

# **Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor - Optionen zur Ausgestaltung -**

## **Analyse**

## Executive Summary

Für die konkrete Ausgestaltung eines zukünftigen Qualitätswettbewerbs zwischen den Krankenhäusern werden verschiedene Konzepte vorgestellt und hinsichtlich ihrer Eigenschaften, Vor- und Nachteile analysiert.

Qualitätswettbewerb um Krankenkassen (Vertragswettbewerb):

- Ausschreibung nur nach Qualität
- Ausschreibung nach Preis und Qualität
- Ausschreibung mit Geboten der Krankenhäuser zur Qualität

Qualitätswettbewerb um die Kunden:

- Qualitäts-Auswahl durch die Patienten

### **Haftungsausschluss:**

Alle folgenden Aussagen geben lediglich die Meinung des Verfassers wieder. Eine Haftung für den Inhalt kann ausdrücklich nicht übernommen werden.

# Inhaltsverzeichnis

## 1. Einleitung

## 2. Qualitäts-Auswahl durch Krankenkassen

### 2.1 Auswahlverfahren

#### 2.1.1 Ausschreibung Qualität

#### 2.1.2 Ausschreibung Preis und Qualität

#### 2.1.3 Ausschreibung mit Geboten zur Qualität

##### 2.1.3.1 Gebote über die Höhe des Vergütungsabschlags

##### 2.1.3.2 Gebote über die Höhe abgestufter Vergütungsabschläge

##### 2.1.3.3 Gebote über den Schwellenwert für die Qualitätsparameter

##### 2.1.3.4 Gebote für Garantien

### 2.2 Verfahrensübergreifende Fragestellungen

#### 2.2.1 Mikrowirkungen im Krankenhaus

#### 2.2.2 Fristigkeit der Auswirkungen

#### 2.2.3 Qualitätsmaßstab

#### 2.2.4 Formelles Vergabeverfahren oder freie Verhandlungen

## 3. Qualitäts-Auswahl durch Patienten

### 3.1 Grundprinzip: Geld folgt Leistung

### 3.2 Konsequenzen für Wirtschaftlichkeitsreserven

### 3.3 Grundanforderung: Transparenz bzgl. Qualität

### 3.4 Wahl durch Patienten möglich?

## 4. Fazit

## **1. Einleitung**

Der zukünftige ordnungspolitische Rahmen für die deutschen Krankenhäuser ist eine der zentralen noch offenen Fragen für die weitere Gestaltung des Gesundheitswesens. Als Alternative zu – aus Qualitätssicht höchst problematischen – Konzepten eines reinen Preiswettbewerbs wird regelmäßig ein „Qualitätswettbewerb“ gefordert. Häufig bleibt jedoch im Unklaren, was genau man sich darunter vorzustellen hat.

Die folgende Analyse stellt verschiedene Optionen dar, wie ein Qualitätswettbewerb im Krankenhaussektor über das reine Schlagwort hinaus ausgestaltet werden könnte. Dabei sind zwei grundlegend unterschiedliche Konzeptionen von Wettbewerb möglich: Krankenhäuser können um Kassenverträge konkurrieren oder aber direkt um Patienten. Beide Varianten werden im folgenden mit ihren unterschiedlichen Gestaltungen und unterschiedlichen Auswirkungen auf die Qualität dargestellt – zuerst der Wettbewerb um Kassenverträge, dann der direkte Wettbewerb um Patienten.

## **2. Qualitäts-Auswahl durch Krankenkassen**

Zu Beginn werden verschiedene Verfahren dargestellt, wie in Ausschreibungen auf unterschiedliche Art und Weise die Qualität der Krankenhäuser durch die Kassen berücksichtigt werden kann. Im Anschluss werden einige übergreifende Probleme analysiert, die sich jeweils bei mehreren der genannten Auswahlverfahren stellen können.

### **2.1 Auswahlverfahren**

#### **2.1.1 Ausschreibung Qualität**

Im Rahmen eines Festpreismodells (bei einem einheitlichen Landes- oder Bundesbasisfallwert) kann die Qualität als einziges Entscheidungskriterium eines Vertragswettbewerbs herangezogen werden. Die Qualität der verschiedenen Krankenhäuser wird dabei nach einheitlichen Kriterien ermittelt und Verträge mit den Häusern geschlossen, welche die höchste Qualität aufweisen. Es handelt sich also um einen sog. „beauty contest“.

