

Stefan Gildemeister

Wettbewerb und Managed Care

Kritik der wirtschaftstheoretischen Grundlagen am Beispiel der USA¹

Die deutsche Gesundheitsreformdiskussion scheint sich nahezu geschlossen auf das Kommen eines wie auch immer gearteten solidarischen oder funktionalen oder funktionsfähigen Wettbewerbs eingestellt zu haben.² Dem zugrunde liegt die Annahme, Wettbewerb sei die grundsätzlich überlegene Struktur zur Erzwingung von »Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung« (Rebscher 1993: 43). Langjährige Traditionen fortsetzend (Reiners 1988) haben gerade in diesem Zusammenhang US-amerikanische Konzepte und Begrifflichkeiten verstärkt Einfluß auf die bundesdeutsche Diskussion genommen. Dies wird am deutlichsten sichtbar an der Übernahme des »Managed Care«(MC)-Konzeptes. Wie häufig bei importierten Konzepten, existiert eine Vielzahl von Definitionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Knieps 1997; Lauterbach 1997; Stock/Baumann/Carels 1996; Neipp 1988) und eingedeutschten Interpretationen. So wird z.B. MC als Mittel zur Erweiterung von Wettbewerbsstrukturen dargestellt (Okoniewski 1997) oder als eine dem Gesundheitssektor spezifische Form von Produktionsprozessen verstanden. Nur selten wird die notwendige analytische Trennung vom Begriff »Managed Competition« vorgenommen.

Dieser Aufsatz stellt deshalb das MC-Konzept dar und kontrastiert es mit »Managed Competition«, der nachfrageseitigen Kostenkontroll-Strategie im US-amerikanischen Gesundheitswesen.

1. *Managed Care – Ursprung und Konzeption*

Einerseits entsprang der MC-Gedanke einer heftigen ideologischen Kontroverse um die Zukunft des US-amerikanischen Gesundheitswesens in den späten Sechzigern – zur Debatte stand ein Modell eines Nationalen Gesundheitssystems mit staatlichem Engagement nicht nur in der Finanzierung, sondern auch in der Bereitstellung von Versorgung. Andererseits war MC eine Reaktion auf inhärente Probleme des Versorgungssystems, die durch die anfangs großzügige staatliche Finanzierung ausgewählter Programme (Medicare, Medicaid) noch deutlicher

zutage traten. Das Gesundheitssystem war stark fragmentiert, Patienten waren, nach dem tendenziellen Aussterben der Institution des *family doctor*, in der Koordinierung der Versorgung stärker auf sich allein gestellt, Kosten- und Patientendaten existierten nur spärlich, und präventive Medizin wurde nur vereinzelt betrieben. Zudem existierte durch das Einzelleistungsvergütungssystem (*fee-for-service*) und die daraus folgende lineare Beziehung von Medizinereinkommen zur Anzahl der Patienten und Leistungen zumindest theoretisch ein finanzieller Anreiz zur Überversorgung (Ellwood et al. 1971).

Die MC-Konzeption, meist Paul Ellwood zugeschrieben, beansprucht, ein überzeugender Ansatz zur Überwindung dieser Probleme zu sein. Nur eine Änderung der Finanzierung der medizinischen Versorgung, so der Gedanke, kann das Anbieterverhalten dauerhaft beeinflussen und veränderte Strukturen schaffen. Wird die Finanzierung über eine *ex ante*-Pauschale (*prospective payment*) gesichert, d.h. der Anbieter für ein definiertes Paket »Gesundheitsversorgung« über einen vereinbarten Zeitraum verantwortlich gemacht, ergeben sich folgende Dynamiken: (a) Der Anreiz der Anbieter zur Überversorgung soll durch Entkopplung von Medizinereinkommen und Leistungsmenge überwunden und (b) die Anbieter somit an der Substitution von unnötig teureren durch kostengünstigere Leistungen interessiert werden. Aus der Vergütung von Anbieterleistungen über eine prospektive Pro-Kopf-Pauschale erwächst den Anbietern eine finanzielle Verantwortung für *alle* anfallenden Kosten (Enthoven 1988: 85ff.).

Dies ist von der Vergütung über eine Fallpauschale zu unterscheiden, wo Anbieter das Risiko der Kosten oberhalb des »normalen« oder durchschnittlichen Niveaus tragen. Aus der Verantwortung für die Kosten jeder »zusätzlichen Einheit von Leistungen«, den marginalen Kosten der Versorgung, ergibt sich für Anbieter ein finanzielles Interesse an der langfristigen Minimierung von Krankheitskosten, also an der langfristigen Gesunderhaltung von Patienten – und damit (c) eine Motivation zur stärkeren Nutzung präventiver Medizin.³ Weiterhin würde, so das Argument, durch die besondere Form des Zusammenschlusses von Anbietern und durch die sich stärker überlagernden Interessen (d) das Verhältnis zwischen Arzt und Patient gestärkt und des fehlenden Konkurrenzdruckes wegen (e) das Verhältnis zwischen Medizinern verbessert werden (vgl. Luft 1981; Ellwood et al. 1971). Die MC-Konzeption in ihrem frühen Stadium zielt also nicht ausschließlich auf eine Kostenreduktion ab. Sie will auch die soziale Komponente der Versorgung berücksichtigen sowie ein Gesamtbild des Patienten zur Grundlage der Behandlung machen (ebd.). Der Anspruch, Kostenkontrolle mit Patienteninteressen

verbinden zu wollen, wird deutlich in der wertgeladenen Prägung des Begriffes für die Institution, die nach MC-Prinzipien arbeiten sollte – *Health Maintenance Organisation* (HMO). Offenbar steckt in diesem Begriff mehr als die Assoziation mit einer Institution, die nur »gesund macht«. Vielmehr schwebte den Protagonisten von MC eine Institution medizinischer Versorgung vor, die, wenn auch durchaus aus Gründen des finanziellen Eigeninteresses, so doch aktiv für die Gesunderhaltung ihrer Mitglieder eintritt.

Während die begriffliche Prägung neu war, beruhte jedoch das Prinzip der Finanzierung von Gesundheitsversorgung auf einer Tradition aus den zwanziger Jahren. Genossenschaftliche Verbände vor allem von Industriearbeitern sorgten mittels prospektiver Finanzierung und teilweise durch eigene Praxen und Kliniken für die Krankenversicherung und -versorgung ihrer Mitglieder (Starr 1982: 320f.). Dem zugrunde lag einmal der Versicherungsgedanke einer breiten Verteilung von Krankheitsrisiken, aber auch der zaghafte Versuch eines organisierten Zusammenschlusses zur Stärkung der Arbeiterinteressen. Auch Gewerkschaften und Arbeitgeber waren Träger von *Prospective Payment Health Plans*, wobei letztere jedoch mehr von Bismarckschen Erwägungen als von Solidaritäts- und Bündnisgedanken geleitet waren. Lange haben sich einflußreiche Akteure der Gesundheitsversorgung gegen diese Form der kooperativen Finanzierung von Krankenversicherung und -versorgung gewehrt. Zu sehr roch ihnen dieser Ansatz nach *socialized medicine* und wurde als »*utopian, slightly subversive idea*« verworfen (Starr 1982: 396). Akzeptanz gewinnen konnte der kooperative Ansatz letztendlich nur unter einer »*corporate reform*« der »*Rhetorik der Rationalisierung und des Wettbewerbs*« (ebd.).

