

Ökonomische Aspekte der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

18. Gesundheitspolitisches Symposium
der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

27./28. Oktober 2016 in Magdeburg

Prof. Dr. Holger Mühlenkamp

Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften Speyer
Lehrstuhl für öffentliche Betriebswirtschaftslehre

Aufbau

- 1. Einleitung**
- 2. Marktinterne Lösungen bei Informationsasymmetrien**
- 3. Markteingriffe/Regulierung bei Informationsasymmetrien**
- 4. Berücksichtigung der spezifischen Eigenschaften von Gesundheitsleistungen**
- 5. Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der informationsökonomischen Gütertypologie**
- 6. Vertrauenswürdigkeit von Informationsgebern aus Patientensicht**
- 7. Eignung ausgewählter Mechanismen/Instrumente zur Begegnung von Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen**

1. Einleitung

Die ökonomische Analyse nimmt regelmäßig das idealtypische Konstrukt des perfekt funktionierenden Marktes (“**vollständige Konkurrenz**”) als Ausgangspunkt.

Bei vollständiger Konkurrenz existieren

- a) (unendlich) viele Anbieter und Nachfrager und alle Marktteilnehmer (hier: Patienten) sind
- b) vollkommen über Preise und **Qualitäten** informiert,
- c) können kostenlos den Anbieter wechseln und
- d) ohne zeitliche Verzögerung reagieren.

Unter diesen Bedingungen hat kein Marktteilnehmer Marktmacht und die Anbieter sind “gezwungen”, Güter (hier: Gesundheitsleistungen) entsprechend den Präferenzen der Nachfrager (Patienten) anzubieten.

Tatsächlich sind diese Voraussetzungen regelmäßig nicht erfüllt, wobei im vorliegenden Kontext das Augenmerk auf **Informationen** (über Qualität) zu legen ist.

1. Einleitung (Forts.)

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen

- a) “**Informationsmängeln**” (allen Akteuren fehlen bestimmte Informationen) und
- b) “**Informationsasymmetrien**” (zwischen den Akteuren ungleich verteilte Informationen).

Informationsasymmetrien zwischen Anbietern (Leistungserbringern) und Nachfragern (Patienten) beeinträchtigen Marktergebnisse bzw. führen nicht zur optimalen Qualität. Als **optimale Qualität** ist die Qualität anzusehen, die ein Nachfrager/Patient wählen würde, wenn er

- a) voll über alle Produktmerkmale (Qualität) und deren Konsequenzen informiert wäre und
- b) die Kosten seiner Entscheidung in vollem Umfang zu tragen hätte.

Wie stark Marktergebnisse von ungleich verteilten Informationen gestört werden, hängt von

- a) den **Zielen** und den **intellektuell-kognitiven Fähigkeiten der Akteure** sowie
- b) den **Anreizen/institutionellen Rahmenbedingungen** ab.

“... *sophisticated buyers are consistently skeptical.*” (Milgrom 2008, S. 116)

2. Marktimmanente Lösungen bei Informationsasymmetrien

- a) **“Signaling”** (Informationsgabe durch die besser informierte Marktseite),
- Qualifikation, Konformitätszeichen, Gütesiegel
 - Garantie
 - Werbung
 - Preise
 - Reputation
- b) **“Screening”** (Informationsbeschaffung durch die schlechter informierte Marktseite) und
- c) **“Selbstwahl”** (Preisgabe von Informationen der besser informierten Seite durch Auswahlentscheidungen/Handlungen).

Wenigstens 1. und 2. setzen rationale Käufer (*“sophisticated buyers”*) voraus.

2. Marktimmanente Lösungen bei Informationsasymmetrien (Forts.)

d) **Ergebnisorientierte Entgeltsysteme** (“Leistungsbezahlung”) bei Delegationsbeziehungen (Prinzipal-Agent-Theorie)

Wesentliche Determinanten: Ergebnismessbarkeit/Überwachungskosten, Risiko(aversion)

Setzen unstrittige Mess-/Beobachtbarkeit der Ergebnisse bzw. aller Ergebniskomponenten (**Mehraufgabenproblematik**) voraus.

Ideal: Kopplung des Entgeltes des Leistungserbringers an die durch die Behandlung verursachte Veränderung des Gesundheitszustandes.

Anmerkung: Jedes Entgeltsystem induziert spezifische Anreize.

