

Damit ist ein Verfahren beschrieben, das letztlich in die Formulierung einer gemeinsamen Gesamtpolitik münden soll. Es ist derzeit jedoch kaum mit den korporatistischen Traditionen und Strukturen des deutschen Modells der Krankenversicherung und -versorgung vereinbar, verlangt also primär nicht die Anwendung entsprechender Methoden, sondern vor allem die Schaffung der rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen. Diese folgen einer Kernabsicht, nämlich der Schaffung eines Europas unter der Zielvision einer weitgehend liberalisierten und allein vom Wettbewerb gesteuerten Wirtschafts- und Finanzpolitik, die dann möglichst nicht durch nationale Regelungen für die Sozial- und Gesundheitspolitik und ihrer jeweiligen Ziele begrenzt werden soll.

7.7 Managed Competition



Gesundheitsversorgung, speziell medizinische Versorgung, kann gängigen Markt- und Wettbewerbskonzepten nicht oder nur sehr eingeschränkt unterworfen werden, wenn der Zugang zur Hilfeleistung unabhängig von der individuellen Kaufkraft und von wirtschaftlichen Risikoselektionsinteressen der Versicherungs- und der Versorgungsanbieter sein soll (Wettbewerbsversagen).

Das Konzept eines „Managed Competition“ (Enthoven 1978, 1988, 1993) ist eine besonders einflussreiche Variante der Versuche, das Wettbewerbsversagen aufzulösen, hat aber die Debatten um die Zukunft der Gesundheitsversorgung zugleich auch erheblich polarisiert.

Die Ziele des Konzeptbegründers A. Enthoven sind unter den Bedingungen der USA einzuordnen. In der dort seit 1906 anhaltenden Diskussion um die immer wieder gescheiterte Einführung einer Nationalen Krankenversicherung beabsichtigt Enthoven die Verknüpfung einer privatrechtlich konstruierten Krankenversicherung mit einer allgemeinen Versicherungspflicht.

„This concept is a market-based policy of controlled competition among insurance carriers. It calls for the establishment of giant Health Insurance Purchasing Cooperatives (HIPCs) in every region. Its role is to bargain and coordinate the coverage of health care. Made up of employers and individual consumers, these HIPCs are given the leverage and the purchasing power, thus, ensuring the mechanisms of a robust competition among health care plans. It provides incentives for the insurance companies, as well as physicians and other health care providers, to enhance quality, widen access, manage costs and increase benefits. (Zeman, 1993)

Da Länder wie Großbritannien, Niederlande (siehe z. B. Bartelsmann 1997) oder Deutschland längst über einen allgemeinen Krankenversicherungsschutz verfügen, diesen also nicht mehr erreichen müssen, zielt der Versuch einer Konzeptübertragung z. B. auf diese Länder, allein auf die Einführung seiner marktwirtschaftlichen Prinzipien. In den USA zielt das Konzept hingegen auf die Überwindung der Nachteile eben dieses privatrechtlichen Versicherungsschutzes, also auf die Überwindung:

- des Problems der Unter- und Nichtversicherung,
- der Unzufriedenheit großer Bevölkerungsteile (vor allem in den sozialen Mittelschichten) mit der mangelnden Zugänglichkeit medizinischer Versorgung und
- der erheblichen makroökonomischen Ineffektivität des Versorgungssystems.

Angesichts der Unterschiedlichkeit der Motive und der Ausgangsbedingungen ist die sehr kontroverse Debatte um das *Managed Competition* (Goodmann 1994) unmittelbar verständlich.

Der Konflikt fokussiert die Frage, ob jeweils marktwirtschaftlichen, steuerfinanzierten oder korporatistischen Systemen die Zukunft gehört, bzw. ob in Gestalt eines „Wettbewerbskorporatismus“ (Gerlinger 2002) solche Systeme auch integriert werden können. Der Höhepunkt

der politischen Diskussion um diese Frage lag in den 1990er Jahren, als es massive Privatisierungsversuche des britischen NHS gab und auch in den Niederlanden eine analoge Debatte geführt wurde. Der Weg in diese Richtung wurde 1994 auch in Deutschland geebnet und wird seitdem konsequent verfolgt (z. B. *Gesundheitsstrukturgesetz 1992*, *Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2004*, *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007*).

