

Volkswirtschaftliche Schriften

Heft 473

**Qualität und Ausgaben
in der medizinischen Versorgung**

**Von Qualitätssicherung und Kosteneffizienz
zu Konkurrenz im Gesundheitswesen?**

Von

Reiner P. Hellbrück



Duncker & Humblot · Berlin

REINER P. HELLBRÜCK

Qualität und Ausgaben in der medizinischen Versorgung

Volkswirtschaftliche Schriften

Begründet von Prof. Dr. Dr. h. c. J. Broermann †

Heft 473

Qualität und Ausgaben in der medizinischen Versorgung

**Von Qualitätssicherung und Kosteneffizienz
zu Konkurrenz im Gesundheitswesen?**

Von

Reiner P. Hellbrück



Duncker & Humblot · Berlin

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Hellbrück, Reiner P.:

Qualität und Ausgaben in der medizinischen Versorgung : von
Qualitätssicherung und Kosteneffizienz zu Konkurrenz im
Gesundheitswesen? / von Reiner P. Hellbrück. – Berlin :

Duncker und Humblot, 1997

(Volkswirtschaftliche Schriften ; H. 473)

ISBN 3-428-09059-4

Alle Rechte vorbehalten

© 1997 Duncker & Humblot GmbH, Berlin

Fotoprint: Berliner Buchdruckerei Union GmbH, Berlin

Printed in Germany

ISSN 0505-9372

ISBN 3-428-09059-4

Gedruckt auf alterungsbeständigem (säurefreiem) Papier
entsprechend ISO 9706 

Danksagung

Die Arbeit entstand am Institut für medizinische Informatik und Systemforschung der GSF (GSF-medis) in Oberschleißheim. Durch die interdisziplinäre Ausrichtung des Instituts ergaben sich vielfältige Anregungen. Aus diesem Grund möchte ich Herrn Prof. Dr. Wilhelm van Eimeren, dem Leiter des Instituts, an dieser Stelle meinen Dank aussprechen. Teile der Arbeit konnte ich an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i. Br. und am Max-Planck-Institut zur Erforschung von Wirtschaftssystemen, Abteilung Evolutionsökonomik in Jena vortragen und diskutieren, wofür ich den Herren Prof. Dr. Bernhard Külp, Prof. Dr. Günter Knieps, Prof. Dr. Ulrich Witt und Prof. Dr. Victor Vanberg recht herzlich danken möchte.

Aus der Zusammenarbeit mit den Herren Dr. Rolf Engelbrecht und Wolfgang Moser (Gsf-medis) konnte ich viele nützliche Einsichten gewinnen, die mit der Implementation medizinischer Richtlinien verknüpft sind. Mit Herrn Dr. Roland Bantle (Universität der Bundeswehr in München) und Dr. Olaf Winkelhake (Gsf-medis) diskutierte ich Probleme der Anwendung von Evaluationsstudien, die in Abhängigkeit des Zeitpunktes im Verlauf eines Produktlebenszyklus auftreten. Herr Prof. Dr. Reiner Leidl (Universität Ulm) gab hilfreiche Hinweise zum Bereich ökonomischer Evaluation.

Mit Herrn Dr. Detlef Schoder (Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Breisgau) arbeitete ich in benachbarten Gebieten, wobei manche Einsicht Eingang in die vorliegende Arbeit gefunden hat. Das Ergebnis der Zusammenarbeit mit Dr. Ralph Strauß, Dr. Detlef Schoder, und Dr. Thomas Hummel (alle Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i. Br.) im Bereich Organizational Learning fand auch in der vorliegenden Arbeit ihren Niederschlag. Die Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Walter Satzinger (Gsf-medis) und Herrn Prof. Dr. Christian Ohmann (Universität Düsseldorf) machte mich mit einigen Problemen der Qualitätssicherung, insbesondere hinsichtlich der Probleme bei der Messung von Qualität, bekannt. Durch Frau Prof. Dr. Christa Altenstätter (City University of New York, New York, USA) erhielt ich einige nützliche Informationen über neueste Entwicklungen des US-amerikanischen Gesundheitswesens.

Herr Dr. Georg von Wangenheim, Universität Hamburg, unterstützte mich bei der Literatursauswahl aus dem Bereich Public Choice und Herr Prof. Dr. Hans Troidl (Universität zu Köln) versorgte mich freundlicherweise mit nützlicher medizinischer Literatur. Den Großteil der Literaturbeschaffung hat Frau Marlies Olberz (Gsf-medis) mit großer Umsicht übernommen und die Literatur-

ablage und -verwaltung wäre ohne tatkräftige Unterstützung von Frau Siegrid Feldt (Gsf-medis) mit großer Sicherheit sehr schwierig gewesen. Die Korrekturlesung des Manuskriptes hat freundlicherweise Weise Herr Thomas Krämer übernommen. Ihnen allen gilt mein Dank. Die Verantwortung für verbliebene Unzulänglichkeiten gehen selbstverständlich allein zu meinen Lasten.