Die gegenwärtigen HMOs unterscheiden sich deutlich von den frühen Formen der *Prepaid Group Practice*. Sie führen Versorgungs- und Versicherungsfunktionen zusammen und zeichnen sich daher durch ein komplexes System der Kostenkontrolle auf allen Ebenen und zu verschiedenen Zeitpunkten der Versorgung aus. Ansatzpunkt ist grundsätzlich das Anbieterverhalten, das durch inzwischen umfangreiche Strategien beeinflusst wird. Instrumente des *utilization review* überwachen und steuern die Nutzung und die Auswahl von Leistungen nach Kostengesichtspunkten. *Medical guidelines* stellen Richtlinien für das Praktizieren von angeschlossenen Ärzten dar. *Clinical pathways* sind zeit- und infrastruktureoptimierte Handgriffe und Prozesse für ausgewählte (meist kostenintensive) Behandlungen. *Physician report cards* geben dem Versicherer und der Anbieterorganisation Auskunft über die *practice patterns* der Ärzte – entweder im Verhältnis zueinander oder im Vergleich zu

Standards, die als »optimal« in der Literatur erscheinen. Der *gate-keeper*-Arzt kontrolliert den Zugang zu Spezialisten und Krankenhaus-einweisungen. Das *selective contracting* soll eine Bindung vor allem zu kostengünstig arbeitenden Anbietern und ihren Organisationen herstellen und gleichzeitig Vorteilspreise aus dieser Vorzugsbindung gewährleisten (vgl. hierzu: Kühn 1997). Es sind dies Strategien eines Leistungsmanagements, die meist mit dem MC-Konzept assoziiert werden und das »*managing*« ausmachen. Sie sind jedoch nur die Reaktion der Anbieter auf eine prospektive Finanzierung und der Versicherer auf die Realitäten des Preiswettbewerbs. Der revolutionäre Kern von MC ist der Gedanke, daß Investitionen seitens der Anbieter und Versicherer in die langfristige Gesunderhaltung ihrer Klienten sich einzelwirtschaftlich lohnen und gesamtwirtschaftlich Sinn machen – Strategien des Leistungsmanagements sind nur die Begleiterscheinungen des MC-Ansatzes.

Längst haben sich MC-Organisationen (MCOs) vom Bild der Standard-HMO entfernt und variieren entlang der vertraglichen Bindung an Krankenhäuser und Ärzte. Sie unterscheiden sich in der Einschränkung der Arztwahl, der geographischen Ausbreitung und nicht zuletzt der Form der Trägerschaft. HMOs haben ein hochentwickeltes, den Anbietern häufig weit überlegenes Verständnis von mit der Versorgung verbundenen Kosten entwickelt und sich als aggressive Vertragspartner etabliert (Feldman et al. 1986). Heute sind in den Vereinigten Staaten etwa 85 % der Arbeitnehmer mit Krankenversicherung Mitglied einer MCO.

2. *Managed Competition – Regulierter Wettbewerb?*

Die Auseinandersetzung mit MC in den USA hat zu der Erkenntnis geführt, daß MC alleine, mit dem Schwerpunkt auf der Beeinflussung der Anbieter, die Ausgabenentwicklung nicht wesentlich beeinflussen konnte (Fuchs 1996). Daher zielten jetzt Reformvorschläge mehr auf die parallele Beeinflussung der Nachfrageseite ab. Dominant sind dabei Arbeiten von Enthoven und Kronick, deren Konzepte unter dem Begriff »Managed Competition« bekannt geworden sind (Enthoven 1978, 1988, 1993; Enthoven/Kronick 1989). Ihr Ansatz baut auf Aussagen der Verhaltensökonomie auf, denen zufolge Konsumenten, denen die Kosten von Leistungen unbekannt sind, diese umfangreicher nachfragen.⁴ Würden Konsumenten also an Kosten oberhalb eines Minimums beteiligt, träfen sie ihre Nachfrageentscheidungen kostenbewußter. Nachgefragt würden preiswerte Leistungen von miteinander im Wettbewerb stehenden, effizient arbeitenden Anbietern. MCOs sähen sich einer preiselastischen

Nachfrage ausgesetzt, in der sie den Einnahmeverlust einer Prämien-senkung durch Mitgliederzuwachs und gestiegene Marktmacht mehr als wettmachen könnten. Ausgesondert würden solche Organisationen, die im Rennen um effiziente Bereitstellung medizinischer Leistungen nicht mithalten könnten. »Mit mehr Mitgliedern und höheren Einnahmen würden solche MC-Organisationen belohnt, die die Qualität steigern, Kosten senken und ihre Patienten zufrieden stellen.« (Enthoven 1978: 29)

Dieses Szenario basiert auf dem Vorhandensein von »perfektem Wettbewerb« und seiner Grundannahmen. Die Grenzen dieses Modells in der Anwendung auf den Gesundheitssektor sind in der Literatur verschiedentlich diskutiert worden und machen sich meist an den sogenannten »Marktunvollkommenheiten« fest (vgl. ansatzweise: Reintjes/Reiche/Wenk-Lang 1997: 74; ausführlicher: Arrow 1963). Diese Marktunvollkommenheiten führen zu der paradoxen Situation, daß Verfechter wettbewerblicher Effizienztheorie nach dem »*managing*« des Wettbewerbes verlangen, damit sich die Kräfte des Wettbewerbs frei entfalten können (Enthoven 1978). Enthoven geht jedoch über eine Korrektur von Marktunvollkommenheiten hinaus und weist darauf hin, daß »ein freier Markt alleine nicht Effizienz und Gerechtigkeit hervorbringen kann«. Er versteht »Managed Competition« (MP) auch als ein Mittel zum Erreichen einer Basisgerechtigkeit, bei der die Gesunden und Reichen an den Kosten der Kranken und weniger Reichen beteiligt sind und damit den Zugang auf einem befriedigenden Minimum sichern sollen (1988: 86).

An dieser Stelle setzt das regulative Element des *Sponsors* an (Enthoven 1988, 1993), der mit drei Strategien die Nachfrageseite gegen die »rohen« Marktelemente unterstützen soll. Erstens bietet der nachfrageseitige Zusammenschluß unter einem Sponsor die Möglichkeit zur Veränderung des Kräfteverhältnisses zugunsten der Nachfragenden und ermöglicht zweitens eine breiteren Verteilung des Krankenversicherungsrisikos. Drittens kommt dem Sponsor eine ausgleichende, balancierende und die Anbieter überwachende Funktion zu, indem er Qualitätsstandards schafft und überprüft, Informationen verarbeitet und bereitstellt sowie die Normen des Wettbewerbs setzt und kontrolliert.

Damit die MP-Theorie funktionieren kann, müssen folgenden Annahmen über Akteure und Wechselwirkungen im Markt für Gesundheitsleistungen erfüllt sein:

- Die Patienten müssen rationale Entscheidungen über Umfang des notwendigen Versorgungspaketes treffen können, ohne daß dies zu exzessiven Zeit- und Transaktionskosten führt.
- Informationen müssen dem Konsumenten bei seiner Wahl hilfreich sein (vgl. Schlesinger 1995a).

- Die Wahl informierter Konsumenten müßte das wahre Kosten-Nutzen-Verhältnis, welches medizinische Versorgung für die Gesellschaft hat, zum Ausdruck bringen.
- Die Sponsoren müßten daher in ihrer Funktion als effektive Agenten nicht nur für ihre Mitglieder, sondern auch für die Gesellschaft fungieren.
- Alle Mitglieder müßten von ihrem Sponsor die gleiche Behandlung erfahren, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand oder der Wahl des Versorgungspaketes (ebd.: 5).

3. *Theorie und Praxis*

The logic and limitations of ideal competitive behavior under uncertainty force us to recognize the incomplete description of reality supplied by the impersonal price system. (Arrow 1963: 967)

MC und MP sind über Jahre die dominanten Konzepte in der US-amerikanischen Gesundheitsreformdiskussion gewesen. Ein Großteil der Bevölkerung ist Mitglied in MCOs die in einem Umfeld von MP agieren. Desgleichen sind bedeutende Schritte unternommen worden, um die staatlich finanzierten Programme diesen Konzepten der Steuerung zu öffnen.

