

Kai Mosebach

Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitssystems¹

Im Mittelpunkt dieses Beitrages steht die Frage, ob man im Hinblick auf die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen tatsächlich von einer „Amerikanisierung des Gesundheitssystems“ sprechen kann. Von globalisierungskritischer Seite wird die Kritik „Gesundheit ist keine Ware“ mit der Gefahr einer „Amerikanisierung“ des Gesundheitssystems verbunden. Im Grunde wird mit einem drohenden Amerikanisierungsprozess auf *drei Entwicklungen* angespielt, die in besonders ausgeprägter Form mit der negativen Folie USA assoziiert werden:

- ein unzureichender Versicherungsschutz durch zunehmende Privatisierungen bei den Versicherungsleistungen;
- die Ökonomisierung der Versorgungsstrukturen und des Konzepts Gesundheit durch die wachsende Zahl privater profitorientierter Unternehmen und den Einzug von Managed-Care-Konzepten (siehe unten) sowie
- die Internationalisierung von Gesundheitsdienstleistungserbringern durch das multilaterale Dienstleistungsabkommen (GATS) im Rahmen der Welthandelsorganisation (WTO).

Ich möchte in diesem Beitrag zeigen, dass die These einer drohenden Amerikanisierung wesentlich differenzierter betrachtet werden muss. *Erstens* unterscheidet sich das US-amerikanische Gesundheitssystem grundlegend von den Traditionen der Gesundheitsversorgung auf dem europäischen Kontinent. *Zweitens* geben die derzeitigen Internationalisierungsprozesse und die empirischen Daten über den Handel mit Gesundheitsdienstleistungen bislang keinen Hinweis darauf, dass es zu einer Expansion US-amerikanischer Gesundheitskonzerne nach Deutschland kommen wird. Die Amerikanisierungs-These verweist jedoch *drittens* zu Recht auf den Tatbestand, dass es im Zuge von Globalisierungsprozessen zu einer eigentümlichen Verbindung einer identischen Problemsicht einerseits und gesundheitsökonomisch präskriptiven Lösungs-

1 Der Autor möchte an dieser Stelle Prof. Dr. Volker E. Amelung (Medizinische Hochschule Hannover) und Prof. Dr. RuthAnn Althaus (Saint Xavier University, Chicago, Illinois) für wertvolle Hinweise zum US-amerikanischen Gesundheitssystem danken.

modellen andererseits kommt. Statt von einer Amerikanisierung sollte man jedoch von einer *Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses* sprechen.² Obwohl also auch in Deutschland Managed Care und Wettbewerbselemente in das Gesundheitssystem eingeführt werden, sind sie kontextuell anders zu bewerten als in den USA. Es stellt sich abschließend dennoch die Frage, ob nicht einige aktuelle Reformbemühungen in Deutschland den „Weg frei machen“ könnten für eine spätere Expansion US-amerikanischer und ausländischer Gesundheitskonzerne.

1. Das fragmentierte Krankenversicherungssystem der USA

1.1 „Nachholende Fordisierung“: zur Entstehung des US-amerikanischen Krankenversicherungssystems

Während in Deutschland das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit den so genannten „Bismarck'schen Sozialistengesetzen“ eingeführt wurde, ist die Entstehung eines öffentlichen Krankensicherungssystems in den USA weitgehend ein Ergebnis der „Wohlfahrtsprogramme“ der späten sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts. Die historischen Besonderheiten der US-amerikanischen Gesellschaft haben bewirkt, dass sich im Gegensatz zu europäischen Entwicklungen bis heute keine (nationale) universelle Krankenversicherung etablieren konnte (vgl. Sattler 1994). Überraschenderweise ähneln sich das deutsche und das US-amerikanische System hier jedoch auch. In beiden Systemen können sich höhere Einkommensklassen der Finanzierung einer öffentlichen/staatlichen Krankenversicherung weitgehend entziehen. So verfügen beide Gesundheitssysteme über keine vollständig universalversorgenden öffentlichen Systeme der Krankenversicherung. Die grundlegenden Unterschiede sind jedoch nicht zu übersehen: Das US-amerikanische System basiert im Kern auf privatvertraglichen Organisationsprinzipien, ist politisch wesentlich fragmentierter und sein Versicherungsschutz erheblich selektiver. Im Gegensatz zum europäischen Modell spielt im US-amerikanischen Gesundheitssystem der Wohlfahrtsstaat eine residuale Rolle.

Betrachtet man das System zunächst von der *Versicherungsseite* her, so lassen sich drei große Gruppen unterscheiden (siehe Tabelle 1). *Erstens* ist hier die Gruppe der über ihren Arbeitgeber in Gruppen oder individuell privat Versicherten zu nennen. Im Jahr 2000 sind 72,4% der US-amerikanischen Bevölkerung in dieser Weise krankenversichert gewesen, wobei 88,5% dieser Gruppe über ihren Arbeitsplatz krankenversichert waren. *Zweitens* ist hier die Gruppe

2 Erste Untersuchungen des *policy transfers* bzw. *knowledge transfers* in diesem Bereich deuten darauf hin, dass zentrale gesundheitsökonomische Konzepte im Wissensdreieck von US-amerikanischen Forschungseinrichtungen, internationalen Organisationen und einem internationalisierten Spezialdiskurs produziert werden. Die Forschung hierzu steht jedoch erst am Anfang (vgl. Lee/Buse/Fustulian 2002).

derjenigen Personen zu nennen, die über ein staatlich finanziertes Krankenversicherungsprogramm versichert sind. Etwa ein Viertel aller US-Amerikaner (24,2%) sind entweder im Programm für über 65-Jährige (*Medicare*), im Programm für Arme (*Medicaid*) oder im Programm für Militärangehörige eingeschrieben. Die Besonderheiten der Einschreibungsbedingungen sowohl der privaten als auch der staatlichen Krankenversicherungen bewirken *drittens*, dass im Jahr 2000 immerhin 14% der US-amerikanischen Bevölkerung über keine Krankenversicherung verfügen konnten. Legt man die Bevölkerungszahl von 1999 zu Grunde (278 Millionen), so waren im Jahr 2000 etwa 39 Millionen US-Bürger ohne jede Krankenversicherung und im Krankheitsfall weitgehend unversorgt oder auf die Notfallaufnahme angewiesen (vgl. Bodenheimer/Grumbach 2002: 15ff).

Tabelle 1: *Krankenversicherungsschutz (KVS) in den USA im Jahr 2000 (Angaben in%)*

Gruppe	Privater oder staatlicher KVS							Kein KVS
		Privater KVS		Staatlicher KVS				
	Insg.	Insg.	AG*	Insgesamt	Medicaid	Medicare	Militär	Unversichert
Gesamtbevölkerung	86,0	72,4	64,1	24,2	10,4	13,4	3,0	14,0
Haushaltseinkommen								
< \$ 25.000	77,3	41,2	27,6	52,4	27,7	28,7	2,6	22,7
\$ 25.000 - 49.999	83,0	70,2	60,9	25,7	9,8	14,7	3,5	17,0
\$ 50.000 - 74.999	89,0	83,3	77,4	13,5	4,3	7,1	3,2	11,0
> \$ 75.000	93,1	90,1	84,9	9,3	2,2	5,2	2,7	6,9
Arbeitsverhältnis								
Insg.	82,4	75,3	69,0	10,6	6,2	2,8	2,8	17,6
Ganzjährig	83,8	80,3	74,6	6,2	3,3	0,6	2,6	16,2
Vollzeit	84,6	80,3	74,6	5,2	2,5	0,4	2,5	15,4
Teilzeit	79,3	71,6	60,0	11,2	7,3	1,6	3,0	20,7
ohne Arbeit	76,4	52,4	43,6	31,0	19,5	13,0	4,0	23,6

Quelle: Docteur/Suppanz/Woo (2003: 6)

