegende Prämissen beschrieben, die bei einer Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zu berücksichtigen sind.

Der Vorschlag besteht aus drei Elementen (s. Abbildung 40): Als erstes wird die instrumentenbezogene Konzeption beschrieben. Dort werden Empfehlungen zur Ausgestaltung der im Kontext der vorliegenden Arbeit fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumente ausgeführt. Diese basieren auf den Erkenntnissen der internationalen Analyse sowie den konsentierten Ergebnissen der Delphi-Befragung. Wichtig ist hierbei, dass, auch wenn die Vorschläge zu den einzelnen Instrumenten anschließend gesondert beschrieben werden, sowohl bei einer Konzeption als auch der operativen Umsetzung eine aufeinander abgestimmte Zielrichtung und ein Ineinandergreifen der Instrumente Wert gelegt wird. Danach folgt die Schilderung eines Stufenplans. Dieser setzt den Einsatz der Instrumente in eine umsetzungsorientierte und priorisierte Reihenfolge um. Als letztes Element, das die beiden ersteren umschließt, werden grundlegende Rahmenbedingungen zur Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs erläutert. Diese können als ordnungspolitische Leitplanken und Voraussetzungen verstanden werden, die bei einer Operationalisierung der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland berücksichtigt werden

sollten. Die Beschreibung dieser grundlegenden Rahmenbedingungen wird an einigen Stellen selektiv durch praxisrelevante Umsetzungsbeispiele und -vorschläge ergänzt.

Adressaten des Konzeptvorschlags sind neben den maßgeblich beteiligten Akteuren - hierbei sind besonders die Leistungserbringer und Krankenkassen zu nennen - die gesundheitspolitischen Entscheider sowie die Wissenschaft. Darüber hinaus sind an dieser Stelle auch zwingend die Patienten anzuführen. Denn nur wenn diese den weiterentwickelten Qualitätswettbewerb in der Versorgungsrealität annehmen und bzw. auch nutzen, kann dieser seine Wirkung entfalten.

Abbildung 40: Konzeptvorschlag zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland



Quelle: Eigene Darstellung.

8.2 Instrumentenbezogene Konzeption des Qualitätswettbewerbs

8.2.1 Qualitätsmessung

Bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmessung mit explizitem Fokus auf eine Steigerung eines Qualitätswettbewerbs ist unbedingt darauf zu achten, dass gegenüber dem Status quo zu modifizierende oder zu ergänzende QI zwischen den Stakeholdern abgestimmt sein müssen. Auch wenn dies einen ressourcenintensiven Prozess bedeutet, stellt diese Abstimmung einen wichtigen Erfolgsfaktor dar, der insbesondere wechselseitige Akzeptanz schafft. Als Stakeholder sind hier neben den ambulanten und akutstationären Leistungserbringern bzw. deren Verbänden sowie den Krankenkassen bzw. deren jeweiligen Verbände gleichzeitig auch Gremien und Institutionen zu nennen, die bislang schon in den Bereichen der Qualitätsmessung, -sicherung sowie Versorgungsqualität tätig sind. Zuvorderst sei hier der G-BA sowie nachgelagert das IQTiG zu benennen. In diesen Abstimmungsprozess sollten zudem auch Patientenvertreter eingebunden werden.

Die Nutzbarkeit von definierten QI im Kontext weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente (PR, selektives Kontrahieren, P4P) stellt einen weiteren Vorschlag dar. Dieser Aspekt bildet die benötigte Kohärenz der einzelnen Maßnahmen zueinander ab. Dies bedeutet konkret, dass bereits bei der Definition von QI, neben den klassischen Kriterien wie Validität oder Messbarkeit der Indikatoren, besonders darauf geachtet werden muss, dass die erhobenen Daten der Qualitätsmessung gewinnbringend z.B. beim Design eines P4P-Projekts verwendet werden können. Nur wenn diese Perspektive bei der Qualitätsmessung aktiv mitbedacht wird, kann das Instrument der Qualitätsmessung bei der Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs seiner befähigenden Rolle gerecht werden.

Wie sowohl aus dem internationalen Vergleich, hier besonders aus den Erfahrungen der Niederlande, als auch aus den konsentierten Thesen der Delphi-Befragung hervorgegangen ist, sollte bei der Qualitätsmessung gerade in Bezug auf einen zu stärkenden Qualitätswettbewerb stärker auf von Patienten selbst berichtete Qualitätskennzahlen abgestellt werden. Dies eröffnet Möglichkeiten, neben den häufig stärker klinisch orientierten Kennzahlen auch direkte Patientenrückmeldungen zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund, dass die Patienten durch die Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsmessung auf PR-Portalen Leistungserbringer informiert auswählen sollen, können ergänzende PROMs und PREMs dabei unterstützen, den Patienten verständliche, da selbst berichtete, Qualitätsinformationen zur Verfügung zu stellen.

8.2.2 Qualitätstransparenz/PR

Oberste Prämisse bei der Konzeption von Maßnahmen zur Förderung der Qualitätstransparenz muss die Verständlichkeit der Aufbereitung der Qualitätsdaten sein. Typischerweise - den internationalen Erfahrungen folgend - werden hierfür PR-Portale zur Umsetzung eingesetzt. Die Ergebnisse zu vorab im Rahmen der Qualitätsmessung definierten QI werden auf diesen Portalen aufbereitet bzw. abgebildet. Die leichte Verständlichkeit ist für den primären Zweck bzw. Adressaten einer solchen Darstellung von Qualitätsdaten, den Patienten, von entscheidender Bedeutung. Denn nur wenn diese Verständlichkeit vorliegt, besitzen entsprechende PR-Portale Potenziale, dass Patienten die Qualitätsdaten nutzen, um eine informierte Leistungserbringerwahl vorzunehmen. Auch wenn in Deutschland insbesondere im akutstationären Bereich bereits mehrere PR-Portale und -Ansätze existieren, ist die Verständlichkeit der Inhalte für Patienten und daher die befähigende Nutzung der Portale im Sinne eines Qualitätswettbewerbs derzeit noch ausbaufähig. Auch im ambulanten Bereich sind trotz bestehender Datenrestriktionen die Bemühungen deutlich zu intensivieren.

Sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen sollten stärker dazu verpflichtet werden, die Ergebnisse der Qualitätsportale an deren Patienten bzw. Versicherte zu kommunizieren. Bislang erfolgt eine solche Kommunikation in Ansätzen, aber nicht systematisch und flächendeckend. Konkret könnte dies dergestalt gelebt werden, dass ambulante Leistungserbringer verpflichtet werden, Patienten bei Diagnosestellung und ggf. notwendig werdender Überweisung proaktiv und auf Basis valider, indikationsspezifischer Qualitätsdaten über qualitativ besonders gute Weiterbehandler oder Krankenhäuser zu informieren. Analog könnten Krankenkassen agieren, indem diese bei Bekanntwerden einer entsprechenden Erkrankung eines Versicherten, z.B. nach erfolgter Kontaktaufnahme durch den Versicherten, diesen bzgl. eines passenden Leistungserbringers beraten⁵⁹³. Außerdem sollten entsprechende PR-Portale stärker in der proaktiven Kommunikation gegenüber den Versicherten eingesetzt werden. Wichtig ist in allen Konstellationen stets, dass die Wahlentscheidung beim Patienten bzw. Versicherten verbleibt.

Bei der konzeptionellen, ordnungspolitischen Konstruktion der PR-Portale sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht durch die Leistungserbringer selbst koordiniert werden. Auch in den internationalen Vergleichsländern lässt sich bei der Koordination solcher PR-Portale ein stärkerer Top-Down-Ansatz erkennen. Ein bewusster Wunsch

⁵⁹³ Auch wenn Krankenkassen hierbei bislang aufsichtsrechtliche Limitierungen gesetzt sind, könnte hier der im Jahr 2020 neu hinzugekommene § 68b SGB V (Förderung von Versorgungsinnovationen) Gestaltungsspielräume eröffnen.

einer regulatorischen Koordinierung konnte auf Basis der Delphi-Befragung allerdings nicht abgeleitet werden.

Alle ambulanten und akutstationären Leistungserbringer sollten dazu verpflichtet werden, Qualitätsdaten auf den PR-Portalen zu veröffentlichen. In den USA hat sich hierzu die Anreizsystematik des Pay for Reporting etabliert. Dabei werden den Leistungserbringern finanzielle Incentives gesetzt, um definierte Qualitätsdaten an die koordinierende Stelle solcher Portale zu übermitteln, damit diese dann der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden können. Über diesen Anreiz entsteht zugleich indirekt eine Sanktionierung von Leistungserbringern, welche ihre Qualitätsdaten bewusst nicht übermitteln bzw. veröffentlichen wollen. Eine solche Sanktionierungsmöglichkeit sollte, wie durch die befragten Fachleute in der Delphi-Befragung konsentiert, bei der Ausgestaltung berücksichtigt werden.

8.2.3 Selektives Kontrahieren

Das selektive Kontrahieren sollte sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich gestärkt werden. Dazu wäre in Deutschland eine erweiterte (partielle) Lockerung des Kontrahierungszwangs von Krankenkassen gegenüber zur GKV-Versorgung zugelassenen ambulanten Ärzten sowie Krankenhäusern notwendig. Die qualitätsbasierte selektive Auswahl von Leistungserbringern auf Grundlage veröffentlichter Qualitätsdaten würden die Krankenkassen dann vertraglich umsetzen.

Bei der Konstruktion solcher Möglichkeiten wären prinzipiell zwei Ansätze vorstellbar. Zum einen ist hier ein stärker Top-Down-orientierter Ansatz anzuführen. Hier würde regulatorisch festgelegt werden, in welchen Versorgungs- oder Indikationsbereichen und gemäß welchen Rahmenbedingungen selektives Kontrahieren erfolgen soll. Die Partner der Selbstverwaltung würden diese Regelungen dann umsetzen und Krankenkassen die daraus entstehenden Optionen deren Versicherten anbieten. Zum anderen ist auch ein stärker Bottom-Up-orientierter Ansatz vorstellbar. Regulatorisch würden dann lediglich grundsätzliche Rahmenbedingungen, wie z.B. die Definition von Versorgungsbereichen, in denen selektives Kontrahieren möglich ist, gesetzt werden. Weitergehende Ausgestaltungsentscheidungen bei der Umsetzung des selektiven Kontrahierens lägen in der Verantwortung der Krankenkassen und Leistungserbringer und könnten gemeinschaftlich in wettbewerblichen Suchprozessen erarbeitet werden. Sowohl die internationalen Erfahrungen als auch die Ergebnisse der Delphi-Befragung zeigen eine Tendenz zum stärker Bottom-Up-orientierten Ansatz, eine eindeutig konsentiertere Meinung lässt sich dazu für Deutschland allerdings nicht ableiten.

Mit Blick auf die internationalen Vergleichsländer wurde beim selektiven Kontrahieren stets der damit einhergehende Prämienrabatt für Versicherte in Form von Wahlтарifen betont. Dieser Wahlтарif-Charakter, der mit einer Einschränkung der Wahlfreiheit der Leistungserbringer einhergeht, erzeugt für Versicherte einen Anreiz, solche Tarife zu wählen. Gleichzeitig geht daraus aber auch ein Impuls für einen zu vermeidenden Preiswettbewerb sowie eine nicht erwünschte Risikoselektion einher. Wahlтарifen können auch in Deutschland beim Einsatz des selektiven Kontrahierens einen die Akzeptanz des Instruments fördernden Faktor darstellen, bei dem die daran teilnehmenden Versicherte gleichzeitig an den intendierten Effizienzeffekten solcher Tarife partizipieren. Allerdings sollte zwingend darauf geachtet werden, dass nicht der Prämienrabatt der alleinige Treiber ist, sondern die Fokussierung auf den Qualitätsaspekt den primären Aspekt darstellt. Dies müsste unbedingt in der zugehörigen Kommunikation an die Versicherten beachtet werden.

Unabhängig vom Versorgungsbereich und dem ordnungspolitischen Ansatz der Umsetzung müssten Krankenkassen verpflichtet werden, Versicherte transparent und umfänglich über die Optionen, aber auch Konsequenzen eines selektiven Kontrahierens zu informieren. Dazu zählen neben den ggf. infolge von Wahlтарifen skizzierten monetären Implikationen ebenso die möglichen Auswirkungen auf die Leistungserbringerwahl infolge der Einschränkung der Wahlfreiheit, aber auch die Vorteile durch die Fokussierung auf Leistungserbringer mit besonders guter Leistungsqualität. Falls eine solche Information nicht adäquat erfolgt, birgt dies ein Risiko einer defizitären Akzeptanz des selektiven Kontrahierens.

8.2.4 P4P

P4P-Ansätze sollten in Deutschland in einem nächsten Schritt zwar systematisch in Form von Pilotprojekten, aber zunächst nicht obligatorisch und flächendeckend eingeführt werden. Dafür mangelt es derzeit gemäß der in der Delphi-Befragung eingeholten Expertenmeinungen noch an der notwendigen Akzeptanz sowie dem wahrgenommenen Bedarf. Diese Pilotprojekte müssen gleichzeitig wissenschaftlich evaluiert werden, so dass entsprechende Lerneffekte daraus abgeleitet werden können. Um aus diesen Praxiserfahrungen nachhaltig lernen zu können, ist es wichtig, dass sowohl positive als auch negative Erfahrungen veröffentlicht werden. Ein in diesem Kontext denkbare Szenario wäre die Ausschreibung einer Förderbekanntmachung im Innovationsfonds. Dadurch könnten Pilotprojekte gefördert und gleichzeitig evaluiert werden.

Auf Grundlage des internationalen Vergleichs sowie der Delphi-Expertenbefragung sollte beim Design von P4P-Programmen darauf geachtet werden, dass von der Verständlichkeit der jeweiligen Anreizlogik bei den adressierten Leistungserbringern ein stärkerer akzeptanzfördernder Effekt ausgeht als von der Höhe des finanziellen Anreizes. Die Verständlichkeit der Anreizlogik bedeutet konkret, dass für Leistungserbringer z.B. klar und transparent dargestellt sein muss, welche QI in die Berechnung der entsprechenden Bonus-/Malus-Zahlungen eingehen. Denn nur, wenn die Leistungserbringer das intendierte Anreizdesign des P4P-Programms auch nachvollziehen können, setzen sie diese in deren operativen Prozessen und Handlungsweisen auch aktiv um.

Ähnlich wie beim selektiven Kontrahieren beschrieben, existieren auch bei P4P prinzipiell sowohl der Top-Down- als auch der Bottom-Up-orientierte Umsetzungspfad. Doch auch beim P4P lässt sich anhand des Expertenvotums lediglich eine Tendenz zugunsten eines Bottom-Up-Ansatzes für Deutschland ableiten. In den untersuchten Vergleichsländern existieren beide Ansätze.

8.3 Stufenplan

Die im Rahmen der instrumentenbezogenen Konzeption beschriebenen Vorschläge zur Weiterentwicklung der qualitätswettbewerblichen Instrumente weisen, wie aus den vorangegangenen Ausführungen bereits hervorgeht, an vielen Stellen gegenseitige Wechselwirkungen auf. Ein Qualitätswettbewerb kann erst aus einem stimmigen Zusammenwirken generiert werden.

Der operative Einsatz der weiterentwickelten qualitätswettbewerblichen Instrumente sollte in einem gestuften Verfahren stattfinden. Dieser Vorschlag resultiert insbesondere aus den Beobachtungen der internationalen Länderanalysen. Hier ging hervor, dass die Instrumente des selektiven Kontrahierens und des P4P so lange nicht nachhaltig zu einem Qualitätswettbewerb beitragen können, wie die befähigenden Instrumente der Qualitätsmessung sowie der Qualitätstransparenz bzw. des PR nicht adäquat eingesetzt und genutzt werden.

So müssen beispielsweise in der logischen Abfolge erst passende QI definiert und gemessen, die Ergebnisse dann veröffentlicht werden, bis die QI letztlich in P4P-Programmen als finanzwirksame Messparameter herangezogen werden können. Auch die Delphi-Expertenbefragung bestätigte die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit eines solchen Stufenplans, indem die Instrumente der Qualitätsmessung und der Qualitätstransparenz bzw. des PR als qualitätswettbewerbliche Instrumente mit

besonders hohem Stellenwert wahrgenommen wurden. Die erste Ausbaustufe sollte daher das Instrument der Qualitätsmessung darstellen, auf der zweiten Stufe sollte dann die Qualitätstransparenz bzw. PR folgen. Die dritte Ausbaustufe sollte schließlich die Instrumente des selektiven Kontrahierens und des P4P umfassen. Hier könnten P4P-Projekte zunächst regional pilotiert und wissenschaftlich evaluiert werden, bevor die daraus resultierenden Lernerfahrungen und Ergebnisse als bundesweit obligatorische Programme umgesetzt werden.