Doch was ist das Resultat einer analytischen Betrachtung der theoretischen Grundlagen? Wie robust sind die theoretischen Annahmen über das Verhalten der Akteure? Vor allem: wie gestaltet sich die Kombination zweier analytisch unabhängiger Konzepte?

3.1 *Managed Care – Überprüfung der Hypothesen*

Der MC-Ansatz nimmt an, daß Anbieterorganisationen aus finanziellem Eigeninteresse Investitionen in die Gesundheitsversorgung ihrer Patienten unternehmen werden, um eigene Langzeitkosten von Erkrankung zu minimieren. Folgende drei Schwächen lassen sich in dieser Argumentation ausmachen:

(a) Gegenüber konventioneller Versorgung, die durch Koppelung des Einkommens der Anbieter mit dem Leistungsvolumen Anreize zur Überversorgung gab, existiert unter MC eine Anreizstruktur zur Minimierung der Versorgung. Je weniger Mittel für die Krankenversorgung ausgegeben werden, um so mehr Mittel behält der Anbieter aus der Pauschale zurück. Es existiert kein Mechanismus zur Vermeidung von

Unterversorgung. Langzeiteffekte von Unterversorgung werden größtenteils auf andere MCOs verteilt, da Patienten nicht für längere Zeiträume an eine MCO gebunden sind. Die Möglichkeit zum Verlassen der MCO⁵, eine Charakteristik von Konsumentensouveränität, enthebt die MCO faktisch von der Langzeit-Verantwortung für Kosten und verhindert daher das erwartete zusätzliche Engagement zur Gesunderhaltung der Klientel. Patienten mit hohem Leistungsbedarf belasten dabei die MCO überproportional, da weitere bereitgestellte Leistungseinheiten eine Reduzierung der Einnahmen darstellen. Insofern gibt es für MCOs einen deutlichen Anreiz zur Risikoselektion und zur Vermeidung von Kosten allgemein.

(b) Eine weitere Kritik des MC Ansatzes betrifft die Annahme vom höheren Engagement in präventiver Medizin. Für MCOs besteht wenig Anreiz für präventive Maßnahmen, da Kosten und Nutzen vermiedener bzw. durchgeführter Therapien andere Organisationen oder soziale Gebilde betreffen. Beispiele solcher Externalitäten, die in der Literatur nur sehr begrenzt diskutiert werden, sind die Effekte von (nicht) vermiedenen ansteckenden Krankheiten und Produktivitätsschwankungen als Resultat von (nicht) getätigter Behandlung. Die Kostenträger oder Nutznießer in diesem Falle sind Sub-Gruppen der Gesellschaft, Arbeitgeber oder die Gesellschaft als Ganzes (Schlesinger 1995b: 51f.). Ausgeklammert sind weiterhin solche externen Kosten, die von Mitgliedern außerhalb des professionellen Versorgungssystems getragen werden, also Familienangehörigen, die z.B. für chronisch Kranke sorgen oder mitbetroffenen Dritten, wie das berufliche Umfeld von Patienten mit Substanzmißbrauch (Schlesinger 1995b: 51). Da solche Kosten nicht in der Kostenrechnung der MCO auftauchen, ist es unwahrscheinlich, ja sogar einzelwirtschaftlich unsinnig, Investitionen zur Vermeidung solcher »externer« Kosten zu tätigen. Verschiedene Studien haben dies zumindest für den Umfang präventiver Versorgung empirisch nachgewiesen (Luft 1981; US Congress 1989; Freund/Hurley 1995).

(c) Der dritte Kritikpunkt betrifft das Verhältnis Arzt-Patient, das durch die MC-Strategie verbessert werden sollte. Tatsächlich scheinen die vorliegenden Bedingungen eher das Mißtrauen von Patienten gegenüber Ärzten zu intensivieren. Ärzte sind entweder festvergütete Angestellte der MCO oder sind durch verschiedene Anreiz- und Haftungsmechanismen in erster Linie dem finanziellen Wohlergehen des *Health Plans* verpflichtet. Daher ist ihr Vertretungsinteresse für Patienten bedeutend eingeschränkt. Außerdem ist die Entscheidungsfreiheit des Arztes durch die Kontrollmechanismen der MCO wesentlich beschnitten. Schließlich trägt auch die Tatsache, daß es Angestellten einiger

MCOs (explizit oder implizit) untersagt ist, Auskunft sowohl über Art und Weise der finanziellen Anreizsysteme als auch über von der MCO ausgeschlossenen Behandlungsoptionen zu geben, sicher nicht zum Ausbau des Vertrauens bei. MC verstärkt also die Entfremdung zwischen Arzt und Patienten über das Maß hinaus, welches im fragmentierten herkömmlichen System vorhanden war. Dies wird noch verstärkt für solche Mitglieder gelten, die aus Umfragen erfahren, daß die sie behandelnden Ärzte ihre MCO nicht weiterempfehlen würden (Hamburger/Lerner/Howatt 1997) oder die sich zum Selbstschutz gewerkschaftlich zu organisieren beginnen (Greenhouse 1997).

3.2 *Managed Competition – Konzeptionelle Schwächen*

Ebenso wie im MC Konzept, bedürfen einige Elemente der im zweiten Kapitel dargelegten Argumentationslinie einer kritischen Bemerkung. Das betrifft (1) die Effektivität rationaler Entscheidungen von Patienten bzw. Versicherten unter Bedingungen der freien Wahl, (2) das Einsparungspotential durch steigende Mitgliedschaft in HMOs, (3) den Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Effizienz der Versorgung und (4) Aussagen zu Gerechtigkeit und Zugang.

3.2.1 *Rationale Entscheidungen unter »freier Wahl«*

Der Schlüssel zum Funktionieren von MP ist der Konsument, der die freie Wahl der Entscheidung zwischen im Wettbewerb stehenden MCOs hat. Von ihm wird erwartet, daß er eine rationale Wahl trifft, also sich einer solchen MCO anschließt, die seinen Präferenzen (Risikoverversion, persönlicher Geschmack hinsichtlich der Beziehung mit dem Arzt und nicht-medizinischen Personal, Budget-Gesichtspunkte u.ä.) am nächsten kommt. Folgende Bedingungen beeinflussen das Zustandekommen dieses *best-case-scenario* des MP-Ansatzes. Ganz immanent gesehen gibt es (a) Bedingungen, die rationales Entscheiden negativ beeinflussen, (b) die Situation, daß rationale Entscheidungen von Konsumenten zu falschen Arzt-Patienten-Kombinationen führen können und (c) Hindernisse zur Äußerung von Präferenzen.

(a) *Einflußfaktoren* – Konsumenten sind sich der Wichtigkeit der Entscheidung für eine MCO bewußt und kennen ihre Präferenzen genau, können aber rationale Entscheidungen nur im engen Rahmen *offensichtlicher* MCO-Charakteristika (z.B. Prämienhöhen) vergleichen. Die Ursache dafür ist einerseits ist das Fehlen allgemeinverständlicher, umfassender Informationen (Mechanic 1989: 139). Andererseits behindern

die besonderen Eigenschaften des »Gutes« medizinische Versorgung eine rationale Entscheidung. Medizinische Versorgung ist ein »Erfahrungs«-Gut. Erst durch Erfahrung mit medizinischer Versorgung wandeln sich Annahmen über Präferenzen zu tatsächlichen Präferenzen. Unter Bedingungen eines Entscheidungsdrucks ohne solche Erfahrungen sind es weniger die subtileren und schwieriger zu bewerteten Einflüsse, wie die Zielorientiertheit und Qualität der Versorgung, die die Entscheidung beeinflussen, als offensichtliche und möglicherweise oberflächliche Merkmale wie Qualität der Werbung oder geographische Ansiedlung der Organisation.