3. Markteingriffe/Regulierung bei Informationsasymmetrien

- a) **Informationspflichten**
- b) **(Qualitäts-)Standards** (Richtlinien/Prozeduren)
- c) **Zertifizierung**
- d) **(Nicht-)Zulassung**
- e) **Gewährleistung/Haftung**

4. Berücksichtigung der spezifischen Eigenschaften von Gesundheitsleistungen

a) **Dienstleistungsphasen** (Unterschied zu Gütern, deren Merkmale feststehen)

- 1) Potential/Struktur
- 2) Prozess
- 3) Ergebnis

b) **Qualitätsdimensionen** (wichtig für “sophisticated”)

- 1) “medizinisch-technische Qualität”
- 2) “interpersonelle Qualität”
- 3) “Annehmlichkeiten” (“Hotelleistungen”)

c) **Mitwirkung** (“Compliance”) und **Prädisposition** der Leistungsempfänger/Patienten (wichtig für Ergebnisbeurteilung/Kausalität)

5. Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der informationsökonomischen Gütertypologie

Informationsökonomische Gütertypologie

- a) **Inspektionsgüter** (Eigenschaften stehen vor Vertragsabschluss/Behandlungsbeginn fest und sind ex ante beobachtbar)
- b) **Erfahrungsgüter** (Eigenschaften sind nach Vertragsabschluss/Behandlungsbeginn feststellbar)
- c) **Vertrauensgüter** (Eigenschaften sind nach Vertragsabschluss/Behandlungsbeginn nicht oder nicht eindeutig feststellbar)

6. Vertrauenswürdigkeit von Informationsgebern aus Patientensicht

- a) **Anbieter(verbände)/Pharmaindustrie:** zweifelhaft
- b) **Gesetzgeber:** (zunehmend) zweifelhaft
- c) **Wissenschaft:** teilweise zweifelhaft
- d) **Krankenkassen:** wenig zweifelhaft
- e) **Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG),
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):** wenig zweifelhaft
- f) **Stiftung Warentest:** wenig zweifelhaft
- g) **Freundes-/Bekanntes-/Verwandtenkreis:** wenig zuverlässig (kleine Stichprobe, Subjektivität)

7. Eignung ausgewählter Mechanismen/Instrumente zur Begegnung von Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen

Standards/Richtlinien durch den gemeinsamen Bundesausschuss (§ 135 ff. SGB V)

- a) Nutzung der Fachkompetenz der Anbieter und der Krankenkassen, die – anders als einzelne Versicherte – ebenfalls Fachkompetenz aufbauen können.
- b) Herstellung eines Interessengleichgewichts zwischen Leistungserbringern und Versicherten/Patienten.

Zertifizierungen (§ 20 (2) Satz 2 u. § 137d (1), Satz 3 SGB V)

Glaubhaftigkeitsproblem verlagert sich nächsthöhere Stufe (infiniter Regress),

Nur für „very sophisticated buyers“,

7. Eignung ausgewählter Mechanismen/Instrumente zur Begegnung von Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen (Forts.)

Qualitätsberichte (§ 136 b (1), Satz 1, Nr. 3 SGB V)

Die meisten Informationen richten sich an „sophisticated buyers“.

Zudem sind die Informationen zu umfangreich. „*Reporting **too much information** ... leads to information overload, in which the buyer may fail to notice the most relevant information*“ (Milgrom, 128).

Es drohen Selektions- und Substitutionseffekte (s. Report cards in den USA).

Anreize/Sanktionen (Vergütungsabschläge, Information Dritter § 137 SGB V, Qualitätsverträge § 110a SGB V, qualitätsabhängige Vergütung § 136b (1), Nr. 5 SGB V)

„Mehraufgabenproblematik“, hohe Überwachungskosten

Quellen

- Donabedian, A. (1966), Evaluating the Quality of Medical Care, in: Milbank Memorial Fund, Vol. 44, S. 166-203.
- Donabedian, A. (1982), Approaches to the Assessment of Quality of Care, Vol. 1, Ann Arbor.
- Dranove u. a. (2003), Is More Information Better? The Effects of ‘Report Cards’ on Health Care Providers, in: Journal of Political Economy, Vol. 11, No. 3, S. 555-588.
- Dranove, D./Jin, G. Z. (2010), Quality Disclosure and Certification – Theory and Practice, in: Journal of Economic Literature, Vol. 48, No. 4, S. 935-963.
- Dwyer, D. S./Liu, H. (2013), The Impact of Consumer Health Information on the Demand for Health Services, in: Quarterly Review of Economics and Finance, Vol. 53, S. 1-11.
- Gaynor, M. (2006), What do we Know about Competition and Quality in Health Care Markets?, Working Paper 12301, National Bureau of Economic Research (NBER), Cambridge, June 2006, <http://www.nber.org/papers/w12301>.
- Milgrom, P. (2008), What the Seller Won’t Tell You: Persuasion and Disclosure in Markets, in: Journal of Economic Perspectives, Vol. 22, No. 2, S. 115-131.
- Mühlenkamp, H. (2006), Ökonomische Überlegungen zur Messung und Bewertung der Qualität von Gesundheitsleistungen, in: Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung, hrsg. von G. E. Braun und F. Schulz-Nieswandt, Baden-Baden.