Lenkt man den Blick auf die *Leistungsseite* des Systems, so ist zunächst zu konstatieren, dass kein bundesweit einheitlicher Leistungskatalog existiert. Der fragmentierte Charakter des Krankenversicherungssystems und die sehr stark ausgeprägte föderale Struktur der USA haben zur Folge, dass das Leistungspaket zum einen von dem privatvertraglich bestimmten Katalog an Leistungen, zum anderen von den bundesstaatlichen Finanzierungsmöglichkeiten öffentlicher Krankenversicherungsprogramme abhängig ist. Private Krankenversicherungen werden den Arbeitnehmern in der Regel vom Arbeitgeber angeboten. Dabei korreliert der Umfang des angebotenen Krankenversicherungsschutzes positiv mit der Größe des privaten Unternehmens und seiner kommerziellen Leistungskraft. Staatliche Gesundheitsprogramme zielen hingegen auf spezifische gesellschaftliche Gruppen, welche wegen verschiedener Gründe (Alter, Be-

hinderung, Kinder) von dem privaten Krankenversicherungssystem nicht erfasst sind. Das bundesweite Programm *Medicare* deckt neben den über 65-jährigen Rentnern auch die Gesundheitsausgaben für behinderte US-Amerikaner.³ *Medicare* umfasst nicht alle denkbaren Gesundheitsleistungen; insbesondere Arzneimittelausgaben werden nicht vollständig finanziert. Meistens haben US-Amerikaner, welche sich in *Medicare* einschreiben können, zusätzliche Versicherungspolice, die Zusatzkosten und nicht gedeckte Leistungen versichern. Diese sind in der Regel private Versicherungsformen; 16% der *Medicare*-Versicherten erhalten wegen der Leistungslücken und zu geringen Einkommen jedoch zusätzliche Leistungen von *Medicaid*. *Medicaid* ist im Gegensatz zu *Medicare* ein gemischtes System, welches sowohl vom Bund als auch den Bundesstaaten über Steuern finanziert wird. Es zielt auf die Finanzierung der Krankenversorgung von einkommensschwachen Familien, Kindern, Älteren und Behinderten. Ein Drittel des *Medicaid*-Budgets wird für die Finanzierung von Versorgungslücken des *Medicare*-Programms aufgewandt. Sowohl die privaten Krankenversicherungen als auch *Medicare*-Programme haben zum Teil hohe Selbstbeteiligungs- und Kofinanzierungsmechanismen für individuelle Gesundheitsleistungen. Im Sinne eines residualen Sicherungsnetzes fungiert *Medicaid* deswegen als soziale Transferleistung nach Bedürftigkeit für bestimmte Bevölkerungsgruppen (vgl. Bodenheimer/Grumbach 2002: 9ff).

Um die Verteilungswirkung des System bemessen zu können, muss schließlich die Verteilung der (ex-post) Finanzierungslasten der Gesundheitsausgaben zwischen privaten und öffentlichen Quellen herangezogen werden (siehe Tabelle 2). Dabei zeigt sich, dass seit der Einführung von *Medicaid* und *Medicare* in den sechziger Jahren der öffentliche und insbesondere der bundesstaatliche Finanzierungsanteil steil angestiegen ist, während die Zahlungen „aus der Tasche“ (*out-of-pocket-payments*) der Versicherten anteilmäßig zurückgegangen sind. Doch auch der Finanzierungsanteil der privaten Versicherung ist in diesem Zeitraum von 21,4% (1960) auf 34,6% (2000) angestiegen. Der – an sich erfreuliche – anteilmäßige Rückgang der privaten *out-of-pocket-payments* sollte deswegen nicht überbewertet werden. Denn auch die risikogewichteten Prämien der privaten Krankenversicherer sind unter Verteilungsaspekten als *regressiv* zu kennzeichnen (d.h. die oberen Einkommensklassen werden relativ begünstigt) und können ein finanzielles Hindernis für den Zugang zu einer benötigten medizinischen Behandlung darstellen. Zudem besteht für zahlreiche Versicherte das Problem, dass sie wegen eines zu geringen verfügbaren Einkommens unterversichert sind (vgl. Bodenheimer/Grumbach 2002: 13ff).

3 Medicare besteht aus zwei Teilprogrammen; Medicare A für Krankenhausdienstleistungen und Medicare B für ambulante Dienstleistungen. Die Zugangsbedingungen orientieren sich am Prinzip von Sozialversicherungssystemen und setzen in der Regel eine bestimmte Zeit in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis voraus (vgl. Bodenheimer/Grumbach 2002: 10).

Tabelle 2: *Persönliche Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsform in den USA von 1960-2000 (Anteile in Prozent)*

	1960	1970	1980	1990	1995	2000
Private Zahlungen	78,6	64,8	59,7	61,0	55,4	56,7
Out-of-pocket	55,2	39,7	27,1	22,5	16,9	17,2
private Krankenversicherung	21,4	22,3	28,3	33,4	33,4	34,6
Andere	2,0	2,8	4,3	5,0	5,1	5,0
Öffentliche Zahlungen	21,4	35,2	40,3	39,0	44,6	43,3
Bundesebene	8,7	22,9	29,3	28,6	34,1	32,8
Medicare	0,0	11,5	16,9	17,6	20,6	19,2
Medicaid	0,0	4,3	6,4	6,6	9,5	9,8
Andere	8,7	7,1	6,0	4,4	4,0	3,8
Staaten/Kommune	12,6	12,3	11,1	10,5	10,5	10,5
Medicaid	0,0	3,7	5,1	4,8	6,2	6,9
Andere	12,6	8,6	5,9	5,6	4,3	3,6

Quelle: Docteur/Suppanz/Woo (2003: 8)

Im Gegensatz zur deutschen Entwicklungsgeschichte wurde die erstmalige Ausweitung der Krankenversicherung in den USA von der Leistungserbringerseite initiiert. Bis zur Weltwirtschaftskrise der dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts wurden die meisten Gesundheitsdienstleistungen in den USA „aus der Tasche“, also ohne das Instrument der (privaten und/oder sozialen) Krankenversicherung aufgebracht. Die Wirtschaftskrise und einbrechende Individual-einkommen führten bei Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern) dazu, dass sie einkommensschwachen Patienten eine Art Krankenversicherung anboten:

„As the Great Depression deepened and private hospital occupancy in 1931 fell to 62%, similar hospital-centered private insurance plans spread. These plans (anticipating more modern health maintenance organizations [HMOs]) restricted care to a particular hospital. The American Hospital Association built on this prepayment movement and established statewide Blue Cross hospital insurance plans allowing free choice of hospital. By 1940, 39 Blue Cross plans, controlled by the private hospital industry, had enrolled over 6 million people. The Great Depression reduced the amount patients could pay physicians out-of-pocket, and in 1939, the California Medical Association set up the first Blue Shield plan to cover physician services. These plans, controlled by state medical societies, followed Blue Cross in spreading across the nation“ (Bodenheimer/Grumbach 2002: 8).

Die nachfolgende Expansion der von Arbeitgebern an ihre Arbeitnehmer vergebenen privaten Krankenversicherung verdankt sich dem Umstand, dass während des Zweiten Weltkrieges die Konkurrenz um knapp werdende Arbeitskräfte sich wegen staatlichen Lohn- und Preiskontrollen auf die Gewährung von privaten Krankenversicherungen als „Extralohn“ verlagerte. Die hierdurch angefachte Dynamik privater Krankenversicherung(sunternehmen) führte zu einem grundlegenden Wandel im jungen US-amerikanischen Krankenversiche-

runssystem. Während die leistungsanbieterorientierten Versicherungen sich weitgehend nach dem Prinzip des *community-rating* finanzierten, brachte die steigende Konkurrenz privater Versicherungsunternehmen schließlich das *experience-rating* hervor, welches sich im Endeffekt als dominant durchzusetzen vermochte (ebd.: 8f).⁴ Im Zuge der US-amerikanischen Wohlfahrtsstaatspolitik unter Präsident Lyndon B. Johnson wurden schließlich im Jahr 1965 die staatlichen Gesundheitsprogramme Medicare und Medicaid aufgelegt, welche die bislang von Krankenversicherungsleistungen ausgeschlossene Gruppen der Älteren und Armen in das US-amerikanische Krankenversicherungssystem zu integrieren versuchte (ebd.: 9ff). Bis zur Krise des Fordismus in den siebziger Jahre wurden in den USA durch Medicaid und Medicare im Wesentlichen intermediäre Versicherungsinstitute finanziert, welche für diese staatlichen Programme Ärzte und Krankenhäuser vergüteten. Dies waren zumeist die von Leistungserbringern initiierten Blue-Cross und/oder Blue-Shield Versicherer. Die Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitssystems bis zur Weltwirtschaftskrise der siebziger Jahre lässt sich mit den Worten von Thomas S. Bodenheimer und Kevin Grumbach daher als „Pakt“ zwischen den Leistungserbringergruppen und den entsprechenden Versicherungsgruppen beschreiben (ebd.: 186).

