

Krankenhaus-Report 2011

Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 3–17



1	Qualität durch Wettbewerb	3
	<i>Jürgen Wasem und Max Geraedts</i>	
1.1	Einleitung	4
1.2	Erstes Regionalbeispiel: Der „Fall City BKK“	4
1.3	Zweites Regionalbeispiel: Das Versorgungsstrukturgesetz.....	5
1.4	Perspektiven der regionalen Versorgungssteuerung	7
1.5	Perspektiven der regionalen Versorgungssteuerung	9
1.6	Perspektiven der regionalen Versorgungssteuerung	14
1.7	Literatur	15

Jürgen Wasem und Max Geraedts

Abstract

Vom Wettbewerb erwarten sich die Ökonomen einen Beitrag zu einer effizienten, den Bedürfnissen der Nachfrager entsprechenden Versorgung mit Gütern und Diensten und eine leistungsgerechte Verteilung der Ressourcen. Im Vergleich zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft wird das Gesundheitswesen überwiegend nicht über wettbewerbliche Mechanismen gesteuert, vielmehr dominieren korporative Koordination und staatliche Administration. In der Krankenhausversorgung besteht gegenwärtig Wettbewerb insbesondere auf dem Behandlungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Patienten und ihre einweisenden Ärzte. Hingegen besteht kaum Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt zwischen Krankenhäusern um Verträge mit Krankenkassen („Vertragswettbewerb“). Politisch werden sowohl Modelle zur Stärkung des Wettbewerbs auf dem Behandlungsmarkt als auch Konzepte zum Ausbau des Vertragswettbewerbs diskutiert. Damit der Wettbewerb auch um Qualität geführt werden kann, ist in beiden „Welten“ erforderlich, dass die bestehende Informationsasymmetrie zwischen den Leistungsanbietern und den Kunden überwunden wird. Dazu ist erforderlich, dass Qualitätsinformationen an den Bedarf der Nutzer angepasst werden. Erforderlich ist allerdings auch, dass das Qualitätsargument in den Entscheidungskalkülen der Akteure einen hinreichenden Stellenwert im Vergleich zu den anderen entscheidungsrelevanten Parametern einnimmt. Dazu müssen auch regulative Voraussetzungen geschaffen werden.

Economists expect that competition helps to achieve an efficient provision of goods and services corresponding to the needs of the customers and a performance-based allocation of resources. Compared to many other areas of the economy, health care is not primarily controlled via competitive mechanisms, but rather dominated by corporate coordination and government administration. In hospital care, competition primarily exists between hospitals and their admitting physicians on the market for treating patients. However, there is little competition on the performance market between hospitals to contract with health insurance funds („managed competition“). Politically, models for strengthening competition in the treatment market as well as concepts for the development of managed competition are discussed. In order to achieve a competition for quality, the existing informational asymmetry between service providers and customers must be overcome in both „worlds“. This requires that quality information is tailored to the needs of the users. Apart from that, it is important that in the decisions of the actors quality is given sufficient priority compared to other parameters relevant for decision-making. This calls for a suitable regulatory framework.

1.1 Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts ist Wettbewerb einer der zentralen Begriffe in den gesundheitspolitischen Diskursen geworden. Eine genauere Analyse zeigt allerdings rasch, dass hiermit bisweilen sehr unterschiedliche Konzepte verbunden sind. Entsprechend verschieden sind auch die praktischen Konsequenzen, die zur „Stärkung des Wettbewerbs“ gefordert werden. Qualität wird regelmäßig als eines der Ziele angegeben, die mit Wettbewerb verfolgt werden sollen. Der Link vom Wettbewerb zur Qualität bleibt dabei allerdings häufig unklar.

In diesem Beitrag werden wir nach knappen grundsätzlichen Vorüberlegungen zum ökonomischen Konzept des Wettbewerbs seine Verortung in den Steuerungsbezügen des Gesundheitssystems und insbesondere der Krankenhausversorgung im Status quo und in möglichen Reformmodellen untersuchen. Anschließend wollen wir der Frage nachgehen, welche Rolle Qualität in diesen Wettbewerbskonzepten spielt. Schließlich wollen wir der zentralen Frage nach der Rolle von Informationen im Wettbewerb um Qualität nachgehen.

1.2 Das ökonomische Konzept des Wettbewerbs

„Competition is a rivalry between individuals (or groups or nations), and it arises whenever two parties strive for something that all cannot obtain.“ (Stigler 1987, S. 531)

Wettbewerb ist zwar ein in der Ökonomie häufig verwendeter Begriff, jedoch ist damit keineswegs ein einheitliches Konzept verbunden. Den gemeinsamen Nenner drückt die Definition des US-Ökonomen und Nobelpreisträgers George Stigler aus: Es liegt eine Situation einer Rivalität vor, in der die Kontrahenten (Wettbewerber) um Ressourcen miteinander ringen, die knapp sind, sodass nicht alle (im gewollten Maß) daran teilhaben können. Insbesondere bezieht sich das Konzept in ökonomischer Perspektive auf die Austauschsituation zwischen Anbietern und Nachfragern nach Gütern und Produkten: Anbieter stehen in der Erstellung von Gütern oder Diensten untereinander in Konkurrenz um die knappen Ressourcen der Nachfrager; umgekehrt stehen die Nachfrager untereinander in Konkurrenz um die von den Produzenten angebotenen Leistungen.

Vom Wettbewerb erwarten sich die Ökonomen einen Beitrag zu einer effizienten, den Bedürfnissen der Nachfrager entsprechenden Versorgung mit Gütern und Diensten und eine leistungsgerechte Verteilung der Ressourcen (Knieps 2007, 4ff.):

- Effizienz soll dadurch erreicht werden, dass die Anbieter sich um einen möglichst wirtschaftlichen Einsatz der Produktionsfaktoren bemühen. Bei gegebener Qualität wird die möglichst kostengünstigste Form der Produktion realisiert. Dazu werden die Anbieter den technischen und organisatorischen Fortschritt für Innovationen im Produktionsprozess nutzen. Ineffizienten Anbietern entziehen die Nachfrager ihre Gunst, so dass sie aus dem Wettbewerb ausscheiden.

