

Wie viel Wettbewerb braucht Managed Care?*

SASCHA WOLF,
VOLKER E. AMELUNG

Prof. Dr. Sascha Wolf ist Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Pforzheim.

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Professor für internationale Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care. Prof. Amelung ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Gesundheits- und Sozialpolitik*.

Nichts hat die deutsche Gesundheitspolitik in den vergangenen 20 Jahren mehr geprägt als die ambivalente Einstellung zum Wettbewerb. Einerseits setzt die Politik ihre Hoffnungen in dessen effizienzfördernde Wirkung, andererseits fürchtet sie die mit dem Wettbewerb verbundenen Konsequenzen. Ergebnis ist ein unausgeglichenes Mischsystem, das weder die Vorteile eines Marktsystems noch die eines Staatssystems nutzt. Bei Wirtschaftlichkeit und Qualität in der medizinischen Versorgung geht es aber nicht um die Frage: Markt oder Staat? Vielmehr geht es um die Steuerungsmöglichkeiten der Versicherungen sowie die Wahlmöglichkeiten der Versicherten. Hierzu bedarf es nicht notwendigerweise des Wettbewerbs – hierzu bedarf es Managed Care.

1. Einleitung

Zu den grundlegenden Lehrsätzen der Ökonomie gehört, dass ein perfekt funktionierender Wettbewerb zu einer effizienten Ressourcenallokation und damit zu einer Maximierung der gesellschaftlichen Gesamtwohlfahrt führt.¹ Die aus dieser Erkenntnis gerne gezogene Schlussfolgerung, dass Wettbewerb auch ein überlegener und anzustrebender Mechanismus zur Erreichung von Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung darstellt, hat in den vergangenen Jahren zunehmend politisches Gehör gefunden (z.B. Augurzky et al. 2009, S. 48ff., SVR 2012, S. 35ff.). Doch so sehr die Politik die Früchte des Wettbewerbs auch ernten möchte, so wenig ist sie zumeist bereit, die damit verbundenen Voraussetzungen zu schaffen und die Konsequenzen zu akzeptieren.

Auch das zu Beginn dieses Jahres in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Kranken-

versicherung (GKV-FQWG) folgt dieser gesundheitspolitischen Ambivalenz. So soll einerseits durch die von zahlreichen Ökonomen schon seit Jahren empfohlene Absenkung des Finanzierungsanteils des Gesundheitsfonds (z.B. Greß und Wasem 2009) der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander gestärkt werden (Gröhe 2014). Andererseits wurden mit Verweis auf eine „ungewollte Dominanz des Preiswettbewerbs“ (Bundesregierung 2014, S. 28) die pauschalen Zusatzprämien zugunsten von weniger wettbewerbsintensiven lohnabhängigen Zusatzbeiträgen abgeschafft. Wieder einmal wird der Wettbewerb als Schlüssel für ein zukunftsfähiges und langfristig finanzierbares Gesundheitswesen beschworen und gleichzeitig in seiner Wirkung beschnitten.

* Die Autoren danken Frau Sabine Barz, Referentin beim Bundesverband Managed Care e.V., für ihre Unterstützung und wertvollen Ideen.

1 Vgl. Erster und zweiter Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie nach Walras (1834 – 1919).

Auf diese Weise soll an die Stelle eines marktwirtschaftlichen Ausleseprozesses ein wie auch immer gearteter solidarisch funktionaler oder zumindest funktionsfähiger Wettbewerb treten (Gildemeister 1998, S. 53). Resultat dieser Bemühungen seit Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes vor fast 20 Jahren ist ein Regulierungsrahmen, der die Krankenkassen in einen Wettbewerb mit weitgehend identischem Produkt bei einheitlichem Preis zwingt. Die Politik versucht die Quadratur des Kreises: Wettbewerb ohne Wettbewerbsmechanismus.