1.2 Krise des Fordismus und US-amerikanisches Gesundheitssystem: die Managed-Care-Revolution

In der sich entwickelnden Weltwirtschaftskrise in den siebziger Jahren zeigte sich die Abhängigkeit der Expansion des US-amerikanischen Krankenversicherungssystems von den Bedingungen des „Traums immerwährender Prosperität“ (Burkhart Lutz). Ähnlich der Nachkriegsentwicklung der Bundesrepublik Deutschland basierte die Vergütung von Leistungserbringern im US-amerikanischen Krankenversicherungssystem bis dahin weitgehend auf dem Prinzip der *Einzelleistungsvergütung* („fee-for-service“) bei freier Arztwahl. Diese Versicherungsform wird als *indemnity*-Versicherung bezeichnet. Der Niedergang der wirtschaftlichen Dynamik schlug unmittelbar auf die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen um. Die Gesundheitsindustrie (Versicherer/Leistungserbringer) versuchte, die einbrechenden finanziellen Budgets über Prämien- und Preissteigerungen zu kompensieren. Die Finanzierer (insbesondere die privaten Unternehmen) versuchten, die Prämien- und Kostensteigerungen über staatliche Kontrollmaßnahmen aufzufangen, zunächst ohne Er-

4 Als *community rating* bezeichnet man diejenige Errechnung von Versicherungsprämien, die die Erkrankungswahrscheinlichkeit der gesamten Versicherungsgemeinschaft berücksichtigt und zu einer für alle Mitglieder dieser Gemeinschaft einheitlichen Versicherungsprämie führt. Das *experience rating* besteht dagegen in der Berechnung einer auf das Individuum bezogenen risikogewichteten Versicherungsprämie.

folg. Im Zuge der erneuten Rezession im Gefolge der Zinserhöhungen der US-amerikanischen Notenbank in den Jahren nach 1979 sanken zwar die Löhne und die US-amerikanische Ökonomie befand sich in einer Phase der „De-Industrialisierung“, die Gesundheitskosten wurden von den meisten US-amerikanischen Unternehmen jedoch (noch) nicht als Problem angesehen (vgl. Bodenheimer/Grumbach 2002: 187ff; Sylvers 2002: 18ff). Erst die enormen Kostensteigerungen von arbeitgeberfinanzierten Gesundheitsplänen in den Jahren 1988 (+18,6%) und 1989 (+20,4%) machten die steigenden Gesundheitsausgaben für die meisten privaten Unternehmen zu einem existenziellen Problem. Die Kostensenkungsstrategien des privaten Unternehmenssektors bestanden zum einen darin, die Arbeitnehmer über höhere Selbstbehalte und Zuzahlungen an den Gesundheitsausgaben zu beteiligen sowie zum anderen über Health Maintenance Organizations (HMOs, versicherungsartige Unternehmen, die den Arbeitgebern Leistungen für ihre Arbeitnehmer anbieten, siehe den nächsten Abschnitt) selektive Verträge mit Leistungserbringern einzugehen, die sich am Prinzip des *Managed Care* orientierten. Managed Care (MC) beinhaltet die Verschmelzung der Finanzierungsfunktion und Organisationsfunktion der Gesundheitsversorgung durch selektive Verträge mit Leistungsanbietern mit dem Ziel einer erhöhten Kosteneffizienz bei – vom Anspruch her – gleicher oder besserer Qualität für eine als Versicherungsgemeinschaft eingeschriebene Bevölkerungsgruppe (Sattler 1999: 12). Der Boom von HMOs und Managed Care im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts geht auf den *Health Maintenance Organization Act* aus dem Jahr 1973 zurück. Er eröffnete die Möglichkeit, dass gewinnorientierte Unternehmen Arztpraxen besitzen durften und Versicherungspläne eingeführt wurden, welche die Ärzte mit Kopf- bzw. Fallpauschalen vergüteten. „Anfangs wurde die Bildung von gemeinnützigen (non-profit) HMOs favorisiert. Im weiteren Verlauf erhielt die Gesetzgebung Modifizierungen und stellte sich der Besitzumsform neutraler gegenüber. Profitorientierte HMOs erhielten finanzielle Unterstützung, wenn sie sich in medizinisch unterversorgten Gebieten ansiedelten, woraufhin diese HMO-Art rasch ihren Marktanteil vergrößerte“ (Sattler 1999: 14). Managed-Care ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch vier Hilfsmittel, welche die Integration von Finanzierung und Leistungserbringung effizienter machen sollen (ebd.: 14f; Amelung/Schumacher 2000: 98ff):

- Auswahl von speziellen Leistungserbringern und Leistungen für die Mitglieder;
- Standards für die Aufnahme von Leistungserbringern;
- Qualitätssicherung und Überprüfung der Inanspruchnahme sowie
- finanzielle Anreize für Leistungsanbieter und Mitglieder, kostengünstige Behandlung zu erbringen bzw. in Anspruch zu nehmen.

Schließlich wenden alle Managed-Care-(Gesundheits-)Pläne *interne Kostenkontrollmaßnahmen* an:

- Gatekeeping, d.h. Primärärzte sind Schlüssel für den Zugang zu Spezialisten;

- Gratifikationen an Leistungserbringer bei der Vermeidung unnötiger Leistungen;
- Verminderung von stationären Aufenthalten und
- Utilization Review (Nutzungskontrollen) durch das Personal des Versicherungsunternehmens oder Review-Firmen.

Der Aufstieg von Managed Care ist somit Ergebnis der „Revolte“ der privaten Unternehmen als Finanzierer von Gesundheitsdienstleistungen und dem Wunsch nach sinkenden Gesundheitsausgaben. Im Ergebnis wurde der „historische Pakt“ zwischen Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern) und den (leistungserbringerinitiierten) Versicherungsgruppen aufgekündigt. Managed Care und die Revolte der privaten Unternehmen bewirkten, dass die Autonomie der Leistungserbringer im US-amerikanischen Gesundheitssystem erheblich eingeschränkt wurde. Managed Care-Organisationen (MCOs) traten nunmehr zwischen die Finanzierer (Arbeitgeber, später auch die staatlichen Gesundheitsprogramme) auf der einen und die Leistungserbringer auf der anderen Seite und versuchten mit prospektiven Vergütungsformen, selektiven Verträgen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Kostenkontrollinstrumenten die Gesundheitsausgaben für die privaten Unternehmen zu senken. Die Verbindung der entstehenden Konkurrenz zwischen MCOs mit der starken Einschränkung der ärztlichen Autonomie hat Hagen Kühn treffend als „Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung“ bezeichnet (vgl. Kühn 1997).

1.3 Managed-Care in den 90ern:

Differenzierung, Kommerzialisierung und Backlash

In den neunziger Jahren weitete sich das Konzept von Managed Care in allen Teilen des US-amerikanischen Gesundheitssystems aus. Managed Care ist dabei nicht mit der Praxis von Health Maintenance Organizations (HMOs) gleich zu setzen; ganz im Gegenteil kann man unterschiedliche Typen von Managed Care Organisationen (MCOs) unterscheiden. In der Regel werden drei Grundformen von MCOs unterschieden, welche sich zum einen im Grad der Integration von Finanzierungs- und Leistungserbringungsfunktion, zum anderen wegen der Präferenz für unterschiedliche Vergütungsformen, welche auf den Ursprung ihrer Gründung verweist, voneinander abgrenzen lassen. So können versicherungsorientierte und anbieterorientierten MCOs identifiziert werden (vgl. ausführlich: Amelung/Schumacher 2000: 13ff).