Die Qualitätsmessung muss dabei so erfolgen, dass mindestens eine Ordinalskala vorliegt. Wenn man davon ausgeht, dass verschiedene Qualitätsparameter herangezogen werden, stellt sich dabei das Problem, wie diese zu einem einheitlichen Qualitätsmaß aggregiert werden können.

Ein praktisches Problem von großer Tragweite für einen derartigen Qualitätswettbewerb im Festpreismodell liegt darin, dass vermutlich für viele Kassen die Qualitätsgewichtung ähnlich ausfällt. Damit würden die Gewinner des Vergabeverfahrens bei den verschiedenen Kassen dieselben sein. Dies überfordert aber die Kapazitäten, da Krankenhausleistungen nicht so einfach skalierbar sind wie z.B. die Produktion von Arzneimitteln oder Hilfsmitteln.

## **2.1.2 Ausschreibung Preis und Qualität**

Statt einer Vergabe ausschließlich nach Qualität ist auch eine parallele Berücksichtigung von Preis und Qualität in der Ausschreibung denkbar. Dabei ermöglicht eine höhere Qualität dem Krankenhaus, auch einen höheren Preis zu erzielen, während eine unterdurchschnittliche Qualität ein niedrigeres Preisangebot erfordert. Es wird also eine Qualitätsmessung vor dem Vergabeverfahren vorgenommen und anschließend mit einem qualitätsgewichteten Preis die Ausschreibung durchgeführt.

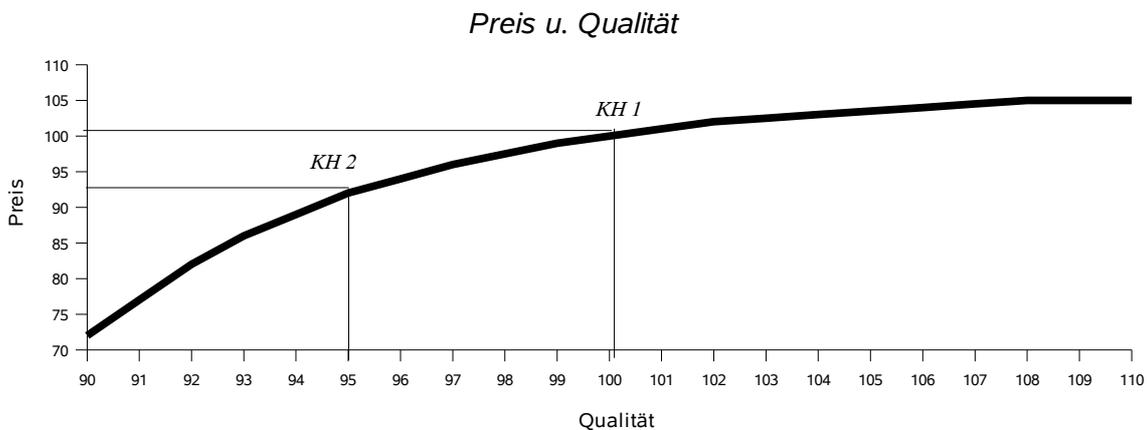
Hierzu benötigt man eine Transformationsfunktion, die den Trade-off zwischen Qualität und Preis aus Sicht der Krankenkasse wiedergibt. Die idealtypische Kurve einer Transformationsfunktion verläuft so, dass sie bei unterdurchschnittlicher Qualität relativ steil ausfällt, da eine deutlich geringere Qualität sehr schnell inakzeptabel und im Kassenwettbewerb nicht haltbar wird. Bei überdurchschnittlicher Qualität wird die Kurve deutlich flacher, da das Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV Grenzen der Finanzierung überdurchschnittlicher Qualität setzt. Eine solche Transformationsfunktion wird als Beispiel am Ende dieses Abschnitts vorgestellt.

Wenn die Qualitätsmessung vorliegt, ist die Durchführung des Verfahrens technisch relativ unkompliziert. Die Schwierigkeit liegt jedoch in der Qualitätsmessung selbst. Hier besteht ein großes Messproblem, da Daten auf einer Intervallskala (statt Ordinalskala bei 2.1.1) erfasst werden müssen.

Die Qualitätswirkung betrifft ebenso wie unter 2.1.1 die ex-ante Qualität vor Beginn der Vertragslaufzeit. Im Gegensatz zu einem Vertragswettbewerb lediglich auf Preisebene (der billigste Anbieter bekommt den Vertrag) entstehen weniger negative Auswirkungen des Wettbewerbs auf die Qualität, da sich auch Investitionen in Qualität für ein Krankenhaus lohnen können.