2. Wettbewerb im Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive

Obleich der Begriff ‚Wettbewerb‘ längst Eingang in politische und gesellschaftliche Diskussionen gefunden hat, ist damit keineswegs ein einheitliches Konzept verbunden (Wasem und Geraedts 2011, S. 4). Als kleinster gemeinsamer Nenner wird oftmals die Definition von Wirtschaftsnobelpreisträger George Stigler herangezogen. Danach handelt es sich bei Wettbewerb um „eine Rivalität [...], die immer dann auftritt, wenn zwei oder mehr Individuen nach etwas streben, das nicht alle erhalten können“ (Stigler 1987, S. 531; eigene Übersetzung). Wettbewerb bedeutet also eine Ungleichverteilung des Nutzens unter den Marktteilnehmern. Auf das Gesundheitswesen übertragen beinhaltet Wettbewerb somit immer auch den Ausschluss von Leistungen in Abhängigkeit von der individuellen Zahlungsfähigkeit bzw. Zahlungsbereitschaft des Versicherten bzw. Patienten.

Resultat ist die politisch nicht kommunizierbare Mehrklassenmedizin. Dabei kann es darum gehen, dass Leistungen zu bestimmten Krankheitsbildern für einige Individuen unerschwinglich werden oder dass, bei Existenz medizinischer Alternativen, auf andere Leistungsformen als die eigentlich präferierte ausgewichen werden muss. Ersteres wird durch das in § 1 SGB V manifestierte Solidarprinzip der GKV grundsätzlich ausgeschlossen, letzteres zumindest in engen Grenzen gehalten und allenfalls bei vermeintlich identischen Produkten akzeptiert.² Der Grundsatz der Solida-

rität findet seinen Ausdruck im umfassenden und allen Versicherten gleichermaßen zustehenden Leistungskatalog der GKV.

Die hierdurch fixierte Homogenität des Gutes ‚Gesundheitsleistung‘ in der GKV ist für sich genommen noch kein Hindernis für einen funktionierenden Wettbewerb. So basiert auch die ökonomische Theorie des vollkommenen Wettbewerbs auf der Annahme homogener Güter. Die Unternehmen werden durch den Marktmechanismus dazu gezwungen, ihre Preise an den Grenzkosten der Produktion auszurichten. Wer nicht dazu in der Lage ist, effizient zu produzieren, wird aus dem Markt verdrängt. Der Wettbewerb wird zu einem reinen Effizienz- und Preiswettbewerb.

Ein solcher Wettbewerb kann auch in einem vormals hochregulierten Bereich funktionieren, wie das Beispiel der Telekommunikationsbranche zeigt. Nach Einschätzung der Monopolkommission hat sich der Wettbewerb auf den Endkundenmärkten in dem vormals staatlich monopolisierten Sektor dynamisch entwickelt (Monopolkommission 2013, S. 8). Der durchschnittliche Standardtarif für ein nationales Ferngespräch am Tage ist von über 30 Cent pro Minute im Jahr 1997 auf unter 2 Cent im Jahr 2009 gefallen (Statista 2015). Der harte

Qualitätswettbewerb ist nur möglich, wenn es den Krankenkassen gelingt, eine für den Versicherten wahrnehmbare Angebotsdifferenzierung zu erreichen.

Preiswettbewerb hat sich für die Konsumenten somit ausgezahlt.

Für das Gesundheitswesen kommt ein solcher Wettbewerb kaum in Betracht. Die Reaktion des Gesetzgebers auf die Insolvenz der City BKK im Jahr 2010 und die Abschaffung der lohnunabhängigen Beitragsbestandteile durch das GKV-FQWG 2015 zeigen überdeutlich, dass ein Verdrängungs- und Preiswettbewerb in der GKV eher gefürchtet als angestrebt wird. Damit befindet sich die Gesundheitspolitik in einem Dilemma: ein vergleichsweise leicht umzusetzender, effizienzfördernder Preiswettbewerb wird

nicht gewollt, einem qualitätssteigernden Wettbewerb um Gesundheitsleistungen werden durch das Solidarprinzip der GKV enge Grenzen gesetzt.