Versicherungsorientierte MCOs können in die Untergruppen Health Maintenance Organizations (HMOs) und Point-of-Service-Produkte (POS) differenziert werden. HMOs sind versicherungsartige Unternehmen, welche privaten Unternehmen (Arbeitgebern), in zunehmendem Maße auch den staatlichen Programmen Medicare und Medicaid, eine Anzahl unterschiedlicher Gesundheitspläne für deren Arbeitnehmer anbieten. Die Vertragsbeziehungen zwi-

schen dem HMO und den Leistungserbringern (z.B. Vergütung) sind in den Unterformen recht unterschiedlich. In jedem Fall ist die Freiheit der Arztwahl der Versicherten stark eingeschränkt und die Gesundheitsleistungen einer restriktiven Ausgabenkontrolle unterworfen. Von HMOs sind Point-of-Service-Produkte (POS) zu unterscheiden, welche den eingeschriebenen Versicherten die Möglichkeit eröffnen, bei einer erhöhten Zuzahlung auch andere Leistungserbringer zu konsultieren. Eine POS ist somit ein „hybrides Produkt“. Im Gegensatz zu HMOs und POS basieren Preferred Provider Organizations (PPOs) auf einem Zusammenschluss von Ärzten und Krankenhäusern, welcher sich zum Ziel setzt, den Arbeitgebern oder traditionellen Versicherungsgesellschaften (*indemnity*) ein konkurrenzfähiges Produkt gegenüber HMOs anzubieten. Die Vertragsbeziehungen unterscheiden sich von HMOs erheblich, indem zum einen die Vergütung der Leistungserbringer auf einem Einzelleistungssystem mit zum Teil hohen Preisabschlägen beruht. Leistungsanbieter, die kostenorientiert selektiv kontrahiert werden, können von den Versicherten unter Zahlung einer Zusatzgebühr auch außerhalb der PPOs gewählt werden.

Einer neuesten Marktstudie zufolge haben sich die Marktanteile von traditionellen Versicherungsformen, HMOs, PPOs und POS in den USA in den letzten 15 Jahren erheblich verändert (Kaiser Family Foundation 2002: 69). Während im Jahr 1988 noch 73% aller Versicherungsformen auf dem traditionellen Versicherungskonzept beruhten und Managed-Care-Organisationen nur 27% erreichten, hat sich mittlerweile das Verhältnis ins Gegenteil verkehrt. Im Jahr 2002 sind 95% aller Arbeitnehmer in irgendeiner Form von MCOs eingeschrieben.

Profitorientierte Managed-Care-Organisationen haben in den neunziger Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und auch die non-profit MCOs zu einer Strategie der Kostenökonomie gezwungen (Kuttner 1998a, 1998b). Allerdings sind profitorientierte HMOs im Verlauf der neunziger Jahre in die Kritik geraten, den Primat der Renditeorientierung im Zweifelsfall der Gewährung von Gesundheitsdienstleistungen vorgezogen und auch schlechte qualitative Leistungen hervorgebracht zu haben (Woolhandler 2003). Die grundsätzliche Einschränkung der Wahlfreiheit von Ärzten für Patienten und Versicherte schließlich hat gegen Ende der neunziger Jahre zu einem „Backlash“ gegen Managed-Care-Konzepte geführt. Im Ergebnis haben HMOs in den letzten Jahren an Bedeutung verloren, weil neben der Unzufriedenheit von Patienten und Leistungserbringern sich auch die Prämiensteigerungen von HMOs im Vergleich zu PPOs verteuerten und zahlreiche HMOs in finanzielle Schwierigkeiten gerieten und Insolvenz anmelden mussten (Bodenheimer/Grumbach 2002: 192). Stattdessen haben eher leistungsanbieterorientierte MCOs-Formen (PPOs) an Marktgewicht zugelegt.

Zudem ist trotz des zentralen Motivs der Kostensenkung „Managed Care“

mittlerweile als Konzept einer qualitätsgesteuerten *Kostenkontrolle* in die Kritik geraten, weil es trotz der weiten Verbreitung von MC-Gesundheitsplänen wieder zu einem erheblichen Kostendruck auf die Firmen gekommen ist. Seit 1996 sind die Prämien für private Krankenversicherungen erheblich angestiegen (Kaiser Family Foundation (2002: 2)). Dabei sind die Gründe für den Kostenanstieg vielschichtig. Denn zum einen sind die Gesundheitsausgaben von Bundesstaat zu Bundesstaat höchst unterschiedlich und zum anderen werden die Versicherungsprämien betriebswirtschaftlich kalkuliert. Betrachtet man jedoch die US-Gesundheitsausgaben als Ganzes, so fällt auf, dass insbesondere die Arzneimittelausgaben steil angestiegen sind. Aber auch die Finanzierungsschwierigkeiten seit dem Ende des New-Economy-Booms, einige waghalsige Investitionsstrategien und eine verschärfte Konkurrenz haben zu zahlreichen Zusammenbrüchen von MCOs geführt (Kuttner 1999).

Zu Beginn des neuen Jahrtausends bahnt sich Beobachtern zufolge innerhalb des US-amerikanischen Gesundheitssystems daher eine neue „Revolution“ an, die diesmal darauf zielt, dass die Arbeitgeber sich aus der Finanzierung und Kostenkontrolle von Gesundheitsleistungen endgültig verabschieden wollen; ähnlich wie in Deutschland (Festsetzung des Arbeitgeberbeitrags) zielen US-amerikanische Großfirmen bzw. Einkaufsgruppen großer Konzerne auf den Ansatz der „*defined contribution*“, also der begrenzten Beitragszahlung seitens der Arbeitgeber. Die in den USA schon weit verbreiteten Selbstbeteiligungsformen für Patienten sollen hiernach ausgeweitet, das finanzielle Risiko vollends auf diese umgesattelt werden (Bodenheimer/Grumbach 2002: 192f).

2. Globalisierung, Managed-Care und GATS: Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem

2.1 Globalisierung von Gesundheitsdienstleistungen und Managed-Care-Organisationen: Möglichkeiten und Grenzen

Der weltweite Handel mit Gesundheitsdienstleistungen ist momentan statistisch völlig unzureichend erfasst. Es liegen nur grobe Schätzungen vor. Von den jährlich globalen Gesundheitsausgaben von drei Billionen US-Dollar entfallen nach Vermutungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2001) weniger als ein Prozent auf Gesundheitsausgaben, die den Handel mit entsprechenden Dienstleistungen betreffen. Der Anteil des Handels mit Gesundheitsdienstleistungen an dem Gesamtvolumen des internationalen Dienstleistungshandels (Exporte + Importe), das in einer neueren Veröffentlichung der OECD für das Jahr 2000 auf etwa drei Billionen US-Dollar taxiert wird (OECD 2002: 8), macht der WHO zufolge ebenfalls weniger als ein Prozent aus.

Der grenzüberschreitende Handel vollzieht sich im wesentlichen noch zwischen angrenzenden Staaten. Dieser wird vielfach durch bilaterale bzw. regionale Abkommen geregelt: beispielsweise zwischen den Vereinigten Staaten und

Ländern in Lateinamerika einerseits und einzelnen Golfstaaten andererseits; auch einige Staaten im südasiatischen Raum kooperieren untereinander und mit den USA (vgl. PAHO/WHO 2002). Auch in Europa wird der Handel mit Gesundheitsdienstleistungen in Zukunft an Bedeutung gewinnen (vgl. DIW 2001; Bertelsmann-Stiftung 2003; vgl. auch den Beitrag von Hans-Jürgen Urban in diesem Heft).

Weltweit sind die USA wegen ihrer großen Anzahl privater Gesundheitsunternehmen in diesem Feld führend (vgl. Chanda 2001: 58ff). Die Marktsegmente lassen sich in HMOs und PPOs differenzieren. Im Jahr 2001 waren insgesamt 61,9 Millionen US-Amerikaner in HMO-Ketten eingeschrieben. Das ist im Vergleich zum vorhergehenden Jahr ein Rückgang um 17%. Die acht größten HMO-Ketten sind in Tabelle 3 aufgelistet. Im Gegensatz zu den HMOs ist das Marktsegment der Preferred-Provider-Organizations (PPOs) wesentlich heterogener. Mit 112,8 Millionen Versicherten sind jedoch im Jahr 2001 nahezu doppelt so viele US-Bürger in diese Versorgungsform eingeschrieben als bei HMOs. Allerdings ist der Anteil von Leistungserbringern an der Eigentümerstruktur der insgesamt 925 PPOs sehr gering. 94 Millionen versicherte Personen sind bei PPOs eingeschrieben, welche im Besitz von unabhängigen Investoren oder aber Versicherungsunternehmen sind, zu denen auch zahlreiche Versicherungskonzerne gehören, welche Träger der acht größten HMO-Ketten sind (z.B. Aetna, CIGNA; vgl. Aventis 2002).