Aber auch bei einem solchen gestuften Vorgehen muss bereits vor Beginn der Umsetzung die gesamthafte Konzeptionierung der einzelnen Stufen abgestimmt sein. Nur dann kann sich das eingangs genannte, zwingend erforderliche stimmige Zusammenspiel der einzelnen Instrumente entfalten. Wenn eine solche Abstimmung nicht erfolgt, besteht das Risiko, dass die Erreichung des intendierten Ziels in Gefahr gerät.

Die Ziele eines solchen Stufenplans sind zunächst mit und durch den/die Stakeholder(n) abzustimmen sowie anschließend auch proaktiv zu kommunizieren. Adressaten der Kommunikation sind neben den beteiligten Stakeholdern auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite zwingend auch die Patienten. Nur wenn diese kommunikative Begleitung erfolgt, kann die benötigte Transparenz des Vorgehens erzeugt werden, welche akzeptanzstiftend wirken kann.

8.4 Grundlegende Rahmenbedingungen zur Entwicklung eines Qualitätswettbewerbs

8.4.1 Abstimmung einer Agenda zwischen den Stakeholdern

Bei allen bislang beschriebenen Vorschlägen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs, sei es zur Umsetzung der instrumentenbezogenen Konzeption der qualitätswettbewerblichen Instrumente, oder zum Vorgehen beim skizzierten Stufenplan, ist eine Abstimmung einer Agenda zwischen den beteiligten Stakeholdern vorzunehmen. Unter den Stakeholdern sind hier Vertreter der Leistungserbringer, der Kostenträger, zuständiger Ministerien und Behörden, aber auch Vertreter der Patienten sowie der Wissenschaft zu verstehen.

Wie in der durchgeführten Delphi-Befragung vollzogen, muss dabei die Heterogenität der Akteure adäquat in die Umsetzungsgestaltung einfließen. Bei der Entwicklung einer

solchen Agenda können die bereits in 8.2 und 8.3 geschilderten Vorschläge Eingang finden und eine Basis bilden.

Vorteil eines solchen kollaborativen Prozesses ist es, dass dadurch größtmögliche Akzeptanz für den eingeschlagenen Umsetzungspfad erzeugt werden kann. Zudem stellt die Abstimmung einer Agenda, zusammen mit dem Vorschlag eines gesetzgeberischen Impulses (s. 8.4.3), eine Mischform aus einem stärker Top-Down- und einem stärker Bottom-Up-orientierten Ansatz dar. Dies würde die bei der Delphi-Expertenbefragung an vielen Stellen uneinheitliche Meinungsbildung zu dieser ordnungspolitischen Fragestellung adäquat abbilden.

Bei der Aufstellung einer solchen Agenda zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs sollten neben der konkreten Ausgestaltung der benannten qualitätswettbewerblichen Instrumente ebenso eine Priorisierung von Maßnahmen und Versorgungsbereichen erfolgen. Beispielhaft wäre zu definieren, ob das Instrument der Qualitätstransparenz bzw. des PR parallel im ambulanten und akutstationären Versorgungsbereich gestärkt werden soll, oder ob zunächst der Fokus auf einen der beiden Bereiche gelegt wird.

8.4.2 Schrittweise Weiterentwicklung + „trial and error-Kultur“

Wie bereits der beschriebene Stufenplan darlegt, sollte die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland schrittweise erfolgen. Auch die in 8.4.1 empfohlene Agendaabstimmung zwischen den beteiligten Akteuren samt priorisierter Maßnahmen impliziert einen solchen Ansatz.

Eine graduelle Fortentwicklung des Qualitätswettbewerbs ist gegenüber einer radikalen Reformierung aufgrund mehrerer Aspekte zu bevorzugen: Erstens verringert ein solcher Entwicklungsprozess das Risiko einer potenziellen Überforderung der Akteure. Denn infolge der Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs bzw. der zugehörigen Instrumente ändern sich sowohl für Kostenträger und Leistungserbringer als auch Patienten gewohnte Rahmenbedingungen. Beispielhaft kann hier das selektive Kontrahieren genannt werden. Dieses bedeutet für Kostenträger und Leistungserbringer eine gegenüber dem Status quo anders geartete Form der (vertraglichen) Zusammenarbeit. Für Patienten bzw. Versicherte würden sich relevante Auswirkungen durch die Einschränkung der Wahlfreiheit ergeben.

Zweitens ermöglicht ein schrittweises Vorgehen eine stärker ausgeprägte „trial and error-Kultur“. Diese impliziert, dass aus gemachten Praxiserfahrungen und ggf. auch damit einhergehenden Fehlern beim Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente

gelernt wird. Eine solche Kultur ist für eine nachhaltige Fortentwicklung eines Qualitätswettbewerbs elementar. International zeigte dieser Ansatz insbesondere in den USA seine Wirksamkeit. Indirekt werden dadurch wettbewerbliche Suchprozesse incentiviert. Gleichzeitig lässt sich der Charakter einer schrittweisen Weiterentwicklung gut mit der ebenfalls empfohlenen wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation (s. 8.4.4) verknüpfen.

Beispielhaft kann eine solche „trial and error-Kultur“ am Instrument des P4P illustriert werden. P4P-Programme würden in Indikationsbereichen pilotiert, in denen auch passende QIs vorliegen, die für die P4P-Programme genutzt werden können. Das konkrete Design des P4P-Programms könnte dann in die Verantwortung der beteiligten Akteure übergeben werden. Nach der Pilotierung würden die Erfahrungen evaluiert, veröffentlicht und bewertet werden, um letztlich Lerneffekte daraus ableiten zu können.

8.4.3 Gesetzgeberische Reform als Impuls

Trotz der vorab benötigten Agendaabstimmung zwischen den Stakeholdern sowie der auf Basis einer „trial and error-Kultur“ basierenden schrittweisen Weiterentwicklung bedarf es einer gesetzgeberischen Reform als ordnungspolitischen Impuls. Dieses Erfordernis wird sowohl durch die internationalen Länderanalysen als auch die Expertensicht in der Delphi-Befragung sehr deutlich. In allen betrachteten Vergleichsländern ging die Fortentwicklung des Qualitätswettbewerbs mit einer solchen Gesetzesreform einher.

Ein gesetzgeberischer Impuls sollte die Agenda der Stakeholder aufgreifen und ein stimmiges Rahmenkonzept beinhalten. Dabei sollten die in 8.2 und 8.3 benannten Aspekte berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass der in einer Reform aufgespannte Rahmen nicht isoliert auf Einzelmaßnahmen abzielt, sondern vielmehr eine mittelfristige, ganzheitliche Perspektive beinhaltet. Ein solcher Ansatz würde gleichzeitig bedeuten, dass der gesetzgeberische Impuls als „lebendes Konstrukt“ zu verstehen ist und die initial verabschiedete Reform im Sinne einer dynamischen Gesetzgebung sukzessive konkretisiert, oder - je nach gemachten Erfahrungen - ggf. auch nachjustiert werden müsste.

8.4.4 Wissenschaftliche Begleitung + Evaluation

Bei der Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs ist unbedingt eine systematische wissenschaftliche Begleitung und Evaluation mitzudenken. Diese Begleitung sollte bereits von Beginn an erfolgen und z.B. bei der Agendaabstimmung moderierend wirken.

Nur wenn diese wissenschaftliche Flankierung als fester Bestandteil des Weiterentwicklungspfads angesehen wird, und nicht erst nach Einleitung erster Maßnahmen stellenweise hinzugefügt wird, kann diese deren intendierte Wirkung einer unabhängigen Bewertung eingesetzter Instrumente und durchgeführter Programme entfalten.

Eine Evaluierung des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente kann gut mit den bereits in 8.4.2 und 8.4.3 genannten Empfehlungen einer stärkeren „trial and error-Kultur“ sowie eines gesetzgeberischen Impulses verknüpft werden. Denn aus gemachten Praxiserfahrungen können nur dann nachhaltige Erkenntnisse abgeleitet werden, wenn die entsprechend durchgeführten Maßnahmen und Programme unabhängig wissenschaftlich analysiert werden. Diese Ableitungen können dann in die im Kontext einer dynamischen Gesetzgebung notwendigen Konkretisierungen und/oder Nachjustierungen einfließen.

Der Charakter einer wissenschaftlichen Begleitung ist sowohl bei stärker Top-Down- als auch stärker Bottom-Up-orientierten Ansätzen der Umsetzung qualitätswettbewerblicher Instrumente implementierbar. Bei Top-Down-Ansätzen könnte die Evaluation durch eine zentral eingesetzte wissenschaftliche Institution erfolgen. Bei Bottom-Up-Ansätzen wären hingegen, unter Nutzung wettbewerblicher Suchprozesse, allgemein gültige methodische Evaluationsstandards und -anforderungen zu definieren. Diese könnten dann dezentral durch von den beteiligten Akteuren beauftragte Institutionen umgesetzt werden.

8.4.5 Sicherstellung der Versorgung

Die Sicherstellung der Versorgung als flankierende Prämisse bei der Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zielt insbesondere auf den Einsatz des Instruments des selektiven Kontrahierens ab. Auch in den internationalen Länderanalysen, hier im Speziellen in den Niederlanden und den USA, lässt sich diese Rahmenbedingung ebenfalls als feste ordnungspolitische Leitplanke identifizieren.

Hintergrund ist, dass die Sicherstellung der Versorgung, z.B. operationalisiert in der Fahrzeit zum nächsten Krankenhaus mit entsprechendem Versorgungsangebot, nicht durch die mit einem Einsatz eines selektiven Kontrahierens einhergehende Einschränkung der Wahlfreiheit konterkariert werden darf. ansonsten könnte es passieren, dass im ambulanten Versorgungsbereich bereits aufgrund partiell bestehender unterversorgter Regionen existierende und notwendige Fördermöglichkeiten zur Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum mit dem Einsatz eines selektiven Kontrahierens ordnungspolitisch im Konflikt stehen. Dieses Primat der

Sicherstellung der Versorgung, mit starkem Fokus auf den ländlich geprägten Raum, darf aber nicht gleichzeitig bedeuten, dass in diesen Regionen gänzlich auf den Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente zur Förderung eines Qualitätswettbewerbs verzichtet werden soll.

Allgemeiner formuliert trifft dieses Szenario nicht nur auf ländlich geprägte Regionen zu, sondern auf alle Versorgungsbereiche, bei denen ein selektives Kontrahieren negative Implikationen auf ein ausreichend vorhandenes Versorgungsangebot bedeuten könnte. Hierbei sei beispielhaft an die Versorgung seltener Erkrankungen, die Versorgung von akuten Notfallsituationen oder aber die Palliativversorgung gedacht. In den Niederlanden sind diese Versorgungsbereiche vom selektiven Kontrahieren ausgeschlossen. So sollte auch in Deutschland vorgegangen werden.

Sofern für Patienten hingegen genügend Leistungserbringer bzw. alternative Versorgungsangebote vorhanden sind, stellt die Sicherstellung der Versorgung einen weitaus weniger kritischen Aspekt dar. Daher kann das selektive Kontrahieren in Ballungsräumen, städtisch geprägten Regionen und bei stärker elektiven Eingriffen im Sinne einer sinnvollen qualitätsorientierten Versorgungssteuerung ein adäquates Vehikel darstellen, um die Versorgung für die Patienten zu verbessern.

8.4.6 Akzeptanzfördernde Maßnahmen (Aufklärung)

Um einen Qualitätswettbewerb in Deutschland nachhaltig weiterentwickeln und stärken zu können, ist eine Akteursgruppen übergreifende und breite Akzeptanz nötig. Letztlich profitieren alle in 8.2 und 8.3 beschriebenen Vorschläge und Maßnahmen von einer solchen Akzeptanz.

Die besondere Bedeutung der Akzeptanz als Rahmenbedingung zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs lässt sich damit erklären, dass eine stärkere Wettbewerbsorientierung des Gesundheitssystems, operationalisiert durch den verstärkten Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente, für Leistungserbringer, Kostenträger und Patienten eine Veränderung zum gewohnten Status quo bedeutet und daher erklärungsbedürftig ist. Eine solche Veränderung geht stets mit einer gewissen Skepsis einher, die überwunden werden muss. Dies verdeutlicht, dass als Adressaten akzeptanzfördernder und aufklärerischer Maßnahmen alle o.g. Akteursgruppen mitbedacht werden müssen.

Als ein besonders plakatives Beispiel, welches die Notwendigkeit akzeptanzfördernder Maßnahmen illustriert, kann die Stärkung des selektiven Kontrahierens angeführt werden. Sowohl die internationalen Länderanalysen (Niederlande) als auch die Delphi-

Befragung haben dies bekräftigt. Krankenkassen fürchteten in den Niederlanden, dass die Einführung von Tarifen mit selektivem Kontrahieren und der damit einhergehenden Einschränkung der Wahlfreiheit für Versicherte mit Reputationsverlusten und daher Wettbewerbsnachteilen einhergeht. Erst das sukzessive Testen und der gleichzeitig sich einstellende Zuspruch der Versicherten halfen, die Skepsis zu überwinden. Hier wären bereits initiale Aufklärungsmaßnahmen sowohl für Krankenkassen als auch Versicherte hilfreich gewesen, um eine Vertrauensbasis gegenüber den Tarifen mit selektivem Kontrahieren zu schaffen. Eben solche Informationen, aus denen das Vorgehen, die Vorteile und Konsequenzen eines selektiven Kontrahierens für Versicherte transparent hervorgehen, sind durch die Krankenkassen bei einer Stärkung des Instruments des selektiven Kontrahierens gemäß den Experten der Delphi-Befragung gegenüber Versicherten zu kommunizieren. Hier könnte die Rolle der Krankenkassen als „Kümmerer“ der Versicherten ganz im Sinne des Managed Care-Ansatzes herausgestellt werden, da diese ihren Versicherten qualitätsorientiert Leistungserbringer zur Verfügung stellen.

Als mögliche Maßnahmen sind hier Informationskampagnen zu benennen. Diese sollten sowohl zentral als auch dezentral angelegt sein. Während generelle Informationen zu geplanten Maßnahmen zur Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs zentral, ggf. sogar staatlich, zu platzieren sind, sollten beispielhaft skizzierte Informationen zum selektiven Kontrahieren stärker dezentral von den verantwortenden Akteuren (hier: Krankenkassen) kommuniziert werden.

Zur Überwindung einer beschriebenen Skepsis gegenüber einem Qualitätswettbewerb können neben akzeptanzfördernden Maßnahmen auch die bereits in 8.4.2 genannte Rahmenbedingung des schrittweisen Weiterentwickelns des Qualitätswettbewerbs in Deutschland sowie die partizipativ angelegte Agenda-Abstimmung zwischen den Stakeholdern (s. 8.4.1) dienlich sein. Ebenso fördert die in 8.4.4 empfohlene wissenschaftliche Begleitung die Akzeptanz durch Schaffung von Transparenz.

8.5 Exemplarische Umsetzungsskizze: Hüft-TEP

Gleichwohl an vielen Stellen innerhalb der Beschreibung des Konzeptvorschlags bereits konkrete praxisrelevante Umsetzungsoptionen und -vorschläge aufgezeigt wurden, wird nachfolgend exemplarisch an der Indikation der Hüft-TEP⁵⁹⁴ eine Umsetzungsskizze entwickelt. Diese berücksichtigt die im Konzeptvorschlag adressierten Aspekte und bildet dabei u.a. die Forderung einer schrittweisen Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs, hier in Form eines Indikationsbezugs, plakativ ab.

Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen des Konzeptvorschlags insbesondere zu Fragestellungen der ordnungspolitischen Umsetzung (Top-Down-/Bottom-Up-Ansatz) unterschiedliche mögliche Varianten diskutiert wurden, soll die Skizze explizit als ein möglicher Umsetzungspfad verstanden werden. Eine Übertragbarkeit der Skizze auf weitere Indikationsbereiche ist möglich.