Die Tatsache, daß die zur Wahl stehenden Optionen gebündelte Pakete sind, kompliziert den Entscheidungsprozeß zusätzlich. Praktisch läuft die Wahl für ein Versicherungspaket auf ein Nullsummenspiel hinaus, bei dem die Entscheidung für gewisse Charakteristika wie zahnmedizinische Betreuung einhergeht mit einer impliziten »Abwahl« anderer Charakteristika wie z.B. der Finanzierung von Sehhilfen (Schlesinger 1995a: 8). Diese Bündelung von Versorgungselementen, *compound choice*, ist auch insofern problematisch, als ein Kompromiß zwischen unterschiedlichen Leistungsbedarfen der verschiedenen Familienmitglieder getroffen werden muß. Zugrunde liegt die Annahme, daß einer Familie als geschlossener Einheit eine Indifferenzkurve zugeordnet werden kann, die die Präferenzen der gesamten Familie widerspiegelt. Tatsächlich gibt es natürlich in einer Familie verschiedene die medizinische Versorgung betreffende Präferenzen, und die letztendliche Entscheidung spiegelt diese Interessen nicht gleichförmig wider, sondern ist Ausdruck des Kräfteverhältnisses innerhalb einer Familie.

Um der Komplexität der Entscheidung begegnen zu können, entwickeln Konsumenten Strategien, die den Erwartungen des MP-Ansatzes zuwiderlaufen:

»... den meisten Konsumenten fehlen Strategien, um die notwendigen Vergleiche in komplexer Weise durchführen zu können. (...) Die Auseinandersetzung mit Wahlentscheidungen (*choice situations*) führt zu einer sofortigen Eingrenzung der Optionen auf ein psychologisch verarbeitbares Niveau. In der Regel setzen sich Individuen mit wenigen Alternativen auseinander und konzentrieren sich vielmehr auf den Vergleich einer Untergruppe von Kriterien (*subset*) der relevanten Dimensionen der Wahl.« (Mechanic 1989: 142f.)

Diese Vorgehensweise mag »rational« sein im Sinne der neoklassischen Definition, doch führt sie zu gesellschaftlich nicht effizienten Resultaten – Konsumenten würden unter günstigeren Bedingungen eine informiertere Entscheidung treffen. Weiterhin bringt diese Vorgehensweise ein

immenses Volumen an Zeitkosten mit sich, die mit dem Abwägen der Unmenge von Kriterien verbunden sind. Auch der Sponsor wird noch, sofern er Wert auf umfassendes Informieren legt, eine selbst für Fachleute verwirrende Vielfalt von Daten zur Verfügung stellen. Gerade unter dem Aspekt der erdrückenden Masse an Information muß gefragt werden, ob wirklich jede weitere Einheit für die Entscheidung des Konsumenten hilfreich ist, und ob der Konsument überhaupt soviel Zeit, Energie und Aufmerksamkeit auf die Wahl von Versicherung und Anbieter verwenden will. Selbstverständlich gilt auch im Gesundheitsmarkt, daß unvollständige Informationen (halbe Wahrheiten) mehr verschleiern als erklären. Zusätzliche Informationen über die »starken« Seiten einer MCO haben keinen positiven Informationsgehalt für jemanden, der über die finanziellen Steuerungsmechanismen der MCO aufgeklärt werden sollte.

Die Qualität einer rationalen Entscheidung wird schließlich auch durch die Fähigkeit beeinflußt, das »Gut« medizinische Behandlung nach seinem Nutzenpotential bewerten zu können. Folgende Faktoren beeinflussen jedoch diese Fähigkeit und damit das Ergebnis einer Wahl: Die unklaren Heilungspotentiale des Körpers und die (erwünschten und unerwünschten) Langzeiteffekte machen eine Entscheidung zwischen alternativen Mittelverwendungen problematisch (Weisbrod 1975: 62). Es gibt Meinungs- und Informationsunterschiede sowohl zwischen Ärzten als auch zwischen Arzt und Patient, die genutzt oder verringert werden können. Beide Akteure beeinflussen einander bewußt oder unbewußt, nicht zuletzt auch durch ihre moralischen und ethischen Werte (Evans 1984). Die letztendliche Entscheidung des Patienten, der all diese Faktoren einbeziehen muß, kann eine korrekte Bewertung der medizinischen Versorgung nur verfehlen.

(b) *Rationale Entscheidungen und Arzt/Patienten Kombinationen* – Selbst unter rationalen Entscheidungen für eine MCO ist es nicht gesichert, daß der Patient damit die optimale Arzt-Patient-Kombination gewählt hat. Schlesinger schreibt: »... die MCOen werden, unabhängig davon, wie effektiv sie auch immer sind, das Anbieterverhalten nicht mit den Präferenzen der Patienten in Übereinstimmung bringen können.« (1995b: 58) Die Beziehung zwischen Arzt, Patient und Versicherungsträger ist durch inhärente Hindernisse charakterisiert, die das Finden wünschenswerter Kombination behindern: Der Patient verschweigt dem Versicherungsträger und dem Arzt gegenüber, ob aus Vorsicht oder aus Unterlassung, wichtige persönliche Informationen, auch sind ihm fachliche Informationen über seine Symptome oder anbieterseitige Anreizmechanismen nicht zugänglich. Dem Patienten ist daher, vor seinem

Entschluß für eine MCO, nur begrenztes Wissen darüber zugänglich, inwieweit der Arzt die Philosophie der Organisation vertritt, im Sinne der Gesellschaft als Ganzes praktiziert oder versucht, den Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden. Nur bei MCOs, die sich durch eine homogene Ärzteschaft auszeichnen, also Ärzte, die sich gemeinschaftlich bestimmten Praxiskriterien (oder Unternehmensphilosophien) verpflichtet haben, kann der Konsument davon ausgehen, daß sich die von der MCO vertretenen Versorgungskriterien durch die Organisation ziehen und in jedem einzelnen Arzt wiederfinden lassen. Da Preiswettbewerb eine Tendenz zu vergleichbaren Produkten fördert, führt MP zu homogenen Versicherungs- und Versorgungsprodukten. Die Ärzteschaft aber zeichnet sich durch geringe Homogenität aus (Schlesinger 1995b: 56f.). Ärzte, die alternativen Versorgungsprioritäten folgen, finden keine ihnen entsprechende MCO und teilen sich somit zwangsläufig den Standard-HMOs zu.

(c) *Hindernisse zur Äußerung von Präferenzen* – Für Mechanic steht fest, daß Patienten Entscheidungen treffen, die entsprechend ihres Gesundheitsstandes inkorrekt sind. Untersucht werden muß allerdings, »ob Individuen wegen mangelnder Information ihre Präferenzen den falschen MCO zuordnen, oder ob sie »globale Entscheidungen« in relativ einfacher Form treffen und ihre Wahl dann aus einem Wunschdenken heraus als mit ihren Präferenzen übereinstimmend interpretieren« (Mechanic 1989: 144).

Abgesehen von unvollständiger Information und der Unfähigkeit, die richtige Wahl zu treffen, gibt es Gründe, von der *exit*-Option nicht Gebrauch zu machen und sich mit einem suboptimalem Zustand zufrieden zu geben. Zum Zeitpunkt der Behandlung, an dem der Patient seine Wahl kritisch bewertet, haben beide Seiten (Arzt und Patient) bereits wichtige Investitionen in ihre Beziehung getätigt. Eine Trennung z.B. aufgrund von Prämienunterschieden ist daher unwahrscheinlich (Hibbard/Weeks 1987). Das gilt besonders für chronisch Kranke, für die eine Kontinuität der Behandlung von großer Wichtigkeit ist.