*Beispiel:*

*Als Transformationsfunktion zwischen Qualität und Preis hat die Kasse festgesetzt:*



*Krankenhaus 1 hat eine durchschnittliche Qualität (=100%), Krankenhaus 2 eine deutlich unterdurchschnittliche Qualität (hier 95%). Dann müsste Krankenhaus 2 einen Rabatt von mehr als 8% (= Preisniveau unter 92%) bieten, um ein Angebot von Krankenhaus 1 ohne Rabatt (Preisniveau 100%) zu unterbieten.*

### **2.1.3 Ausschreibung mit Geboten zur Qualität**

Die bisher genannten beiden Verfahren berücksichtigen die Qualität scheinbar objektiv. Qualitätsdaten werden erfasst und entweder allein oder zusammen mit Preisgeboten für die Auswahl der Vertragspartner herangezogen. Das ist jedoch nicht der einzige Weg, Qualität im Vergabeverfahren zu berücksichtigen.

Analog zur Preisausschreibung kommt auch eine „Qualitätsausschreibung“ in Betracht. Hier können die Krankenhäuser Angebote für bestimmte Zu- und Abschläge für Erreichen oder Verfehlen konkreter Qualitätsparameter abgeben; ebenso sind Angebote für Garantiefrieten denkbar.

Vorteile liegen in einer Verringerung der Messprobleme von Qualität, da nicht mehr möglichst objektiv die (vergangenheitsbezogene) Qualität erfasst werden muss. Stattdessen muss im Nachhinein festgestellt werden, welche Qualitätsparameter im abgelaufenen Vertragszeitraum wie erfüllt worden sind.

Damit sind zwei praktisch bedeutsame Vorteile verbunden:

- a) Ein evtl. Streit über die Qualitätsmessung wird vom eigentlichen Vergabeverfahren in die spätere Vertragsabwicklung verlagert. Damit sinkt das Risiko, dass derartige Streitpunkte im Rahmen einer vergaberechtlichen Nachprüfung die gesamte Ausschreibung zeitlich blockieren können.
- b) Die in der Praxis aufwändige Qualitätsmessung muss nicht mehr für alle Bewerber in der Ausschreibung vorgenommen werden sondern im Nachhinein nur für die Krankenhäuser, mit denen als Gewinner der Ausschreibung tatsächlich ein Vertrag abgeschlossen worden ist. Damit sinkt der Aufwand für die Qualitätsmessung auf ein Bruchteil des sonst nötigen.

Außerdem ist die Qualitätswirkung derartiger Verfahren nachhaltiger. Es wird nicht nur stichtagsbezogen (für die Zeit, die der Ausschreibung vorangeht) die Qualität berücksichtigt sondern es wird ein Anreiz für die Krankenhäuser gesetzt, kontinuierlich die Qualität zu sichern und zu steigern.

Umsetzungsprobleme liegen zum einen in der Messung der Qualitätsparameter. Soweit diese mit finanziellen Konsequenzen verknüpft sind, besteht ein gewisser Anreiz für nicht-wahrheitsgemäßes Berichten der Qualität. Zum andern können Probleme mit einer Selektion von Patienten entstehen, da je nach Gestaltung der Qualitätsparameter u.U. Fälle mit möglicherweise ungünstigen Auswirkungen auf die Qualitätsmessung aus finanziellen Gründen abgewiesen würden. Das betrifft vor allem Parameter der Ergebnisqualität, lässt sich jedoch teilweise durch eine Risikoadjustierung kompensieren.

Implizit liegt den verschiedenen Varianten zu Qualitätsgeboten ein Höchstpreissystem zu Grunde, mit allen damit grundsätzlichen verbundenen Nachteilen bis hin zu einem massiven Unterbietungswettbewerb. Im Gegensatz zu einem Höchstpreissystem auf Preisebene sind jedoch die negativen Qualitätswirkungen etwas abgeschwächt, da für die Krankenhäuser immer noch ein finanzielle Anreiz besteht, in Qualität zu investieren.