Reiner P. Hellbrück

Inhaltsverzeichnis

A. Einführung	15
I. Problemstellung	15
II. Aufbau der Arbeit.....	19
B. Qualitätssicherung	22
I. Problem.....	22
II. Struktur-, Prozeß-, und Outcomequalität	22
III. Qualitätssicherung in Deutschland	24
1. Qualitätssicherung per Gesetz.....	25
2. St. Vincent Declaration und Umsetzung.....	27
3. Beurteilung	29
IV. Schlußfolgerung.....	31
C. Entwicklung expliziter Standards	34
I. Beurteilungskriterien	34
II. Medizinische und epidemiologische Studien	35
III. Ökonomische Studien	37
IV. Erstellung einer Guideline	39
V. Schlußfolgerung	42
D. Durchsetzung von Standards	44
I. Problem.....	44
II. Compliance.....	46
III. Erklärungsansätze	47
IV. Peer Review, Medical Audit, Qualitätszirkel	51

V. Obduktionen und Todeskonferenzen.....	54
VI. Total Quality Management	56
VII. Externe Kontrolle	58
1. Peer Review Organization	58
2. Gewährleistungshaftung	59
VIII. Health Telematics.....	61
IX. Schlußfolgerung.....	62
E. Die Qual der Wahl: Welcher Standard?.....	65
I. Problem.....	65
II. Behandlungsintensität	66
III. Public Health.....	68
IV. Kostenerstattungsprinzip.....	72
V. Prospektives Entgeltsystem	73
VI. Schlußfolgerung.....	74
F. Ökonomische Evaluation und Versorgungsqualität	76
I. Problem.....	76
II. Etablierte Verfahren	76
1. Ökonomische Effizienz.....	76
2. Verbesserung der technischen Effizienz	77
3. Verbesserung der allokativen Effizienz	79
III. Neuerungen	82
1. Verbesserung der technischen Effizienz	82
2. Verbesserung der „allokativen Effizienz“	85
IV. Schlußfolgerung.....	86
G. Managed Competition und Versorgungsqualität	89
I. Beurteilungskriterien	89
II. Selektive Verträge	90

III. Prospektive Entgeltsysteme	92
IV. Schlußfolgerung	95
H. Handlungsspielräume zur Bestimmung der Gesundheitsausgaben	97
I. Problem	97
II. Beitragssatzstabilität	99
III. Gleichheit.....	100
IV. Paternalismus.....	101
V. Handlungsspielräume.....	102
VI. Schlußfolgerung	105
I. Handlungsspielräume zur Bestimmung der Struktur medizinischer	
Dienstleistungen	109
I. Problem	109
II. Ausgangslage	110
III. Neuerungen.....	112
IV. Etablierte Verfahren	114
V. Handlungsspielräume.....	115
VI. Schlußfolgerung	120
J. Handlungsspielräume zur Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen.....	123
I. Problem	123
II. Handlungsspielräume.....	125
III. Qualitätskonkurrenz.....	126
IV. Schlußfolgerung	127
K. Technische Aspekte: Datengenerierung und Datenbereitstellung	132
I. Problem	132
II. Beurteilungskriterien.....	132
III. Merkmalsträger.....	134
IV. Merkmalsauswahl und Datenquelle.....	135

V. Datenbereitstellung	139
VI. Schlußfolgerung	141
L. Ergebnis	143
I. Darstellung	143
II. Konsequenzen	149
Anhang	152
Literaturverzeichnis	154
Sachwortverzeichnis	173

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	Entscheidungsmatrix	48
Tabelle 2	Beispiel	70
Abbildung 1:	Individuelle Gesundheit, kein dominanter Produktionsprozeß	67
Abbildung 2:	Individuelle Gesundheit versus Public Health, kein dominanter Produktionsprozeß	70
Abbildung 3:	Individuelle Gesundheit versus Public Health, ein dominanter Produktionsprozeß	71