Qualitätswettbewerb ist nur möglich, wenn es den Krankenkassen gelingt, trotz einheitlichem Leistungskatalog eine für den Patienten bzw. Versicherten ausreichend wahrnehmbare Differenzierung ihres Angebots zu erreichen. Eine Situation, in der zahlreiche Unternehmen über ein höchst ähnliches Produkt miteinander im Wettbewerb stehen, wird in der ökonomischen Theorie als monopolistische Konkurrenz bezeichnet. Adäquate Mittel, um sich in einem solchen Markt gegenüber den Konkurrenten zu behaupten, sind die Markenbildung und das Besetzen von Nischen.

Aktuell konzentriert sich die Markenbildung im Gesundheitsbereich insbesondere auf den Leistungssektor. Im stationären Bereich hat die Einführung des DRG-Systems zu einer Zunahme des wirtschaftlichen Drucks geführt. Verbunden mit erhöhter Transparenz, beispielsweise durch die Verpflichtung zur Veröffentlichung struktureller Qualitätsberichte im Jahr 2005 sowie eines verstärkten Public Reporting im Internet, sehen sich die Krankenhäuser immer mehr mit einer marktbasierter Konkurrenzsituation konfrontiert (vgl. Bär 2012, Roeder 2010). Im ambulanten Bereich haben sich Projekte wie das *Gesunde Kinzigtal* im Schwarzwald oder das *Polikum* in Berlin zu Musterbeispielen für Vernetzung und Kooperation und auf diese Weise zu Marken von überregionaler Beachtung entwickelt. Andere Unternehmen wie z.B. *FPZ: Deutschland den Rücken stärken* zeichnen sich durch einen hohen Grad an Spezialisierung aus. Je besser die Markenbildung gelingt, desto höher ist die Intensität des Wettbewerbs (vgl. Amelung und Cornelius 2009). Bei den meisten Krankenkassen hingegen werden diese Möglichkeiten bislang nur zaghaft genutzt. Das Marketing zielt noch immer vor allem auf die Steigerung des Bekanntheitsgrads und weniger auf eine Differenzierung zu den Konkurrenten ab.

Wie kann man sich eine solche Differenzierung der Krankenkassen vorstellen? Da der Umfang des Leistungskatalogs als Unterscheidungskriterium weg-

2 Ein Umsetzungsbeispiel ist das Festbeitragsystem für Generika im Arzneimittelbereich.

fällt, muss die Differenzierung über die Art und Weise der Leistungserstellung erfolgen. Hierzu stehen den Krankenkassen zahlreiche Instrumente zur Verfügung. Diese entstammen nahezu alle dem Methodenkasten des Managed Care.

3. Managed Care als Versorgungs- und Steuerungsprinzip

Spricht man von Managed Care, so denken die meisten Menschen zuvorderst an die USA. So lässt sich auch ein Großteil der Vorbehalte gegenüber Managed Care insbesondere auf historische Defizite in den USA zurückführen, z. B. in der Versorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Doch Managed Care ist kein Synonym für das amerikanische Gesundheitswesen, sondern vielmehr ein Steuerungsprinzip für Versorgungsprozesse. Es umfasst einerseits verschiedene Ausprägungen von Organisationsformen und andererseits ein Bündel von Management-Instrumenten (Amelung 2011, S. 20), wie in Abbildung 1 dargestellt.

Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, auf alle Organisationsformen und Instrumente ausführlich einzugehen. Zum Verständnis der weiteren Argumentationslinie sollen daher lediglich die wichtigsten von ihnen kurz skizziert werden.

Allen Managed-Care-Organisationen (MCO) ist gemeinsam, dass sie Managed-Care-Instrumente anwenden und das finanzielle Risiko zwischen Versicherer und Leistungserbringern geteilt wird. In diesem Sinne findet eine (je nach Organisationsform mehr oder weniger stark ausgeprägte) Integration zwischen Versicherung und Leistungserbringung statt.