Tabelle 3: Die acht größten HMO-Ketten in den USA im Jahr 2001 (nach der Zahl der eingeschriebenen Versicherten)

NAME	Anzahl eingeschriebener Versicherter
Blue Cross/Blue Shield Association	23.111.553
Aetna Inc.	8.281.340
Kaiser Permanente	8.184.768
UnitedHealth Group	7.406.251
CIGNA Healthcare	5.206.386
Health Net	3.746.831
PacificCare Health Systems	3.629.050
Humana Health Care Plans	2.368.199

Quelle: Aventis (2002: 3)

Im Gefolge der Kommerzialisierungs- und Konzentrationsprozesse im US-amerikanischen Gesundheitsmarktes Ende der neunziger Jahre haben profit-orientierte MCOs in zunehmenden Maße internationale Aktivitäten entfaltet, um dem Gewinneinbruch in den US-amerikanischen Marktsegmenten entgegenzuwirken. Der Privatisierung nationaler Gesundheitssysteme in Lateinamerika, welche durch die Strukturanpassungspolitik des Internationalen Währungsfonds und der Weltbank unterstützt wurde (vgl. Amada/Muntaner/Navarro 2001), folgten internationale Kapitalinvestitionen von großen US-

amerikanischen, aber auch europäischen Versicherungskonzernen. Die Aktivitäten konzentrierten sich auf die größeren lateinamerikanischen Schwellenländer (vgl. Stocker/Waitzkin/Iriart 1999).

Der Wissensstand über den Internationalisierungsgrad von US-amerikanischen und anderen Multinationalen Konzernen im Bereich der Gesundheitsversorgung ist dennoch begrenzt und eher als anekdotisch zu charakterisieren. Informationen der Datenbank von *Public Services International* unterstützen die in den zitierten Studien erarbeiteten Ergebnisse, dass sich die Aktivitäten der US-Unternehmen – wenn sie sich überhaupt international ausrichten – weitgehend auf den lateinamerikanischen Raum konzentrieren. Zudem scheint das Ausmaß der Internationalisierung gesundheitsbezogener Dienstleistungen bislang in der Tat begrenzter als in anderen Bereichen (ehemals) öffentlicher Dienstleistungen zu sein (vgl. Hall 2003).

Voraussetzung für eine Expansion US-amerikanischer Konzerne auf den deutschen Gesundheitsmarkt ist die Angleichung der Organisations- und Versorgungsstrukturen sowie der Handlungsprinzipien der entscheidenden Akteure in den USA und hierzulande. Eine verstärkte Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses könnte in Verbindung mit dem stark wettbewerbsorientierten Ausbau bestehender Managed-Care-Ansätze in der BRD hierzu das Feld bereiten. Inwieweit dabei das GATS als „Hebel“ fungieren könnte, wird abschließend zu klären sein.

2.2 Ansätze zu Managed-Care im deutschen Gesundheitswesen: die „solidarische Wettbewerbsordnung“

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz des Jahres 1993 wurden in Deutschland erstmals Wettbewerbskonzepte als zentrale Steuerungsinstrumente in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt (Kassenwettbewerb). Hiermit hat ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik stattgefunden, welcher konzeptionell im Begriff der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ mündete (vgl. Cassel 2002, sowie den Beitrag von Thomas Gerlinger im vorliegenden Heft). Die Grundidee besteht darin, in alle Beziehungen des gesundheitspolitischen Dreiecks (Patient – Leistungserbringer – Finanzierer/Versicherer) den Wettbewerb als Steuerungs- und Entdeckungsprozess für effiziente und effektive Lösungen einzufügen. Ausgenommen von dieser Regel ist lediglich die Art der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen des medizinisch Notwendigen durch den Einzelnen. Sie soll einkommensunabhängig und bedarfsbezogen sein.

Die Verfechter einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ befürworten zum einen die Einführung von „selektiven Verträgen“ zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Man erhofft sich hiermit einen Qualitätswettbewerb um den Kunden „Patient“. Zum anderen wird eine Pluralität von Vergütungsfor-

men für angebracht gehalten, die nicht nur Einzelleistungsvergütungen, sondern ebenso sehr leistungsorientierte Fall- bzw. Komplexpauschalen umfassen soll. Die politisch-administrative Umsetzung dieser konzeptiven Vorstellungen bzw. Rechtfertigungen ist bereits im Gange.

Der Gesetzgeber hat in den Gesundheitsreformen der letzten sechs Jahre neue Versorgungsformen in das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeschrieben, welche die Grundidee von Managed Care im deutschen Gesundheitssystem verankern sollen (vgl. Rachold 2000). So sollen die

- mangelnde Kooperation zwischen den Leistungserbringern verbessert,
- die sektorale Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Hinblick auf die Leistungserstellung und Finanzierung überwunden,
- die Mengenausweitung durch Verlagerung der finanziellen Gesamtverantwortung auf die Ärzte verhindert und
- eine integrierte Qualitätssicherung durch die neuen Versorgungsformen erreicht werden.

Mit dem zweiten Neuordnungsgesetz (1997) hat der Gesetzgeber in den §§ 63ff des SGB V den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit eröffnet, über „Modellvorhaben“ die Möglichkeiten und Grenzen dieser Versorgungsformen in der Praxis zu evaluieren. So können die Krankenkassen wie ihre Verbände auf Bundes- und Landesebene einerseits Modellvorhaben einrichten, welche auf die Erprobung neuer Versorgungs-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen abzielen (*Strukturmodelle*). Andererseits bekommen die Krankenkassen die Möglichkeit, zur Krankenbehandlung, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten und zusätzlichen vom gültigen Katalog nicht gedeckten Leistungen Modellvorhaben zu vereinbaren und durchzuführen (*Leistungsmodelle*). Diese Modellvorhaben sind gesetzlich jedoch auf acht Jahre begrenzt.

Ebenfalls durch die konservativ-liberale Bundesregierung wurden 1997 so genannte Strukturverträge (§ 73a SGB V) ermöglicht, durch welche neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen auf Dauer in den Gesamtverträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen fixiert werden können. Strukturverträge können als Hausarztmodelle oder als Praxisnetzmodelle abgeschlossen werden. Damit sind sie rein horizontal integrierte Versorgungsmodelle im ambulanten Bereich. Dabei werden diesen Leistungsanbietergruppen die Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit übertragen. Eine wissenschaftliche Evaluation ist hier jedoch nicht vorgesehen. Auch die Vergütungsformen können abweichend von den üblichen Standards im ambulanten Bereich vereinbart werden. So sind Kopfpauschalen als Vergütungsform von Leistungserbringern zugelassen. Sowohl für die Modellvorhaben als auch für die Strukturverträge gilt der Grundsatz der Beitragsstabilität.

Die rot-grüne Regierungskoalition hat schließlich mit dem GKV-Gesundheits-

reformgesetz 2000 als Ziel vorgegeben eine sektorübergreifende Versichertenversorgung zu etablieren (§§ 140a-h SGB V). Im Gegensatz zu den Modellvorhaben ist dies nicht zeitlich begrenzt und zielt auf eine „transsektorale Integration“ der Gesundheitsversorgung; eine Vergütungsregelung zwischen den Vertragspartnern wird zur Pflicht. Diese umfassen neben den Kassenärztlichen Vereinigungen auch andere Gruppen von Leistungsanbietern, so z.B. Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung von zugelassenen Ärzten und Zahnärzten, Trägern von zugelassenen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sowie verschiedenen gemeinschaftlichen Mischgruppen dieser Leistungserbringer. Im Unterschied zum US-amerikanischen Modell sind Managed-Care-Konzepte in Deutschland jedoch bislang eher residualer bzw. ergänzender Natur (Preuß/Räbiger/Sommer 2002; BVMed/Roland Berger 2002). Der momentan schwelende politische Streit über die Generalisierung von Formen der integrierten Versorgung konzentriert sich vor allem auf die Frage nach der Trägerschaft/Partnerschaft solcher Modelle (Krankenkassen versus Kassenärztliche Vereinigungen). Im neuen Gesetzentwurf und auch in den Eckpunkten der Konsensgespräche zwischen Regierung und Opposition vom 22. Juli 2003 tauchen jedoch zahlreiche Erweiterungen der Sicherstellungskompetenzen von Krankenkassen auf. Zudem sollen diese in die Lage versetzt werden, mit Managementgesellschaften Versorgungsaufträge zu etablieren. Die Durchsetzung von Wahlleistungen, die Privatisierung von Krankenversicherungskosten und die Verwandlung der entscheidenden Akteure des bundesdeutschen Gesundheitssystems in rational kalkulierende Nutzenmaximierer im Rahmen eines ökonomisch geprägten Gesundheitsdiskurses könnten jedoch die hiesige Versorgungslandschaft dem US-Modell näher bringen.