Nach seinem Entwickler handelt es sich beim *Managed Competition* um das Modell eines Käufermarktes, das durch bestimmte Wettbewerbsregeln für die Versicherten und die Arbeitgeber als den typischen Käufern von Versicherungen, attraktiv gemacht wird. Die kritische Auseinandersetzung mit und um dieses Konzept gehört zu den wichtigsten gesundheitswissenschaftlichen Kontroversen der jüngeren Vergangenheit und der Gegenwart (z. B. Behrens, Braun, Morone, Stone 1996, Evens 1997). Zu den expliziten Zielen gehört nach Enthoven die Beförderung der als typisch apostrophierten amerikanischen Präferenzen, nämlich

- Pluralismus,
- individuelle Wahlfreiheit und
- Ablehnung kollektiver sozialer Verantwortungen.

Es geht hierbei also ausdrücklich um die Umsetzung eines spezifischen politischen Wertgefüges. Zentral ist die Einführung eines Vertreters der Versicherteninteressen, den Enthoven ‚Sponsor‘ nennt. Dieser soll sicherstellen, dass der Versuchung von Versicherungen an der Vermeidung von Preiswettbewerben beständig entgegengewirkt wird. Dem Sponsor ist die Aufsicht über folgende Entscheidungen und Mechanismen mit entsprechenden Kontrollrechten und -pflichten zugewiesen:

- die Definition eines Basis-Leistungspakets, das von den Versicherungsträgern nur nach oben erweitert werden kann (Grundversicherung, ergänzt durch die Definition von Mindeststandards zur Vermeidung von Unterversorgung),

- die selektive Auswahl der Versorgungsanbieter durch die Versicherungsträger,
- die Überwachung der Versorgungsqualität und -quantität durch den Versicherungsträger,
- die experimentelle Suche nach immer wieder neuen Vergütungsformen,
- das Recht der Versicherten, den Versicherungsträger zu wechseln,
- die Existenz unterschiedlicher Zuzahlungsregelungen zur Vermeidung eines vermuteten *Moral Hazard* und
- der Kontrahierungszwang und das Diskriminierungsverbot der Versicherten durch die Versicherungsträger.

Der Beitragseinzug soll danach durch den Sponsor erfolgen. Dieser verteilt die Mittel entsprechend dem Mix der Risikoprofile der Versicherten auf die Kostenträger (der dadurch installierte Risikostrukturausgleich soll garantieren, dass Wettbewerb nur über den Preis, die Qualität und den Umfang der Leistungen stattfindet). Es ist außerdem die jährliche Einschreibung der Versicherten beim Sponsor zur Vermeidung von Risikoselektion vorgesehen. Während Enthoven ursprünglich den Staat als Sponsor zuließ, wird dieser im aktuellen Konzept strikt zurückgewiesen.

Obwohl nicht mit dem *Managed Care* identisch, sieht Enthoven im *Managed Competition* eine der wichtigsten Voraussetzungen des *Managed Care*.

Erfahrungen mit partiellen Umsetzungen in den USA, Großbritannien, Australien und in den Niederlanden (die neueren Erfahrungen seit dem Systemwechsel 2006 sind noch nicht bewertbar) zeigen eher große Probleme. Die Unzufriedenheit der Versicherten ist eines hiervon, da sie nicht an Wahlfreiheit gewinnen, sondern von den (wechselnden) Interessen des Sponsors abhängig werden, also z. B. vom Staat, wenn dieser die Versicherungsbeiträge festlegt, einzieht und verteilt. Die Versicherten sind zudem kaum in der Lage, den unübersichtlicher werdenden

Markt zu überschauen. Es gelingt dem Sponsor auch kaum, den erzeugten Markt wirksam, d. h. im Interesse der Versicherten und der Patienten zu regulieren. Die massive Unzufriedenheit der Versicherten wie der Leistungserbringer steht relativ geschlossen der relativ positiven Antizipation des Managed Competition durch Teile der Politik und durch die Eigentümer entsprechender Versorgungseinrichtungen gegenüber.