Schritt 1: Nutzung bestehender QI + individuelle Ergänzungsmöglichkeit

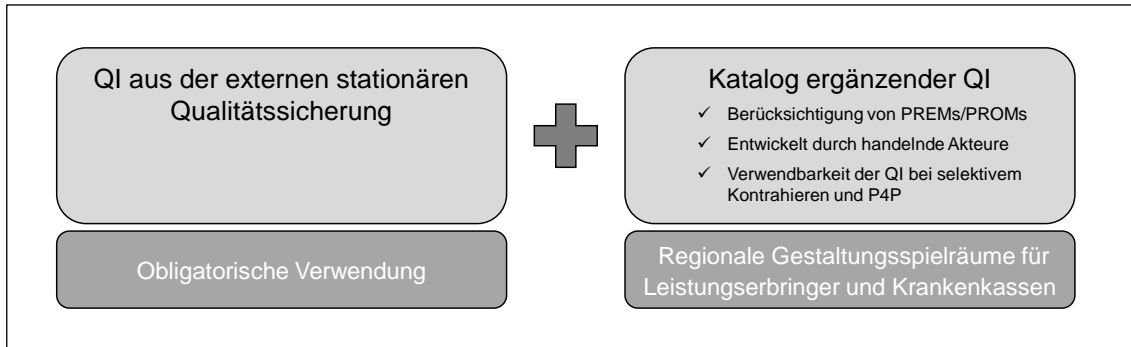
Da die Hüft-TEP bereits Bestandteil der externen stationären Qualitätssicherung ist, liegt eine Grundlage valider und über den G-BA als Organ der Selbstverwaltung abgestimmter QI vor. Diese sollte auch für die Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs genutzt werden. Daneben müssten die vorhandenen QI aber zwingend ergänzt werden. Dieses Erfordernis generiert sich aus zwei Gründen. Erstens sollten die QI eine stärkere Patientenzentrierung aufweisen. Denn nur dann werden die über adäquate PR-Plattformen sowie Leistungserbringer und Krankenkassen an die Patienten bzw. Versicherten zu kommunizierenden verständlichen Qualitätsinformationen auch bei Wahlentscheidungen einbezogen. Hierfür bieten sich PROMs und PREMs als vom Patienten direkt berichtete Kennzahlen an. Zweitens sollten die ergänzten QI auch für weitere qualitätswettbewerbliche Instrumente, das selektive Kontrahieren und P4P, gewinnbringend eingesetzt werden können.

Während die Nutzung bestehender QI der externen stationären Qualitätssicherung als obligatorisch vorzugeben ist, sollte für die zu ergänzenden QI ein Katalog möglicher Indikatoren entwickelt werden (s. Abbildung 41). Dieser ist durch Leistungserbringer und

⁵⁹⁴ Die Indikation der Hüft-TEP wurde an dieser Stelle aus mehreren Gründen ausgewählt. Erstens stellt die Indikation eine stark elektiv durchführbare Prozedur dar. Dies korreliert mit der in 8.4.5 aufgestellten Forderung der Sicherstellung der Versorgung. Zweitens zeigten internationale Evidenzen zum PR (vgl. in den Niederlanden in 6.3.2.4), dass bei der Indikation Hüft-TEP eine Koordinier- und Steuerbarkeit von Patienten anhand von PR möglich ist. Drittens existiert in diesem Indikationsbereich in Deutschland ein ausgeprägter Handlungsbedarf, ausgedrückt in Form einer hohen nationalen Qualitätsvarianz (s. 5.2). Viertens ist die Indikation Hüft-TEP bereits Bestandteil der externen stationären Qualitätssicherung, sodass auf bereits bestehende QI als Grundlage zurückgegriffen werden kann.

Krankenkassen gemeinsam zu erstellen.⁵⁹⁵ Dieser Ansatz schafft Gestaltungsspielräume, durch eine gezielte Wahl ergänzender QI auf regionale Spezifika adäquat reagieren zu können.

Abbildung 41: Zusammenwirken bestehender und ergänzender Messindikatoren im Indikationsbereich Hüft-TEP



Quelle: Eigene Darstellung.

Schritt 2: Verständliche PR-Plattformen + Informationspflicht der Leistungserbringer und Krankenkassen

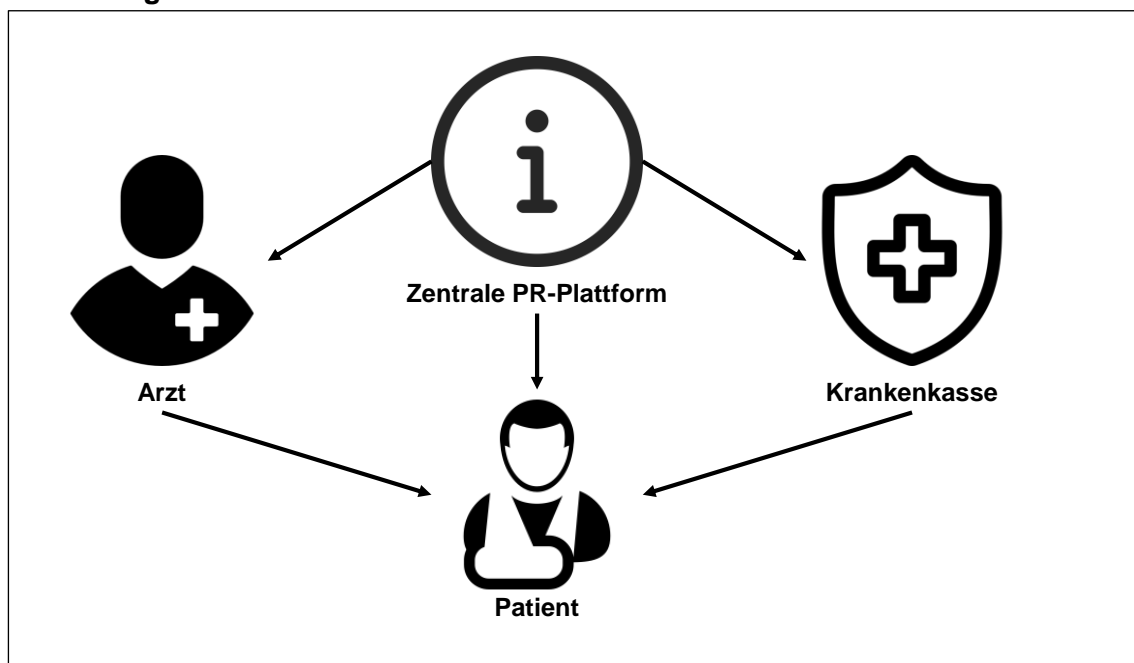
Um eine informierte Wahl des stationären Leistungserbringers für Patienten zu motivieren, sind die in Schritt 1 skizzierten QI adressatengerecht aufzubereiten. Die Niederschwelligkeit und Verständlichkeit der Informationen haben hier absolute Priorität. Hierzu sollte eine bundesweit einheitliche Online-Plattform nach einem Top-Down-Ansatz geschaffen werden. Hier wäre ein ähnliches Vorgehen bzw. ggf. auch eine Einbettung in die seit dem Jahr 2020 bestehende Gesundheitsplattform des durch das BMG koordinierten Website gesund.bund.de denkbar. Die neben den obligatorisch einzusetzenden ergänzten QI müssten hier dann zentral durch die handelnden Akteure gemeldet werden, um die QI vollständig abbilden zu können. Zur Incentivierung dieses Prozesses wäre ein Pay-for-Reporting-Ansatz zu verfolgen.

Daneben sollten zudem sowohl Leistungserbringer als auch Krankenkassen dazu verpflichtet werden, ihre Patienten bzw. Versicherten im Falle einer notwendigen Hüft-TEP über qualitativ hochwertige Einrichtungen zu beraten. Basis sollte hier erneut die zentrale Online-Plattform darstellen. Im Falle der Leistungserbringer könnte dies z.B. auf überweisende ambulante Leistungserbringer zutreffen. Bei Krankenkassen, sofern diese vor Stattfinden des operativen Eingriffs in Kontakt mit dem Versicherten stehen. Zudem sollten Krankenkassen verpflichtet werden, Ihre Versicherten regelmäßig und proaktiv

⁵⁹⁵ Hierzu könnte sowohl auf die langjährigen Erfahrungen des NHS in England mit PROMs im Bereich Hüft-TEP zurückgegriffen werden (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/patient-reported-outcome-measures-proms>) sowie auf die anstehenden Ergebnisse des aktuell über den Innovationsfonds geförderten Projekts QualiPRO (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/qualipro-qualitaetstransparenz-in-der-hueftendoprothetik-durch-patient-reported-outcomes.235>).

auf die zentrale Online-Plattform kommunikativ hinzuweisen. Ein solche, mehrkanalige Ansprache bzw. Information soll den Fluss der Qualitätsinformationen zu den Patienten befördern (s. Abbildung 42). Wichtig ist in allen Konstellationen stets, dass die Wahlentscheidung beim Patienten bzw. Versicherten verbleibt.

Abbildung 42: Schematischer Fluss der Qualitätsinformationen



Quelle: Eigene Darstellung.

Schritt 3: Lockerung des Kontrahierungszwangs unter gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgung

Die in den Schritten 1 und 2 beschriebenen Maßnahmen können prinzipiell sowohl bei uneingeschränkter als auch bei eingeschränkter Wahlfreiheit der Patienten koordinierend bzw. steuernd wirken. Um Krankenkassen die Option zu geben, auf Grundlage der vorliegenden Qualitätsinformationen im Sinne ihrer Versicherten qualitätsorientiert koordinierend tätig werden zu können, sollte der geltende Kontrahierungszwang im Indikationsbereich der Hüft-TEP gelockert werden. Diese Lockerung setzt allerdings das Vorhandensein entsprechender Qualitätsinformationen voraus, müsste gesetzgeberisch im SGB V verankert werden und könnte als sog. „Kann-Regelung“ ausgestaltet sein, sodass jede Krankenkasse individuell über den Einsatz entscheiden kann. Sofern eine Krankenkasse von dieser Option Gebrauch macht, entstünden auch hier Gestaltungsspielräume, die von Kostenträgern und Leistungserbringern gemeinsam genutzt werden könnten. Diese Gestaltungsspielräume könnten operativ in Form von Verträgen gelebt werden, die analog der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V funktionieren.

Inhaltlich bieten diese Gestaltungsspielräume neben der qualitätsorientierten Einschränkung der Leistungserbringerwahl auch die Möglichkeit, P4P-Ansätze in die selektiven Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu implementieren. Hier könnten die ergänzten, in Schritt 1 skizzierten QI angewendet werden.

Wichtig ist bei dieser optionalen Nutzung der Lockerung des Kontrahierungszwangs, dass die Sicherstellung der Versorgung stets gewahrt werden muss. Hier ist auf die durch den G-BA im Jahr 2016 verabschiedete Definition einer wohnortnahen Versorgung abzustellen.⁵⁹⁶ Diese besagt, dass ein Krankenhaus der Grundversorgung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten erreichbar sein muss. Relativierend ist im Hinblick auf die beispielhafte Indikation der Hüft-TEP an dieser Stelle anzuführen, dass es sich bei der Hüft-TEP um einen größtenteils planbaren Eingriff handelt, der häufig auch in dafür spezialisierten Einrichtungen der Schwerpunkt-, oder gar Maximalversorgung erfolgt.

Zudem müssten die in diesem Bereich agierenden Krankenkassen bei Nutzung des selektiven Kontrahierens auch kommunikativ tätig werden. Zum einen in Richtung ihrer Versicherten, um eine Akzeptanz der Einschränkung der Wahlfreiheit zugunsten einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu erreichen. Hierbei wäre der Patientennutzen, ausgedrückt in Form einer qualitativ hochwertigen Versorgung, kommunikativ zu transportieren. Zum anderen müssten die selektiv kontrahierten Krankenhäuser auch auf der in Schritt 2 beschriebenen zentralen Online-Plattform hinterlegt werden. Ergänzend könnten Krankenkassen auch auf deren eigenen Internet-Auftritten ihre Versicherten über zur Auswahl stehende Krankenhäuser informieren.

Schritt 4: Evaluations- und Transparenzverpflichtung

Um die Erfahrungen einer solchen indikationsspezifischen Umsetzung ganzheitlich analysieren und entsprechende Lernerfahrungen ableiten zu können, ist eine Evaluation zwingend erforderlich. Diese sollte sowohl zentral als auch dezentral erfolgen. Aus zentraler Perspektive wäre beispielhaft die Sinnhaftigkeit der definierten QI zu überprüfen, oder aber, ob die zentrale PR-Plattform das intendierte Ziel erreicht und Patienten die Qualitätsinformationen entsprechend nutzen. Dezentral müssten gleichzeitig auch Krankenkassen und Leistungserbringer, welche die erweiterten Gestaltungsspielräume in Form des selektiven Kontrahierens sowie P4P nutzen, deren Erfahrungen wissenschaftlich und unabhängig evaluieren lassen. Die entsprechenden Evaluationsergebnisse wären dann auch transparent und öffentlich zugänglich zu

⁵⁹⁶ vgl. G-BA 2016, S. 2.

veröffentlichen, damit alle handelnden Akteure von diesen Ergebnissen profitieren können.

8.6 Internationale Generalisierbarkeit des Konzeptvorschlags

Losgelöst von der Zielstellung der vorliegenden Arbeit, Weiterentwicklungsoptionen explizit für Deutschland zu entwickeln, besitzen Teile des beschriebenen Konzeptvorschlags gleichzeitig Potenzial zu einer Generalisierbarkeit auf einen internationalen Kontext. Diese Transferoption wird dadurch bestärkt, dass mit der Schweiz, den Niederlanden und den USA für drei Länder der dortige Einsatz des Qualitätswettbewerbs detailliert beschrieben wurde und dabei neben Unterschieden auch zahlreiche Gemeinsamkeiten identifiziert werden konnten.

Während die in 8.2 vorgenommene instrumentenbezogene Konzeption der qualitätswettbewerblichen Instrumente auf das spezifische Konstrukt des Gesundheitssystems in Deutschland abzielt und daher stärker nationale Bedeutung bei der Umsetzung entfaltet, bieten sich beim skizzierten Stufenplan (s. 8.3) und den grundlegenden Rahmenbedingungen (s. 8.4) aufgrund deren globaleren Bedeutung Möglichkeiten einer Generalisierung und Übertragung an. Schließlich haben die internationalen Länderanalysen aufgezeigt, dass die Umsetzung bzw. der Einsatz der qualitätswettbewerblichen Instrumente zwar heterogen ausfällt, vorhandene defizitäre Rahmenbedingungen konnten aber in allen Vergleichsländern aufgezeigt werden.

Im Kontext der adressierten generalisierbaren Rahmenbedingungen können beispielhaft die empfohlene wissenschaftliche Begleitung sowie die Notwendigkeit akzeptanzfördernder Maßnahmen genannt werden. Diese Aspekte dienen nicht nur in Deutschland einer nachhaltigen Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs, sondern können auch in anderen Ländern gewinnbringend eingesetzt werden. Ein Transfer der Rahmenbedingungen ist hierbei sowohl in Ländern denkbar, die bereits erste Erfahrungen im Einsatz mit qualitätswettbewerblichen Instrumenten gesammelt haben und eine fundierte ordnungspolitische Einbettung verfolgen wollen als auch in Ländern, die einen Qualitätswettbewerb erst initial fördern möchten.

Bei einem möglichen Transfer der für Deutschland entwickelten Vorschläge ist allerdings unbedingt folgende Prämisse zu beachten: Die Rahmenbedingungen können zwar prinzipiell bzgl. des konzeptionellen Ansatzes bzw. der Idee übertragen werden, aber gleichzeitig muss auch hier stets die jeweilige spezifische Konstruktion des nationalen Gesundheitssystems berücksichtigt werden und ggf. Adaptierungen gegenüber dem beschriebenen Vorschlag im Zusammenhang des deutschen Gesundheitssystems gemacht werden.

Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt, der sich aus einem solchen Transfergedanken heraus ergeben kann, ist eine stärker ausgeprägte Abstimmung der bislang überwiegend stark national geprägten Gesundheitssysteme. Referenzierend auf den europäischen Kontext könnte von einer Anwendung gemeinsamer Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs ein Impuls zu einer Annäherung der stark heterogenen Gesundheitssysteme ausgehen. Auch wenn dies nicht bedeutet, dass die nationalen Gesundheitssysteme zukünftig gesamthaft eine ähnliche Struktur und Organisation aufweisen werden, so wären doch Grundlagen für ein stärker koordiniertes Vorgehen im Bereich des Qualitätswettbewerbs gelegt.