2.3 Ökonomisierung des deutschen Gesundheitsdiskurses

Die *Ökonomisierung* des Gesundheitsdiskurses findet seinen Ausdruck einerseits in der zunehmenden Akzeptanz von Wettbewerbskonzepten auf der Angebots- und Nachfrageseite des Gesundheitsmarktes. Dabei verändern sich die Handlungsmaximen und Leitorientierungen der Akteure (vgl. Gerlinger in diesem Heft). Die Handlungslogik der Leistungsanbieter verdichtet sich auf die Sicherstellung ihres Einkommensniveaus. Die Einführung von Komplexpauschalen als prospektiven Vergütungsformen im stationären (DRGs) und ambulanten Bereich (Regelleistungsvolumina) macht die kostenökonomische Behandlungsweise zur zentralen Handlungslogik von Ärzten und Krankenhäusern. Der dahinter steckende Gedanke, die Leistungserbringer umgeben von Qualitätsstandards und -kontrollen zu einer effizienteren Behandlung zu animieren, birgt – wie die US-amerikanische Erfahrung lehrt – aber auch Risiken in sich. Heimliche Rationierungen können Ergebnis solcher Nutzenkalküle sein (vgl. Kühn 1996). Die Krankenkassen sollen in einen Effizienz steigern-

den und die integrative Versorgung fördernden Kassenwettbewerb gebracht werden. Hierzu sollen sie mittels selektiver Verträge auch in verstärkter Weise in die Versorgungslandschaft eingreifen können. Doch der derzeitige Kassenwettbewerb fördert eher die „Rosinen-Pickerei“ von jungen, wohlhabenden und gesunden Versicherten und die Orientierung an ausschließlich kostenökonomischen Gesichtspunkten als die Integration der Gesundheitsversorgung. Schließlich drückt sich eine Erosion zentraler Solidaritätsreserven unter den Versicherten aus, wenn statt wohlfahrtsstaatlicher Einbettung die Idee einer Re-Individualisierung gesundheitlicher Risiken zunehmend an Bedeutung gewinnt. Auf der Strecke bleibt eine solidarische Grundorientierung der zentralen Akteure des deutschen Gesundheitssystems (Schmidt-Semisch 2000; Gerlinger 2002).

Andererseits findet die Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses eine starke institutionelle Stütze in der vorherrschenden neoliberalen Ausrichtung der postfordistischen Regulationsmuster in Europa (vgl. Bieling/Steinhilber 2000: 109ff). Die Senkung des Beitragssatzniveaus stellt hier die entscheidende regulative Idee dar. Das gesetzliche Gebot der *Wirtschaftlichkeit* individueller Gesundheitsdienstleistungen in §12 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) wird im Grundsatz der Beitragssatzstabilität konkretisiert (§ 71 SGB V). Unter den Bedingungen einer neoliberalen Hegemonie jedoch radikalisiert sich dieses Prinzip zur Forderung nach einer (nachhaltigen) Beitragssatzsenkung.⁵ Der europäische Integrationsprozess vermittelt über die Politik des Wachstums- und Stabilitätspaktes eine restriktive Haushalts- und Fiskalpolitik, welche aufgrund der Einrechnung der Sozialkassen in das gesamtstaatliche Fiskaldefizit auch die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar an die wirtschaftspolitischen Grundsatzentscheidungen der europäischen Integration zurück bindet.

Obwohl lange Zeit der Hinweis auf die Einnahmendefizite der GKV mit der Politik einer aktiven Erweiterung ihrer finanziellen Basis (im Sinne einer ‚Bürgerversicherung‘) gleich gesetzt wurde, ist diese Argumentation nicht zwingend. Paradox formuliert: aus dem Niedergang der Einnahmen der GKV kann durchaus die Konsequenz gezogen werden, die Beitragssätze – und damit die Einnahmen – weiter zu senken, um durch die Absenkung der Lohnnebenkosten einen gesamtwirtschaftlichen Wachstumsschub zu initiieren, der wiederum die Einnahmen der GKV erhöht. Diese auf der neoklassischen Wachstums- und Arbeitsmarkttheorie beruhende These ist jedoch zu kritisieren (vgl. Beck 2002; Herr 2002). *Erstens* stellen Lohnnebenkosten auch einen Bestandteil der effektiven Nachfrage dar, deren Privatisierung konjunkturell kontrahierende

5 Aus einer Public-Health-Perspektive ist dagegen bezüglich der Kosteneffektivität einzelner Behandlungsmethoden im Zweifelsfall die Effektivität der Behandlung einer Kostenorientierung vorzuziehen (§ 71 Abs.1 SGB V).

Effekte offenbaren wird. Selbst wenn diese kurzfristigen Wirkungen von neoklassischen Ökonomen zugegeben und Hoffnungen stärker auf mittelfristige Effekte gelegt werden, ist das Argument nicht ohne weiteres zwingend. Dass eine Absenkung von Lohnkosten bzw. Lohnnebenkosten makroökonomisch zu einer Zunahme an Einkommen und Beschäftigung führen, mithin die Einnahmesituation der sozialen Krankenversicherung verbessern wird, kann vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen mit angebotspolitischen Konzepten in Frage gestellt werden. Im Ergebnis kann eine nachhaltige Beitragssatzsenkungspolitik im Zusammenwirken mit den makroökonomischen Rahmenbedingungen zu einer verstärkten Privatisierung der Finanzierung und einer zunehmenden Ausgrenzung von GKV-Leistungen führen.⁶ Zweitens ist die Entwicklung des Beitragssatzniveaus makroökonomisch definiert und lässt sich durch gesundheitspolitische Maßnahmen kaum beeinflussen. Eine durch die wirtschaftlichen Umstände erzwungene betriebswirtschaftliche Strategie der Kostenökonomie und Rationalisierung – insbesondere in konjunkturell angespannten Zeiten und stagnierenden Absatzmärkten – kann makroökonomisch nachteilige Wirkungen entfalten. Sich mittels eines allgemeinen Programms zur Lohn(neben)kostensenkung via Privatisierung und Re-Individualisierung von Gesundheitsrisiken Rettung verschaffen zu wollen, gleicht dem Versuch Münchhausens, sich am eigenen Schopf aus dem Sumpf zu ziehen. Die verstärkte Wettbewerbsorientierung, die sich etablierende Kostenökonomie im Gesundheitsmarkt und die Fiskalisierung der Gesundheitsausgaben verbinden sich zu einem Diskurs, welcher die Grundlagen der solidarischen Krankenversicherung stärker verändern könnte als die meisten Akteure intendieren.

2.4 GATS: Hebel zur Amerikanisierung des deutschen Gesundheitssystems?

Während sich die Versorgungslandschaft in Deutschland zunehmend am Modell von Managed-Care orientiert und dementsprechend von einer „Amerikanisierung“ gesprochen werden könnte, unterscheidet sich die Struktur des Krankenversicherungssystems jedoch noch erheblich vom fragmentierten und selektiven System in den USA. Im Gegensatz zu den USA sind der Großteil der Bevölkerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert (2001: 70,6 Millionen), welches sich am Solidarprinzip orientiert. In

6 Wird nicht mit dem Argument der im internationalen Wettbewerb zu hohen Lohnkosten argumentiert, werden stattdessen die steigenden Kosten für den fortschreitenden medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel ins Feld geführt, um eine Ausgrenzung bestehender Leistungen aus dem GKV-Solidarkatalog zu begründen (vgl. z.B. Reinhard Höppner, „Ein übler Mechanismus der Entsolidarisierung ist im Gang“, *Frankfurter Rundschau* vom 31.7.2003, S. 7). Eine Würdigung dieser in der industrialisierten Welt weit verbreiteten These vom „demographischen Druck auf den Wohlfahrtsstaat“ kann hier nicht geleistet werden (vgl. hierzu: Mosebach 2002).

der privaten Krankenversicherung (PKV) sind im Jahr 2001 7,5 Millionen Deutsche voll versichert; etwa die gleiche Zahl hat private Zusatzleistungen gewählt (2000: 7,6 Millionen).