- Es können sich diejenigen Anbieter durchsetzen, denen es am besten gelingt, sich an den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrager zu orientieren. Werden Güter und Dienste höherer Qualität zu höheren Kosten produziert, werden bei heterogenen Präferenzen der Nachfrager unterschiedliche Preis-Qualitäts-Kombinationen angeboten. Auch bei der Orientierung an den Präferenzen der Nachfrager kommt dem technischen Fortschritt und der ihm innewohnenden Dynamik eine wichtige Rolle zu.
- Da leistungsfähige Anbieter zum Zuge kommen, die Güter und Dienste anbieten, die den Präferenzen der Nachfrager entsprechen, können diese Anbieter Umsätze und Einkommen erzielen. Konkurrierende Anbieter, denen dies nicht gelingt, gehen hingegen leer aus. Die Verteilung der Einkommen bei den Anbietern korreliert daher mit ihrer Leistungsfähigkeit mit Blick auf die Präferenzen der Nachfrager.

Wenngleich Ökonomen sich vom Wettbewerb Beiträge zu einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Güterversorgung erwarten, wird er im Allgemeinen als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess verstanden.

1.3 Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Status quo

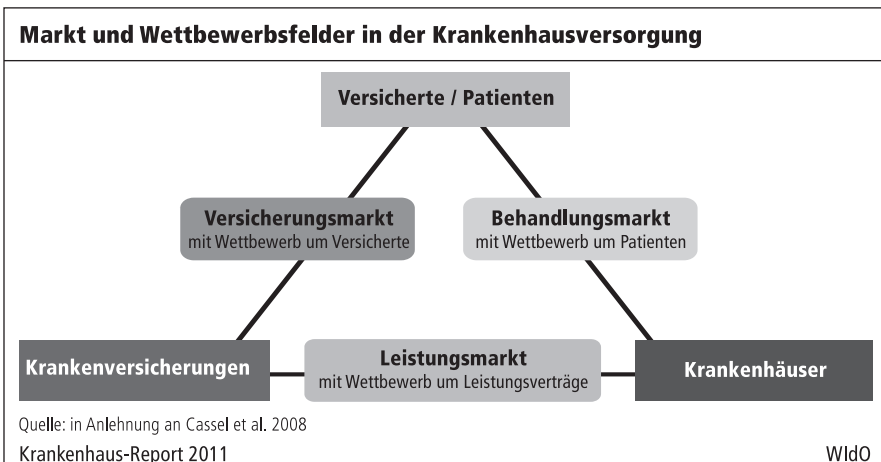
Im Vergleich zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft ist das Gesundheitswesen in den meisten westlichen Industriegesellschaften traditionell überwiegend nicht über wettbewerbliche Mechanismen gesteuert worden. Die historischen Gründe für diese ubiquitäre Feststellung sind vielfältig. Ökonomische Erklärungsversuche, warum Gesundheitsversorgung ein „besonderes Gut“ sei (Culyer 1971; McGuire et al. 1988; Wasem 1993; Wasem et al. 2010) und warum die wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen allgemein oder im Krankenhausbereich im Besonderen (Wasem et al. 2010) wenig tauglich ist, können sie nur begrenzt erklären, zumindest ergänzend müssen politikwissenschaftliche Ansätze (Alber und Bernardi-Schenkluhn 1992) herangezogen werden.

Auch in (West-)Deutschland waren und sind korporative Koordination und staatliche Administration gegenüber dem wettbewerblichen Ansatz vorherrschende Steuerungsmechanismen (Wille 1999). Dies gilt insbesondere für den Bereich der Krankenhausversorgung, der spätestens seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 als „planwirtschaftlicher Entwurf“ (Neubauer 2010) anzusehen ist: Für die allermeisten Krankenhäuser, insbesondere sofern sie Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen wollen, gilt, dass sie in einen staatlichen Angebotsplan eingebunden sind, der ihre Entscheidungsfreiheiten hinsichtlich Standort, Leistungsbreite, Bettenzahl deutlich beschränkt. Investitionen sollen – so zumindest der Ansatz – über staatlich vorgegebene und finanzierte Investitionspläne erfolgen. Auch das Entgeltsystem ist staatlich vorgegeben, orientiert sich an den durchschnittlichen Kosten der Produktion von Krankenhausleistungen und tendiert in Richtung eines bundesweiten Einheitspreissystems (vgl. dazu auch den Beitrag von Neubauer et al. in diesem Band).

Umgekehrt gilt für die Krankenkassen als Finanzierungsträger der Krankenhausversorgung ihrer Versicherten, dass sie die Ergebnisse der staatlichen Krankenhausplanung weitgehend gegen sich gelten lassen müssen: Die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Bundeslandes gilt als Abschluss eines Versorgungsvertrages, den die Kassen wegen Vetomöglichkeiten der Bundesländer faktisch nicht kündigen können (Stollmann 2010). Sie verfügen über begrenzte Möglichkeiten, in dem von der Krankenhausplanung gesetzten Rahmen Leistungsspektrum und -mengen der Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen zu beeinflussen. Auch sind sie dem staatlich vorgegebenen Entgeltsystem unterworfen, können also nur in dessen Rahmen begrenzt Preise beeinflussen. Einzelverträge können mit Krankenhäusern im Rahmen der Integrierten Versorgung und von Disease Management Programmen geschlossen werden, ohne dass dadurch die Position von Krankenhäusern im Bedarfsplanungsmechanismus und die Kostenübernahmeverpflichtung in der Regelversorgung berührt würde.