Klassische Formen von MCOs sind sogenannte Health Maintenance Organizations (HMO), die dank der Gesetzgebung unter der Nixon-Regierung Anfang der 1970er Jahre einen Durchbruch erlebten (vgl. hierzu und für das Folgende Amelung 2011, S. 65ff.). Kern des Konzeptes ist, dass die HMO einen festgelegten Beitrag pro Versichertem

Abb. 1: Managed-Care-Organisationen und -Instrumente (Auswahl)

Managed-Care-Organisationen (MCO)	Managed-Care-Instrumente
<p>Versicherungsorientierte MCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staff-HMO • Group-HMO • IPA-HMO • Network-HMO <p>Anbieterorientierte MCO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independent Practice Association (IPA) • Preferred Provider Organization (PPO) • Provider Sponsored Organization (PSO) • Provider Network • Integrated Delivery System (IDS) • Accountable Care Organization (ACO) • Physician Hospital Organization (PHO) 	<p>Leistungsgestaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gatekeeping • Disease und Case Management • Demand Management • Patientencoaching <p>Qualitäts- und Kostensteuerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilization Review • Zweitmeinungsverfahren • Guidelines und Clinical Pathways • Evaluationsverfahren • Qualitätsmanagement

Quelle: Eigene Darstellung

erhält und dafür das vollständige Risiko der Leistungserbringung für diesen Versicherten übernimmt (Capitation). Damit besteht für HMOs automatisch der Anreiz, effiziente Versorgungsprozesse zu gestalten.

Historisch betrachtet erscheint die Evolution des HMO-Konzeptes wie ein Ringen um die optimale Balance zwischen Steuerungsfähigkeit durch den Versicherer einerseits und Wahlfreiheit für den Versicherten andererseits. Zudem müssen die Interessen der Leistungserbringer berücksichtigt werden, die nach bestmöglicher Vergütung, aber auch nach größtmöglicher Unabhängigkeit streben.

So konnte der Versicherer in der Staff-HMO seine Interessen weitgehend realisieren. Dort sind alle Ärzte angestellt tätig, sodass Versicherung und Leistungserbringung vollständig aus einer Hand kommen. Für Ärzte und Versicherte ist das Konzept jedoch weniger attraktiv, sodass sich die Staff-HMO im Grunde überlebt hat.

Mit der sogenannten Group-HMO wurde zumindest den Interessen der Ärzte Rechnung getragen, denn diese sind dort nicht angestellt, sondern in großen Praxen organisiert. Diese Praxen schließen Verträge mit HMOs und werden in der Regel ebenfalls über eine Kopfpauschale vergütet. Gleichwohl bleibt der Einfluss der HMO auf die Leistungserbringer groß und die Wahlmöglich-

keit der eingeschriebenen Versicherten verhältnismäßig klein, sodass auch diese Organisationsform mittlerweile im Rückzug begriffen ist.

Weiterentwicklungen stellen die IPA-HMO und die Network-HMO dar. IPA steht für Independent Practice Association und ist ein Zusammenschluss von Ärzten, die Verträge mit HMOs schließen, jedoch ihre Selbstständigkeit behalten. IPA-HMOs entsprechen in ihren Grundzügen den deutschen Arztnetzen. Die Network-HMO bildet eine Synthese aus Group- und IPA-HMO. Ziel dieser Organisationsform ist es, den besten Mix zwischen der Kontrolle der Leistungserbringung, einer möglichst großen geografischen Marktabdeckung und der Wahlfreiheit für die Versicherten zu finden und somit einen Interessenausgleich für alle Beteiligten zu schaffen.

Allen HMOs gemeinsam ist – und dies ist ein wesentlicher Punkt, wenn es um das Verständnis von Managed Care geht – dass der Kostenträger stets eine mitgestaltende Rolle übernimmt.