Für eine Expansion US-amerikanischer Versicherungskonzerne erscheint der private deutsche Versicherungsmarkt zunächst am geeignetsten. Die deutsche private Krankenversicherung (Krankheitskostenversicherung) basiert bezüglich der Versicherungsfunktion auf dem Äquivalenzprinzip, während die Vergütung der Leistungserbringer durch die Kostenerstattung an die Versicherten über Einzelleistungen erfolgt. Die Versicherten haben – ähnlich dem bisherigen GKV-System – die freie Arztwahl. Managed-Care-Modelle sind bislang im deutschen PKV-System nicht sehr weit verbreitet. Dies verdankt sich zum einen den engen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Modellversuchen, Strukturverträgen und integrierten Versorgungsformen. Zum anderen ist entscheidend, dass nur sehr wenige PKV-Unternehmen einen hinreichend großen Marktanteil besitzen, um derartige Modell überhaupt realisieren zu können. Zur Realisierung von Managed-Care-Modellen in der privaten Krankenversicherung wären für kleinere private Krankenversicherungen entweder Kooperationen mit GKV-Krankenkassen oder aber Initiativen über den PKV-Verband notwendig (vgl. Preuß 2002: 58ff).

Entscheidend für die Beantwortung der Frage, ob US-amerikanische Versicherungs- und Gesundheitskonzerne über das General Agreement on Trade in Services (GATS) Zugang zum deutschen Gesundheitsmarkt erhalten können, ist in Bezug auf Versicherungsunternehmen und versicherungsorientierte Managed-Care-Organisationen die Frage, inwieweit es zum einen zu einer Europäisierung des privaten Krankenversicherungsmarktes kommt und zum anderen inwieweit die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland als Element des „Systems der sozialen Sicherung“ gemäß dem *Finanzdienstleistungsabkommen* von den Prinzipien und Grundsätzen des GATS unberührt bleibt.⁷ Ein europäischer Markt für private Krankenversicherungen ist im Entstehen begriffen (vgl. Mossialos/Thomson 2001). Der Ausnahmetatbestand im GATS für die gesetzliche Krankenversicherung ist zudem eingeschränkt. In der Anlage zu Finanzdienstleistungen des GATS wird bestimmt, dass diese Ausnahme nur für solche Finanzdienstleistungen gilt, die nicht im „Wettbewerb mit öffentlichen Stellen oder Erbringern von Finanzdienstleistungen“ (Anlage zu Finanzdienstleistungen Abs. 1 lit. c) ausgeübt werden. Dies bedeutet, dass die soziale Krankenversicherung nur dann vom Geltungsbereich des GATS ausgenommen ist, solange sie eindeutig von dem Bereich der privaten Krankenversicherung getrennt ist. Durch die Liberalisierungszugeständnisse im Bereich Versicherungsdienstleistungen sind allerdings die politischen Reformoptionen einer

7 Im Hinblick auf Krankenhauskonzerne dürften die Penetrationsmöglichkeiten US-amerikanischer Unternehmen durch das GATS wesentlich einfacher sein (vgl. Mosebach 2003a).

zur Zeit diskutierten „Bürgerversicherung für alle“ möglicherweise durch das GATS gefährdet, weil die Abschaffung der privaten Krankenversicherungen faktisch eine Rücknahme bestehender Liberalisierungsverpflichtungen darstellen könnte. Hier interagieren europarechtliche Bestimmungen mit dem internationalen Handelsrecht, die der deutschen Gesundheitspolitik sehr genau Bedingungen aufzeigen, nach denen die sozialen Krankenversicherungen als „öffentliche Versicherungsmonopole“ vom Geltungsbereich des europäischen Wettbewerbsrechts ausgenommen sind (vgl. Mosebach 2003a). Nationale Gesundheitsreformen sollten sich dieser internationalen Begrenzungen bewusst sein.

Die Organisation von Versorgungsstrukturen durch die Krankenkassen fällt in den Bereich des „öffentlichen Beschaffungswesens“. Gerade vor dem Hintergrund von Managed-Care-Konzepten ist darauf hinzuweisen, dass selektive Verträge, welche zwischen Krankenkassenverbänden und einzelnen Leistungsanbietern abgeschlossen werden können, unter bestimmten Umständen als dem europäischen Wettbewerbsrecht entgegenstehend interpretiert werden könnten (Mosebach 2003b). Eine Kooperation von PKV-Unternehmen und gesetzlichen Krankenkassen bei der Bereitstellung von integrierten Versorgungsformen ist deswegen nicht so ohne weiteres möglich, ohne die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst in Frage zu stellen. Im Gegensatz zum europäischen Wettbewerbsrecht ist der Bereich des öffentlichen Beschaffungswesens im GATS allerdings (bislang) noch schwach entwickelt.

3. Schlussfolgerungen

Die Globalisierung von Versorgungskonzepten (Managed-Care) führt auf den ersten Blick zu einer Angleichung nationaler Gesundheitssysteme. Die unterschiedlichen Systemstrukturen, Finanzierungs- und Versorgungsprinzipien jedoch machen die Funktionsweise von Managed-Care-Konzepten kontextabhängig und spezifisch. Während in den USA die Managed-Care-Revolution die Autonomie und Dominanz der ärztlichen Profession bei der Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsdienstleistungen gebrochen hat, scheint ein ähnlicher Prozess in Deutschland zumindest erklärtes Ziel der aktuellen Gesundheitsreformkonzepte zu sein. Selbst wenn es aufgrund institutioneller Blockaden nicht zu einer Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen kommen sollte, hat sich die Versorgungskultur in Deutschland bereits erheblich geändert. In Deutschland ist ein *Managed-Care-Prozess* im Gange, welcher die Versorgungslandschaft nachhaltig verändern wird.

Managed-Care-Konzepte müssen dabei nicht notwendigerweise mit einer vollständigen Amerikanisierung, also Privatisierung und Kommerzialisierung des deutschen Gesundheitswesens einhergehen. Die Förderung von Kosteneffekti-

vität und Qualitätsmanagement durch eine integrierte Versorgung ist der Idee nach vor dem Hintergrund finanziell angespannter Sozialkassen ganz im Gegenteil ein mögliches Instrument, die solidarisch finanzierte Krankenversicherung zu bewahren und die Qualität medizinischer Dienstleistungen zu verbessern (Hajen 2002). Zudem ist festzustellen, dass weder die Expansionsinteressen US-amerikanischer Gesundheits- und Versicherungskonzerne noch das GATS oder der Europäische Integrationsprozess eine Privatisierung und Kommerzialisierung der gesetzlichen Krankenversicherung erzwingen. Es sind ganz im Gegenteil Konzepte einer umfassenden Wettbewerbsorientierung, welche die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung befördern, indem sie einerseits Leistungserbringer und Krankenkassen nutzenmaximierendes Verhalten nahe legen und andererseits die Fiktion des „vollständig informierten Patienten“ zum Adressaten und Subjekt gesundheitspolitischen Handelns erheben und zur Legitimationsfigur für eine fortschreitende Re-Individualisierung von gesundheitlichen Risiken machen. Schließlich führt das in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenkende Dogma der Beitragssatzsenkung dazu, aufgrund der angespannten finanziellen Situation öffentlicher Haushalte und Sozialkassen die (Teil-)Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen voranzutreiben. Die zum Teil unkritische Rezeption von Managed-Care-Konzepten als kostensenkende Versorgungsformen hat mitunter diese Ökonomisierung des Gesundheitsdiskurses befördert. Eine alternative Gesundheitspolitik muss dagegen diese verengte Beitragssatzorientierung, welche von der neoklassischen Wirtschaftstheorie und dem verbreiteten betriebswirtschaftlichen Kalkül gestützt wird, als *politische Wertentscheidung* entlarven. Eine solche politische Aufhebung des Beitragssatzdogmas in den Gesundheitswissenschaften ist die *conditio sine qua non* einer solidarischen und universalistischen Gesundheitspolitik. Hierzu bedarf es jedoch nicht nur einer theoretischen wie empirischen Kritik der herrschenden ökonomischen Doktrinen, sondern auch einer Re-Justierung gesellschaftspolitischer Werte.