Gleichwohl besteht auch gegenwärtig in der Krankenhausversorgung in begrenztem Umfang Wettbewerb. Abbildung 1–1 macht die Dimensionen deutlich, in denen grundsätzlich Wettbewerb in der Krankenhausversorgung vorstellbar wäre. Gegenwärtig stellen wir insbesondere auf dem Behandlungsmarkt Wettbewerb fest: Angesichts deutlicher Überkapazitäten und weiter rückläufiger Verweildauern wetteifern die Krankenhäuser um Patienten – indem sie diese selber, aber über Einweiser-Marketing auch deren behandelnde niedergelassene Ärzte umwerben. Da der Wettbewerbsparameter Preis gegenüber dem Patienten trotz der rechtlich vorgesehenen Mehrkostenregelung bei Wahl eines anderen als des in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses (dazu: Sichert 2010) – die bei landesweit einheitlichen Basisfallwerten allerdings zunehmend auch formal leer läuft – faktisch keine Rolle spielt, konzentrieren sich die Krankenhäuser in ihrer Patientenwerbung offenbar insbesondere auf von diesen wahrnehmbare Aktionsparameter der Servicequalität. Die Krankenkassen haben allerdings „Lotsen-Systeme“ auf der Basis der gesetzlichen Qualitätsberichte entwickelt, mit denen sie die Patienten zur Unterstüt-

Abbildung 1–1



zung der Krankenhauswahlentscheidung auch über Qualitätsparameter der medizinischen Versorgung unterrichten wollen (vergl. dazu auch den Beitrag von Geraedts und de Cruppé in diesem Band).

Diese Instrumente können auch vom niedergelassenen Arzt bei seiner Krankenhauseinweisung genutzt werden. Auch für den Arzt spielen ökonomische Überlegungen allenfalls insoweit eine Rolle, als er möglicherweise mit einem Krankenhaus über einen Kooperationsvertrag zur Erbringung des Krankenhausaufenthalts vorbereitender Leistungen verbunden ist (Bohle 2010), wobei Qualitätsaspekte in der Auswahlentscheidung bedeutsam sein können.

1.4 Wettbewerb im Gesundheitsbereich, insbesondere Krankenhausversorgung: Perspektiven

In der gesundheitspolitischen Debatte ist die explizite oder implizite Forderung nach Stärkung des Wettbewerbs populär – dieser wird allerdings in der Regel nicht als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess verstanden, sondern er soll zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung beitragen. Unter der Überschrift der Stärkung des Wettbewerbs werden hierbei recht unterschiedliche Konzepte verstanden. Sie unterscheiden sich insbesondere darin, welcher der in Abbildung 1–1 skizzierten Märkte im Vordergrund steht; dahinter liegen tiefgreifende Unterschiede in der Einschätzung über die Realisierbarkeit und Wünschbarkeit von Gestaltungsoptionen für die unterschiedlichen Akteure:

- Ein erster Ansatz will vor allen Dingen den – wie gesehen in Grenzen auch bereits vorhandenen – Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt stärken. Hier soll die Beziehung zwischen Patient und Leistungserbringer stärker wettbewerblich und marktlich ausgestaltet werden. Dieses Konzept der „direkten Marktbeziehung“ liegt etwa den Vorstellungen der freien Ärzteschaft oder der Zahnärzte zugrunde. Es ist auch die Vorstellung weiter Teile der FDP. Zentrales Instrument in diesem Ansatz ist vor allen Dingen die vertragliche Vereinbarung zwischen Patient und Leistungserbringer – im „Idealmodell“ ist sie „ungestört“ von Regelungen anderer Beteiligten, im Übrigen müssen die Regelungsarrangements für die übrigen Beteiligten – zum Beispiel über Mehrkosten-Arrangements in der Erstattung der Krankenversicherung – mit der Vertragsvereinbarung zwischen Patient und Leistungserbringer passförmig gemacht werden.

In dem Konzept der direkten Marktbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer auf dem Behandlungsmarkt kommt dem Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt ergänzende Bedeutung zu: Denn die Krankenversicherungen können sich im Wettbewerb untereinander durch unterschiedliche Kostenerstattungstarife unterscheiden. Demgegenüber gibt es in diesem Modell keinen Leistungsmarkt, Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern über die Modalitäten der Leistungserbringung und der Vergütung werden nicht abgeschlossen.

- Ein anderer Ansatz zielt demgegenüber darauf, den bislang – gerade auch im Bereich der Krankenhausversorgung – unterentwickelten Leistungsmarkt aus-

zubauen und – mittelfristig – zur tragenden Säule des Vertrags- und Versorgungssystems weiter zu entwickeln (Ebsen et al. 2003). Dieses Konzept des „Vertragswettbewerbs“ wird etwa von Teilen der GKV und den Arbeitgebern unterstützt, im politischen Raum wird es von Teilen der SPD und von Bündnis90/Die Grünen getragen; auch die meisten GesundheitsökonomInnen vertreten dieses Konzept. Zentraler Ansatzpunkt dieses Konzepts ist die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern. An dessen Stelle tritt die Verpflichtung einer Krankenkasse, in qualitativ und quantitativ ausreichendem Umfang Leistungen für ihre Versicherten über Verträge mit Leistungserbringern einzukaufen – exemplarisch wird dies für die Krankenhäuser unter dem Label „Elektiv wird selektiv“ diskutiert (Leber et al. 2007).

Im Konzept des Vertragswettbewerbs sind Leistungsmarkt und Versicherungsmarkt systematisch miteinander verbunden: Die Kassen stehen durch die Kassenwahlentscheidung der Versicherten unter Wettbewerbsdruck, so dass die Versicherten im Rahmen der Kassenwahl auch über die realisierten Verträge ihrer Krankenkasse mit Leistungserbringern „mit den Füßen“ abstimmen. Demgegenüber kommt dem Behandlungsmarkt insofern eine nur untergeordnete Bedeutung zu als die Wahlrechte in Bezug auf Leistungserbringer in unterschiedlichen Vertragsmodellen der Krankenkassen eingeschränkt werden mögen – die Auswirkungen dessen müssen wiederum umgekehrt die Krankenkassen in ihrer Vertragspolitik mit Blick auf die Kassenwahlentscheidung der Versicherten berücksichtigen.