Im Einzelnen sind die folgenden Ausschreibungsvarianten für Gebote zur Qualität zu betrachten:

### **2.1.3.1 Gebote über die Höhe des Vergütungsabschlags**

Die ausschreibende Krankenkasse gibt bestimmte Qualitätsparameter vor sowie jeweils einen i.d.R. prozentualen Schwellenwert, der für die volle Vergütung zu erreichen ist. Das Krankenhaus gibt im Rahmen der Ausschreibung pro Parameter ein Angebot ab, wie hoch der Vergütungsabschlag ist, wenn es den jeweiligen Zielwert im Kalenderjahr nicht erreicht.

*Beispiel:*

*Krankenhäuser geben im Rahmen der Ausschreibung Angebote ab für den Abschlag, wenn ein bestimmter Qualitätsparameter nicht in mind. 90% der Fälle erreicht wird. Der Anbieter mit dem höchsten Abschlag gewinnt die Ausschreibung.*

### **2.1.3.2 Gebote über die Höhe abgestufter Vergütungsabschläge**

Das Problem bei 2.1.3.1 ist, dass nach Erreichen des Zielwerts keine weiteren Anreize für eine bessere Qualität mehr bestehen. Das kann ausgeglichen werden, indem nicht nur ein sondern mehrere Schwellenwerte pro Qualitätsparameter in die Ausschreibung aufgenommen werden. Wichtig hierbei ist eine Transparenz darüber, nach welchen Kriterien die verschiedenen Stufen der Schwellenwerte in der Vergabeentscheidung gewichtet werden.

*Beispiel:*

*Krankenhäuser geben im Rahmen der Ausschreibung Angebote ab für den Abschlag, wenn der Qualitätsparameter*

*- in weniger als 95% der Fälle erreicht wird,*

*- in weniger als 90% der Fälle erreicht wird.*

*(wobei der zweite Abschlag selbstverständlich höher ist)*

### **2.1.3.3 Gebote über den Schwellenwert für die Qualitätsparameter**

Diese Variante ist eine Umkehrung der beiden bisher genannten Ausschreibungen. Jetzt

wird der Vergütungsabschlag vorgegeben und die Krankenhäuser erstellen Angebote, ab welchem Qualitätsniveau sie die volle Vergütung ohne Abschlag erhalten.

*Beispiel:*

*Als Rechnungsabschlag wird von der Krankenkasse maximal 3% vorgegeben bei Zielverfehlung eines bestimmten Qualitätsparameters. Die Krankenhäuser bieten, welchen Wert der Parameter erreichen muss, um die volle Rechnung bezahlt zu bekommen:*

*KH 1 bietet*

<i>3% Abschlag</i>	<i>unter 90%</i>
<i>2 % Abschlag</i>	<i>90-95%</i>
<i>1 % Abschlag</i>	<i>95-98%</i>
<i>0% Abschlag</i>	<i>98-100%</i>

*KH 2 bietet*

<i>3% Abschlag</i>	<i>unter 80%</i>
<i>2 % Abschlag</i>	<i>80-85%</i>
<i>1 % Abschlag</i>	<i>85-90%</i>
<i>0% Abschlag</i>	<i>90-100%</i>

*Beim Vergleich mit den Angeboten der Konkurrenz wird das Haus mit den anspruchsvolleren Qualitätszielen ausgewählt (hier KH 1) .*

### **2.1.3.4 Gebote für Garantien**

Neben Geboten über Vergütungsabschläge sind auch Gebote über zusätzliche qualitätsrelevante Leistungen möglich: Garantien, wie sie teilweise bereits in Verträgen zur integrierten Versorgung praktiziert werden.

*Beispiel:*

*In einer Ausschreibung zur Endoprothetik können die Krankenhäuser Garantien für eine Prothesenlockerung anbieten. Die Krankenhäuser können unterschiedliche Garantiefristen bieten, ggf. auch einen unterschiedlichen Garantieumfang (Garantie*

*nur für den akutstationären Aufwand der Re-Operation oder aber zusätzlich für weitere mit der Re-Operation für die Kasse verbundenen Kosten). Das Krankenhaus, das eine Garantie von 10 Jahren anbietet, gewinnt gegen das Krankenhaus, das 7 Jahre Garantie bietet.*