Abkürzungsverzeichnis

a_1	Ressourceneinsatz zur Erhöhung der Behandlungsintensität
a_2'	eine über a_2' hinausgehender Ressourceneinsatz von a_2 führt zu keiner Erhöhung der Compliance
a_2	Ressourceneinsatz zur Erhöhung der Compliance
AJPH	American Journal of Public Health
B	Benefit
b,c	Parameter
BMJ	British Medical Journal
Cov	Kovarianz
DOK	Die Ortskrankenkasse
DRG	Diagnose Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G	Gewinn
h	Durchschnittskosten
HMO	Health Maintenance Organization
p	Preis
PORT	Patient Outcome Research Team
PRO	Peer Review Organization
R	Krankenhauseinkünfte
s_i	Krankenhauskapazität
t	Zeitpunkt
TQM	Total Quality Management

U	Nutzen
Var	Varianz
y	Anzahl an behandelten Personen

A. Einführung

I. Problemstellung

Wie kann die Qualität der medizinischen Dienstleistung verbessert werden? Dies ist die Leitfrage der vorliegenden Arbeit. Im Vordergrund steht das Gesundheitssystem. Andere Bereiche, deren Gestaltung ebenfalls einen Einfluß auf die Gesundheit haben (wie Verkehrswesen, Umwelt), werden nicht betrachtet. Unter medizinischer Dienstleistung wird hier die Prävention und Kuration chronischer oder akuter Krankheit verstanden. Hierunter fallen Dienstleistungen niedergelassener Ärzte sowie Leistungen von Heilpraktikern und von Krankenhäusern. Die Ausführungen könnten möglicherweise auch auf andere Bereiche (Rehabilitation, Altenpflege, Psychiatrie) angepaßt werden, doch wird dieser mögliche Ansatz hier nicht weiter verfolgt.

Einer der Hauptgründe für die weltweit zu beobachtende starke Regulierung nationaler Gesundheitssysteme ist die Prämisse, daß die Behandlung Kranker *nicht* von ihrer Zahlungsfähigkeit abhängen soll. Der Einfluß des Preises auf die individuelle Nachfrage ist um so geringer, je höher der Versicherungsgrad ist und je geringer die Patientenzahlungen bei gegebenem Versicherungsgrad sind (zu letzterem Aspekt siehe Schulenburg (1987)). Angesichts des hohen Versicherungsgrades (in Deutschland sind etwa 90 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung) und der vergleichsweise geringen Patientenzahlungen, spielen Preise bei der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen Kranker in Deutschland allenfalls eine untergeordnete Rolle. In Deutschland ist die Inanspruchnahme des Hausarztes kostenlos, während irgendeine stationäre Krankenhausbehandlung mit einer Zuzahlung des Patienten von täglich 12 DM für längstens 14 Tage, d.h. jährlich maximal 164 DM verbunden ist (SGB V (1992), § 39 Abs. 4). Direkte finanzielle Anreize spielen allenfalls bei der Entscheidung eines Patienten zur Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes im Vergleich zu einer stationären Krankenhausbehandlung eine Rolle. Sie sind dagegen für die Auswahl eines niedergelassenen Arztes oder für die Auswahl eines Krankenhauses zur stationären Behandlung weitgehend bedeutungslos.

Der Ausschluß von Preisen als Selektionskriterium löst ein Problem, gleichzeitig bleiben andere Probleme bestehen und werden neue Probleme aufgeworfen. Aus Erfahrung wissen wir, daß Wettbewerb zu niedrigeren Preisen (für Gesundheitsmärkte siehe Haas-Wilson (1990)) und zu höherer Qualität führt (Hayek (1978)). Andererseits ist die Regulierung des deutschen Gesundheitssy-

stems durch einen Zustand gekennzeichnet, in dem es keinen offenen, direkten Leistungswettbewerb zwischen den Anbietern (weder zwischen niedergelassenen Ärzten, zwischen Krankenhäusern noch zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern) gibt. Weder niedergelassene Ärzte noch Krankenhäuser führen eine detaillierte Statistik über Erfolge und Mißerfolge ihrer Tätigkeit. Es existieren nur unzureichende Rückkopplungsmechanismen zur Aufdeckung von Schwachstellen in der Versorgung. Trotzdem ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten durch die Krankenkassen und Leistungserbringer sicherzustellen (§ 70, Absatz 1, SGB V (1992)). Nachfrager wünschen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Diese Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist seit geraumer Zeit erkannt und anerkannt.

Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung werden Qualitätssicherungsprogramme diskutiert und erprobt. Wie der Ausdruck Qualitätssicherungsprogramm zu recht suggeriert, wird vor allem die Absicherung erreichbarer Qualität angestrebt. Die zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität verwendeten Ansätze sind einem Wandel unterworfen. Dies drückt sich auch in den verwendeten Ausdrücken aus. So spricht man in der angelsächsischen Literatur heute meist nicht mehr von Qualitätssicherung, sondern von Outcome Research (oder Efficiency-Research) und Total Quality Management. Trotzdem wird hier der etwas veraltete Ausdruck Qualitätssicherung gebraucht, da vornehmlich Handlungsoptionen für das deutsche Gesundheitssystem aufgezeigt werden sollen und der Ausdruck Qualitätssicherung Eingang in die deutsche Gesetzgebung gefunden hat.