Beide Konzepte sind sich im Kern einig in ihrer Skepsis sowohl gegenüber staatlicher Steuerung als auch gegenüber dem Kollektivvertragssystem mit beidseitigem Kontrahierungszwang. Dass sich die beiden vorgestellten Wettbewerbskonzepte für das Gesundheitswesen und die stationäre Versorgung gleichwohl so grundlegend voneinander unterscheiden, ist darin begründet, dass sie in ihrem Verständnis der Situationen der Akteure und des daraus resultierenden Steuerungsbedarfes und seiner Systemerfordernisse stark divergieren:

- Die Bedeutung der Asymmetrie des Verhältnisses zwischen Patient und Leistungserbringer wird unterschiedlich eingeschätzt: Während die Vertreter des Konzeptes der direkten Marktbeziehung davon ausgehen, dass Arzt bzw. Krankenhaus und Patient im Regelfall auf Augenhöhe miteinander agieren und sich vertraglich binden können, erachten die Vertreter des Konzeptes des Vertragswettbewerbs die Beziehung als stark durch Asymmetrie geprägt. Daher sehen sie es als erforderlich an, dass dem Patienten ein „ergänzender Sachwalter“ (Breyer et al. 2005) zur Seite gestellt wird – im Konzept des Vertragswettbewerbs in einem Krankenversicherungssystem kommt diese Aufgabe der Krankenkasse zu.
- Die Notwendigkeit der Steuerung von Versorgungsprozessen chronisch Kranker wird ebenfalls unterschiedlich bewertet: Die Befürworter der Stärkung der direkten Marktbeziehung gehen davon aus, dass der Arzt gemeinsam mit dem Patienten die geeigneten Entscheidungen zum Behandlungsablauf trifft und die adäquaten weiteren Leistungserbringer einbindet. Demgegenüber gehen die Vertreter des Vertragswettbewerbskonzepts davon aus, dass es einer sektorüber-

greifenden Steuerung bedarf, die etwa das Schnittstellenmanagement einbezieht. Die Krankenkasse wird als geeigneter Akteur angesehen, der mit Leistungserbringern solche Prozesse organisiert und im Wettbewerb der Versorgungskonzepte die geeigneten auswählt.

Realistisch für die nähere Entwicklung der GKV in Deutschland dürfte unseres Erachtens sein, dass der Gesetzgeber keines der skizzierten alternativen Modelle einer Steuerung der GKV ausschließlich über Wettbewerb umsetzen wird – weder das Modell direkter Marktbeziehungen zwischen Patient und Leistungserbringer, noch das Modell des Vertragswettbewerbs um Leistungsverträge. Insbesondere wird die Politik weder vollständig die Kontrahierungszwänge der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern oder Kassenärztlichen Vereinigungen zugunsten selektivvertraglicher Gestaltungen lockern, noch wird sie die bestehenden Kollektivverträge zugunsten direkter Verträge zwischen Patienten und ihren Ärzten und Krankenhäusern weitgehend abschaffen.

Dies bedeutet auch, dass die heutige Parallelität von Kollektiv- und Selektivverträgen zumindest auf mittlere Sicht erhalten bleibt und – wie bereits in den vergangenen zehn Jahren – eine evolutorische Entwicklung zu beobachten sein wird. Dies bedeutet konkret: Der Spielraum für Selektivverträge wird möglicherweise erweitert, indem zum Beispiel auch für den Krankenhausbereich „rein sektorale“ Selektivverträge für Teilbereiche des Versorgungsspektrums zugelassen werden, die von den Akteuren dann auch intensiv genutzt werden dürften, um ihre Funktionalität für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung auszutesten. Auch werden Bereinigungsverträge, bei denen die Vergütung im Kollektivvertrag gekürzt wird, im Vergleich zu den heute überwiegenden „Add on“-Verträgen an Bedeutung gewinnen. Zugleich wird aber auch – u. a. unterstützt durch Modifikationen des gesetzlichen Rahmens – die direkte Marktbeziehung zwischen Leistungserbringer und Versicherten wichtiger: etwa durch Ausbau der Möglichkeiten für Ärzte und Krankenhäuser, Mehrleistungen gegenüber der Standardleistung der GKV gegen eine Aufzahlung erbringen zu können.

1.5 Qualität durch Wettbewerb?

In der näheren Zukunft ist daher damit zu rechnen, dass ein gewisser Ausbau des Wettbewerbs stattfinden wird, sowohl Patienten, Versicherte als auch Krankenkassen und Krankenhäuser zugleich aber weiterhin auch durch staatliche Regulierung mit deutlichen Beschränkungen ihrer Möglichkeiten, wettbewerblich zu agieren, konfrontiert sein werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Voraussetzungen, unter denen Qualität ein relevanter Wettbewerbsparameter sein kann. Dies führt uns zunächst erneut zu der bereits angesprochenen Frage der Informationsasymmetrien im Gesundheits- und Krankenhaus-Bereich, ist doch offensichtlich, dass deren Überwindung Voraussetzung sein muss, wenn Wettbewerb nicht nur als Effizienzmaschine genutzt werden soll, sondern auch als Instrument zur Generierung von Qualität.

Adressaten und Gestaltung von Qualitätsinformationen

Qualität durch Wettbewerb setzt unter anderem voraus, dass potenzielle Kunden über Informationen zu den für sie relevanten Qualitätskriterien verfügen und diese auch aktiv nutzen, indem sie unter verschiedenen Wettbewerbern den jeweils für ihre Bedürfnisse passendsten auswählen. Einer der Hauptgründe für das Marktversagen im Gesundheitswesen besteht genau darin, dass diese Voraussetzung bisher nicht erfüllt ist. Stattdessen liegt eine Informationsasymmetrie vor, bei der die Kunden traditionell kaum über geeignete Qualitätsinformationen zum Leistungsangebot verfügen und die Leistungsanbieter zumindest zum Teil solche Informationen besitzen. Für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb bei der Krankenhausversorgung muss deshalb die bestehende Informationsasymmetrie zwischen den Leistungsanbietern und den Kunden überwunden werden. Wer aber ist eigentlich der geeignetste Adressat solcher Informationen? Und wie müssten diese gestaltet sein, um einen Qualitätswettbewerb zu ermöglichen?