Die Äußerung der Präferenz für eine alternative MCO wird schließlich auch durch externe Quellen beeinflusst. Schlesinger weist mit Bezug auf Pauly und Satterthwaite (1981) darauf hin, daß Konsumenten Entscheidungen auf Basis von Erfahrungen der Individuen ihres sozialen Netzwerkes treffen (Schlesinger 1995b: 49). Damit beruht die Entscheidung für oder gegen einen Wechsel und über das Wohin eines Wechsels zum großen Teil auf Erfahrungen aus dem sozialen Netzwerk, der Qualität der im Netzwerk vorliegenden Information und der Bedeutung der Beziehungen zu Personen im Netzwerk. Daraus folgt, daß die individuellen

Fähigkeiten zur richtigen Entscheidung letztendlich auch sozial ungleich verteilt sind.

3.2.2 *Gesamtgesellschaftliche Einsparungspotentiale durch MCO-Mitgliedschaft?*

Von den MP-Theoretikern wird angenommen, daß Patienten sich in großem Stil (aus freier Entscheidung) der geringeren Prämienhöhe wegen für MCOs entscheiden werden und die Ausgaben für Gesundheitsversorgung damit zürückschrauben.. Die Annahme der heftigen Reaktion auf Preisänderungen entspricht dem ökonomischen Konzept einer hohen Preiselastizität der Nachfrage. Tatsächlich gibt es in der gesundheitsökonomischen Literatur aber wenig Bestätigung für diese Annahme. Die Zahlen liegen unverhältnismäßig weit auseinander, um klare empirische Schlußfolgerungen über die tatsächlich Preiselastizität treffen zu können.⁶ Außerdem untermauern die oben angeführte Motive, wie das Bedürfnis nach Kontinuität der Versorgung, den Zweifel an hoher Preiselastizität. Doch selbst eine erhöhte Mitgliedschaft in MCOs würde laut Rice und Brown nicht notwendigerweise eine Reduzierung der Ausgaben für medizinische Versorgung bedeuten (Rice/Brown 1993). Zwei Gründe sind hier anzuführen:

Erstens liegt ein geringeres Einsparungspotential in der von MCOs bevorzugten Bevölkerung, den Personen mit geringerem (erwarteten) Leistungsumfang. Sie haben zwar eine höhere Preiselastizität und sind daher theoretisch eher bereit, sich in einem MP-Umfeld nach Preissignalen zu bewegen. Es sind aber bekanntlich gerade die Patienten mit höherem Leistungsbedarf, die den Großteil der Ausgaben auf sich vereinigen. Daten von 1987 zeigen, daß in den USA die oberen 2% der Patienten 41% der Ausgaben binden, die oberen 10% sogar 75% (Berk/Monheit 1992: 146). Patienten mit hohem medizinischem Leistungsbedarf werden – abgesehen davon, daß sie ein stärkeres Interesse haben, ihre traditionelle Versorgungsstruktur zu erhalten – sich auch unter MP-Bedingungen für ein umfangreiches Versorgungspaket entscheiden. Sind sie sich ihres höheren Leistungsbedarfs bewußt, werden sie sich nicht wissentlich hohen Zuzahlungskosten für von Grundsicherung nicht gedeckten Leistungen aussetzen (Rice/Brown 1993: 1358).

Zweitens hat die starke Ausweitung der MC-Industrie in doppelter Weise zur Veränderung des Kräfteverhältnisses zwischen MCOs und Anbietern geführt: Einmal hat sich das Kräfteverhältnis wieder etwas zugunsten der Anbieter verschoben, weil MCOs einen Wettbewerb um solche Anbieter begonnen haben, die als effizient gelten. Anbieter sind

häufig mit verschiedenen MCOs vertraglich gebunden und können dies in Preisverhandlungen ausspielen (Rice/Brown 1993: 1359). Zum anderen hat die Konsolidierung der MCOs eine Konsolidierung der Anbieterorganisationen provoziert. Den MC-Giganten stehen nun häufig Anbieterketten gegenüber, die durch ihr wirtschaftliches Gewicht weniger korrumpierbar sind. Hinzu kommen Dynamiken innerhalb von sogenannten *Health Systems*, die aus vertikalen Konzentrationen in der »Gesundheits-Industrie« entstanden sind. Solche Systeme vereinen in sich Krankenhaus(-systeme), Pflegeeinrichtungen, Käuferorganisationen für Pharmaprodukte und Versicherungsorganisationen, wobei die potentiell entgegengesetzten Interessen dieser einzelnen Systemelemente komplizierte Balanceakte erfordern.

3.2.3 Effizienzgewinne durch Managed Competition?

Befürworter von MP argumentierten, die durch MP geschaffenen Bedingungen würden zwangsläufig zu Effizienzsteigerungen der medizinischen Versorgung führen. Dazu vier Einwände:

Erstens setzt das Zustandekommen des aktiven Wettbewerbs nicht nur die Abwesenheit von Marktzugangsschranken voraus, sondern auch eine ausreichend große Klientel. Unter Gesundheitsökonomen gibt es jedoch keine Übereinstimmung hinsichtlich der für einen aktiven Wettbewerb notwendigen Bevölkerungsgröße und Wettbewerber-Anzahl. Kronick et al. (1993: 150f.) gehen von drei MCOs als ausreichende Anzahl von Wettbewerbern aus und schätzen, daß nur zwischen 42 und 63 % der gesamten US-Bevölkerung in MC-»fähigen« Gebieten leben. Ob das Vorhandensein von drei MCOs bereits einen aktiven Wettbewerb garantiert oder nicht doch marktbeherrschende Positionen zuläßt, bleibt im Einzelfall noch empirisch zu überprüfen.

Der *zweite* Grund, warum MP nicht zu mehr Effizienz führen muß, ist, daß die qualitativ höherwertige Versorgung von Anbietern nicht automatisch honoriert wird. Die Arztpraxen oder Ärztgruppen, die sich durch hohe Effizienz auszeichnen und daher geringere Preise vereinbaren können, werden nicht automatisch einen Patientenzuwachs erfahren, denn Patienten versichern sich in MCOs, nicht in einem Ärzteteam. Andere, weniger effizient praktizierende Anbieter müssen sich den niedrigeren Preisen, »koste es was es wolle«, anpassen (Luft 1996: 25f.). Unter Bedingungen der bestehenden Marktmechanismen werden Anbieter, deren effizientere Versorgung sich nicht auszahlt, diese unterlassen (müssen); das Resultat wäre eine mittelmäßige Versorgung, die hinter der Fassade beeindruckender Werbematerialien verborgen wird.

Ebensowenig zahlen sich hocheffiziente Versorgungsstrukturen aus, wenn sie besonders chronisch Kranke anziehen. Da in MCOs Prämien größtenteils risikounabhängig erhoben werden, würden solche Organisationen schnell aus dem Markt gedrängt, da sie anderen Versicherungsträgern, die sich auf attraktive Risiken konzentrieren, im Wettbewerb unterliegen müssen. Prosperieren werden also nicht notwendigerweise die effizienten Organisationen, sondern solche mit der besseren Selektionsstrategie (Luft 1996: 33).

Drittens gibt es keinen Anlaß zu erwarten, daß sich MCOs nicht der Monopol-Strategien bedienen, die aus anderen Industrien bekannt sind. Vorübergehend niedrigere Prämienhöhen sind dann nicht das Resultat von Effizienzgewinnen, sondern von marktpolitischen Strategien. »Zuerst rabattiert man die Prämien drastisch und erobert damit einen hohen Marktanteil, wartet dann die Konkurse (shakeouts) und Marktkonsolidierung ab, um schließlich hohe Prämienzuwächse zu verkünden.« (Brown 1993: 226; Dranove 1992) Inwieweit in den USA ein wirklicher Risikostrukturausgleich zustande kommen kann und inwiefern dieser eine Preispolitik als Mittel zur Risikoselektion ausschließt, bleibt abzuwarten (Luft 1996: 28, 34).