TEIL V: ABSCHLUSS UND FAZIT

9 Abschluss

9.1 Zusammenführung der Ergebnisse

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurden mehrere Forschungsfragen skizziert, welche sich mit der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland aus unterschiedlichen Perspektiven beschäftigten. Nachfolgend werden die erarbeiteten Kernergebnisse zu den Forschungsfragen dargestellt sowie Schlussfolgerungen gezogen.

1) Wie lässt sich ein Qualitätswettbewerb mit Schwerpunkt auf dem Leistungsmarkt auf Basis theoretischer Grundlagen operationalisieren?

Auf Basis der erfolgten theoretischen Fundierung ist zunächst festzuhalten, dass ein Qualitätswettbewerb ein **multidimensionales Konstrukt** darstellt. Hauptziel ist es, unter Einsatz wettbewerblich orientierter Instrumente eine **Verbesserung der Qualität der Versorgung** herbeizuführen. Hierbei sind auch die Marktbesonderheiten im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Für eine Umsetzung dieses Ziels bedarf es zudem sowohl der **Beteiligung aller hierfür relevanten Akteure** (v.a. Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten) als auch einer **adäquaten ordnungspolitischen Einbettung** der Instrumente.

Es ging hervor, dass der **Leistungsmarkt** für einen Qualitätswettbewerb eine herausgehobene Bedeutung besitzt, weil Effekte aus auf dem Leistungsmarkt initiierten Wettbewerbselementen auf den Behandlungs- und Versicherungsmarkt durchwirken können. Zudem agieren auf dem Leistungsmarkt mit Krankenkassen und Leistungserbringern diejenigen Akteure, welche die Qualität der Versorgung durch Anreize bzw. ärztliche Behandlung beeinflussen können.

Ein Qualitätswettbewerb kann auf Systemebene durch den Einsatz folgender **qualitätswettbewerblicher Instrumente** operationalisiert werden:

- Qualitätsmessung
- Qualitätstransparenz/PR
- Selektives Kontrahieren
- P4P

Bei der Ableitung der Instrumente auf Grundlage international existierender Konzepte zur Operationalisierung eines Qualitätswettbewerbs ließ sich folgern, dass diese Konzepte stets einen starken Kontext zur Funktionsweise des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems besitzen und daher nicht schablonenartig länderübergreifend

transferiert werden können.

2) Welche Ausprägung besitzt der Qualitätswettbewerb derzeit im deutschen Gesundheitssystem, insbesondere auf dem Leistungsmarkt?

Die systematische Analyse zeigte, dass in Deutschland zu den fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumenten sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich Maßnahmen und Initiativen existieren, wobei diese im akutstationären Sektor stärker ausgeprägt sind. Die **Möglichkeiten des Einsatzes der Instrumente** sind allerdings derzeit **stark limitiert** und entfalten deshalb nur **bedingt Wirkungen auf einen Qualitätswettbewerb**. Der Großteil der Initiativen ist im Status quo regulatorisch initiiert. Es lassen sich aber, z.B. im Bereich des PR, auch aktorsgetriebene bzw. private Initiativen identifizieren.

Gleichzeitig wurde deutlich sichtbar, dass es dem Einsatz der Instrumente in Deutschland an einer **zielführenden ordnungspolitischen Einbettung** sowie einem **Rahmenkonzept fehlt**. Die einzelnen Maßnahmen und Vorhaben wirken jeweils isoliert und sind größtenteils ohne interdependente Abstimmung angelegt.

Die dargelegten Defizite führen letztlich auch dazu, dass der **Qualitätswettbewerb** bislang von **den Versicherten bzw. Patienten noch nicht ausreichend wahrgenommen wird bzw. werden kann**. Beispielhaft kann dies am Instrument des PR illustriert werden. Obschon Instrumente zur Schaffung einer Qualitätstransparenz, insbesondere im Krankenhausbereich, implementiert sind, werden diese bislang durch den Versicherten als Zielperson kaum genutzt. Folglich können Patienten bislang nicht als Multiplikator eines Qualitätswettbewerbs auftreten.

Analysen **zur Qualität im deutschen Gesundheitssystem**, sowohl im nationalen als auch internationalen Vergleich, zeigen einen **Handlungsbedarf** auf. Diesem kann durch einen fortentwickelten Qualitätswettbewerb begegnet werden.

3) Funktionieren die fokussierten Instrumente zur Initiierung eines Qualitätswettbewerbs in internationalen Vergleichsländern? Und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen?

Der durchgeführte **internationale Vergleich** unter Einbezug der Vergleichsländer **Schweiz, Niederlande und USA** hat ergeben, dass der **Einsatz qualitätswettbewerblicher Instrumente** einen **Qualitätswettbewerb befördern kann**.

Dass von einem Qualitätswettbewerb **positive Effekte** zur **Steigerung der Qualität** der medizinischen Versorgung ausgehen, konnte **partiell bestätigt** werden. Dies hängt vordergründig damit zusammen, dass ein Qualitätswettbewerb in den Vergleichsländern auch erst in Ansätzen vorherrscht. Zudem stellt die Qualität der medizinischen Versorgung ein multidimensionales Konstrukt dar. Daher können Effekte eines Qualitätswettbewerbs nur ansatzweise isoliert anhand eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs auf eine Qualitätssteigerung hin evaluiert werden.

Es zeigte sich, dass der **alleinige Einsatz der Instrumente nicht genügt**, um einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Vielmehr kommt es auf die **Art des Einsatzes** bzw. das **konkrete Programm- und Anreizdesign** an.⁵⁹⁷ Hier ist eine **Einbettung in das national spezifische Gesundheitssystem** wichtig. Zudem wird ein **adäquater ordnungspolitischer Rahmen** benötigt, welcher den Einsatz der Instrumente flankiert.

Gleichwohl konnten aus den internationalen Vergleichsländern folgende Erkenntnisse extrahiert werden, die sich als **länderübergreifende Erfolgsfaktoren** für die Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs herausstellten:

- Aufstellen einer konsentierten und klaren **ordnungspolitischen Agenda**
- **Qualitätsmessung als Befähiger** für die weiteren qualitätswettbewerblichen Instrumente
- Zwingende Erfordernis der **Akzeptanz** eines Qualitätswettbewerbs bei relevanten Akteuren, insbesondere bei den Patienten
- Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs als **evolutiver Prozess**, initialer **Impuls** dabei von einer **Gesundheitsreform** ausgehend
- **Vermeidung** einer **Parallelität** aus Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs und gleichzeitigem Einsatz eines **Preiswettbewerbs**
- Koordiniertes **Nebeneinander** eines **Top-Down-** sowie eines stärker entrepreneurbasierten **Bottom-Up-Ansatzes** bei der operativen Ausgestaltung der qualitätswettbewerblichen Instrumente

⁵⁹⁷ Beispielhaft wurde dies bei den geschilderten P4P-Programmen in den USA deutlich (s. 6.3.3.6). Während das HVBP-Programme keine signifikanten Effekte liefern konnten, zeigten sich beim HHRP-Programm durchaus positive Versorgungs- und Qualitätseffekte.

4) Welche konsentierten Vorschläge lassen sich auf Grundlage der internationalen Erfahrungen für Deutschland zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs empirisch ableiten?

Die nachfolgend in Kurzform skizzierten konsentierten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs basieren methodisch auf der durchgeführten **zweistufigen Delphi-Expertenbefragung**. In diese flossen maßgeblich die Erkenntnisse des internationalen Vergleichs ein. Insgesamt konnten zwischen den teilgenommenen Experten ($n_{\text{Erste Befragungsrunde}}=105$; $n_{\text{Zweite Befragungsrunde}} = 100$) **69% der aufgestellten Thesen konsentiert** werden. Zudem konnte im Rahmen der Befragung die initial intendierte **dynamische Gruppendiskussion** zwischen den verschiedenen Akteursgruppen **adäquat verwirklicht** werden, so dass der **erzielte Konsens** als **belastbar** angesehen werden kann.

Aus der Delphi-Befragung folgte, dass die Experten in der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs sowohl für die **ambulante** als auch die **akutstationäre Versorgung Potenziale** für eine **Qualitätssteigerung** folgerten, sofern adäquate Rahmenbedingungen existieren. Der **Qualitätsmessung**, die zwischen den Stakeholdern abgestimmt erfolgen sollte, wurde ein **konditionaler Charakter** im Hinblick auf die Entwicklung der weiteren qualitätswettbewerblichen Instrumente zugesprochen.

Zur Fragestellung, ob die Instrumente nach einem **Top-Down-** oder einem **Bottom-Up-Prinzip** weiterzuentwickeln sind, herrschte **größtenteils Uneinigkeit**. Zum Design der **ordnungspolitischen Rahmenbedingungen** zeigte sich hingegen ein klares Votum, dass die Weiterentwicklung **zwischen den Stakeholdern abgestimmt, schrittweise und wissenschaftlich begleitet** erfolgen muss. Zudem soll der Impuls durch eine **gesetzgeberisch eingeleitete Reform** unterstützt sein.

Aus den Ergebnissen der Delphi-Befragung wurde ein kohärenter **Konzeptvorschlag** entwickelt (s. Abbildung 40). Dieser beinhaltet **drei Ebenen** zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs in Deutschland: Erstens eine auf die **einzelnen qualitätswettbewerblichen Instrumente bezogene Konzeption**, zweitens einen **Stufenplan** zur Umsetzung und drittens **grundlegende, stärker ordnungspolitisch geprägte Rahmenbedingungen**. Alle drei Ebenen sind bei einer Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

9.2 Limitationen der Arbeit

Die vorliegende Dissertation ist verschiedenen Restriktionen ausgesetzt. Diese sind sowohl der Komplexität und Vielschichtigkeit der Abläufe und Abhängigkeiten im Gesundheitswesen als auch dem zur Verfügung stehenden Rahmen der Arbeit geschuldet.

Die erste Einschränkung betrifft die Eingrenzung des Themenfelds auf den ambulanten sowie akutstationären Versorgungsbereich in Deutschland. Neben der gewählten Fokussierung gibt es weitere mögliche Versorgungsbereiche, wie z.B. die rehabilitative Versorgung oder die Pflege. Diese wurden allerdings in der gegenständlichen Arbeit nicht betrachtet. Zudem erfolgte eine Beschränkung auf den Markt der GKV. Dies wird mit der Relevanz des GKV-Bereichs sowie der stark unterschiedlichen Mechanismen zwischen GKV und PKV in Deutschland begründet.

Innerhalb des Konstrukts des Qualitätswettbewerbs setzt die Arbeit den Schwerpunkt auf den Leistungsmarkt. Daran schließt die Auswahl der fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumente an. Neben dem in der Literatur für das Thema des Qualitätswettbewerbs als besonders relevant beschriebenen Leistungsmarkt könnten auch der Behandlungs- sowie Versicherungsmarkt stärker bearbeitet werden.

Eine weitere Limitation liegt in der Auswahl der Vergleichsländer im Rahmen des internationalen Vergleichs begründet. Auch wenn die vorliegende Analyse einem systematischen Ansatz folgt, wären weitere Vergleichsländer neben den hier ausgewählten denkbar gewesen. Beispielhaft sei an dieser Stelle England benannt.

Neben den bereits genannten Aspekten generierte sich eine weitere Restriktion durch die Tatsache, dass bislang noch keine vergleichbare Delphi-Expertenbefragung zur Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs stattgefunden hat. Folglich konnte auf keinen erprobten und validierten Fragenkatalog zurückgegriffen werden, sondern musste initial entwickelt werden. Ebenfalls in den Bereich der Delphi-Befragung fällt die Tatsache, dass nur Personen aus dem deutschen Gesundheitssystem als Experten in die Befragung eingeschlossen wurden. Diese Entscheidung kann damit begründet werden, dass bei der Konsentierung der Weiterentwicklungsvorschläge nur diejenigen Experten beteiligt werden sollten, welche von einer potenziellen Umsetzung in der Praxis auch direkt betroffen sind. Allerdings wäre es auch möglich gewesen, das Expertenpanel um ausgewählte internationale Experten zu erweitern, um die Meinung der Experten aus dem deutschen Gesundheitswesen zu validieren.

Abschließend kann in Hinblick auf die Limitationen der Arbeit festgehalten werden, dass neben dem gewählten zentralen empirischen Ansatz, einen Konsens über eine Delphi-

Expertenbefragung zu erzielen, auch alternative Methoden hätten angewendet werden können. Beispielhaft können hierbei u.a. Gruppendiskussionen oder Expertenbefragungen genannt werden. Hier überwogen allerdings die Vorteile einer Delphi-Befragung, insbesondere die Möglichkeit einer anonymen dynamischen Gruppendiskussion.

9.3 Fazit und Ausblick

Übergeordnetes Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Weiterentwicklungsvorschläge für einen Qualitätswettbewerb in Deutschland empirisch abzuleiten. Dazu wurde zunächst der Status quo des Qualitätswettbewerbs in Deutschland komparativ mit internationalen Referenzländern verglichen und darauf aufbauend eine Delphi-Expertenbefragung mit Konsensziel durchgeführt, um Optionen für die Zukunft zu entwickeln.

Dabei stellte sich heraus, dass der Qualitätswettbewerb in Deutschland derzeit erst limitiert wirken kann, da insbesondere die Möglichkeiten des Einsatzes qualitätswettbewerblicher Instrumente begrenzt sind und es an einem konsistenten ordnungspolitischen Rahmenkonzept fehlt. Was den Qualitätswettbewerb in den betrachteten internationalen Vergleichsländern betrifft, werden die qualitätswettbewerblichen Instrumente dort stärker eingesetzt. Es konnte festgestellt werden, dass der Einsatz der Instrumente bislang partiell in eine quantifizierbare Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung mündet. Gleichzeitig konnten länderübergreifend geltende Erfolgsfaktoren abgeleitet werden, wie ein Qualitätswettbewerb systematisch weiterentwickelt werden kann, von dem Impulse zu einer Qualitätssteigerung ausgehen. Hierzu zählen beispielhaft die Notwendigkeit einer konsistenten ordnungspolitischen Agenda sowie der evolutive Charakter der Weiterentwicklung.

In der darauf aufbauenden Delphi-Expertenbefragung konnten zahlreiche Thesen zur zukünftigen Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs in Deutschland zwischen den beteiligten Akteursgruppen konsentiert werden. Konsens stellte sich hier sowohl zu grundsätzlichen Fragestellungen als auch zu stärker instrumentenbezogenen Aspekten ein.

Die Experten sahen einerseits auf Grundlage eines geäußerten hohen Handlungsbedarfs zur Steigerung der Qualität sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Versorgungsbereich Potenziale in der Weiterentwicklung eines Qualitätswettbewerbs. Wie bereits in der nationalen Analyse festgestellt, attestierten die Experten dem Qualitätswettbewerb im Status quo ein nicht vorhandenes

Rahmenkonzept. Der Qualitätsmessung wurde für den Einsatz weiterer qualitätswettbewerblicher Instrumente, wie z.B. dem selektiven Kontrahieren oder P4P, ein besonders befähigender Charakter zuerkannt. Andererseits konnte größtenteils kein Konsens erzielt werden, ob die fokussierten qualitätswettbewerblichen Instrumente stärker regulativ oder stärker entrepreneurbasiert weiterentwickelt werden sollen. Dies verdeutlicht den Bedarf eines koordinierten Nebeneinanders eines Top-Down- sowie eines stärker Bottom-Up-Ansatzes bei der operativen Ausgestaltung der qualitätswettbewerblichen Instrumente.

Übergreifend zeigte sich, dass der alleinige Einsatz der Instrumente nicht genügt, um einen nachhaltigen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Vielmehr kommt es auf die Art des Einsatzes bzw. das konkrete Programm- und Anreizdesign an. Hier ist eine Einbettung in das national spezifische Gesundheitssystem besonders wichtig. Zudem wird ein adäquater ordnungspolitischer Rahmen benötigt, welcher den Einsatz der Instrumente flankiert. Hierzu bestand Konsens, dass eine Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zwischen den Stakeholdern abgestimmt, schrittweise und wissenschaftlich begleitet erfolgen muss. Außerdem sollte die Fortentwicklung durch einen konzeptionell konsistenten gesetzgeberischen Impuls unterstützt sein.

Der entwickelte, zukunftsgerichtete Konzeptvorschlag bildet die konsentierten Inhalte ab und benennt Rahmenbedingungen, die für eine Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zu beachten sind. Zudem wird ein Stufenplan empfohlen, der eine schrittweise Weiterentwicklung prozessual beschreibt. Der Konzeptvorschlag beinhaltet zahlreiche praktische Implikationen, die bei einer Weiterentwicklung des Qualitätswettbewerbs zu beachten sind.