Doch worin besteht nun der kosten- und qualitätsbezogene Mehrwert, den Managed-Care-Organisationen bieten können? Sie verfügen über eine Reihe von Instrumenten der Qualitäts- und Kostensteuerung, wobei beides – Verbesserung der Qualität und Reduzierung der Kosten – kein Entweder-Oder darstellt, sondern zumeist miteinander einher-

geht. Zu diesen Instrumenten gehören beispielsweise (Amelung 2011, S. 218ff.):

- **Gatekeeping:** Der Hausarzt stellt als erster Ansprechpartner des Patienten einen koordinierten, sektorenübergreifenden Behandlungsablauf sicher. Er übernimmt somit gleichermaßen die Funktion des Qualitätsmanagers und des Kostenkontrolleurs.
- **Guidelines und Clinical Pathways:** Die Behandlung erfolgt nach festgelegten Leitlinien, die sich am „medizinisch Notwendigen“ orientieren. Auf diese Weise entstehen reibungslose Abläufe und einheitliche Qualitätsstandards.
- **Positivlisten:** Es werden lediglich Kosten für Leistungen und Medikamente übernommen, die auf der Positivliste stehen. Insbesondere bei Medikamenten lassen sich dadurch Kosten senken (z. B. bei Substitution von Markenprodukten durch Generika oder den Ausschluss wirkungsloser Medikamente).
- **Utilization Review und Utilization Management:** Bereits durchgeführte Leistungen sowie Behandlungspläne werden durch externe Gutachter beurteilt, um unnötige Leistungen, Doppeluntersuchungen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Das Utilization Review stellt eine fallindividuelle Betrachtung dar. Beim Utilization Management wird dieses Vorgehen systematisiert (Orientierung an den Besten im Sinne von Benchmarking).
- **Disease Management und Chronic Care:** Chronisch Kranke werden ganzheitlich über Fachgruppen-, Sektoren- und Institutionengrenzen hinweg begleitet. Ziel ist es, aus fragmentierten, episodischen Einzelbehandlungen einen strukturierten, kontinuierlichen Versorgungsprozess zu gestalten.
- **Case Management:** Im Gegensatz zum Disease Management, das ein standardisiertes Vorgehen für größere Patientengruppen beinhaltet, bezieht sich Case Management auf kostenintensive Einzelfälle. Der Case Manager plant, koordiniert und evaluiert den Weg des Patienten durch das Versorgungssystem, wobei die Mitwirkung des Patienten am Behandlungsprozess eine wichtige Rolle spielt.
- **Demand Management:** Durch telefonische und internetbasierte Beratungs- und Informationsdienste werden Arztbesuche und Hausbesuche

reduziert. Da vielfach medizinische Fachangestellte die Telefondienste übernehmen und häufig Hinweise zur Selbstbehandlung gegeben werden, geht Demand Management insgesamt mit einer Entlastung der Ärzte einher.

- **Patientencoaching:** Ähnlich wie das Demand Management erfolgt das Patientencoaching meist via Telefon oder Internet. Ziel ist es, die individuelle Gesundheitskompetenz des Patienten und seine Compliance zu erhöhen. Es bietet darüber hinaus Unterstützung bei schwierigen medizinischen Entscheidungen.
- **Qualitätsmanagement:** Es werden Qualitätsziele gesetzt und im Rahmen eines Qualitätsmanagementkonzepts umgesetzt. Dabei wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Das Qualitätsmanagement nimmt in Bezug auf die Managed-Care-Instrumente eine übergeordnete Stellung ein, zumal die meisten der zuvor genannten Instrumente ebenfalls bereits Qualitätsaspekte beinhalten.

Die Liste zeigt, dass Managed Care im Grunde genau auf die beiden wunden Punkte abzielt, die nicht nur das amerikanische Gesundheitssystem umtreiben: Kosteneffizienz und Qualitätssicherung. In der sehr wettbewerbsorientierten amerikanischen Versorgungsrealität geht es Managed-Care-Organisationen vor allem darum, sich im Markt zu differenzieren, sodass die verschiedenen Instrumente in sehr unterschiedlichen Kombinationen und Ausprägungen eingesetzt werden.

4. Managed Competition als Versicherungs- und Wettbewerbsprinzip

Entgegen der weit verbreiteten Auffassung handelt es sich bei Managed Care somit nicht primär um ein Wettbewerbsinstrument, sondern um ein Sortiment an Instrumenten zur Steuerung und Gestaltung von Versorgungsprozessen. Als Methodenkasten zur Differenzierung des Versorgungsangebots bildet Managed Care die Grundlage für einen möglichen Wettbewerb zwischen den Versicherungsträgern trotz einheitlichen Leistungskatalogs.