Viertens gilt es zu bewerten, inwieweit die Gefahr, unzufriedene Patienten zu verlieren, Versicherungsträger tatsächlich zur Bereitstellung von effizienterer und qualitativ höherwertiger Versorgung veranlaßt. Entsprechend des MP-Konzeptes werden souveräne Konsumenten ihre MCO wechseln, wenn sie mit der medizinischen Versorgung, den begleitenden Umständen oder dem Preis-Leistungs-Verhältnis unzufrieden sind. Wenn auch diese patientenseitige Kündigung als eine Form der Artikulierung von Unzufriedenheit angesehen werden kann, so ist sie doch die schwächste Form. Wichtiger noch: sie führt nicht notwendigerweise zu einer Änderung der unbefriedigenden Versorgungsbedingungen.⁷ Eine womöglich wirksamere Form der Konsumentensouveränität bestünde darin, daß sich Patienten aufgefordert und ermächtigt sähen, auf die Versorgung direkten Einfluß zu nehmen. Ein solches Verständnis von Konsumentensouveränität würde zu einer mehr patientenorientierten Medizin führen und könnte die Kultivierung eines Gemeinschaftsverständnisses der Versicherten bedeuten. Wer sich die Mühe macht, seine MCO zu verändern, beeinflußt schließlich auch die Versorgung seiner Mitpatienten. Wer aber die MCO verläßt, sei es wegen schlechter Erfahrungen oder weil ihm oder ihr zusätzliche Informationen zur Verfügung stehen, läßt Mitpatienten nicht an diesem Wissen teilhaben.

3.2.4 Managed Competition und Gerechtigkeit (equity)

Wie sieht es um die Auswirkungen der ökonomischen Logik des MP-Konzepts auf Aspekte der Gerechtigkeit aus? Die »Väter« des MP-Konzeptes sehen die Beseitigung von Ungerechtigkeiten in der medizinischen Versorgung als eines der Ziele ihrer Reformvorschläge an. Gerechter Zugang zu medizinischer Versorgung für die gesamte Bevölkerung meint unter den Bedingungen von MP jedoch »von der Gesellschaft definierte Minimalversorgung für jene, die keinen Zugang zur Finanzierung von Krankenversicherung durch andere Varianten haben« (Enthoven 1988: 86f.). Angenommen, dieser Zustand existiert, wie gestaltet sich dann die medizinische Versorgung für Patienten geringen Einkommens? Es wurde angedeutet, daß unter MP deutliche Anreize für eine Risikoselektion nach Gesundheitszustand und Alter, also nach zu erwartetem Leistungsbedarf, geschaffen werden. Zusätzlich dazu kann vermutet werden, daß es auch eine Segmentierung der Nachfrage entlang des Einkommens geben wird – nämlich zwischen jenen, die eine *tatsächliche* Wahl zwischen MCOs und Versicherungspaketen haben und jenen, für die eine Versorgung oberhalb des minimalsten Niveaus unerschwinglich ist (Rice/Brown 1993). Zwei Studien untermauern dieses Argument, indem sie darauf hinweisen, daß Patienten unterhalb von 200% der Armutsgrenze »wenig oder kein »zusätzlich verfügbares« (disposable) Einkommen zur Verfügung steht, um höhere Beiträge für zusätzliche Leistungen zu bezahlen«; auch zeichnen sie sich durch eine bedeutend höhere Preissensibilität aus (Rice/Brown 1993: 1359 mit Bezug auf Kolodinsky/Arnold 1989).⁸ Letztere findet ihren Ausdruck in der Wahl des billigst-möglichen Angebots bzw. in der Entscheidung zum »Verzicht« auf Krankenversicherung bzw. -versorgung (Davis 1997). Die Beschränkung auf Billig-Versicherungen wird Auswirkungen auf den Zugang zur medizinischen Versorgung haben sowie auf deren Qualität. Solche Billig-MCOs werden begrenzte Ressourcen haben, um qualitative gute Anbieter an sich zu binden. Bestimmte Anbieter werden geringes Interesse verspüren, für solche Organisationen tätig zu sein. Schließlich wird Mitgliedern der Billig-Option ein weniger konsumentenfreundliches Netzwerk von Anbietern zur Verfügung stehen, dessen Nutzung mit hohen Zeit- und Frustrationskosten verbunden ist (Rice/Brown 1993: 1360). Einen besonders negativen Einfluß hätte dies auf chronisch Kranke und Personen mit grundsätzlich höherem Leistungsbedarf. Verzögerte oder suboptimale Versorgung unter kritischen Gesundheitsbedingungen würde den Gesundheitszustand solcher Patienten u.U. zusätzlich verschlechtern.

3.3 Die Koexistenz von *Managed Care* und *Managed Competition*

Nach der analytisch getrennten Betrachtung beider Konzepte ist nach ihrem Zusammenwirken zu fragen. Dies ist insofern relevant, als es Anzeichen dafür gibt, daß das erfolgreiche Wirken des einen Ansatzes das Wirken des anderen behindert und umgekehrt. Je erfolgreicher MCOs dabei sind, Anbieterleistungen entsprechend ihrer Versorgungs-Philosophie zu verändern, desto weniger sind Patienten in der Lage zu bestimmen, inwieweit die gemachten Erfahrungen Ausdruck von Managemententscheidungen der MCO sind oder die Präferenzen von Anbietern widerspiegeln. Dieses Wissen ist jedoch die Grundvoraussetzung für eine Entscheidung bei Unzufriedenheit. Statt eines Wechsels der MCO mag, bei eindeutiger Information, ein Wechsel von Anbietern im *panel* geboten gewesen sein (Schlesinger 1995a: 60). Von der anderen Seite her betrachtet, führt die unter MP gebotene ständige Überprüfung des Verhältnisses zwischen MCO und Patient zwangsläufig früher oder später zu einem Wechsel. Das häufige Wechseln von MCOs behindert jedoch die Stärkung der Patient-Arzt-Beziehung, die ein Ziel des MC-Ansatzes ist. Wichtiger noch: häufiges Wechseln unterminiert den von MC-Befürwortern so stark hervorgehobenen Anreiz für Anbieter, die Verantwortung für Langzeitkosten einer Erkrankung zu internalisieren und das Schwergewicht auf Prävention zu legen (Schlesinger 1995a: 10). Für nach einzelwirtschaftlichen Gesichtspunkten funktionierende MCOs gibt es keinen Stimulus, Kosten für präventive Medizin zu übernehmen, wenn der damit verbundene Nutzen anderen MCOs zugute kommt. Oder anders formuliert: »Erhöhte Fluktuation vermindert den Anreiz der MCOs, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu fördern.« (Ebd.)

4. Fazit

Die vorangegangene Analyse ist auf überraschend viele Schwächen in den Konzepten gestoßen, die das Geschehen im US-amerikanischen Gesundheitswesen beherrschen und die gesundheitspolitische Diskussion in der BRD immer stärker beeinflussen. Danach ist es nicht gerechtfertigt anzunehmen, solche Konzepte führten gleichsam automatisch zu höherer Effizienz, niedrigeren Kosten und besserer Kooperation und Integration in der medizinischen Versorgung. Vielmehr gibt es Anzeichen dafür, daß die durch MC und MP geschaffenen Strukturen zu unbefriedigender Versorgung für chronisch Kranke führen (Ware et al. 1996; Shaughnessy/Schlenker/Hittle 1994; Manton et al. 1993). Behauptungen, wonach es unter MC, in einem als »managed competition« beschriebenen

Wettbewerbsfeld, zu keinen unerwünschten Entwicklungen (Risiko-selektion, Minderung von Versorgungsqualität etc.) komme, sind also unzutreffend (Miller/Luft 1997).