Insgesamt konnte die Arbeit auf Basis eines internationalen Vergleichs empirisch fundierte und belastbare konsentierte Vorschläge entwickeln, wie ein Qualitätswettbewerb in Deutschland systematisch und kohärent weiterentwickelt werden kann. Diese Vorschläge dienen als Impuls für anschließende Umsetzungsüberlegungen, welche bereits exemplarisch skizziert wurden.

Literaturverzeichnis

Ahrens, D. (2013): Regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen – Erfahrungen aus den Niederlanden, in: Das Gesundheitswesen, 75, S. 386–92.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality (2017): About the National Quality Strategy, [online verfügbar unter] <https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/index.html> [Letzter Zugriff am 15.10.2021].

Abrams, M., Nuzum, R., Zezza, M., Ryan, J., Kiszla, J. und Guterman, S. (2015): The Affordable Care Act's Payment and Delivery System Reforms: A Progress Report at Five Years. In: Commonwealth Fund pub. 1816 Vol. 12, S. 1-16.

Adrion, E.R. (2019): Competition and health plan quality in the Medicare Advantage market. In: Health Services Research, 54(5), S. 1126-36.

Akerlof, G. (1970): The market for Lemons: Quantitative Uncertainty and Market Mechanism. In: Quarterly Journal of Economics 84, S. 488-500.

Albrecht, M., Neumann, K. und Nolting, H.-D. (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rebscher, H. (Hrsg.), Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11), [online verfügbar unter] <https://www.dak.de/dak/download/solidarische-wettbewerbsordnung-2015-1630626.pdf> [Letzter Zugriff am 16.09.2018].

Albrecht, M. (2018): Potenziale für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Expertise für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Berlin: IGES Institut.

Albrecht, M. und Ochmann, R. (2018): Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Internationale mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland, [online verfügbar unter] https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Laendervergleich_PR_Arztpraxen.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

Amelung, V.E. (2012): Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler.

Angell, M. und Kassirer, J.P. (1996): Quality and the Medical Marketplace. In: New England Journal of Medicine, 335, S. 883-85.

ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (2019a): ANQ-Qualitätsmessungen in Spitälern und Kliniken – eine Schweizer Pionierleistung. Ein Beitrag für den Nationalen Bericht zur Qualität und Sicherheit im Schweizer Gesundheitswesen, [online verfügbar unter] https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/11/ANQ_ShortReport_DE.pdf [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Hrsg.) (2019b), Patientenzufriedenheit Akutsomatik Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht. Messung 2018, [online verfügbar unter] https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/1/20191008_ANQakut_Nationaler_Vergleichsbericht_PatZu_Erwachsene_2018_V_1.0.pdf [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

AOK Bundesverband (o.J.): Lexikon: Health Maintenance Organisation, [online verfügbar unter] https://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_00386.html [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

AQUA-Institut - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015): Länderauswertung mit Geodarstellung für veröffentlichungspflichtige Indikatoren (Erfassungsjahr 2014). Göttingen: o.V.

Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J. und Klazinga, N.S. (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: International Journal for Quality in Health Care, September 2006, Suppl. 1, S. 5-13.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Bonn.

Arentz, C. (2018): Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006. Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen. WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, [online verfügbar unter] http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Analyse_1_2018_Krankenversicherung_in_den_Niederlanden_seit_2006.pdf [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In: American Economic Review, 53, S. 941-73.

Arrow, K. J. (1985): The Economics of Agency. In: Pratt, J. W. und Zeckhauser, R. J. (Hrsg.): Principals and Agents: The Structure of Business. Boston, S. 37-51.

Baker, D.W. und Chassin, M.R. (2017): Holding Providers Accountable for Health Care Outcomes. In: Annals of Internal Medicine, 167(6), S. 418-23.

Bataille, M. und Wambach, A. (2018): Bedarfsgerechte Steuerung von GKV-Leistungen im Wettbewerb? Was zu tun wäre! In: Wirtschaftsdienst 09/2018, S. 619-37.

Beck, K., Glotz, P. und Vogelsang, G. (2000): Die Zukunft des Internets: Internationale Delphi-Befragung zur Entwicklung Online-Kommunikation. Konstanz: uvk Medien.

Beck, K. (2013a): Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz. In: Jacobs, K. und Schulze, S. (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft: Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: Kompart, S. 157-78.

Beck, K. (2013b). Die Capitation-Finanzierung. Praktische Erfahrungen. In: G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2, S. 25-34.

Beckert, W., Christensen, M. und Collyer, K. (2012): Choice of NHS-funded hospital services in England. In: The Economic Journal, 122(560), S. 400-17.

Behrendt, K. und Groene, O. (2016): Mechanisms and effects of public reporting of surgeon outcomes: a systematic review of the literature. In: Health Policy 120(10), S. 1151-61.

Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D. und Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei.

Benstetter, F., Erdmann, L., Kottmair, S. und Negele D. (2021): Entstehung und Transfer von innovativen Managed Care-Modellen: Internationale Erfahrungen und Fallbeispiele. In: Engehausen, R. und Scholz, S. (Hrsg.) (2021): Innovationsfonds - Transfer in die Regelversorgung. Heidelberg: medhochzwei, S. 214-38.

Berchtold, P. und Hess, K. (2006): Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Berdahl, C.T., Easterlin, M.C., Ryan, G., Needleman, J. und Nuckols, T.K. (2019): Primary Care Physicians in the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS): a Qualitative Investigation of Participants' Experiences, Self-Reported Practice Changes, and Suggestions for Program Administrators. In: Journal of General Internal Medicine, 34(10), S. 2275-81.

Berendsen, A.J., de Jong, G.M., Schuling, J., Bosveld, H.E.P., de Waal, M.W.M., Mitchell, G.K., van der Meer, K. und Meyboom-de Jong, B. (2010): Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A survey. In: Patient Education and Counseling, 79(1), S. 100-05.

Berenson, R.A., Feder, J. und Skopec, L. (2019): Can Insurance Market Competition Coexist With Provider Price Regulation? Evidence From Medicare Advantage. In: INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 56, S. 1-4.

Bertelsmann Stiftung (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. In: Spotlight Gesundheit, Nr. 1 | 2016.

Bertelsmann Stiftung (2019): Mindestmengen im Krankenhaus – Bilanz und Neustart, [online verfügbar unter] https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Analyse_Mindestmengen_final.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

Berwick, D.M., James, B. und Coye, M.J. (2003): Connections between quality measurement and improvement. In: Medical Care, 41 (Suppl. 1), S. 130-38.

Bes, R.E., Wendel, S., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P. und de Jong, J.D. (2013): Acceptance of selective contracting: the role of trust in the health insurer. In: BMC Health Services Research, 13(375), S. 1-10.

Bes, R.E. und van den Berg, B. (2013): Ranking Sources of Hospital Quality Information for Orthopedic Surgery Patients: Consequences for the System of Managed Competition. In: Patient, 6, S. 75-80.

Bes, R.E., Brabers, A.E.M., Reitsma-van Rooijen, M. und de Jong, J.D. (2014): Selectief contracteren? Prima, maar beperk mijn keuzevrijheid niet! Utrecht: NIVEL.

Bes, R.E., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P. und de Jong, J.D. (2017a): Selective contracting and channelling patients to preferred providers: A scoping review. In: Health Policy, 121, S. 504-14.

Bes, R.E., Curfs, E.C., Groenewegen, P.P. und de Jong, J.D. (2017b): Health plan choice in the Netherlands: restrictive health plans preferred by young and healthy individuals. In: Health Economics, Policy and Law, 12, S. 345-62.

Beukers, P.D.C., Kemp, R.G.M. und Varkevisser, M. (2014): Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the Netherlands. In: European Journal of Health Economics, 15, S. 927-36.

Bijlsma, M.J., Koning, P.W.C. und Shestakova, V. (2013): The effect of competition on process and outcome quality of hospital care in the Netherlands. In: De Economist, 161(2), S. 121-55.

Bhattacharyya, T., Freiberg, A. A., Mehta, P., Katz, J.N. und Ferris, T. (2009): Measuring The Report Card: The Validity Of Pay-For-Performance Metrics In Orthopedic Surgery. In: Health Affairs, 28(2), S. 526-32.

Blatter, H. und Albin, N. (2015): Managed Care in der Schweiz. Eine Literaturanalyse zu Kostenunterschieden zwischen traditioneller Versorgung und Managed Care unter Einbezug der Qualität. IBR-Arbeitsberichte 005/2015, Luzern: Institut für Betriebswirtschaft und Regionalökonomie, Hochschule Luzern - Wirtschaft.

Blenk, T., Knötig, N. und Wüstrich, T. (2016): Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. WISO DISKURS 01/2016: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Bletsis, P.P., Egeler, S., van der Lei, B., Lee, B.T. und Lin, S.J. (2019): Readability of Dutch online patient-directed health information on breast reconstruction. In: European Journal of Plastic Surgery, 42, S. 343-50.

Blozik, E., Reich, O., Rapold, R., Scherer, M. und Swiss Quality Indicator for Primary Care (SQIPRICA) Working Group (2018): Evidence-based indicators for the measurement of quality of primary care using health insurance claims data in Switzerland: results of a pragmatic consensus process. In: BMC Health Services Research, 18:473.

Boone, J. und Douven, R.C.M.H. (2014): Provider Competition and Over-Utilization in Health Care. In: CentER Discussion Paper; Vol. 2014-055. Tillburg: Economics.

- Boone, J. und Schottmüller, C. (2019): Do health insurers contract the best providers? Provider networks, quality and costs. In: *International Economic Review*, 60(3), S. 1209-47.
- Brekke, K.R., Nuscheler, R. und Straume, O.R. (2006), Quality and location choices under price regulation. In: *Journal of Economics & Management Strategy*, 29(4), S. 207-27.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2009). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen, [online verfügbar unter] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2012): Bundesratsbeschluss über das Ergebnis der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012, [online verfügbar unter] <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2012/7685.pdf> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2013): Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, [online verfügbar unter] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html> [Letzter Zugriff am 23.10.2021].
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2018): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2016, [online verfügbar unter] <https://opendata.swiss/de/dataset/quality-indicators-of-the-swiss-acute-care-hospitals-2016> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2021): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019, [online verfügbar unter] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html> [Letzter Zugriff am 27.12.2021].
- Bundesgesetzblatt (2020): Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG), Nr. 15 vom 31.03.2020, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27632694%27%5D&skin=pdf&tlevel=2&nohist=1 [Letzter Zugriff am 30.09.2020].
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021a): Wettbewerb im Gesundheitswesen, [online verfügbar unter] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/wettbewerb-gesundheitswesen.html> [Letzter Zugriff am 02.10.2021].
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021b): Solidarität, [online verfügbar unter] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/solidaritaet.html> [Letzter Zugriff am 02.10.2021].
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021c), KM-6-Statistik 2020, [online verfügbar unter] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [Letzter Zugriff am 06.04.2021].
- Boonen, L.H. und Schut, F.T. (2011): Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system. In: *Health Economics, Policy and Law*, 6(2), S. 219-35.
- Breyer, F. und Kifmann, M. (2001): Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. In: *DIW Diskussionspapiere No. 236*. Berlin: DIW Berlin.
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2013): *Gesundheitsökonomik*. 6. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Buchner, F., Göppfarth, D. und Wasem, J. (2013): The new risk adjustment formula in Germany: Implementation and first experiences. In: *Health Policy*, 109, S. 253-62.

- Buchner, F. und Göppfarth, D. (2014): Risikostrukturausgleich als „technischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, S. 77-117.
- BVA - Bundesversicherungsamt (2018), Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Siegburg: ditges print+more GmbH.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F. und Bärnighausen, T. (2017a): Statutory health insurance in Germany; a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. In: *The Lancet*, 390, S. 882-97.
- Busse, R., Berger, E., Geissler, A. und Quentin, W. (2017b): Kapitel 3 Qualitätsförderung durch Qualitätsinformation: internationale Perspektiven. Gutachten Qualitätsinformation, Transparenz und Wettbewerb. Strategie-Workshop am 12.09.2017.
- Busse, R., Panteli, D. und Quentin, W. (2019): An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. und Quentin, W. (Hrsg.): *Improving health care quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* WHO und OECD, S. 3-17.
- Busse, R., Eckhardt, H. und Gaeredts, M. (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. und Beivers, A. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2020.* Berlin: Springer, S. 205-30.
- Cacace, M., Geraedts, M. und Berger, E. (2019): Public reporting as a quality strategy. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. und Quentin, W. (Hrsg.): *Improving healthcare quality in Europe.* WHO und OECD, S. 331-55.
- Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (2008): Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel, D., Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Schulze, S. und Wasem, J. (Hrsg.): *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, S. 9-149.
- Cassel, D. und Wasem, J. (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.): *Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung.* Heidelberg: medhochzwei, S. 3-43.
- Cassel, D. und Jacobs, K. (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. In: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, Jg. 21, Heft 3, S. 55–68.
- Chandra, A., Finkelstein, A., Sacarny, A. und Syverson, C. (2016): Health care exceptionalism? Performance and allocation in the U.S. health care sector. In: *American Economic Review*, 106(8), S. 2110-44.
- Chernew, M.E., Scanlon, D.P. und Hayward, R. (1998): Insurance type and choice of hospital for coronary artery bypass graft surgery. In: *Health Services Research*, 33(3), S. 447-66.
- Chernew, M. E. und J. P. Newhouse (2011): Chapter one - health care spending growth. In: Pauly, M.V., McGuire, T.G. und Barros, P.G. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics, Volume 2.* Oxford/Waltham: Elsevier, S. 1-43.
- Chiolero, A. und Rodondi, N. (2019): Quality improvement in primary care: toward the provision of safe, high value, patient-centered, sustainable, and data-informed care. *Swiss National Report on Quality and Safety in Healthcare.*

Chmiel C., Reich O., Signorell A., Neuner-Jehle S., Rosemann T. und Senn O. (2018): Effects of managed care on the proportion of inappropriate elective diagnostic coronary angiographies in non-emergency patients: a retrospective cross-sectional analysis. In: *BMJ Open*, 8, e020388.

Christianson, J.B., Knutson, D.J. und Mazze, R.S. (2006): Physician pay-for-performance. Implementation and research issues. In: *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2): S9–S13.

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2013): Person & Family Engagement Strategy. Sharing with our partners, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/Person-and-Family-Engagement-Strategy-Summary.pdf> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2013): Physician Quality Reporting System (PQRS) Overview, [online verfügbar unter] https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/PQRS_OverviewFactSheet_2013_08_06.pdf [Letzter Zugriff am 23.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2016): CMS Quality Strategy 2016, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy.pdf> [Letzter Zugriff am 15.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2017a): 2017 Quality Payment Program Reporting Experience, [online verfügbar unter] <https://www.pccpc.org/sites/default/files/resources/2017%20QPP%20Experience%20Report.pdf> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2017b), 2017 Value-Based Payment Modifier Program Experience Report, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/2017-VMP-Experience-Report.pdf> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2019a): CMS Hospital IQR Program Measures for the FY 2022 Payment Update, [online verfügbar unter] <https://www.qualitynet.org/inpatient/iqr/measures> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2019b), About Physician Compare: An Overview, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/physician-compare-initiative/About-Physician-Compare-An-Overview> [Letzter Zugriff am 25.06.2020].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2019c), Fact Sheet - 2020 Part C and D Star Ratings, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovGenIn/Downloads/2020-Star-Ratings-Fact-Sheet-.pdf> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2019d): Hospital Value-Based Purchasing, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing-> [Letzter Zugriff am 08.07.2020].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2020a): Hospital Compare, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare> [Letzter Zugriff am 19.06.2020].

CMS – Center for Medicare & Medicaid Services (2020b): HSD 2020 Reference File_updated 2020-06-11, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Advantage/MedicareAdvantageApps/index?redirect=/MedicareAdvantageApps/> [Letzter Zugriff am 01.07.2020].