Literatur

- Amada, Francisco/Muntaner, Carles/Navarro, Vincente (2001): Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank and Transnational Corporations, in: *International Journal of Health Services* 31(4), S. 729-768.
- Amelung, Volker/Schumacher, Harald (2000): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, Wiesbaden: Gabler.
- Arnold, Michael/Lauterbach, Karl W./Preuß, Klaus-Jürgen (1997): *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 31 der Robert-Bosch-Stiftung*, Stuttgart/New York: Schattauer.
- Aventis (2002): *HMO-PPO/Medicare-Medicaid-Digest 2002*, www.managedcaredigest.com (11.07.2003).
- Beck, Stefan (2002): Theoretischer Hintergrund volkswirtschaftlicher Analysen, in: Beck, Ste-

- fan/Caglar, Gülay/Scherrer, Christoph (Hrsg.): *Nach der New Economy. Perspektiven der deutschen Wirtschaft*, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 75-85.
- Bertelsmann-Stiftung (2003): *Europäisierung des Gesundheitswesens. Perspektiven für Deutschland*. Bearbeitet von Stefan Greß, Peter Axer, Jürgen Wasem und Mitarbeit von Christoph Rupprecht, Gütersloh: Bertelsmann.
- Bieling, Hans-Jürgen/Steinhilber, Jochen (2000): Hegemoniale Projekte im Prozeß der europäischen Integration, in: Bieling, Hans-Jürgen/Steinhilber, Jochen (Hrsg.): *Die Konfiguration Europas. Dimensionen einer kritischen Integrationstheorie*, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 102-130.
- Bodenheimer, Thomas S./Grumbach, Kevin (2002): *Understanding Health Policy. A Clinical Approach. Third Edition*, New York et al.: McGraw-Hill.
- BV Med/Roland Berger Strategy Consultants (2002): *Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukteindustrie*. Studiendokumentation.
- Cassel, Dieter (2002): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: Arnold, Michael/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2002*, Stuttgart/New York: Schattauer, S. 3-20.
- Chanda, Rupa (2001): *Trade in Health Services*, Paper No. WG 4: 5, Geneva: Commission on Macroeconomic and Health (WHO).
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung - DIW (2001): *Gutachten: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union*, Berlin: www.bmwi.de (22.11.2002).
- Docteur, Elizabeth/Suppanz, Hannes/Woo, Jaejoon (2003): *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Economic Department Working Papers No. 350, ECO/WKP(2003)4*, Paris: OECD, www.oecd.org/eco (12.07.2003).
- Gerlinger, Thomas (2002): *Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel*, DP P02-204, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin, AG Public Health.
- Hajen, Leonhard (2002): Integration für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Paetow, Holger/Fiedler, Manfred/Leonhardt, Marion (Hrsg.): *Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte*, Hamburg: VSA, S. 143-164.
- Hall, David (2003): Multinational Corporations and the Patterns of Privatisation in Healthcare, in: Sen, Kasturi (Hrsg.): *Restructuring health services. Changing contexts & comparative perspectives*, London/New York: Zed Books, S. 77-92.
- Herr, Hansjörg (2002): Arbeitsmarktreformen und Beschäftigung. Über die ökonomietheoretischen Grundlagen der Vorschläge der Hartz-Kommission, in: *PROKLA 129. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft* 32(4), S. 515-536.
- Kaiser Family Foundation - and Health Research and Educational Trust (2002): *Employer Health Benefits 2002. Annual Survey*, www.kff.org (11.06.2003).
- Kühn, Hagen (1996): *Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Diskussionspapier P96-207 der AG Public Health*, Berlin: WZB - AG Public Health.
- Kühn, Hagen (1997): Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 27 (Hrsg.): *Gesundheit - Bürokratie - Managed Care*, Hamburg: Argument, S. 7-52.
- Kuttner, Robert (1998a): Must Good HMOs Go Bad? First Part, in: *New England Journal of Medicine* 338(21), S. 1558-1563.
- Kuttner, Robert (1998b): Must Good HMOs Go Bad? Second Part, in: *New England Journal of Medicine* 338(22), S. 1635-1639.
- Kuttner, Robert (1999): The American Health Care System. Wall Street and Health Care, in: *New England Journal of Medicine* 340(25), S. 664-668.
- Lee, Kelley/Buse, Kent/Fustukian, Suzanne (2002): *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- Mosebach, Kai (2002): Demographischer Druck auf den Wohlfahrtsstaat?, in: Beck, Stefan/Caglar, Gülay/Scherrer, Christoph (Hrsg.): *Nach der New Economy. Perspektiven der deutschen Wirtschaft*, Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 133-153.
- Mosebach, Kai (2003a): Macht GATS krank? Auswirkungen des multilateralen Dienstleistungsab-

- kommens auf das deutsche Gesundheitssystem, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 48(3), S. 354-363.
- Mosebach, Kai (2003b): Mit Blaulicht durch Europa. Die "negative Integration" des Gesundheitssystems in den europäischen Binnenmarkt, in: *Forum Wissenschaft* 20(3), S. 30-34.
- Mossialos, Elias/Thomson, Sarah (2001): Voluntary health insurance in the European Union: A critical assessment, in: *International Journal of Health Services* 32(1), S. 19-88.
- OECD (2002): *OECD Statistics on International Trade in Services. Partner Country Data and Summary Analysis 1999-2000*, Paris: OECD. www.oecd.org/pdf/M00032000/M00032981.pdf (11.10.02).
- PAHO/WHO (2002): *Trade in health services. Global, regional and country perspectives*, Washington D.C.: PAHO.
- Preuß, Klaus-Jürgen (2002): Die Perspektive der Kostenträger (GKV und PKV) bei der praktischen Anwendung von Benchmarking, Evaluation und Zertifizierung, in: Preuß, Klaus-Jürgen/Räbiger, Jutta/Sommer, Jürg H. (Hrsg.): *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, Stuttgart/New York: Schattauer, S. 43-64.
- Preuß, Klaus-Jürgen/Räbiger, Jutta/Sommer, Jürg H. (2002): *Managed Care: Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA*, Stuttgart u.a.: Schattauer.
- Rachold, Ursula (2000b): *Neue Versorgungsformen und Managed Care. Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung*, Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Sattler, Christiane (1994): Das Gesundheitssystem in den USA - Geschichte, Entwicklung und Reformdiskussion, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.): *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske+Budrich, S. 173-206.
- Sattler, Christiane (1999): *Public Policy and Private Forces. Das Gesundheitssystem der USA in den 1990ern. Dissertation an der Universität Hannover*, Hannover.
- Schmidt-Semisch, Henning (2000): Selber schuld. Skizzen versicherungsmathematischer Gerechtigkeit, in: Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hrsg.): *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 168-193.
- Stocker, Karen/Waitzkin, Howard/Iriart, Celia (1999): The exportation of managed care to Latin America, in: *New England Journal of Medicine* 340(14), S. 1131-1136.
- Sylvers, Malcolm (2002): *Die USA - Anatomie einer Weltmacht. Zwischen Hegemonie und Krise*, Köln: PapyRossa.
- US-Health - U.S.Department of Health and Human Services (2003): *Medicare & You 2003*, www.medicare.gov (20.07.2003).
- WHO (2001): *Assessment of Trade in Health Services and GATS. Background Note*, www.who.int/health-services-trade/Background-Briefing-Note.20Dec.doc (21.10.2002).
- Woolhandler, Steffie (2003): The Sad Experience of Corporate Healthcare in the USA, in: Sen, Kasturi (Hrsg.): *Restructuring Health Services. Changing Contexts & Comparative Perspectives*, London/New York: Zed Books, S. 172-186.