Zuweilen wird die Frage gestellt, ob Qualitätskompromisse im Austausch gegen ein gebremstes Kostenwachstum akzeptabel seien. Hierzu ist zu sagen, daß keineswegs Einverständnis darüber herrscht, inwieweit MC oder MP für das gebremste Wachstum verantwortlich waren. In diesem Zusammenhang sind nämlich auch andere Entwicklungen der achtziger Jahre von Bedeutung, wie z.B. die Einführung der Krankenhausfallpauschalen und die daraus resultierende Substitution von stationären durch ambulante Leistungen (Russell 1989). Wie kostensparend die beschriebenen Konzepte auch gewesen sein mögen, ihr Beitrag wird durch parallele Kostenentwicklungen in Nicht-MC-Bereichen relativiert. Erst recht fragwürdig wird der »Erfolg« dieser Konzepte auf dem Gebiet der Kostensenkung, wenn man solche z.T. nachweisbaren Effekte wie Reduzierungen von Versorgungsumfang und -qualität, Risiko-selektion etc. in Rechnung stellt.⁹ Kritiker, die Kosteneinsparungen unter MC/MP als ein nur kurzfristiges Phänomen betrachteten, werden sich durch die gegenwärtige Prämieninflation in einigen MCOs bestätigt sehen (Fisher 1998).

Was übrig bleibt, ist ein Umfeld, welches Risikoselektion einzelwirtschaftlich zur Überlebensbedingung im Wettbewerb macht, sie zumindest nicht verhindert, ein Umfeld, das marginale Gewinne an Information verzeichnet, die aber von den Akteuren nur begrenzt genutzt werden. Ihr Verhalten entspricht nur unzureichend den neoklassischen ökonomischen Idealmodellen. Deren realitätsfremde Annahmen und Abstraktionen führen im Gesundheitssektor zu falschen Schlußfolgerungen, unterschätzen die Komplexität von Aushandlungsprozessen und ignorieren das Profitmotiv unter kapitalistischen Wirtschaftsbedingungen.

In der Praxis werden die – theoretisch z.T. durchaus interessanten – MC-Ansätze auf die Intensivierung und Weiterentwicklung kosten-drückender Strategien sowie auf die Anpassung an die Dynamik des Preiswettbewerbs reduziert. Dies wird den Trend zur Standardisierung der medizinischen Versorgung in zweifacher Weise fortsetzen: Erstens wird die Finanzierungsseite weitere Standardisierungen fordern, um Leistungs- und Qualitätsvergleiche (*benchmarking*) möglich zu machen. Zweitens verstärkt sich die Orientierung auf Standards als Mittel zur Maximierung der Ressourcennutzung. Protokolle, die medizinische Handlungen und deren Reihenfolge definieren, können zwar, sofern sie Raum für individuelle Abweichungen zulassen, die Versorgungsqualität

verbessern helfen. Andererseits dienen sie einer maximalen Ausnutzung von *inputs* und unterstützen damit die weitere Annäherung an fordistische »Produktionsmethoden« in der Krankenversorgung. Nach Hafferty und Light (1997: 147) besteht die Herausforderung darin, »zu verstehen, ob dieser Rationalisierungsschub in der Medizin uns zu viel von der Wirkungsforschung (effectiveness research) versprochen und zugleich dazu verleitet hat, eine viel grundsätzlichere Voraussetzung zu vernachlässigen: wie die Wiederherstellung einer Dienstleistungsethik und eines professionellen Altruismus mit der neuerlichen Verwissenschaftlichung der Medizin verbunden werden kann«.

Korrespondenzadresse

Stefan Gildemeister
3715 Columbus Ave. S., Apt. 3
Minneapolis, MN 55407 – USA
stefan.gildemeister@ibm.net

Anmerkungen

- 1 Dieser Aufsatz basiert auf der Diplomarbeit des Autors, eingereicht an der Universität Bremen im Januar 1997 (Gildemeister 1997).
- 2 Zur Entwicklung des Begriffs des funktionsfähigen/funktionalen Wettbewerbs und seiner Bedeutung gegenüber dem statischen Wettbewerbsbegriff der Neoklassik vgl. Greß (1997: 12).
- 3 Durch eine Risikobeteiligung der Anbieter wird hier eine kostenmäßige Mitverantwortung erzwungen. Die Anreize wirken jedoch nicht auf Versorgungsminimierung, sondern auf Optimierung, da die Anbieter finanziell am langfristigen Gesundheitszustand interessiert sind.
- 4 Dieses Konzept des *moral hazard* wurde von Arrow angedeutet (1963) und von Pauly später ausformuliert (1968).
- 5 Schlesinger (1995b) errechnet jährliche Fluktuationen von zwischen 15-20%.
- 6 Preiselastizitäten geben die Nachfragesensibilität gegenüber einer Preisänderung wider. Je höher die Preiselastizität der Nachfrage, desto heftiger reagieren Konsumenten auf eine kleine Änderung des Preises. Für die Nachfrage nach Krankenversicherungsleistungen wurden Preiselastizitäten errechnet, die zwischen -0,16 (eine 1prozentige Änderung des Preises führt zu einer 0,16prozentigen Änderung der Nachfrage in entgegengesetzter Richtung) und -2,8 variieren (vgl. Holmer 1984; Morrisey 1992).
- 7 Vielmehr kann die Konsumentenunzufriedenheit auch genutzt werden, um sich aus Kostengründen mittels subtiler Mechanismen von wenig wünschenswerten Patienten zu trennen.
- 8 Entsprechend aktueller Bevölkerungsstatistiken bedeutet dies, daß knapp 90 Mio. US-Amerikaner, also 33,6 % der Bevölkerung, nur zwischen den »Billig«-Plänen wählen können, da aus ihrem Einkommen keine Mittel für »zusätzliche« Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen (Baugher/Lamison-White 1996: 2, Tabelle 2). – Die Einkommenselastizität von Familien mit einem jährlichen Einkommen

unterhalb 15 000 US-Dollar ist sechsmal höher als die von Familien mit einem jährlichen Einkommen von 40 000 US-Dollar. Für Familien mit Einkommen zwischen 15 000 und 25 000 US-Dollar ist die Preiselastizität noch doppelt so hoch wie die von Familien mit einem Einkommen von mehr als 40 000 US-Dollar (vgl. Merlis 1993).

- 9 Vgl. zu Risikoselektion: Giacomini/Luft/Robinson 1995; Dowd/Feldman 1985; zur vergleichbaren Kostenentwicklung im Nicht-MC-Sektor: Gabel 1992; Luft 1980; zu möglichen Effizienzgewinnen durch MC: McCusker/Stoddard/Sorensen 1988; Martin et al. 1989.

Literatur

- Arrow, K. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53: 941-973
- Baughner, E.; Lamison-White, L. (1996): Poverty in the United States 1995. (Series P60-194). Washington, D.C.: Government Printing Office
- Berk, M.L.; Monheit, A.C. (1992): The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs* 11: 145-149
- Brown, L.D. (1993): Competition and the new accountability: Do market incentives and medical outcomes conflict or cohere? In: R.J. Arnold; R.F. Rich; W.D. White (eds.): *Competitive approaches to health care reform*. Washington, D.C.: Urban Institute Press, 223-244
- Davis, K. (1997): Many working families struggle to get needed care and pay medical bills. News Release: The Henry J. Kaiser Family Foundation and The Commonwealth Fund, Dec. 8
- Dowd, B.; Feldman, R. (1985): Biased selection in twin cities health plans. *Advances in health economics and health services research* 6: 253-271
- Dranove, D.; Satterthwaite, M.A. (1992): Monopolistic competition when price and quality are imperfectly observable. *RAND Journal of Economics*, 23(4), 518-534
- Ellwood, P.M.; Anderson, N.N.; Billings, J.E.; Carlson, R.J.; Hoagberg, E.J.; McClure, W. (1971): Health maintenance strategy. *Medical Care* 9: 291-298
- Enthoven, A.C. (1978): Consumer-choice health plan: a national health insurance proposal based on regulated competition in the private sector (first of two parts). *New England Journal of Medicine* 298: 650-658
- Enthoven, A.C. (1988): Theory and practice of managed competition in health care finance. North Holland
- Enthoven, A.C. (1993): The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, Supplement: 25-48
- Enthoven, A.C.; Kronick, R. (1989): A consumer-choice health plan for the 1990s. *New England Journal of Medicine* 320: 94-101
- Epstein, A.M.; Stern, R.S.; Tognetti, J.; Begg, C.B.; Hartley, R.M.; Cumella, E.; Ayanian, J.Z. (1988): The association of patients' socioeconomic characteristics with the length of hospital stay and hospital charges within Diagnosis-Related Groups. *New England Journal of Medicine*, 318, 1679-1685
- Evans, R.G. (1984): *Strained mercy*. Toronto: Butterworths
- Feldman, R.; Dowd, B.; McCann, D.; Johnson, A. (1986): The competitive impact of health maintenance organizations on hospital finances: an exploratory study. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 10: 675-697
- Fisher, I. (1998): HMO Premiums rising sharply, stoking debate on managed care. *New York Times*, Thursday, Jan. 11