In der Idealform wird Managed Care in einen geeigneten Wettbewerbsrahmen eingebettet. Denn neben den politischen Implikationen des Gutes ‚Gesundheitsleistung‘ sind Gesundheitsmärkte auch aus ökonomischer Sicht durch eine Reihe von Besonderheiten geprägt. Diese

Managed Care ist ein Methodenkasten zur Steuerung von Versorgungsprozessen.

führen bekanntermaßen sowohl zu nachfrageseitigen (Moral Hazard) als auch angebotsseitigen (angebotsinduzierte Nachfrage) Abweichungen vom optimalen Marktgleichgewicht sowie zu Funktionsstörungen des Wettbewerbsmechanismus (adverse Selektion).³ Unter der Annahme, dass unregulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen weder zu allokativer noch zu produktiver Effizienz führt, entwickelte Enthoven bereits Ende der 1970er Jahre das Modell des Managed Competition (Enthoven 1978), das seitdem als Blaupause eines regulierten Wettbewerbs im Gesundheitswesen gilt (Greß 2000, S. 60).

Der von Enthoven entwickelte Regulierungsrahmen überwindet die gesundheitsspezifischen Marktunvollkommenheiten, ohne dabei die effizienzfördernde Wirkung des Marktmechanismus zu konterkarieren (vgl. auch im Folgenden Enthoven 1988). Als Wettbewerbsparameter stehen den Versicherungsträgern Preis, Qualität und Leistungsumfang zur Verfügung. Um adverse Selektion zu verhindern, wird neben Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot ein prospektiver Risikoausgleich eingerichtet. Seitens der Versicherten beschränken Zuzahlungen die Gefahr des Moral Hazard. Versicherungsträger und Leistungserbringer kontrahieren selektiv und verhandeln über die jeweiligen Vertragskonditionen. Die Versicherung übernimmt somit nicht nur die Versicherungsfunktion, sondern tritt gegenüber den Leistungserbringern als Agent der Patienten auf. Durch Kontrolle und Überwachung der Leistungserbringer, Definition von Qualitätsstandards und Setzung von Anreizen sollen einerseits

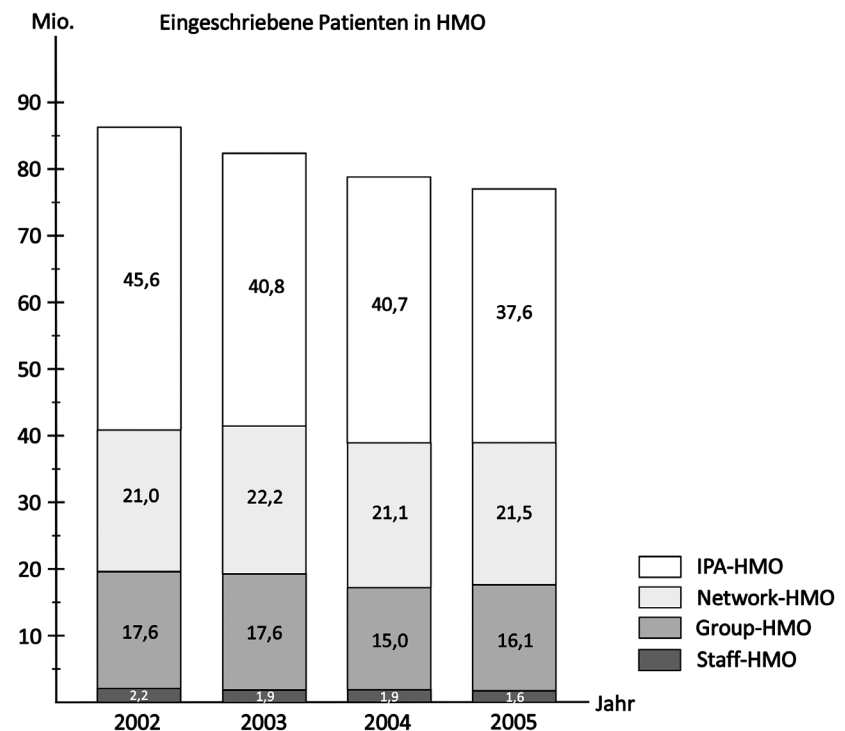
³ Ausführlich zu Marktversagen im Gesundheitswesen siehe z.B. Breyer, Zweifel und Kifmann 2012.