## **2.2 Verfahrensübergreifende Fragestellungen**

### **2.2.1 Mikrowirkungen im Krankenhaus**

Ein Qualitätswettbewerb kann Anreize setzen, laufend die Qualität der Leistungserbringung im Krankenhaus zu verbessern. Allerdings wird die Qualität der medizinischen Leistungen im Tagesgeschäft nicht primär von denjenigen Personen aus der Geschäftsführung beeinflusst, die einen entsprechenden Vertrag mit den Kassen schließen, sondern von den zahlreichen Ärzten des Hauses. Hier ist für den rechtlichen Rahmen eines Qualitätswettbewerbs ein wesentlicher Effekt zu beachten:

Ein Krankenhaus wird i.d.R. mit zahlreichen Krankenkassen Verträge schließen. Wenn diese jeweils völlig unterschiedliche Qualitätsziele und -parameter enthalten, werden im Ergebnis wenig Steuerungsanreize zu einer Qualitätsverbesserung bei den Ärzten und damit bei den Patienten ankommen.

*Beispiel:*

*Wenn die behandelnden Ärzte bei Kasse 1 auf die Qualitätsparameter A und B achten müssen, bei Kasse 2 auf die Parameter B, D und E und bei Kasse 3 auf die Parameter A und F, dann werden am Ende kaum Steuerungswirkungen für die medizinische Arbeit resultieren – wenn man zu viele Prioritäten hat, hat man am Ende gar keine Prioritäten mehr.*

Um auf der Mikroebene im Krankenhaus eine optimale Wirkung von Anreizen zur Qualitätsverbesserung zu erzielen, sind daher kassenübergreifend einheitliche Qualitätskriterien zu bevorzugen, die ggf. von den Kassen im Vergabeverfahren lediglich unterschiedlich gewichtet werden.

## **2.2.2 Fristigkeit der Auswirkungen**

Für die Beurteilung von Modellen des Qualitätswettbewerbs muss zwischen kurzfristigen und langfristigen Auswirkungen unterschieden werden. Kurzfristig ist das Ziel dominant, Anbieter mit hoher Qualität für die eigenen Kassenmitglieder auszuwählen. Langfristig ist als Ziel aber mindestens genauso wichtig, einen Anreiz zur weiteren Qualitätsverbesserung der Leistungsanbieter zu setzen. Daher ist es wichtig, die Vergabeverfahren so zu gestalten, dass die kurzfristigen Auswahlziele einer längerfristigen Qualitätsverbesserung nicht zuwider laufen.

## **2.2.3 Qualitätsmaßstab**

In den bisherigen Ausführungen wurde der Qualitätsbegriff stillschweigend vorausgesetzt. Jedoch sind von der Ausrichtung her sehr unterschiedliche Qualitätsbegriffe möglich. Einerseits kann sich die Qualität primär am Vorteil für die Patienten orientieren – Lebensdauer, Lebensqualität, etc. Andererseits ist auch eine Orientierung an der langfristigen Reduzierung der Krankheitskosten denkbar, die sich im Ergebnis nur teilweise mit einer patientenorientierten Qualität deckt. Bei dem sich auch aus demographischen Gründen verstärkenden Kostendruck auf die gesetzlichen Krankenkassen besteht die Gefahr, dass aus schierem Überlebenskampf der Kassen eine derartige primär finanzielle Qualitätsausrichtung an Einfluss gewinnt, soweit nicht die gesetzlichen Rahmenvorgaben für einen Qualitätswettbewerb ausdrücklich etwas anderes fordern.

## **2.2.4 Formelles Vergabeverfahren oder freie Verhandlungen**

Die verschiedenen o.g. Verfahren gingen implizit von Ausschreibungen aus, ggf. mit vorgeschaltetem Verfahren zur Ermittlung der Qualität. Neben solchen formellen Vergabeverfahren wäre auch die Vertragsvergabe über freie Verhandlungen mit den Krankenkassen denkbar.

Mit relativ intransparenten Einzelverhandlungen sind jedoch mehrere gravierende Nachteile verbunden:

- Die Qualitätskriterien sind nicht klar und damit die Steuerungswirkungen im Krankenhaus stark reduziert.

- Ein Missbrauch von marktbeherrschender Stellung sehr großer Krankenkassen ist kaum aufzudecken und damit zu verhindern.
- Ein solches Vorgehen ist korruptionsanfällig.