- Freund, D.; Hurley, R. (1995): Medicaid managed care: contributions to issues of health reform. *Annual Review of Public Health* 16: 473-495
- Fuchs, V. (1996): Economics, values, and health care reform. *The American Economic Review* 86: 1-24
- Gabel, J.R. (1992): Witness to a thousand stories: a look at insurance data. *Health Affairs* 11: 186-190
- Giacomini, M.; Luft, H.S.; Robinson, J.C. (1995): Risk adjusting community rated health plan premiums: a survey of risk assessment literature and policy applications. *Annual Review of Public Health* 16: 401-430
- Gildemeister, S. (1997): Marktwirtschaftliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung – Überprüfung der Wirksamkeit von »Managed Care« und »Managed Competition« am Beispiel der Twin Cities (USA). Universität Bremen
- Greenfield, S.; Nelson, E.C.; Zubkoff, M.; Manning, W.; Rogers, W.; Kravitz, R.L.; Keller, A.; Tarlov, A.R.; Ware, J.E. (1992): Variations in resource utilization among medical specialities and systems of care: results from the medical outcome study. *JAMA* 267: 1624-1630
- Greenhouse, S. (1997): Physicians in labor union? HMO doctors make move. *New York Times*, Thursday, Feb. 13
- Greß, S. (1997): Wettbewerb in der Theoriegeschichte – Grundlagen und Funktionen. Unveröffentlichtes Arbeitspapier
- Hamburger, T.; Lerner, M.; Howatt, G. (1997): The wellness gap. Managing managed care. *Star Tribune*, Sunday, Dec. 2
- Hibbard, J.; Weeks, E. (1987): Consumerism in health care: prevalence and predictions. *Medical Care* 25: 1019-1032
- Holmer, M. (1984): Tax policy and the demand for health insurance. *Journal of Health Economics* 3: 203-221
- Knieps, F. (1997): Die Domestizierung von Managed Care – Chancen und Perspektiven neuer Formen des Gesundheitsmanagements. In: M. Arnold; D. Pfaffrath (Hg.): *Krankenhaus-Report '96*. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer, 45-52
- Kolodinsky, M.; Arnold, T. (1989): Developing a sliding fee scale for health care insurance in Vermont: the calculation of disposable income. Burlington, Vt: University of Vermont
- Kronick, R.; Goodman, C.D.; Wennberg, J.; Wagner E. (1993): The marketplace in health care reform. The demographic limitations of managed competition. *New England Journal of Medicine* 328: 148-152
- Kühn, H. (1997): Managed Care – Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel der USA. *WZB-Papers*, P97-202
- Lauterbach, K.W. (1997): Methoden zur Kostenkontrolle und zur Qualitätssicherung bei der integrierten Versorgung in den USA. In: M. Arnold; D. Pfaffrath (Hg.): *Krankenhausreport '96*. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Gustav Fischer, 53-62
- Luft, H.S. (1980): Trends in medical care cost: do HMOs lower the rate of growth? *Medical Care* 18: 1-16
- Luft, H.S. (1981): *Dimensions of performance*. New York: John Wiley
- Luft, H.S. (1996): Modifying managed competition to address cost and quality. *Health Affairs* 15: 24-38
- Manton, K.G.; Newcomer, R.; Lowrimore, G.R.; Vertrees, J.C.; Harrington, C. (1993): Social/health maintenance organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financing Review* 15: 173-202

- Martin, D.P.; Diehr, P.; Price, K.F.; Richardson, W.C. (1989): Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 79: 1628-1632
- McCusker, J.; Stoddard, A.M.; Sorensen, A.A. (1988): Do HMOs reduce hospitalization of terminal cancer patients? *Inquiry* 25: 263-270
- Mechanic, D. (1989): Consumer choice among health insurance options. *Health Affairs* 8: 139-148
- Merlis, M. (1993): Medicaid source book. Washington, D.C.: Congressional Research Service
- Miller, R.H.; Luft, H.S. (1994): Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *JAMA* 271: 1512-1519
- Miller, R.H.; Luft, H.S. (1997): Does managed care lead to better or worse quality of care? *Health Affairs* 16: 7-25
- Morrisey, M.A. (1992): Price sensitivity in health care: implications for health care policy. Washington, D.C.: NFIB Foundation
- Neipp, J. (1988): Das Gesundheitswesen der USA: Ein Vorbild für die gesetzliche Krankenversicherung? Baden-Baden: Nomos
- Okoniewski, U. (1997): Ungenutzte Potentiale: Qualitätsmanagement für Krankenkassen-Dienstleistungen. *Soziale Sicherheit* 46: 173-186
- Pauly, M. (1968): The economics of moral hazard. *American Economic Review* 58: 531-537
- Pauly, M. (1992): Responsible national health insurance. Washington, D.C.: American Institute Press
- Pauly, M.; Satterthwaite (1981): The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics* 12: 488-506
- Rebscher, H. (1993): Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV. *Arbeit und Sozialpolitik* 47, 5-6: 39-43
- Reiners, H. (1988): Gesundheit als Ware. Zur Theorie und Praxis marktradikaler Reformkonzepte im Gesundheitswesen. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 13. Hamburg: Argument, 62-81
- Reintjes, R.; Reiche, R.; Wenk-Lang, A. (1997): Das Gesundheitssystem: Der Markt und/oder staatliche Steuerung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 27: Gesundheit, Bürokratie, Managed Care. Hamburg: Argument, 71-81
- Rice, T.; Brown, R.W.R. (1993): Holes in the Jackson Hole approach to health care reform. *JAMA* 270: 1357-1362
- Russell, L.B. (1989): Medicare's new hospital payment system: Is it working? Washington, D.C.: The Brookings Institution
- Schlesinger, M. (1995a): Choice, managed care and managed competition: interactions and extrapolations. (unveröff. Manuskript.)
- Schlesinger, M. (1995b): Regulatory strategies under managed competition health care reforms. In: *Health Care Policy and Regulation*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 45-72
- Shaughnessy, P.W.; Schlenker, R.E.; Hittle, D.F. (1994): Home health care outcomes under capitated and fee-for-service payment. *Health Care Financing Review* 16: 187-222
- Starr, P. (1982): The social transformation of American medicine. New York: Basic Books
- Stock, J.; Baumann, M.; Carels, J. (1996): Managed Care – Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung. Endbericht im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Basel und Köln: Prognos

- U.S. Congress (1989): The use of preventive services by the elderly. OTA staff paper. Washington, D.C.: Government Printing Office
- Ware, J.E.; Bayliss, M.S.; Rogers, W.H.; Kosinski, M.; Tarlov, A.R. (1996): Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 276: 1039-1047
- Weisbrod, B.A. (1975): Toward a theory of the voluntary non-profit sector in a three-sector-economy. In: E.S. Phelps (ed.): *Altruism, morality, and economic theory*. New York: Russel Sage Foundation, 171-195