Prinzipiell lassen sich bei der Krankenhausversorgung fünf Adressaten-Gruppen unterscheiden, deren Informationsbedarf sich potenziell unterscheidet. Zum ersten sind hier die für die Krankenhausplanung zuständigen Einrichtungen der Länder zu nennen. Wenn wie in Nordrhein-Westfalen beispielsweise Brustzentren nur dann zugelassen werden, wenn sie bestimmte Qualitätsparameter erfüllen, dann brauchen die Länder Informationen darüber, ob die jeweils in Frage kommenden Krankenhäuser diese Kriterien erfüllen.

Zum zweiten benötigen die Krankenkassen solche Informationen, wenn sie beispielsweise im Rahmen von Selektivverträgen, wie sie bei der integrierten Versorgung möglich sind, nur Krankenhäuser auswählen wollen, die eine überdurchschnittliche Qualität bieten. Ob eine solche Steuerung in Deutschland stattfindet, wurde unseres Wissens noch nicht untersucht. Aus der internationalen Literatur werden vor allem Studien aus den USA berichtet, die zeigen, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten alles in allem keinen Einfluss auf die Auswahl von Krankenhäusern und einen höheren Marktanteil der positiv bewerteten Krankenhäuser hat (Fung et al. 2008).

Als dritte Adressatengruppe sind die einweisenden Ärzte zu nennen, die einerseits von Patienten als wesentliche Berater bei der Auswahl eines Krankenhauses genannt werden (Geraedts 2006), die aber andererseits auch rechtlich verpflichtet sind, auf der Krankenhauseinweisung die zwei nächstgelegenen, geeigneten Krankenhäuser für die avisierte stationäre Behandlung ihrer Patienten zu benennen. Ärzte scheinen jedoch die vorliegenden Informationen zur Qualität von Krankenhäusern bisher nur in geringem Umfang zu nutzen. So ergab eine zur Zeit im Rahmen der Versorgungsforschungsinitiative der Bundesärztekammer durchgeführte Befragung, an der bis zum Zeitpunkt einer Zwischenauswertung 216 niedergelassene Allgemeinmediziner, Chirurgen, Internisten, Gynäkologen und Orthopäden teilgenommen hatten, dass nur 16% der Ärzte die Qualitätsinformationen aus den gesetzlichen Qualitätsberichten für die Einweisungsberatung ihrer Patienten genutzt hatten (Geraedts et al.).

Als vierte Gruppe müssen die Patienten und deren Angehörige berücksichtigt werden. Trotz der Einschränkungen einer völlig autonomen Krankenhauswahl durch Patienten, die sowohl für elektive Krankenhausaufenthalte – Vorbehalt der ärztlichen Einweisung – als auch Notfallbehandlungen – Beachtung der Notfallauf-

nahmebereiche – gilt, spielen Patientenwünsche in beiden Bereichen eine große Rolle. Patienten ist es im Allgemeinen wichtig, ein Krankenhaus wählen zu können (Geraedts 2006); zudem gibt bei Befragungen ein Großteil der Krankenhauspatienten an, selber das Krankenhaus gewählt zu haben (Dierks et al. 2001). Bei der konkreten Krankenhauswahl in Deutschland scheinen die vorliegenden Qualitätsinformationen in Form der gesetzlichen Qualitätsberichte bzw. der darauf aufbauenden Internetportale jedoch bislang kaum eine Rolle zu spielen (Geraedts und de Cruppé 2010). Trotzdem erfreuen sich vergleichende Informationen zur Qualität medizinischer Leistungserbringer im Internet großer Beliebtheit. Allein das Portal „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung zählt täglich rund 11 000 Zugriffe (persönliche Mitteilung der Bertelsmann-Stiftung), sodass für die Zukunft zumindest potenziell eine größere Nutzung solcher Informationen bei der Krankenhauswahl prognostiziert werden kann.

Zuletzt können als mittelbare Nutzer von Qualitätsinformationen die Krankenhäuser selber genannt werden. Aus der Literatur zur öffentlichen Qualitätsberichterstattung kristallisierte sich in den letzten Jahren heraus, dass die Krankenhäuser diejenigen Adressaten sind, die Qualitätsinformationen am meisten nutzen (Marshall et al. 2000). Krankenhäuser verwenden die Informationen zu ihrer eigenen Leistung im Vergleich zur Performanz der Wettbewerber vor allem zum Benchmarking und als Ausgangspunkt für Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -verbesserung (Longo et al. 1997; Marshall et al. 2000; Laschober et al. 2007; Fung et al. 2008; Geraedts et al. 2009). Sie erkennen offenbar zunehmend, dass sie auf dem Behandlungsmarkt und zudem bei einem sich öffnenden Leistungsmarkt Chancen in der Darstellung ihrer Qualität haben.

Schaut man sich die fünf genannten Adressatengruppen insgesamt an, dann zeigt sich, dass Qualitätsinformationen bisher nur einen geringen Beitrag zum Wettbewerb in der Krankenhausversorgung leisten können, da die vorliegenden Informationen bisher kaum genutzt werden. Die Erfahrungen aus der internationalen Literatur deuten darüber hinaus darauf hin, dass Qualitätsinformationen bislang auch nur marginale Effekte auf die Qualität der Versorgung haben (Robinowitz und Dudley 2006, Fung et al. 2008). Unter den von Berwick et al. beschriebenen zwei Wegen der Beeinflussung der Qualität durch vergleichende Qualitätsinformationen – durch Selektion der Besten oder Anstoßen interner Veränderungsprozesse (Berwick et al. 2003) – scheint bislang offenbar nur der zweite Weg in der Krankenhausversorgung eine größere Rolle zu spielen.

Als wesentlicher Grund für die bislang geringe Nutzung von Qualitätsinformationen als Wettbewerbsparameter wird vor allem deren unzureichende Anpassung an den Bedarf der Nutzer und deren unzureichende Gestaltung diskutiert (Hochhauser 2003; Sofaer et al. 2005; Robinowitz und Dudley 2006; Fung et al. 2008; Geraedts und de Cruppé 2010). In Bezug auf die Inhalte hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Studie finanziert, die für die Adressaten des gesetzlichen Qualitätsberichts – Krankenhauspatienten, einweisende Ärzte und Krankenhäuser – untersucht hat, ob der für diese Adressaten von der Selbstverwaltung intendierte Zweck erfüllt wird. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Qualitätsberichte für alle Adressaten nur teilweise ihren Zweck erfüllen (Geraedts 2010). Hier wird eine stärkere Anpassung der Inhalte an die konkret geäußerten Informationswünsche notwendig sein. Eine Weiterentwicklung von Aufbereitung und Publikation von Quali-

tätsinformationen aus den Qualitätsberichten für die wettbewerbliche Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung erscheint daher angezeigt.