die angebotsinduzierte Nachfrage eingedämmt und die Wirtschaftlichkeit verbessert sowie andererseits ein bedarfsgerechter Zugang zu medizinischen Leistungen gesichert werden. An dieser Stelle besteht die Verbindung zu Managed Care, das die Instrumente zur Steuerung der Leistungserbringer zur Verfügung stellt.

Der doppelte Vorteil, dass nicht nur allokativ, sondern aufgrund der Vermeidung von Risikoselektion und der Garantie eines bedarfsgerechten Zugangs zu medizinischen Leistungen auch distributive Ziele erreicht werden können, hat Managed Competition zum Vorbild bei der Gestaltung zahlreicher Gesundheitssysteme werden lassen. In Deutschland sind insbesondere die Einführung des Risikostrukturausgleichs sowie die Gewährung weitreichender selektivvertraglicher Handlungsspielräume auf dieses Konzept zurückzuführen. Für die Funktionsfähigkeit eines regulierten Wettbewerbs müssen jedoch eine ganze Reihe von Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. Greß 2000, S. 67):

- Handlungsparameter des Wettbewerbs sind Preis, Qualität und Leistungsumfang. Während Leistungsumfang als „add-on“ zum allgemeinen Leistungskatalog definiert werden kann, müssen neben unterschiedlichen Beiträgen der Krankenkassen auch Unterschiede in der Versorgungsqualität akzeptiert werden.
- Es existieren Zuzahlungen in wirklicher Höhe.⁴ Wie das Beispiel der Praxisgebühr zeigt, stoßen in Deutschland bereits geringe Selbstbeteiligungen auf erhebliche Widerstände in der Bevölkerung. Preiswettbewerb wird bestenfalls dann akzeptiert, wenn es wie bei Rabattverträgen darum geht, Kostenvorteile über die Mengenkomponente zu erzielen.
- Versicherte müssen ihr Wahlrecht gleichermaßen nutzen. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass insbesondere Junge und Gesunde von ihrem Recht zur Wahl der Krankenkasse Gebrauch machen (Nuscheler 2004). Dadurch entsteht nicht nur die Gefahr der passiven Risikoselektion. Ohne Wettbewerb um Alte und Kranke fehlt es zudem an Impulsen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung gerade dieser zumeist hochmorbiditen Bevölkerungsgruppen.

Abb. 2: Eingeschriebene Patienten in HMOs (Aventis 2002, S. 8, Sanofi-Aventis 2006, S. 6, in Anlehnung an Amelung 2011, S. 68)



Quelle: Eigene Darstellung

- Die Verhandlungsmacht darf nicht ungleich verteilt sein. Bereits heute leiden viele ländliche Regionen unter einem Ärztemangel (vgl. Knieps, Amelung, Wolf 2012). Der demographische Wandel wird zu einer weiteren Verschärfung führen. Dadurch verringert sich die Verhandlungsmacht der Krankenkassen und erschwert deren Möglichkeit, in Selektivverträgen Wirtschaftlichkeitsanreize zu setzen.

Neben diesen operativen Problemen tritt noch eine institutionelle Schwierigkeit: Selbst wenn alle Voraussetzungen für Managed Competition gegeben sind und sich mehrere Versicherungsträger auf dem Markt befinden, so garantiert das noch keinen lebhaften Wettbewerb. Gerade in Gesundheitswesen, die in der Vergangenheit nicht wettbewerbsorientiert waren, sind Ausweichstrategien wie Marktsegmentierungen oder Absprachen zur Vermeidung von Wettbewerb wahrscheinlich (Greß, S. 64).