- Cuhls, K., Breiner, S. und Grupp, H. (1998): Delphi-Bericht 1995 zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik. Karlsruhe: Fraunhofer Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung.
- Comparis (2020), Alternative Versicherungsmodelle, [online verfügbar unter] <https://www.comparis.ch/krankenkassen/info/glossar/alternative-versicherungsmodelle> [Letzter Zugriff am 10.04.2020].
- Conrad, D.A. (2015): The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care. In: *Health Services Research*, 50(Suppl 2): 2057.
- Croes, R.R., Krabbe-Alkemade, Y.J.F.M. und Mikkers, M.C. (2018a): Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector. In: *European Journal of Health Economics*, 19, S. 5-19.
- Croes, R.R., van Manen, J. und Mikkers, M.C. (2018b): Competition in the Dutch Health care system. Directorate for Financial and Enterprise Affairs Competition Committee, [online verfügbar unter] [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/WP2/WD\(2018\)41&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/WP2/WD(2018)41&docLanguage=En) [Letzter Zugriff am 31.03.2019].
- Cutler, D. (2004): *Your money or your life: strong medicine for America's healthcare system*. New York: Oxford University Press.
- Dafny, L. und Dranove, D. (2008): Do report cards tell consumers anything about they don't already know? The case of Medicare HMOs. In: *The RAND Journal of Economics*, 39, S. 790-821.
- Damberg C.L., Sorbero M.E., Lovejoy S.L., Martsolf G.R., Raaen L. und Mandel D. (2014): Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs: Findings from an Environmental Scan, Literature Review, and Expert Panel Discussions. In: *Rand Health Quarterly*, 4(3): 9.
- Damman, O.C. (2010): Public reporting about healthcare users' experiences: the Consumer Quality Index, [online verfügbar unter] <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-the-Consumer-Quality-Index.pdf> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].
- Darby, M.R. und Karni, E. (1973): Free Competition and the Amount of Fraud. In: *Journal of Law and Economics*, 88, S. 67-88.
- De Bakker, D.H., Struijs, J.N., Baan, C.B., Raams, J., de Wildt, J.E., Vrijhoef, H.J. und Schut, F.T. (2012): Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. In: *Health Affairs*, 31(2), S. 426-33.
- De Cruppé, W. und Geraedts, M. (2011): Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(8), S. 951-57.
- De Cruppé, W., Kleudgen, S., Diel, F., Burgdorf, F. und Geraedts, M. (2015): Feasibility of 48 quality indicators in ambulatory care in Germany: A cross-sectional observational study. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(9-10), S. 682-94.
- De Jong, A. und van Sprang, S. (2013): Gebruik en waardering kiesBeter 2011/2012. RIVM rapport 275102003/2012, [online verfügbar unter] <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/275102003.pdf> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. und Quentin, W. (2015): Switzerland. In: *Health System Review. Health Systems in Transition*, 17(4), S. 1-288.
- Delnoij, D.M.J., Rademakers, J.J.D.J.M. und Groenewegen, P.P. (2010): The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development. In: *BMC Health Services Research*, 10:88.

Deom, M., Agoritsas, T., Bovier, P.A. und Perneger, T.V. (2010): What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. In: BMC Health Services Research, 10(1):331.

Department of Health and Human Services (2015): Hospital Value- Based Purchasing. Washington: Department of Health and Human Services.

Deutsches Ärzteblatt (2018): Qualitätsvertrag zur Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten geschlossen, [online verfügbar unter] <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99955/Qualitaetsvertrag-zur-Beatmungsentwoehnung-von-langzeitbeatmeten-Patienten-geschlossen> [Letzter Zugriff am 14.10.2021].

Diamond I.R., Granta R.C., Feldman B.M., Pencharz P.B., Ling S.C., Moore A.M. und Wales P.W. (2014): Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. In: Journal of Clinical Epidemiology 67, S. 401-9

DICA – Niederländisches Institut für klinische Überwachung (2020): Over DICA, [online verfügbar unter] <https://dica.nl/dica/over-dica> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].

Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. und Magee, H. (2010): Patient choice: how patients choose and how providers respond. The King's Fund: London.

Donabedian, A. (1980): Exploration in quality assessment and monitoring (Volume I). Definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1986): Criteria and standards for quality assessment and monitoring. In: Quality Review Bulletin, 12, S. 9-100.

Doran, T., Maurer, K.A. und Ryan, A.M. (2017): Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. In: Annual Review of Public Health, 38, S. 449-65.

Dranove, D. und White, W. (1993): Price and concentration in hospital markets: the switch from patients-driven to payer-driven competition. In: Journal of Law and Economics, 36(1), S. 179-204.

Dranove, D. (2000): The economic evolution of American health care: from Marcus Welby to managed care. Princeton: Princeton University Press.

Dranove, D., Kessler, D., McClellan, M. und Satterthwaite, M. (2003): Is more information better? In: Journal of political economy, 111(3), S. 555-88.

Drösler, S., Hasford, J., Kurth, B.M., Schaefer, M., Wasem, J. und Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, [online verfügbar unter] https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Berat/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [Letzter Zugriff am 07.10.2021].

Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, J., Ulrich, V., van de Ven, W., Wambach, A., Wasem, J. und Wille E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn.

Dudley, R.A., Miller, R.H., Korenbrot, T.Y. und Luft, H.S. (1998): The impact of financial incentives on quality of health care. In: The Milbank Quarterly, 76(4), S. 649-86.

Ebert, S.T., Pittet, V., Cornuz, J. und Senn, N. (2017): Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. In: BMC Health Services Research, 17:789.

Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecsenyi J. und Wasem J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung - Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. In: Soziale Sicherheit, 4, S. 128-32.

- Eckhardt, H., Smith, P. und Quentin, W. (2019): Pay for Quality: using financial incentives to improve quality for care. In: Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. und Quentin, W. (Hrsg.): Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. WHO und OECD, S. 357-397.
- Eijkenaar, F. (2013): Key issues in the design of pay for performance programs. In: European Journal of Health Economics, 14, S. 117 -31.
- Ellis, R.P. (1998): Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and and extensive margins. In: Journal of Health Economics, 17, S. 537-55.
- Ellis, R.P., Martins, B. und Zhu, W. (2017): Health care demand elasticities by type of service. In: Journal of Health Economics, 55, S. 232-43.
- Elm von, E., Schreiber, G. und Haupt, C.C. (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 143, S. 1–7.
- Emmert, M., Gemza, R., Schöffski, O. und Sohn, S. (2012): Public Reporting im Gesundheitswesen. In: Das Gesundheitswesen, 74(06), S. e25-e41.
- Emmert, M., Becker, S. und Sander, U. (2017a): Ein internationaler Vergleich zu Public Reporting über die Qualität von Krankenhäusern: Wo stehen wir und was können wir lernen? In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 22, S. 206-12.
- Emmert, M., Meszmer, N. und Sander, U. (2017b): Public Reporting zu Krankenhäusern in den USA und in Großbritannien. In: Dormann, F. und Klauber, J. (Hrsg.): Qualitätsmonitor 2017. Berlin: MWV, S. 65-83.
- Enthoven, A.C. (1988): Theory and practice of managed competition in health care finance. New Holland: Elsevier Science Ltd.
- Enthoven, A.C. (1993): The history and principles of managed competition. In: Health Affairs, Vol. 12 Supplement, S. 24-48.
- EQUAM-Stiftung (2019): Jahresbericht 2018, [online verfügbar unter] <https://www.equam.ch/wp-content/uploads/2019/06/190613-Jahresbericht-EQUAM-Stitung-2018.pdf> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- Eurostat (2021), Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile, [online verfügbar unter] http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en [Letzter Zugriff am 14.10.2021].
- Felder, S. (2018): Ökonomische Überlegungen zum Kontrahierungszwang in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. In: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, 62(1), S. 95-99.
- Ferro, E.G., Secemsky, E.A., Wadhera, R.K., Choi, E., Strom, J.B., Wasfy, J.H., Wang, Y., Shen, C. und Yeh, R.W. (2019): Patient Readmission Rates For All Insurance Types After Implementation Of The Hospital Readmissions Reduction Program. In: Health Affairs, 38(4), S. 585-93.
- Figuroa, J.F., Tsugawa, Y., Zheng J., Orav, E.J. und Jha, A.K. (2016): Association between the value-based purchasing pay for performance program and patient mortality in US hospitals: observational study. In: British Medical Journal, 353, i2214.
- Forum Managed Care (2019): Erhebung Versichertenanteile 2018, [online verfügbar unter] https://www.fmc.ch/_Resources/Persistent/e647e7aeba74baadc5320395f03bb26a02b18e85/Erhebung%20Versichertenanteile%202018.pdf [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- Freeman, T. (2002): Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. In: Health Services Management Research, 15(2), S. 126–37.

- Frei, C. (2020): Umsetzung von Qualitätsindikatoren in Verträgen mit Ärztenetzwerken. BMC Kongress 2020.
- Fujisawa, R. und Klazinga, N. (2017): Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. Paris: OECD.
- Fujita, K., Moles, R.J. und Chen, T.F. (2018): Quality indicators for responsible use of medicines: a systematic review. In: *BMJ Open*, 8: e020437.
- Fung, C., Lim, Y., Mattke, S., Damberg, C. und Shekelle, P. (2008): Systematic Review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. In: *Annals of Internal Medicine*, 148(2), S. 111-23.
- Gai, Y. und Pachamanova, D. (2019): Impact of the Medicare hospital readmissions reduction program on vulnerable populations. In: *BMC Health Services Research*, 19: 837.
- Gardner, K., Olney, S. und Dickinson, H. (2018): Getting smarter with data: understanding tensions in the use of data in assurance and improvement-oriented performance management systems to improve their implementation. In: *Health Research Policy and Systems*, 16(1): 125.
- Gaynor, M. (1994): Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services. In: *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, S. 211-55.
- Gaynor, M. (2006): What do we know about competition and quality in health care markets? NBER working paper series, Working paper 12301: National Bureau of Economic Research.
- Gaynor, M., Moreno-Serra, R. und Propper, C. (2012): Can competition improve outcomes in UK health care? Lessons from the past two decades. In: *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(1), S. 49-54.
- Gaynor, M., Ho, K. und Town, R. (2014): The industrial organization of health care markets. In: Working Paper 19800, National Bureau of Economic Research.
- Gaynor, M., Propper, C. und Seiler, S. (2016): Free to choose? Reform, choice, and consideration sets in the English National Health Service. In: *American Economic Review*, 106(11), S. 3521-57.
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2016), Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 24.11.2016, [online verfügbar unter] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2782/2016-11-24_SiZu-R_Sicherstellungszuschlaege_Erstfassung_BAnz.pdf [Letzter Zugriff am 28.11.2021].
- G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2019), Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Abschlussberichte des IQTIG zur qualitätsabhängigen Vergütung mit Zu- und Abschlägen gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. Abs. 9 SGB V vom 17. Oktober 2019, [online verfügbar unter] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4013/2019-10-17_Freigabe_IQTIG-Bericht_Qualit%C3%A4tsabhaengige-Verguetung.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].
- GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (2018): Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. In: *Lancet*, 391(10136), S. 2236-71.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. *Gesundheitsmonitor 2006*. Gütersloh.
- Geraedts, M., Busse, R., Jäckel, W.H., Klemperer, D., Mauersberg, S., Sauerland, D., Volbracht, E. und Schwenk, U. (2010): Wie rückt die Qualität in den Fokus der Gesundheitsversorgung? Ergebnisse einer Delphi- und Akteurbefragung. In: *Zeitschrift für Evidenz und Qualität im Gesundheitswesen*, 104, S. 120-31.

- Gerhardt, G., Yemane, A., Hickman, P., Oelschlaeger, A., Rollins, E. und Brennan, N. (2013): Medicare readmission rates showed meaningful decline in 2012. In: Medicare and Medicaid Research Review, 3(2), mmrr.003.02.b01.
- Gerhardt, G., Yemane, A., Apostle, K., Oelschlaeger, A., Rollins, E. und Brennan, N. (2014): Evaluating whether changes in utilization of hospital outpatient services contributed to lower Medicare readmission rate. In: Medicare and Medicaid Research Review, 4(1), e1-13.
- Gerlinger, T. und Mosebach, K. (2012): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Zwanzig Jahre Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin, S. 12-37.
- Geesink, R. (2013): Increasing importance of patient ratings. A study on the validity and reliability of ZorgkaartNederland.nl. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Gilboa, I. (2010): Rational choice. Cambridge: MIT Press.
- Gittelsohn, R. (2017): Evaluating Physician Compare: Benefits and Challenges of Scorecards for Individual Physicians. In: Health Law & Policy Brief, 11(1), S. 1-26.
- Goddard, M. (2015): Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? In: International Journal of Health Policy and Management, 4 (9), S. 567-569.
- Greiner, W. (2011): Gibt es einen solidarverträglichen Wettbewerb im Gesundheitswesen? AOK im Dialog - „Solidarität bewahren - durch mehr Wettbewerb?“ am 15.11.2011 in Berlin.
- Greß, S., Okma, K. und Hessel, F. (2001): Managed Competition in Health Care in The Netherlands and Germany - Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions. In: Diskussionspapier 04/2001. Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Güntert, B. (2017): Wie kommt Qualität in die Gesundheitsversorgung? In: Schweizerische Ärztezeitung, 98(21-22), S. 675-78.
- Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G. und Gravelle, H. (2016): Choice of hospital: Which type of quality matters? In: Journal of Health Economics, 50, S. 230-46.
- Häder, M. (2014): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haeder, S.F. (2019), Quality Regulation? Access to High-Quality Specialists for Medicare Advantage Beneficiaries in California. In: Health Services Research and Managerial Epidemiology, 6, S. 1-15.
- Hammer, S., Peter, M. und Trageser, J. (2008): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Auslegeordnung. Forschungsprotokoll 9. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hasson, F., Keeney, S. und McKenna, H. (2000): Research guidelines for the Delphi survey technique. In: Journal of Advanced Nursing, 32(4), S. 1008-15.
- Hayek von, F. (1969): Freiburger Studien. Tübingen: Mohr.
- Hensen, P. (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. Berlin: Springer Gabler.
- Hickson, G.B., Altemeier, W.A. und Perrin, J.M. (1987): Physician reimbursement by salary or fee-for-service: Effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. In: Pediatrics, 80, S. 344-50.

Hoffman, G.J. und Yakusheva, O. (2020): Association Between Financial Incentives in Medicare's Hospital Readmissions Reduction Program and Hospital Readmission Performance. In: JAMA Network Open, 3(4), e202044.

Hotelling, H. (1929): Stability in competition. In: The Economic Journal, 39(153), S. 41-57.

Howard, D.H. (2008): Hospital quality and selective contracting: evidence from kidney transplantation. In: Forum for Health Economics and Policy 2008, 11(2), Article 2.

Hsu, C.C. und Sandford, B. (2007): The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. In: Practical Assessment, Research and Evaluation, 12, S. 1-8.

Hu, J., Jordan, J., Rubinfeld, I., Schreiber, M., Waterman, B. und Nerenz, D. (2017): Correlations Among Hospital Quality Measures: What "Hospital Compare" Data Tell Us. In: American Journal of Medical Quality, 32(6), S. 605-10.

Huber, C.A., Reich, O., Früh, M. und Rosemann, T. (2016): Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. In: International Journal of Integrated Care, 16(1): 11, S. 1-18.

IGES Institut GmbH (2018): Der RSA als Kernelement der solidarischen Wettbewerbsordnung, [online verfügbar unter] https://www.iges.com/kunden/gesundheitsforschungsergebnisse/vorjahre/2005/rsa/index_ger.html [Letzter Zugriff am 07.10.2021].

IWSB - Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2017): Stärkung der (Ergebnis-)Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2016), Qualitätsreport 2015, [online verfügbar unter] https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2699/2016-08-03_QSKH-RL_Freigabe-Q-Report-IQTIG_2015_inkl_Anlage.pdf [Letzter Zugriff am 14.10.2021].

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): Qualitätsreport 2020, [online verfügbar unter] https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2021-02-11.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

Jacobs, K. und Rebscher, H. (2014): Meilensteine auf dem Weg zur Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, S. 45-73.

Jacobs, K. (2019): Wettbewerb an der Leine. In: Gesundheit und Gesellschaft, 22. Jahrgang, 7-8/2019, S. 23-27.

Jacobs, K. (2020): Vertragswettbewerb: Neu gestalten. In: Gesundheit und Gesellschaft, 23. Jahrgang, 1/2020, S. 27-31.