Darüber hinaus sahen alle Adressaten Verbesserungsbedarf bei der Gestaltung der Qualitätsinformationen, die als zu komplex beurteilt wurde. Grundlage der Gestaltung sollten die Vorschläge sein, die von verschiedenen Autoren in den letzten Jahren eingebracht wurden (Hammond 1981; Longo et al. 1997; Hibbard et al. 2001; Hibbard et al. 2002; Vaiana und McGlynn 2002; Hibbard und Peters 2003; Robinowitz und Dudley 2006; Gerteis et al. 2007; Peters et al. 2007; Peters et al. 2009; Hibbard et al. 2010). Demnach kommt es darauf an, zunächst die Verständlichkeit der Qualitätsinformationen zu erhöhen, indem die kognitiven Anforderungen reduziert (z. B. einfache Sprache, einfache Grafiken) und wichtige Informationen herausgestellt werden. Dabei sollten Zahlen nicht isoliert berichtet, sondern möglichst auch mit einer Bewertung (gut/schlecht) versehen werden. Vorsicht ist bei einer Zusammenfassung verschiedener Bewertungskriterien zu „Gesamtbeurteilungen“ angebracht, da diese die Interpretation der Kriterien in einer von den Nutzern oftmals nicht bewussten Weise verändert. Darüber hinaus scheint es ebenso hilfreich zu sein, die Informationen in eine Erläuterung des Konzepts der Qualität der medizinischen Versorgung einzubetten und die Motivation zur Nutzung der Informationen zu fördern, indem zum Beispiel persönliche Patientenberichte bzw. Erfahrungen die sonst trockenen Informationen ergänzen. Ein ebenfalls ungelöstes Problem stellt die Berichterstattung über seltene Ereignisse wie Sterblichkeitsraten dar. Sowohl Thomas und Hofer (1998) als auch Dimick et al. (2004) konnten in ihren Studien zeigen, dass eine öffentliche Berichterstattung zu seltenen Versorgungsergebnissen wie Sterblichkeits- oder Komplikationsraten allein aus statistischen Überlegungen zumeist entweder keine Unterschiede zeigt oder aber falsch positive oder falsch negative Ergebnisse produziert. Deshalb schlagen Robinowitz und Dudley (2006) vor, öffentlich eher über häufigere Ereignisse wie Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen, Versorgungsprozesse und auch -strukturen sowie über zeitlich oder über mehrere Leistungserbringer aggregierte Versorgungsergebnisse zu berichten.

Ob eine solche, auf der Basis dieser Erkenntnisse optimierte Qualitätsinformation besser in der Lage sein wird, die Informationsasymmetrie zwischen Kunden und Leistungsanbietern der Krankenhausversorgung zu reduzieren und letztlich über einen informierten Wettbewerb zu mehr Qualität führt, ist bisher nicht abschließend geklärt. Manche Autoren bezweifeln, dass Qualitätsinformationen jemals diese Bedeutung erlangen werden. Sowohl Schneider und Lieberman (2001) als auch Marshall (2001) sehen die Bedeutung von Qualitätsinformationen eher darin, dass sie der Rechenschaftspflicht gegenüber den Kunden genügen und die oben erwähnte Förderung von Qualitätsaktivitäten der Leistungsanbieter stimulieren sollen. Inwieweit diese primär im US-Kontext gewonnenen Einschätzungen auch auf die wettbewerbliche Weiterentwicklung im hiesigen Kontext übertragen werden können, ist unklar.

Relevanz des Qualitätsarguments für die Akteure

Festzuhalten bleibt in jedem Falle, dass geeignete, entsprechend aufbereitete Qualitätsinformationen eine notwendige, allerdings sicherlich keine hinreichende Voraussetzung für Qualität durch Wettbewerb sind. Eine weitere Voraussetzung ist so-

eben bereits angesprochen worden: Das Qualitätsargument muss in den Entscheidungskalkülen der Akteure einen hinreichenden Stellenwert im Vergleich zu den anderen entscheidungsrelevanten Parametern einnehmen. Für Patienten konkurriert das Qualitätsargument bezüglich der medizinischen Versorgung möglicherweise einerseits mit leicht erlebbaren Elementen der Service-Qualität (wie attraktive Zimmerausstattung), auch gibt es einen Trade-off zwischen Qualität und Nähe zum Wohnort – auch wenn die Patienten offenbar bei elektiven Leistungen durchaus bereit sind, längere Wege in Kauf zu nehmen (Friedrich und Beivers 2009).

Versicherte sind zudem – gerade in Bezug auf Krankenhausleistungen – nur potenzielle Nutzer von Krankenhäusern: Über 80 Prozent der Versicherten haben in einem Jahr keinen Krankenhausaufenthalt. Hingegen sind Versicherte regelmäßig Beitragszahler, wählen unter den aktuellen Finanzierungsregelungen ihre Krankenkassen daher auch nach der Höhe des Zusatzbeitrages aus. Empirisch überprüft wurde im Rahmen eines Discrete-Choice-Experimentes, inwieweit Versicherte bereit sind, sich gegen Beitragsermäßigung in ein weiter entferntes Krankenhaus mit gleicher Qualität zu begeben (Nolting et al. 2006), inwieweit sie für höhere Qualität auch bereit wären, höhere (Zusatz-)Beiträge in Kauf zu nehmen, ist unseres Wissens bislang nicht systematisch untersucht. Eine solche Untersuchung müsste auch berücksichtigen, dass die Krankenkasse relativ rasch gewechselt werden kann, „Gesunde“ also auch noch davon ausgehen können, bei Entwicklung insbesondere von chronischen Erkrankungen relativ rasch einen Kassenwechsel von beitragsgünstigen zu qualitätsbetonten Krankenkassen realisieren zu können. Dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt Krankenkassen bei Erhebung eines Zusatzbeitrages erhebliche Mitgliederverluste hinzunehmen haben, ist insoweit keine implizite Antwort, weil nicht untersucht wurde, ob die Versicherten die Abwahlentscheidungen trotz vermuteter Unterschiede in der Qualität des Versorgungsangebots der Vertragspartner der Krankenkassen trafen oder ob sie davon ausgingen, dass die Qualität des Angebots die gleiche ist.

