

Vorwort der Herausgeber

Wie muss man das Gesundheitssystem verändern, um Patientenbedürfnisse besser zu berücksichtigen? Dieser Frage geht die vorliegende Arbeit nach und kommt zu dem Ergebnis: Indem man den Krankenkassen mehr Vertragsfreiheit gibt. Das schafft bessere Möglichkeiten, individuelle Patientenbedürfnisse zu berücksichtigen und eine höhere Wettbewerbsintensität zwischen den Krankenkassen, die sich durch unterschiedliche Versorgungskonzepte deutlicher voneinander unterscheiden können. Mehr Vertragsfreiheit bedeutet auch mehr Verantwortung für die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung und setzt einen spürbaren Anreiz, die Suche nach der besseren Lösung zu intensivieren.

Aktuell sind die Beziehungen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Ärzten hauptsächlich durch ein Kollektivvertragssystem geprägt. Hauptakteure sind die Verbände auf beiden Seiten. Sie schließen Versorgungsverträge und Honorarvereinbarungen, deren Gültigkeit sich auf alle Verbandsmitglieder erstrecken, d. h. auf jede einzelne Krankenkasse und jeden einzelnen Arzt. Daneben gibt es in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein begrenztes Feld, welches durch selektive Verträge geprägt ist, hauptsächlich im Bereich der Integrierten Versorgung nach den §§ 140a ff. SGB V.

Mehr Vertragsfreiheit bedeutet, dass sich eine Krankenkasse vermehrt in direkte Beziehungen mit einzelnen Leistungserbringern oder deren Zusammenschlüssen einbezieht und nicht mehr die jeweiligen Verbände agieren. Wie lassen sich solche Austauschbeziehungen von einer Krankenkasse im Kontext des selektiven Kontrahierens derart steuern, dass ein Vorteil für alle Beteiligten daraus erwächst?

Um diese Frage zu beantworten, nimmt der Autor zunächst eine systematische Analyse der Interaktionen aller an einem selektiven Versorgungsvertrag beteiligten Akteuren vor. Neben Krankenkassen und Leistungserbringern werden dabei auch die Versicherten bzw. Patienten explizit mit in die Analyse einbezogen. Die vielfältigen Beziehungen zwischen den Beteiligten sind geprägt durch

- strukturelle Informations- und Anreizprobleme,
- gemeinsame und konfligierende Interessen der Akteure sowie
- Interdependenzen im Verhalten der Akteure.

In der Wissenschaft spricht man bei solchen komplexen Geflechten von Dilemmastrukturen. Eine Dilemmastruktur ist eine Situation, in der

Interessenkonflikte die Realisierung der gemeinsamen Interessen der Interaktionspartner und damit die Generierung von Kooperationsgewinnen verhindert. Die Untersuchung erfolgt unter Anwendung des aus der Spieltheorie abgeleiteten interaktionsökonomischen Konzepts der Dilemmastrukturen, das Verhaltensweisen einzelner Akteure auf die Situationen und Rahmenbedingungen zurückführt, unter denen diese Interaktionen ablaufen.

Die Spieltheorie geht davon aus, dass Akteure nur dann erfolgreich handeln können, wenn sie die Reaktion eines Interaktionspartners auf das eigene Agieren antizipieren und mit einkalkulieren. Hieraus leitet der Autor die Schlussfolgerung ab, dass sich eine Krankenkasse entsprechend intensiv mit den Interessen und Motiven von medizinischen Leistungserbringern auseinandersetzen muss. Ziel ist es, präferierte Leistungserbringer zu einer für beide Seiten gewinnbringenden Kooperation zu motivieren. Damit dies gelingen kann, muss die Krankenkasse ihrem Vertragspartner etwas anbieten können, was für diesen einen Nutzen stiftet. Im Kontext des selektiven Kontrahierens erfüllt eine Krankenkasse nicht nur gegenüber ihren Versicherten, sondern auch gegenüber den Leistungserbringern eine Dienstleistungsfunktion.

Kann man sich das deutsche Gesundheitswesen ohne Krankenkassen vorstellen? – Der Autor kann, denn er geht bei seiner Untersuchung der Austauschbeziehungen zwischen Arzt und Patient von dieser Prämisse aus. Mit dieser Vorgehensweise kann er verdeutlichen, welchen Nutzen die Existenz einer Krankenkasse für Ärzte und Patienten hat. Sie übernimmt demnach die Rolle eines Vermittlers zwischen Ärzten und Patienten und kann in dieser Funktion Informations- und Anreizprobleme in der Arzt-Patientenbeziehung lösen.

Krankenkassen stehen grundsätzlich zwei Problemlösungsstrategien zur Verfügung, um das Verhalten von Ärzten und anderen Leistungserbringern zu beeinflussen: monetäre und nicht-monetäre Anreize. In der Diskussion monetärer Anreize für Leistungserbringer konzentriert sich der Autor auf das Konzept der erfolgsabhängigen Vergütung (Pay for Performance). Bei der kritischen Frage, was ein Erfolg in der Gesundheitsversorgung ist und wie dieser gemessen werden kann, plädiert er eindringlich dafür, die Prinzipien und Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin zu berücksichtigen. Der Autor präferiert patientenrelevante Endpunkte als Erfolgskriterium.

Bei der Frage, wann eine Qualitätsverbesserung honoriert werden soll (absolute vs. relative Veränderung), plädiert der Autor für eine integrierte Sichtweise: Die rationalen Kriterien für die erfolgsabhängige Vergütung, die auf der Grundlage

von versicherungsökonomischen Berechnungen aus der evidenzbasierten Medizin über patientenrelevante Endpunkte entwickelt werden, müssen auch im Praxisalltag von Ärzten angewandt und von Patienten verstanden werden.

Für nicht-monetäre Anreize stehen im Gesundheitswesen nach Auffassung des Autors drei Optionen zur Verfügung:

- Gesundheitsbildung,
- Markenbildung und
- Qualitätstransparenz.

Besondere Aufmerksamkeit schenkt der Autor dem Thema Gesundheitsbildung, durch die Patienten in die Lage versetzt werden sollen, als mündige Verbraucher im Gesundheitswesen informierte und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Hier zeigt sich der Vorzug des Ansatzes dieser Arbeit, die Beziehungen zwischen den Akteuren als Dilemma zu begreifen: Einerseits kann gezeigt werden, welche Vorteile der Arzt von gesundheitskompetenten Patienten haben kann, andererseits wird der informierte Patient auch eine Kontrollfunktion gegenüber seinem Arzt qualifiziert wahrnehmen können. Gesundheitsbildung und partizipative Entscheidungsfindung (shared decision-making) sieht der Autor wiederum in einem Zusammenhang mit der erfolgsabhängigen Vergütung. Denn: Patienten beeinflussen das Verhalten von Ärzten und die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung. Je gesundheitskompetenter die Patienten – so die These des Autors – desto positiver ist deren Effekt auf das Ergebnis.

Auch wenn in der vorliegenden Dissertation von idealtypischen Modellannahmen ausgegangen wird, so gelingt es dem Autor dennoch, durch zahlreiche Verweise auf Praxis-Beispiele die grundsätzliche Relevanz seiner Arbeit für die GKV aufzuzeigen.

Prof. Dr. rer. oec. Norbert Klusen
Dr. phil. Andreas Meusch