### **3. Qualitäts-Auswahl durch Patienten**

Die bisher vorgestellten Konzepte beruhen alle darauf, dass Krankenhäuser miteinander darum konkurrieren, wer den Vertragsabschluss mit Krankenkassen bekommt. Daneben ist auch ein Qualitätswettbewerb denkbar, bei dem die Krankenhäuser direkt um die Patienten konkurrieren. Einen derartigen Wettbewerb gibt es im Grundsatz bereits heute. Patienten bevorzugen Krankenhäuser, mit höherer wahrgenommener Qualität. Jedoch beschränkt der ordnungspolitische Rahmen und die vergleichsweise geringe Qualitätstransparenz bisher den Krankenhauswettbewerb.

#### **3.1 Grundprinzip: Geld folgt Leistung**

Der im Krankenhaussektor seit Jahrzehnten gesetzlich verankerte Erlösausgleich wirkt als starke Bremse für einen patientenbezogenen Qualitätswettbewerb, da das Geld nicht der Leistung folgt. Nachdem der Mindererlösausgleich zwischenzeitlich durch die Absenkung der Ausgleichssätze große Teile seiner früheren Bedeutung verloren hat, bleibt als Haupthindernis der Mehrerlösausgleich. Dieser reduziert massiv den wirtschaftlichen Anreiz für Qualitätsverbesserungen, da er Leistungsausweitungen durch vermehrten Patientenzulauf in guten Krankenhäusern eher bestraft als belohnt.

Um dieses Hindernis zu beseitigen, könnten die Mehr- und Mindererlösausgleiche differenzierter berechnet werden. Die Erlösänderungen, die auf Patientenwanderungen zwischen den verschiedenen Krankenhäusern beruhen, verblieben ohne Ausgleich voll zu Gunsten respektive zu Lasten der Krankenhäuser. Lediglich Erlösänderungen, welche insgesamt aus Mehr- oder Minderleistungen im regionalen Krankenhausmarkt entstehen, wären den Erlösausgleichssätzen zu unterwerfen. Zu diesem Zweck müssten die Entwicklungen der Krankenhauserlöse regional in Versorgungsregionen erfasst und analysiert werden, um Erlösänderungen durch Wanderungsbewegungen von sonstigen Erlösänderungen zu trennen, entweder insgesamt oder nach Fachabteilungen.

### **3.2 Konsequenzen für Wirtschaftlichkeitsreserven**

Wenn man durch eine Anpassung der Ausgleichsregelungen bessere Anreize für Qualitätsverbesserungen in der Krankenhausversorgung setzt, reduziert das die Möglichkeit, „Wirtschaftlichkeitsreserven“ der Krankenhäuser zu Gunsten der Kassen und damit aller Beitragszahler zu nutzen, die durch die Fixkostendegression bei Leistungsausweitungen möglich wären.

Allerdings ist ohne wirtschaftlichen Anreiz eine nachhaltige Qualitätsverbesserung schwer zu erreichen. Der Versuch, zur Stabilisierung der Kassenfinanzen möglichst alle Gewinnmöglichkeiten von Krankenhäusern abzuschöpfen, behindert insofern einen Qualitätswettbewerb. Nur ein Finanzierungssystem, das die Gewinne durch die Leistungsausweitung in qualitativ guten Krankenhäusern zumindest auch teilweise dort belässt, wird nachhaltig aus eigenem Antrieb der Krankenhäuser eine Qualitätssteigerung bewirken.

### **3.3 Grundanforderung: Transparenz bzgl. Qualität**

Für einen funktionierenden Wettbewerb gibt es eine grundsätzliche Anforderung: Transparenz über die Qualität der Dienstleistungen. Nur wenn die Öffentlichkeit über die relevanten Qualitätsinformationen verfügt, wird ein voller Qualitätswettbewerb zum Tragen kommen. Damit müsste der Umfang der von den Krankenhäusern zu veröffentlichenden Qualitätsdaten massiv erweitert werden.

Dabei sind vor allem zwei Schwierigkeiten zu überwinden. Zum einen muss die Qualitätsmessung und -berichterstattung wahrheitsgemäß erfolgen, auch soweit es unterdurchschnittliche Qualität betrifft. Zum anderen müssen die Qualitätsparameter, soweit sie sich auf die Ergebnisqualität beziehen, risikoadjustiert werden, damit nicht Krankenhäuser mit überdurchschnittlich viel schweren Fällen wirtschaftlich durch Patientenabwanderung bestraft werden.

### **3.4 Wahl durch Patienten möglich?**

Eine Schlüsselfrage für einen patientenorientierten Wettbewerb verbleibt: Haben die Patienten überhaupt die Fähigkeit zum Vergleich? Können sie die z.T. komplexen Infor-

mationen richtig einordnen?