7.8 Managed Care



Unter Managed Care wird ein Typus von Organisations- und Managementkonzepten zusammengefasst, der, je nach Modell, auf sehr unterschiedliche Weise die Wirtschaftsrisiken der Versicherung und der Ausführung von Gesundheitsdienstleistungen in einer Hand zusammenführt.

Managed Care ist die wichtigste Veränderung im Management der Gesundheitsversorgung in den letzten 30 Jahren und für die Versorgungsqualität, die Versichertenzufriedenheit und das Berufsverständnis der Leistungserbringer sehr implikationsreich.

Da das *Managed Care* vor dem Hintergrund der USA-Erfahrungen weltweit und auch intensiv als Alternative zur heutigen GKV diskutiert wird, soll es nachfolgend auch am Beispiel USA skizziert werden (siehe hierzu Niehoff 2006b).

Eines der wichtigsten Argumente in der Diskussion um das Marktversagen im Falle medizinischer Versorgung geht auf die sog. *anbieter-induzierte Nachfragesteuerung* zurück (Roemer's Law). Dieses Marktversagen ist der Ausgangspunkt für das *Managed Care*. Ihm ist auch die Beobachtung intendiert, dass die Übertragung von medizinischen Entscheidungskompetenzen, die zugleich mit finanziellen Gewinnerwartungen der Leistungsanbieter/-erbringer verbunden sind

- einen Anreiz zur Ausweitung unnötiger Leistungen setzt,

- Abrechnungen gemäß dem „Möglichen“ und auch falsche Abrechnungen induziert und
- seitens des Leistungsanbieters zu mangelndem Interesse an der Gesundheit der Patienten führen kann.

Hieraus folgt wiederum die Überlegung, der Leistungsanbieter müsse die negativen Konsequenzen seiner Entscheidungen durch die gleichzeitige Übertragung von fachlicher Verantwortung *und* wirtschaftlichem Risiko unmittelbar erleben. Es soll so vermieden werden, dass sich der Leistungsanbieter im Falle öffentlich finanzierter Leistungen gegen das Gemeininteresse eines rationalen Umgangs mit den verfügbaren finanziellen Ressourcen verhält. Freigestellt vom Wettbewerb und einer öffentlich kontrollierbaren Verpflichtungen zu einem dem Gemeinwohl dienlichen Verhalten, führe die Trennung von Dienstleistung und Wirtschaftsrisiko ansonsten zu einer Ausgabenspirale, die ohne strikte Kontrolle und Überwachung zur Systemvernichtung führen müsse (Moral Hazard der Leistungsanbieter und -erbringer).

Das *Managed Care* soll solche Kostenspiralen durch die Übertragung der Leistungs- und Finanzierungsverantwortung in eine Hand nicht nur unterbrechen, sondern auch umkehren. Zu diesem Zweck wird die typische Trennung von Leistungskäufer (Versicherung, Arbeitgeber, Staat, Einzelperson) und Leistungsanbieter (z. B. Dienstleistungserbringer, Krankenhaus, integrierte Versorgungsunternehmen mit angestelltem ärztlichen und pflegerischen Personal) – der sog. *purchaser-provider-split* – aufgehoben.

Die hieraus resultierende konkrete Steuerungswirklichkeit hängt dann davon ab, ob ein solches *Managed-Care-Unternehmen* als „non-profit-managed-care-organization“ (gemeinnützige oder staatliche Einrichtung) oder als „for-profit-managed-care-organization“ agiert.

Das skizzierte Defizit wurde in den USA nach der Einführung steuerfinanzierter Leistungen