Die Auffassung darüber, was Qualität ist, beeinflusst in beträchtlichem Maße die gesundheitspolitischen Empfehlungen. Exemplarisch werden hier vier verschiedene Begriffsbestimmungen vorgestellt: a) Qualität ist gemäß Donabedian (1968), S. 182 eine Entscheidung darüber, was eine gute und was eine schlechte Behandlung ist und beinhaltet somit ein Werturteil. b) Lohr (1990) (zitiert nach Iezzoni (1993), S. 112) definiert: 'Qualität der medizinischen Versorgung ist das Ausmaß, in dem medizinische Dienstleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit des Eintritts erwünschter Outcomes erhöht und umfaßt solche Art an medizinischer Versorgung, die mit dem gegenwärtigen medizinischen Wissen konsistent ist.' c) Nach Hauke (1991), S. 11 gibt es eine „pragmatische“ Definition von Qualität: Qualität sei die Differenz zwischen dem, was bei der Patientenbehandlung tatsächlich erreicht werden kann, zu dem, was tatsächlich erreicht worden ist. Qualität sei so gesehen ein Zielerreichungsgrad, je höher die Zielerreichung, desto höher ist die Qualität. d) Eichhorn (1991), S. 30 definiert Qualität als die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht und ist damit identisch mit der Definition von Qualität nach DIN.

Qualitätsbeurteilung besteht dann in der Erkennung, Feststellung und Erfassung einer Abweichung zwischen Soll- und Ist-Ausprägung.

Aus den ersten beiden Definitionen ergibt sich die Frage, wer die Entscheidung darüber, was eine gute und was eine schlechte Qualität der medizinischen Versorgung ist, treffen sollte. Im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen sind dies meist Leistungserbringer, doch in jüngster Zeit ist man bestrebt, auch Patienten in die Qualitätsmessung einzubinden (Hopkins (1993), Carson/Home/Massi-Benedetti/Piwernetz/Vaughan (1992), S. 145). Die letzten beiden Definitionen haben gemeinsam, daß es einen Standard gibt, mit dem der Ist-Zustand verglichen werden kann und dieser Standard ist gemäß der zweiten Definition durch das gegenwärtige medizinische Wissen gegeben. Diese Vorstellung mündete in der gesundheitspolitischen Empfehlung zur Aufstellung (meist) professioneller Standards und einer Abgleichung des Ist-Zustandes mit diesen Standards.

Ein weiteres Problem des Ausschlusses von Preisen als Selektionskriterium ist bei gegebenem Leistungsspektrum die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. So stieg in Deutschland der durchschnittliche Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung von 8,2 Prozent in den Jahren 1970-1975 auf 13,2 Prozent im Jahr 1994 an (Der Bundesminister für Gesundheit (1995), S. 298). Nach Dafürhalten von Gesundheitsökonomern (Neubauer (1988), Schulenburg (1988), Oberender (1988), S. 97, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994)) sind im deutschen Gesundheitswesen die ökonomischen Anreize für die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen falsch gesetzt. Ärzte verschreiben medizinische Behandlungen für Patienten, ohne daß Patienten direkt dafür zahlen. Patienten zahlen zwar indirekt über die Versicherungsbeiträge, doch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch den Einzelnen, bewirkt eine zu vernachlässigende Erhöhung der eigenen Versicherungsbeiträge. Aus diesem Grund erscheint eine Ausweitung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für den Patienten rational. Andererseits zahlen Krankenkassen, ohne über die Leistung zu bestimmen. Es hat den Anschein, daß die Krankenversicherten die gesetzlichen Krankenkassen in unzulänglicher Weise kontrollieren (können). Konsequenz dieser falschen Anreize sind die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen. Mehrere Reformen wurden durchgeführt, ohne jedoch die ökonomischen Anreize entscheidend zu ändern. Aus diesem Grund blieb das Problem steigender Ausgaben weiterhin auf der Tagesordnung.

Das Problem der Ausgabensteigerung ist in der Vergangenheit nicht nur in Deutschland aufgetreten. In einer Vielzahl von Ländern hat die "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen Reformen oder zumindest Reformbemühungen unterschiedlichster Art in Gang gesetzt. In den USA stiegen die Gesundheitsausgaben stärker als das Sozialprodukt, obwohl ein beträchtlicher Teil der Bevöl-