Jacobson, G., Damico, A., Neuman, T. und Gold, M. (2017): Medicare Advantage 2017 Spotlight: Enrollment Market Update, [online verfügbar unter] <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-2017-spotlight-enrollment-market-update/> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

Jahn, D. (2013): Einführung in die vergleichende Politikwissenschaft. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Jamieson, D., Machado-Pereira, M., Carlton, S. und Repasky, C. (2018): Assessing the Medicare Advantage Star Ratings, [online verfügbar unter] <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/assessing-the-medicare-advantage-stars-ratings> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

- Jost, T.S., Dawson, D. und Exter den, A. (2006): The role of competition in health care: a Western European perspective. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(3), S. 687-703.
- Joynt, K.E., Orav, J., Zheng, J., Jha, A.K. (2016a): Public Reporting of Mortality Rates for Hospitalized Medicare Patients and Trends in Mortality for Reported Conditions. In: *Annals of Internal Medicine*, 165, S. 153-60.
- Joynt, K.E., Figueroa, J.F., Orav, E.J. und Jha, A.K. (2016b): Opinions on the Hospital Readmission Reduction Program: Results of a National Survey of Hospital Leaders. In: *The American Journal of Managed Care*, 22(8), e287-94.
- Kaiser Family Foundation (2019), Medicare Advantage 2020 Spotlight: First Look, [online verfügbar unter] <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-advantage-2020-spotlight-first-look/> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- Kannan V., Fish, J.S., Mutz, J.M., Carrington, A.R., Lai, K., Davis, L.S., Youngblood, J.E., Rauschuber, M.R., Flores, K.A., Sara, E.J., Bhat, D.G., Willett, D.L. (2017): Rapid Development of Specialty Population Registries and Quality Measures from Electronic Health Record Data. An Agile Framework. In: *Methods of information in medicine*, 59(99), S. e74-e83.
- Kanton Aargau (o.J.): Spitäler und Kliniken, [online verfügbar unter] <https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/gesundheitsversorgung/qualitaet/spitaelerundkliniken/spitaelerundkliniken.jsp> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].
- Kauer, L. (2017): Long-term Effects of Managed Care. In: *Health Economics*, 26(10), S. 1210-23.
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren, [online verfügbar unter] http://www.kbv.de/media/sp/Aquik_projektbericht.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Zusammenfassung des Projektberichts Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal, [online verfügbar unter] http://www.kbv.de/media/sp/Projektbericht_Webversion_140121.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016), Ambulante Versorgungsqualität - eine Standortbestimmung, [online verfügbar unter] https://www.kbv.de/media/sp/2016-02-22_Standortbestimmung_ambulante_Versorgungsqualit_t.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].
- KVB - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017): Qualitätssicherung Koloskopie, [online verfügbar unter] <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Qualitaet/KVB-Broschuere-Qualitaetssicherung-Koloskopie.pdf> [Letzter Zugriff am 13.10.2021].
- Kifmann, M. (2017): Competition policy for health care provision in Germany. In: *Health Policy*, 121(2), S. 119-25.
- Keeler, E.B. und Rolph, J.E. (1988): The demand for episodes of treatment in the health insurance experiment. In: *Journal of Health Economics*, 7(4), S. 337-67.
- Keeney, S., Hasson, F. und McKenna, H. (2010): *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Kinney, E.D. (2013): The Affordable Care Act and the Medicare Program: The Engines of True Health Reform. In: *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 13(2), S. 253-325.
- Kirschner, K., Braspenning, J., Akkermans, R.P., Jacobs, J.E. und Grol, R., (2013): Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. In: *Family Practice*, 30, S. 161-71.

Kondo, K.K., Damberg, C.L., Mendelson, A., Motúapuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M., Relevo, R., Low, A. und Kansagara, D. (2016): Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. In: *Journal of General Internal Medicine*, 31 (Suppl. 1), S. S61-9.

Köster-Steinebach, I. (2019): Fallzahl als Parameter in öffentlichen Qualitätsvergleichen. In: Dormann, F., Klauber, J. und Kuhlen, R. (Hrsg.): *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: MWV, S. 149-61.

KPMG International (2017): Through the looking glass. A practical path to improving healthcare through transparency, [online verfügbar unter] <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tt/pdf/Through-the-looking-glass.pdf> [Letzter Zugriff am 18.10.2021].

Kristensen, S.R., Bech, M. und Lauridsen, J.T. (2016): Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives. In: *European Journal of Health Economics*, 17, S. 435-42.

Kraska, R.A., Krummenauer, F. und Geraedts, M. (2016): Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before-after analysis based on secondary data. In: *Health Policy*, 120(7), S. 770-9.

Kreier, R. und Zweifel, P. (2010): Health Insurance in Switzerland: A Closer at a System Often Offered as a Model for the United States. In: *Hofstra Law Review*, 39(1), S. 89-110.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. und van Ginneken, E. (2016): Netherlands. Health system review. In: *Health Systems in Transition*, 18(2), S. 1-239.

Kronick, R., Casalino, L.P. und Bindman, A.B. (2015): Introduction. Apple Pickers or Federal Judges: Strong versus Weak Incentives in Physician Payment. In: *Health Services Research*, 50(Suppl 2): 2049.

Lagarde, M. und Blaauw, D. (2017): Physicians' responses to financial and social incentives: A medically framed real effort experiment. In: *Social Science & Medicine*, 179, S. 147-59.

Landeta, J. (2006): Current validity of the Delphi method in social sciences. In: *Technological Forecasting and Social Change*, 73(5), S. 467-82.

Layton, T.J. und Ryan, A. M. (2015): Higher Incentive Payments in Medicare Advantage's Pay-for-Performance Program Did Not Improve Quality But Did Increase Plan Offerings. In: *Health Services Research*, 50(6), S. 1810-28.

Lehmann, H. und Zweifel, P. (2004): Innovation and risk selection in deregulated social health insurance. In: *Journal of Health Economics*, 23, S. 997-1012.

Leu, R.E., Rutten, F.F.H., Brouwer, W., Matter, P. und Rüttschi, C. (2009). The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets. The Commonwealth Fund.

Liao, J.M., Shea, J.A., Weissman A. und Navathe, A.S. (2018): Physician Perspectives In Year 1 Of MACRA And Its Merit-Based Payment System: A National Survey. In: *Health Affairs*, 37(7), S. 1079-86.

Linstone, D. und Turoff, M. (1975): *The Delphi Method: Techniques and Applications*. London / Reading / Mass: Addison-Wesley.

Liu, J., Das, A. und Chen, L.M. (2019): Assessing the Quality of Public Reporting of US Physician Performance. In: *JAMA Internal Medicine*, 179(8), S. 1133-35.

L&M Policy Research (2016): Evaluation of the Medicare Quality Bonus Payment Demonstration, [online verfügbar unter] <https://innovation.cms.gov/files/reports/maqbpddemonstration-finalevalrpt.pdf> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

- Loozen, E.M., Varkevisser, M. und Schut, F.T. (2016): Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen: het belang van markt- en mededingingstoezicht binnen het Nederlandse zorgstelsel. Erasmus University Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg: Rotterdam.
- Maarse, H., Jeurissen, P. und Ruwaard, D. (2016): Results of the market-oriented reform in the Netherlands: a review. In: *Health Economics, Policy and Law*, 11, S. 161-78.
- Mainz, J. (2003): Defining and classifying indicators for quality improvement. In: *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), S. 523–30.
- Manary, M.P., Boulding, W., Staelin, R. und Glickman, S.W. (2013): The patient experience and health outcomes. In: *New England Journal of Medicine*, 368(3), S. 201-3.
- Manouguian, M.S., Stöver, J., Verheyen, F. und Völpel, H. (2010): Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich. In: HWWI Policy Paper 55. Hamburg: Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut (HWWI).
- Markovitz, A.A. und Ryan, A.M. (2017): Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? In: *Medical Care Research and Review*, 74(1), S. 3-78.
- Marshall, M., Shekelle, P.G., Davies, H.T. und Smith, P.C. (2003): Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. In: *Health Affairs*, 22(3), S. 134-48.
- Marshall, M. und McLoughlin, V. (2010): How do patients use information on health providers? In: *British Medical Journal*, 341, c5272.
- Masnick, M., Morgan, D.J., Sorkin, J.D., Kim, E., Brown, J.P., Rheingans und Harris, A.D. (2016): Lack of Patient Understanding of Hospital-Acquired Infection Data Published on the Centers for Medicare and Medicaid Services Hospital Compare Website. In: *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 37(2), S. 182-87.
- Matthes, N. (2017): Von volumen- zu wertbasierter Kostenvergütung in den USA. In: Dormann, F., Klauber, J. (Hrsg.): *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV, S. 15–27.
- Matthes, N. (2018): Klinikqualität made in USA. G+G digital, Ausgabe 07/2018, [online verfügbar unter] <https://www.gg-digital.de/2018/07/klinikqualitaet-made-in-usa/> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].
- Matthes, N. (2019): Qualitätsbasierte Vergütung verbessert das Outcome. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 115(6), S. A248-54.
- Mattke, S., Epstein, A.M. und Leatherman, S. (2006): The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background. In: *International Journal for Quality in Health Care*, September 2006, Suppl. 1, S. 1-4.
- Maxwell, R.J. (1984): Quality assessment in health. In: *British Medical Journal*, 288, S. 1470-72.
- Mayring, P. (2015), *Qualitative Inhaltsanalyse*, 12. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- McGuire, T.G. (2011): Chapter 5: Demand for health insurance. In: Pauly, M.V., McGuire, T.G. und Barros, P.G. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*, Volume 2. Oxford/Waltham: Elsevier, S. 317-96.
- McGuire, T.G. und van Kleef, R.C. (2018): Regulated Competition in Health Insurance Markets: Paradigms and Ongoing Issues. In: McGuire, T.G. und van Kleef, R.C. (Hrsg.): *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets*. London/San Diego/Cambridge/Oxford: Elsevier, S. 3-20.
- Meier, R., Muheim, L., Senn, O., Rosemann, T. und Chmiel, C. (2018): The impact of financial incentives to improve quality indicators in patients with diabetes in Swiss primary care: a protocol for a cluster randomised controlled trial. In: *BMJ Open*, 8(6), e023788.

- Meier, R., Valeri, F., Senn, O., Rosemann, T. und Chmiel, C. (2020): Quality performance and associated factors in Swiss diabetes care – A cross-sectional study. In: PLoS One, 15(5), e0232686.
- Mendelson, A., Kondo, K.K., Damberg, C.L., Low, A., Motúapuaka, M., Freeman, M., O’Neil, M., Relevo, R. und Kansagara, D. (2017): The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. In: Annals of Internal Medicine, 166(5), S. 341-53.
- Metcalfe, D., Rios Diaz, A.J., Olufajo, O.A., Massa, M.S., Ketelaar, N.A., Flottorp, S.A. und Perry, D.C. (2018): Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 9, CD004538.
- Meyers, D.J., Trivedi, A.N., Mor, V. und Rahmen, M. (2020): Comparison of the Quality of Hospitals That Admit Medicare Advantage Patients vs Traditional Medicare Patients. In: JAMA Network Open, e1919310.
- Mikkers, M. und Ryan, P. (2014): „Managed competition“ for Ireland? The single versus multiple payer debate. In: BMC Health Services Research, 14: 442.
- Milstein, R. und Schreyögg, J. (2016): Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. In: Health Policy, 120, S. 1125-40.
- Monopolkommission (2017): Sondergutachten 75, [online verfügbar unter] http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf [Letzter Zugriff am 02.10.2021].
- Moscelli, G., Siciliani, L., Gutacker, N. und Gravelle, H. (2016): Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002-2013. In: Regional Science and Urban Economics, 60, S. 112-24.
- Mubarak, N., Hatah, E., Aris, M.A.D., Shafie, A.A. und Zin, C.S. (2019): Consensus among healthcare stakeholders on a collaborative medication therapy management model for chronic diseases in Malaysia; A Delphi study. In: PLoS ONE, 14(5), e0216563.
- NZa - Niederlandes Zorgautoriteit (2016), Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016.
- NZa - Niederlandes Zorgautoriteit (2019): Monitor Zorgverzekeringen 2019.
- NZa - Niederlandes Zorgautoriteit (2020), Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020, [online verfügbar unter] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274340_22/ [Letzter Zugriff am 25.01.2020].
- NHS – National Health Service (2017): NHS RightCare and the shift to value-based healthcare, [online verfügbar unter] <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/02/board-papers-090217-item-6-nhs-rightcare.pdf> [Letzter Zugriff am 07.10.2021].
- Nicholson, S., Pauly, M.V., Wu, A.Y.J., Murray, J.F., Teutsch, S.M. und Berger, M.L. (2008): Getting real performance out of pay-for-performance. In: The Milbank Quarterly, 86(3), S. 435-57.
- Niehoff, J.-U. (2008): Gesundheitssicherung – Gesundheitsversorgung - Gesundheitsmanagement: Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven. Berlin: MWV.
- Nolte, E., McKee, M. (2011): Variations in amenable mortality--trends in 16 high-income nations. In: Health Policy, 103(1), S. 47-52.
- Oberender, P. und Zerth, J. (2014): Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, S. 173-98.
- OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development und European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU. Paris und Brüssel: OECD Publishing.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development und European Observatory on Health Systems and Policies (o.J.): Health Statistics.

Ogundeji, Y.K., Sheldon, T.A. und Maynard, A. (2018): A reporting framework for describing and a typology for categorizing and analysing the designs of health care pay for performance schemes. In: *BMC Health Research Services*, 18: 686.

Okunade, O., Arora, J und Haverhals, A. (2017): Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands, June 2017, [online verfügbar unter] https://ichom.org/files/case-studies/Santeon_Case_Study_Final.pdf [Letzter Zugriff am 27.12.2021].

Passon, A. und Siegel, M. (2010): Das Marktmodell im Gesundheitssystem. In: Lauterbach, K.W., Lungen, M. und Schrappe, M.: *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine*. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 112-133.

Pauly, M.V. (1988): Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13, S. 227-37.

Pendzialek, J.B., Simic, D. und Stock, S. (2016): Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review. In: *The European Journal of Health Economics*, 17 (1), S. 5-21.

Peters, O., Langenegger, M., Grolimund, T. und Schneider, T. (2017): Public Reporting in der Schweiz: Stand der Umsetzung. In: Dormann, F. und Klauber, J. (Hrsg.). *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV, S. 85–99.

Porter, M.E. und Teisberg, E.O. (2004): Redefining Competition in Health Care. In: *Harvard Business Review*, June 2004, S. 1-15.

Porter, M.E. und Teisberg, E.O. (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Publishing.

Porter, M.E. (2010), What is Value in Health Care? In: *New England Journal of Medicine*, 363(26), S. 2477-81.

Porter, M.E. und Guth, C. (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.

Prang, K.H., Maritz, R., Sabanovic, H., Dunt, D. und Kelaher, M. (2021): Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospital's performance: A systematic review (2000-2020). In: *PLoS ONE*, 16(2), e0247297.

Pross, C., Busse, J. und Geissler A. (2017a): Hospital quality variation matters - A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. In: *Health Policy*, 121(8), S. 842-52.

Pross, C., Geissler, A. und Busse, J. (2017b): Measuring, Reporting and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. In: *Milbank Quarterly*, 95, S. 136-83.

QualityNet (2020): Hospital Inpatient Measures, [online verfügbar unter] <https://www.qualitynet.org/inpatient/measures> [Letzter Zugriff am 19.10.2021].

Quentin, W., Partanen, V.M., Brownwood, I. und Klazinga, N. (2019): Measuring healthcare quality. In: Busse, R. et al. (Hrsg.): *Improving health care quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. WHO und OECD, S. 31-62.

Raspe, H. (2018): Value based health care (VbHC): woher und wohin? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 130, S. 8-12.

Rebscher, H. (1993): Wettbewerb und Solidarität – Skizze einer Solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV. In: *Die Ersatzkasse*, 73, S. 182-92.

Rebscher, H. (2007): Theoretische und praktische Bedingungen „selektiven Kontrahierens“ – der weiße Fleck auf der gesundheitsökonomischen Landkarte? In: Ulrich, V. und Ried, W. (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung – Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Nomos: Baden-Baden, S. 343-56.

Rebscher, H. und Walzik, E. (2015a): Solidarität und Effizienz als Widerspruch? Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen. In: Frankfurter Forum: Diskurse, Heft 12, S. 38-45.

Rebscher, H. und Walzik, E. (2015b): Solidarische Wettbewerbsordnung - Der Diskussionsprozess um ein Allokationsinstrument für die Gesundheitsversorgung. In: Rebscher, H. (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11), [online verfügbar unter] <https://www.dak.de/dak/download/solidarische-wettbewerbsordnung-2015-1630626.pdf> [Letzter Zugriff am 07.10.2021].

Reich, O., Rapold, R. und Flatscher-Thöni, M. (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. In: International Journal of Integrated Care, 12, e2.

Ringel, J.S., Hosek, S.D., Vollaard, B.A. und Mahnovski, S. (2002): The Elasticity of Demand for Health Care, [online verfügbar unter] https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1355.html [Letzter Zugriff am 01.11.2018].