Damit ist umgekehrt auch das Kalkül der Krankenkassen angesprochen: Insofern Qualitätsverbesserungen (zum Beispiel durch intelligenteren Organisation der medizinischen Versorgung im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung) mit geringeren Ausgaben für die einzelne Krankenkasse einhergehen, ist es naheliegend, dass sie im Wettbewerb diese Qualitätsverbesserungsmöglichkeiten realisieren werden. Dort, wo sich Qualitätsverbesserungen aber nur unter Inkaufnahme von Ausgabensteigerungen realisieren lassen, hat die Krankenkasse eine Abwägung zwischen der (oft auch erst mittelfristig ihre Wirkung realisierenden) Qualitätsverbesserung und der inkrementellen Verschlechterung ihrer relativen Wettbewerbssituation hinsichtlich der finanziellen Position zu treffen. Dies gilt tendenziell auch, wenn mit der mittelfristigen Qualitätsverbesserung auch Kosteneinsparungen einhergehen, von denen die Krankenkasse profitieren kann. Je stärker der Kassenvorstand davon ausgeht, dass die große Mehrheit der Mitglieder nicht bereit ist, für mehr Qualität Zusatzbeiträge zu entrichten, werden sich solche Qualitätsverbesserungen nur schwer durchsetzen lassen. Je stärker Kassenvorstände die Erwartung haben, bei deutlichem Invest in die Qualität der Behandlung von Erkrankungen würden Erkrankte aus anderen Krankenkassen (etwa vom Arzt getriggert, der dem Selektivvertrag der Kasse beigetreten ist) überwechseln, wird auch der durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bewirkte Deckungsbeitrag für Versicherte

mit der jeweiligen Erkrankung das Kalkül beeinflussen (Wasem et al. 2008): Für die meisten der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigten Erkrankungen ist offenbar eine annähernd ausgeglichene finanzielle Situation realisiert (Göpffarth et al. 2010), für nicht im RSA-berücksichtigte Erkrankungen wird dies in aller Regel hingegen nicht der Fall sein – bei solchen Erkrankungen ist es für Krankenkassen im Wettbewerb nicht rational, auf ausgabensteigernde Qualität zu setzen. Inwieweit die derzeit beobachtbaren Kalküle der Krankenkassen sich verändern, wenn sie bei einer Lockerung der Kontrahierungszwänge deutlich größere Gestaltungsmöglichkeiten in ihren Beziehungen zu ihren Vertragspartnern Krankenhäusern haben, ist allerdings eine offene Frage. Denn gegenwärtig gehen die Versicherten (weitgehend zu Recht) davon aus, dass die Wahl einer Krankenkassen kaum mit unterschiedlicher Behandlungsqualität verbunden ist – hingegen würden sich ja unter dem Regime des Vertragswettbewerbs eingekaufte Behandlungsqualitäten auch zwischen den Kassen unterscheiden können, sodass die Behandlungsqualität stärker eine Komponente bei der Kassenwahlentscheidung sein könnte als heute, wo die Kassenwahlentscheidung völlig risikolos auf die Auswahl des günstigsten Zusatzbeitrages reduziert werden kann.

Schließlich ist auf das Kalkül der Krankenhäuser einzugehen: Sind sie in einen Wettbewerbsrahmen gesetzt, der es ihnen angeraten erscheinen lässt, Wettbewerbsvorteile durch Kommunikation von Qualität zu realisieren, ist es naheliegend, dass sie diese Möglichkeit nutzen. Dies wird – wie beschrieben – um so eher eine realistische Perspektive, wie die Qualitätsinformationen so ausgestaltet sind, dass sie von den Nachfragern in beiden Settings (Patienten auf dem Behandlungs- und Krankenkassen auf dem Leistungsmarkt) verstanden und nachvollzogen werden können.

1.6 Fazit

Damit Qualität zum Wettbewerbsfaktor wird, muss also nicht nur die Informationsasymmetrie zwischen den Akteuren abgebaut, sondern auch die Regulierung, darunter auch die Anreizstruktur verändert werden. Unter anderem muss Qualität für die Kostenträger genauso wie für die Leistungserbringer und die Patienten eindeutig positive Effekte bewirken, indem zum Beispiel die Attrahierung schlechter Risiken für die Krankenkassen über den RSA hinreichend ausgeglichen wird¹ oder Patienten bei der Wahl effizienterer Leistungserbringer Vorteile erhalten.

Ziel sollte es sein, einen Qualitätswettbewerb um die beste medizinische Versorgung der Bedürftigsten auszulösen – sei es auf der Basis der Schwere oder Chronizität ihrer Erkrankungen, sei es auf der Basis der geringsten Fähigkeit zu aktiven Mitwirkung an der Behandlung. Damit ließe sich eventuell auch die befürchtete Verstärkung der sozialen Disparität als Nebenwirkung einer stärker wettbewerblich organisierten Gesundheitsversorgung verhindern.

¹ In der internationalen RSA-Debatte wird auch eine Überkompensation für schlechte Risiken diskutiert: Glazer & McGuire 2000.