Die Patienten stehen hier nicht allein da. Die einweisenden Ärzte, die wesentlich die Krankenhauswahlentscheidung der Patienten beeinflussen, sind fachlich durchaus in der Lage, auch sehr differenzierte Qualitätsinformationen der Krankenhäuser zu bewerten. Daneben können auch Dienstleister für Qualitätsvergleiche von Krankenhäusern die Auswertung und Aufbereitung der zu veröffentlichenden Qualitätsdaten übernehmen, sei es als Druckerzeugnis oder im Internet.

#### **4. Fazit**

Bei einer kassenzentrierten Vergabe im Qualitätswettbewerb überwiegen die praktischen Vorteile für eine Qualitätsausschreibung sowohl hinsichtlich der Rechtssicherheit des Verfahrens als auch des Aufwands für die Qualitätsmessung. Allerdings impliziert ein solches Verfahren ein Höchstpreismodell, das dem Krankensektor vermutlich kurz- bis mittelfristig Finanzmittel entziehen würde.

Für einen patientenzentrierten Qualitätswettbewerb spricht, dass die Vorstellungen und Präferenzen der Patienten im Wettbewerb entscheidend sind und nicht die Qualitätsvorstellungen von Krankenkassen oder Politik. Jedoch ist von einem derartigen Wettbewerbsmodell keine Einsparung von Geldmitteln in der stationären Versorgung zu erwarten.

Berlin, Oktober 2007

Dipl. Kfm. Arndt Regorz

## Literatur:

Felt-Lisk, S., Laschober, M.: „Pay for Performance: Are Hospitals Ready and Willing?“ in Mathematica Issue Brief November 2006, Princeton

Hahn, J.: „Pay-for-Performance in Health Care - CRS Report for Congress“, Washington D.C., 2006

Happich, M.: „Die Bewertung von Gesundheit“, Frankfurt, 2003

Hoffmann, T.: „Kosten-Nutzwert-Analyse zur Unterstützung medizinischer Entscheidungsprobleme“ in Eisenführ/Langer/Weber (Hrsg.) „Fallstudien zu rationalem Entscheiden“, Berlin, 2001

kaisernetwork.org.: „Pay for Performance: Taking Healthcare Quality Improvement to the Next Level“ (roundtable transcript), 2005

Kuhn, H.: „Pay-for-Performance Initiatives“ (Testimony Senate Committee of Finance), Washington D.C., 2005

Mahon, M.: „Health Care Leaders: Pay-for-Performance Most Effective Way to Reduce Health Care Costs“; New York, 2005

Pawlson, L.G.: „Pay for Performance: Two Critical Steps Needed to Achieve a Successful Program“ in „The American Journal of Managed Care“; November 2004

Presseservice Gesundheit vom 28.09.2005: „Stationäre Versorgung wird für den Patienten vergleichbar“

Regorz, A.: „Risiko-orientierte Checkliste integrierte Versorgung“, Berlin, 2005

Regorz, A.: "Wettbewerb für elektive Krankenhausleistungen: Konsequenzen am Beispiel des AOK-Konzepts 'Elektiv wird selektiv'", Berlin, 2007

Rosenthal, M. B.: „Examining Pay-for-Performance Measures and Other Trends in Employer-Sponsored Health Care“, New York, 2005

Rosenthal, M. B.: „Pay-for-Performance in Health Care: Trends and Impact on Quality of Care“, Harvard, 2006

Roth, B.: „Lösungsverfahren für mehrkriterielle Entscheidungsprobleme“, Frankfurt, 1998

Sautter, K.M., Bokhour, B.G. et.al.: „The early experience of a hospital-based pay-for-performance program“ in „Journal of Healthcare Management“, März 2007

Scott, I.A.: „Pay for performance in health care: strategic issues for Australian experiments“ in „The Medical Journal of Australia“, 2007; 187 (1): 31-35

von der Schulenburg, J-M. „Qualitäts- und Nutzenbewertung aus ökonomischer Sicht“ in in Knabner/Wille (Hrsg.) „Qualität und Nutzen medizinischer Leistungen“, Frankfurt, 2007

Wille, E.: „Die GKV zwischen staatlicher Steuerung, korporativer Koordination und Marktelementen“ in Knabner/Wille (Hrsg.) „Qualität und Nutzen medizinischer Leistungen“, Frankfurt, 2007