Rischatsch, M. und Zweifel, P. (2013): What do physicians dislike about managed care? Evidence from a choice experiment. In: European Journal of Health Economics, 14(4), S. 601-13.

Roberts, E.T., Zaslavsky, A.M. und McWilliams, J.M. (2018): The Value-Based Payment Modifier: Program Outcomes and Implications for Disparities. In: Annals of Internal Medicine, 168(4), S. 255-65.

Robinson, J.C. (2001): Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. In: Milbank Quarterly, 79(2), S. 149-77.

Robinson, J.C. (2003): The Politics of Managed Competition: Public Abuse of the Private Interest. In: Journal of Health Politics, Policy and Law, 28(2-3), S. 341-53.

Roland, M. (2006): Pay-For-Performance: Too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Interview by Robert Galvin. In: Health Affairs, 25(5), S. w412 -19.

Roland, M. und Dudley, R.A. (2015): How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care. In: Health Services Research, 50(Suppl. 2), S. 2090-115.

Roland, M. (2016): Does pay-for-performance in primary care save lives? In: The Lancet, 388, S. 217-18.

Rosenthal, M.B. und Frank, R.G. (2006): What is the empirical basis for paying for quality in health care. In: Medical Care Research and Review, 63(2), S. 135-57.

Ruwaard, S. und Douven, R.C.M.H. (2018): Hospital Choice for Cataract Treatments: The Winner Takes Most. In: International Journal of Health Policy and Management, 7(12), S. 1120-29.

Ryan, M. (1994): Agency in Health Care: Lessons for Economists from Sociologists. In: American Journal of Economics and Sociology, 53, S. 207-217.

Ryan, A.M., Nallamothu, B.K. und Dimick, J.B. (2012): Medicare's Public Reporting Initiative On Hospital Quality Had Modest Or No Impact On Mortality From Three Key Conditions. In: Health Affairs, 31(3), S. 585-92.

Ryan, A.M., Burgess Jr., J.F., Pesko, M.F., Borden, W.B. und Dimick, J.B. (2015): The early effects of Medicare's mandatory hospital pay-for-performance program. In: Health Services Research, 50 (1), S. 81 – 97.

Ryan, A.M., Krinsky, S., Maurer, K.A. und Dimick, J.B. (2017): Changes in Hospital Quality Associated with Hospital Value-Based Purchasing. In: New England Journal of Medicine, 376(24), S. 2358-66.

SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Koordination und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6339. Berlin: Heenemann GmbH & Co.

SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. In: Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770. Berlin: Heenemann GmbH & Co.

SVR-G - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 17/10323. Berlin: Heenemann GmbH & Co.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018): Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 2018/19. Paderborn: Bonifatius GmbH Druck-Buch-Verlag.

Santos, R., Gravelle, H. und Propper, C. (2017): Does quality affect patient's choice of doctor? Evidence from England. In: *The Economic Journal*, 127(600), S. 445-94.

Sauerland, D. (2001): The German strategy for quality improvement in health care: still to improve. In: *Health Policy*, 56, S. 127-47.

Schakel, C., Jeurissen, P. und Glied, S. (2016): Contracting for quality. Boundaries and opportunities of selective contracting. New York: Celsus/Talma Institute.

Schapiro, J.M. (2017): One-star rating for a five-star program: evaluating 'Hospital Compare'. In: *Public Health*, 151, S. 160-68.

Scharpf, F.W. (2000). Interaktionsformen: Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen: Leske und Budrich.

Schmid, C., Beck, K. und Kauer, L. (2018): Health Plan Payment in Switzerland. In: McGuire, T.G., van Kleef, R.C. (Hrsg.), *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice*. Amsterdam: Elsevier, S. 453-89.

Schneider, M. (2012): Internationale Systemvergleiche im Gesundheitswesen. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung*. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 453-98.

Schoch, C. (2012): Wuchtiges Nein zur Managed-Care-Vorlage, [online verfügbar unter] <https://www.nzz.ch/schweiz/wuchtiges-nein-zur-managed-care-vorlage-1.17248794> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

Schölkopf, M. und Pressel, H. (2017): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik. 3. Auflage. Berlin: MWV.

Schrappe, M. (2010): Qualitätsmanagement: Terminologie, Verständnis und gesetzliche Grundlagen. In: Lauterbach, K.W., Lungen, M. und Schrappe, M. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine*. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 259-91.

Schrappe, M. und Gültekin, N. (2011): Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzelleistungsvergütung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer, S. 105-15.

Schrappe, M. (2015): *Qualität 2030 - die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Schrappé, M. (2018): Qualität als Wettbewerbsfaktor: Rahmenbedingungen und Umsetzung. In: Janssen, D. und Augurzyk, B. (Hrsg.), Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven, Entwicklungstendenzen, Handlungsstrategien. Stuttgart, Kohlhammer, S. 217-31.
- Schut, F.T. (1995): Competition in the Dutch Health Care Sector. Rotterdam: Erasmus Universität Rotterdam.
- Schut, F.T. und van de Ven, W. (2005): Rationing and competition in the Dutch health-care system. In: Health Economics, 14, S. S59-74.
- Schut, F.T. und van de Ven, W. (2011): Health Care Reform in the Netherlands. The Fairest of All? In: Journal of Health Services Research & Policy, 16(1), S. 3-4.
- Schut, F.T. und Varkevisser, M. (2017): Competition policy for health care provision in the Netherlands. In: Health Policy, 121(2), S. 126-33.
- Shariff, N.J. (2015): Utilizing the Delphi Survey Approach. In: The Journal of Nursing Care, 4(246), S. 2167-68.
- Siciliani, L., Chalkley, M. und Gravelle, H. (2017): Competition policy in five European countries. What can be learned for health policy in England? In: Health foundation working paper, Juli 2017.
- Sivey, P. und Chen, Y. (2019): Competition and Quality in Healthcare. Oxford Research Encyclopedias. In: Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance.
- Shwartz, M., Restuccia, J.D. und Rosen, A.K. (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. In: Milbank Quarterly, 93(4), S. 788-825.
- Sloan, F.A. und Hsieh, C.-R. (2012): Health Economics. Cambridge: MIT Press.
- Smirnova, A., Lombarts, K.M.J.M.H., Arah, O.A. und van der Vleuten, C.P.M. (2017): Closing the patient experience chasm: A two-level validation of the Consumer Quality Index Inpatient Hospital Care. In: Health Expectations, 20, S. 1041-48.
- Squitieri, L. und Chung, K.C. (2017): Measuring Provider Performance for Physicians Participating in the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS). In: Plastic and Reconstructive Surgery, 140(1), S. 217e-226e.
- Stehmann, T.A., Goudriaan, W.A., in't Veen, J.C.C.M., Kollen, B.J. und Verheyen, C.C.P.M. (2016): Hoe representatief is Zorgkaart Nederland? In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 160, A9870.
- Stock, J., Baur, R., Lang, P. und Conen, D. (1997): Hypertonie Management. Neue Formen der Krankenversicherung. Ein Praxisvergleich zwischen traditionellen Praxen und HMOs. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schüttig, W., Naumann, C., Augustin, U. und Faisst, C. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. In: Health Policy, 119(11), S. 1415-23.
- Teisberg, E.O. (2008): Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitssystem: Möglichkeiten und Chancen. Economiesuisse (Zürich), Klinik Hirslanden AG (Zürich), Interpharma (Basel), Schweizerischer Versicherungsverband SVV (Zürich) und Swisscom IT Services AG (Bern): Effingerhof.
- The Decision Group (2020): The Value Agenda for the Netherlands. A Call for Action to accelerate Value-Based Healthcare implementation in the Netherlands, [online verfügbar unter] <https://thedecisiongroup.nl/projects/project-full-of-insights/> [Letzter Zugriff am 07.10.2021].
- Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. und van de Voorde, C. (2013): Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. In: Health Policy, 109, S. 209-25.

Totten, A.M., Wagner, J., Tiwari, A., O'Haire, C., Griffin, J. und Walker M. (2012): Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 5: public reporting as a quality improvement strategy). In: Evidence Reports/Technology Assessments, 208.5, S. 1-645.

Ulrich, V. und Schmid, A. (2014): Kassenwettbewerb durch Beitragsgestaltung. In: Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C. und Zerth, J. (Hrsg.), Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Heidelberg: medhochzwei, S. 119-44.

Ulrich, V. (2016): Elemente eines wettbewerblichen Gesundheitswesens. Vortrag beim 2. Novemerkongress santésuisse Gesundheit 2020+ am 15.11.2016 in Bern, [online verfügbar unter] <https://de.slideshare.net/santesuisse/2-novemberkongress-elemente-eines-wettbewerblichen-gesundheitswesens> [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

Vallance, A.E., Fearnhead, N.S., Kuryba, A., Hill, J., Maxwell-Armstrong, C., Braun, M., van der Meulen, J. und Walker, K. (2018): Effect of public reporting of surgeons' outcomes on patient selection, "gaming," and mortality in colorectal cancer surgery in England: population based cohort study. In: British Medical Journal, 361, k1581.

Van den Berg, B., van Dommelen, P., Stam, T., Laske-Aldershof, T., Buchmueller, T. und Schut F.T. (2008): Preferences and choices for care and health insurance. In: Social Science and Medicine, 66(12), S. 2448-59.

Van den Berg, M.J., de Boer, D., Gijzen, R., Heijink, R., Limburg, L.C.M. und Zwakhals, S.L.N., (2014): Zorgbalans 2014 - De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Rijksinstituut voor Volksgezondheid.

Van de Ven, W.P.M.M. und Schut, F.T. (2008): Universal mandatory health insurance in the Netherlands: A model for the United States? In: Health Affairs, 27(3), S. 371-81.

Van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F.T., Shmueli, A. und Wasem, J. (2013): Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, the Netherlands and Switzerland? In: Health Policy, 109, S. 226-45.

Van Ineveld, M., van Wijngaarden, J. und Scholten, G. (2018): Choosing cooperation over competition; hospital strategies in response to selective contracting. In: International Journal of Health Planning and Management, 33(4), S. 1082-92.

Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M.B. und Sermeus, W. (2010): Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. In: BMC Health Services Research, 10(247), S. 1-13.

Van Veghel, D., Schulz, D.N., van Straten, A.H.M., Simmers, T.A., Lenssen, A., Kujiten-Slegers, L., van van Eenenaam, F., Soliman Hamad, M.A., de Mol, B.A. und Dekker, L.R.C. (2018): Health insurance outcome-based purchasing: The case of hospital contracting for cardiac interventions in the Netherlands. In: International Journal of Healthcare Management, 11(4), S. 371-78.

Varkevisser, M., van der Geest, S.A. und Schut, F.T. (2012): Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. In: Journal of Health Economics, 31, S. 371-78.

Veit, C., Hertle, D., Bungard, S., Trümner, A., Ganske, V. und Meyer-Hofmann, B. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegungen der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Teil B Wissenschaftliche Evidenz. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Vektis (2021): Verzekerden in beeld 2021, [online verfügbar unter] <https://www.vektis.nl/uploads/Publicaties/Zorgthermometer/Zorgthermometer%20Verzekerden%20in%20Beeld%202021.pdf> [Letzter Zugriff am 23.05.2021].

Victoor, A., Delnoij, D.M.J., Friele, R.D. und Rademakers, J. (2012): Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. In: *BMC Health Services Research*, 12: 272.

Vincent, C. und Staines, A. (2019): Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des schweizerischen Gesundheitswesens. Nationaler Bericht zur Qualität und Patientensicherheit im schweizerischen Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, [online verfügbar unter] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-08-11-2019.html> [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

Vlaanderen, F.P., Tanke, M.A., Bloem, B.R., Faber, M.J., Eijkenaar, F., Schut, F.T. und Jeurissen, P.P.T. (2019): Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. In: *European Journal of Health Economics*, 20, S. 217-32.

Von Ahlen, C., Moser, D. und Geissler, A. (2021): Qualitätstransparenz in der stationären Krankenhausversorgung der Schweiz. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 26, S. 266-71.

Von der Gracht, H.A. (2012): Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. In: *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), S. 1525-36.

Wadhwa, R.K., Maddox, K.E.J., Kazi, D.S., Shen, C. und Yeh, R.W. (2019): Hospital revisits within 30 days after discharge for medical conditions targeted by the Hospital Readmissions Reduction Program in the United States: national retrospective analysis. In: *British Medical Journal*, 366, l4563.

Wang, D.E., Tsugawa, Y., Figueroa, J.F. und Jha, A.K. (2016): Association Between the Centers for Medicare and Medicaid Services Hospital Star Rating and Patient Outcomes. In: *JAMA Internal Medicine*, 176(6), S. 848-50.

Wanner, A. (2019): Endlich gelingt eine wichtige Gesundheitsreform - 5 Erkenntnisse zum unverhofften Durchbruch, [online verfügbar unter] <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/endlich-gelingt-eine-wichtige-gesundheitsreform-5-erkenntnisse-zum-unverhofften-durchbruch-134169955> [Letzter Zugriff am 23.10.2021].

Weber, M. (2001): Wettbewerb im Gesundheitswesen - oder: Warum können und dürfen Einkaufsmodelle der Kassen nicht Realität werden? In: *Sozialer Fortschritt*, 11, S. 254-60.

Weber, J. und Kunz, J. (2003), *Empirische Controllingforschung. Begründung – Beispiele – Ergebnisse*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Weissman, J.S., Gatsonis, C. und Epstein, A.M. (1992): Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*, 268(17), S. 2388-94.

WidO – Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2017a): QSR-Indikatorenhandbuch 2017 für Leistungsbereiche mit Berichterstattung im AOK-Krankenhausnavigator, [online verfügbar unter] https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_indikatorenhandbuch_mit_bericht_2017.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

WidO – Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (2017b): QSR-Indikatorenhandbuch 2017 für Leistungsbereiche mit Berichterstattung im AOK-Krankenhausnavigator, [online verfügbar unter] https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/methoden/wido_qsr_indikatorenhandbuch_ohne_bericht_2017.pdf [Letzter Zugriff am 13.10.2021].

Wieggers, T.A., Hendriks, M., Malanda, U. und de Boer, D. (2019): Users' Experiences With Web-Based Health Care Information: Qualitative Study About Diabetes and Dementia Information Presented on a Governmental Website. In: *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e11340.

Wille, E. (2009): Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung. In: Rürup, B., IGES Institut GmbH, DIW Berlin e.V., DIW econ

GmbH und Wille, E. (Hrsg.): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähigere Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium für Finanzen. Abschlussbericht. Berlin: IGES Institut GmbH, S. 121-83.

Willisegger, J. und Blatter, H. (2016a): Preis- und Qualitätswettbewerb im Schweizer Gesundheitswesen - Rahmenbedingungen und Anreize. Luzern: Stiftung Kranken- und Unfallkasse Konkordia.

Willisegger, J. und Blatter, H. (2016b): Preis- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Schlussbericht. Studie im Auftrag des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV, [online verfügbar unter] https://www.svv.ch/sites/default/files/2017-12/preis-_und_qualitaetswettbewerb_im_gesundheitswesen_studie_2016_0.pdf [Letzter Zugriff am 16.10.2021].

WHO - World Health Organization (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Policy Summary 13. Kopenhagen.

Wynia, M.K. (2009): The risks of rewards in health care: How pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. In: Journal of General Internal Medicine, 24(7), S. 884-87.

Zerth, J. (2012): Zur Bedeutung der Wettbewerbsrolle im Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 61(3), S. 299-309.

Zilveren Kruis (2020a): Basis Budget, [online verfügbar unter] <https://www.zilverenkruis.nl/English/insurances/national-healthcare-insurance/Paginas/Basis-Budget.aspx> [Letzter Zugriff am 01.01.2020].

Zilveren Kruis (2020b): Our basic insurance, [online verfügbar unter] <https://www.zilverenkruis.nl/English/insurances/Paginas/default.aspx> [Letzter Zugriff am 01.01.2020].

Zilveren Kruis (2020c), Selected hospitals for Basic Budget, [online verfügbar unter] <https://www.zilverenkruis.nl/English/insurances/national-healthcare-insurance/Paginas/basis-budget-hospitals.aspx> [Letzter Zugriff am 01.01.2020].

Zuckerman, R.B., Sheingold, S.H., Orav, E.J., Ruhter, J. und Epstein, A.M. (2016): Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. In: New England Journal of Medicine, 374, S. 1543-51.

Zwanziger, J., Melnick, G. A. und Bamezai, A. (2000): The effect of selective contracting on hospital costs and revenues. In: Health Services Research, 35(4), S. 849-67.