1.7 Literatur

- Alber J, Bernardi-Schenkluhn B. Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt: Campus 1992.
- Berwick DM, James B, Coye M J. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003; 41, 1 Suppl. I30–8.
- Bohle T. Kooperation von Krankenhäusern mit anderen Leistungserbringern. In: S. Huster S, Kaltenborn M (Hrsg). *Krankenhausrecht*. München: Beck 2010; 241–76.
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. *Gesundheitsökonomie*. 5. Auflage. Berlin: Springer 2005.
- Culyer AJ. The Nature of the Commodity „Health Care“ and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers-New Series* 1971; 23: 189–211.
- Dierks M, Bitzer E, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz, FW S. Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195 der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg. Stuttgart 2001.
- Dimick J, Welch G, Birkmeyer J. Surgical mortality as an indicator of hospital quality – the problem with small sample size. *JAMA* 2004; 292: 847–51.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Endbericht 6. März 2003. AOK im Dialog. Bd. 13. In: AOK-Bundesverband (Hrsg). *Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wettbewerb der Gesundheitsversorgung*. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn 2003; 145–307
- Friedrich J, Beivers A. Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer 2009; 155–80.
- Fung C, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekelle P. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008; 148, Jan; (2): 111–23.
- Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: J. Böcken, B. Braun, R. Amhof und M. Schnee (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006*. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung 2006; 154–70.
- Geraedts M. Noch unveröffentlichte Daten. 2010.
- Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppé W. Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Dtsch med Wochenschr* 2009; 134, S06. S232–3.
- Geraedts M, de Cruppé W. Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Wasem J, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011*. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Geraedts M, Hermeling P, de Cruppé W. „Visitenkarte“ zum Projekt „Qualitätsberichte zur Unterstützung der ärztlichen Patientenberatung“. www.baek.de/downloads/3_Visitenkarte_2010.pdf (21. Juli 2010).
- Gerteis M, Gerteis J, Newman D, Koepke C. Testing consumers' comprehension of quality measures using alternative reporting formats. *Health Care Financ Rev* 2007; 28: 31–44.
- Glazer J, McGuire TG. Optimal Risk Adjustment in Markets with adverse selection. *An Application to Managed Care*. *American Economic Review* 2000: 1055–71.
- Göpfährth D, Wasem J, Wittmann R. „Übersteuert“ der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich? *DGSMP-Jahrestagung 2010*. Gesundheitswesen Suppl. 2010.
- Hammond K. *Principles of organization in intuitive and analytical cognition* Center for Research on Judgement and Policy. Boulder, CO: University of Colorado 1981.
- Hibbard JH, Greene J, Daniel D. What is quality anyway? Performance reports that clearly communicate to consumers the meaning of quality of care. *Med Care Res Rev* 2010; 67, June (3): 275–93.

- Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions. Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 2003; 24: 413–23.
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27, 11: 591–604.
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res* 2002; 37, 2: 291–313.
- Hochhauser M. Lousy report card? Most consumers don't pay attention. *Manag Care Q* 2003; 11, 3: 28–9.
- Knieps G. Wettbewerbsökonomie: Regulierungstheorie, Industrieökonomie, Wettbewerbspolitik. Berlin: Springer 2007.
- Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda D. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health Care Financ Rev.* 2007; 3: 61–76.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauer J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2007; 81–106.
- Longo D, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA* 1997; 278, 19: 1579–84.
- Marshall M. Accountability and quality improvement: the role of report cards. *Qual Health Care* 2001; 10 June (2): 67–8.
- Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The Public Release of Performance Data – What do we expect to gain? A Review of the Evidence. *JAMA* 2000; 283, 14: 1866–74.
- McGuire, A, Henderson J, Mooney G. *The Economics of Health Care. An Introductory Text*. London: Routledge & Kegan Paul 1988.
- Neubauer G. Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht – Kommentar zum Bericht über Deutschland. In: Becker U, Ross F, Sichert M (Hrsg). *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung. Steuerungsinstrumente in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und den USA im Rechtsvergleich*. Baden-Baden: Nomos 2010; 263–74.
- Nolting HD, Grabbe Y, Loos S, Bug C, Wasem J. Nutzen, Kosten, Präferenzen – Wissen was der Bürger will! 4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens. DELPHI Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss: Janssen-Cilag 2006.
- Peters E, Dieckmann N, Dixon A, Hibbard J, Mertz C. Less is more in presenting quality information to consumers. *Med Care Res Rev* 2007; 64: 169–90.
- Peters E, Dieckmann N, Västfjäll D, Mertz C, Slovic P, Hibbard J. Bringing meaning to numbers: the impact of evaluative categories on decisions. *J Exp Psychol Appl* 2009; 15. Sept. (3): 213–27.
- Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006; 27: 517–36.
- Schneider E, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 2001; 10, June (2): 96–103.
- Sichert M. Wahl und Wettbewerb im regulierten System – Normative Steuerung der Krankenhausversorgung in Deutschland. In: Becker U, Ross F, Sichert M (Hrsg.): *Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung. Steuerungsinstrumente in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und den USA im Rechtsvergleich*. Baden-Baden: Nomos 2010; 257–63
- Sofaer S, Crofton C, Goldstein E, Hoy E, Crabb J. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Services Research* 2005; 40, 6p2: 2018–36.
- Stigler GJ. Competition. In: Eatwell J, Milgate M, Newman P (Hrsg). *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*. London: Norton 1987; 531–5.
- Stollmann F. Krankenhausplanung. In: Huster S, Kaltenborn M (Hrsg). *Krankenhausrecht*. München: H.C. Beck 2010; 97–112.
- Thomas J, Hofer T. Accuracy of Risk-Adjusted Mortality Rate as a Measure of Hospital Quality of Care. *Med Care* 1998; 37, 1: 83–92.

- Vaiana M, McGlynn E. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev* 2002; 59: 3–35.
- Wasem J. Gesundheitsökonomie und Versicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 1993; 82: 123–60.
- Wasem J, Lux G, Schillo S, Staudt S, Jahn R. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – Ausgestaltung und Perspektiven für die Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2008; 62, 4: 15–22.
- Wasem J, Walendzik A, Rotter I. Ökonomische und sozialpolitische Grundlagen des Krankenhausrechts. In: S. Huster und M. Kaltenborn (Hrsg.): *Krankenhausrecht*. München: Beck 2010; 1–16.
- Wille E (Hrsg). *Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung*. Baden-Baden: Nomos 1999.