5. Vom Wettbewerb zum Staatssystem

Die politischen Vorbehalte gegenüber den Voraussetzungen und den Folgen

von Managed Competition sowie die institutionellen Unwägbarkeiten lassen die Frage aufkommen, ob Wettbewerb eine unabdingbare Voraussetzung für Managed Care ist. Dies kann abschlägig beantwortet werden. Managed Care und Managed Competition sind nicht zwei Seiten derselben Medaille, sondern sich gegenseitig ergänzende und unterstützende Konzepte. Managed Care fokussiert auf die Steuerung der Leistungsanbieter und die Gestaltung von Behandlungsprozessen. Die Ziele lauten Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung. Es ist in erster Linie ein Versorgungsprinzip. Managed Care kann somit zur Verbesserung der Wettbewerbsposition im Rahmen von Managed Competition genutzt werden. Ziele von Managed Competition sind die Beeinflussung der Nachfrageseite und die Gewinnung von Marktanteilen. Es ist vor allem ein Wettbewerbsprinzip. Je härter der Wettbewerb, desto höher wiederum der Anreiz zur Nutzung von Managed Care. Die gegenseitige Ver-

⁴ Das Health Insurance Experiment hat gezeigt, dass Zuzahlungen erst ab einer gewissen Höhe Steuerungswirkung entfalten (Newhouse 1993).

stärkung von Managed Care und Managed Competition bedeutet jedoch nicht, dass nur eine koexistenzielle Umsetzung möglich ist.

Dies lässt sich am einfachsten anhand eines imaginären Fallbeispiels beschreiben, das die bisherige Entwicklung auf dem US-amerikanischen Versicherungsmarkt konsequent fortschreibt: Der Versicherungsmarkt in den USA unterliegt seit einigen Jahren einem Strukturwandel (siehe Abbildung 2).

Die klassische Staff-HMO, d.h. die vollständige Verschmelzung der Funktionen Versicherung und Leistungserstellung, ist mit einem Marktanteil von unter zwei Prozent fast nicht mehr existent. Auch die ebenfalls eher kleineren Group-HMOs verlieren kontinuierlich an Zuspruch. Inzwischen dominieren Network-HMOs und IPAs. Entscheidender Unterschied ist die Anzahl der für die Versicherten zur Auswahl stehenden Leistungserbringer, die bei einer Network-HMO oder einer IPA deutlich größer ist. Die Bedeutung dieses Wettbewerbsvorteils kann kaum überschätzt werden. Den Stellenwert, den die freie Arztwahl für die Versicherten besitzt, zeigt beispielsweise die Schweizer Volksabstimmung im Jahr 2012. So war das Votum gegen die Managed-Care-Initiative weniger eine Ablehnung von Managed Care als vielmehr eine Ablehnung der mit der Initiative verbundenen Erhöhung der Selbstbeteiligung für das Recht auf freie Arztwahl (Amelung, Wolf 2013). Prinzipiell geht es immer um einen Trade-off zwischen den Steuerungsmöglichkeiten einer Versicherung und den Kosten, die ihr hierdurch entstehen: Je stärker die Bindung der Leistungserbringer an die HMO, desto größer einerseits die Einflussmöglichkeiten und desto geringer andererseits die Akzeptanz der Versicherten. Gerade in Deutschland, wo die Freiheit der Arztwahl seit jeher zu den Grundprinzipien der GKV gehört, dürfte deren Einschränkung auf erhebliche Widerstände in der Bevölkerung stoßen.

Unter der Annahme, dass die freie Arztwahl ein entscheidender Wettbewerbsparameter darstellt, verläuft eine Managed-Care-Organisation, die am Markt dauerhaft erfolgreich sein möchte, mehrere Entwicklungsstufen: Zu Beginn stehen sich Staff- oder Group-HMOs im Wettbewerb gegenüber, die über den Vorteil einer direkten Steue-

rung der Leistungserbringer verfügen. Zur Steigerung ihrer Wettbewerbsfähigkeit weitet die HMO den Kreis der bei ihr unter Vertrag stehenden Leistungserbringer kontinuierlich aus. Die Erfahrungen in den USA zeigen, dass diese Entwicklung umso schneller verläuft, je günstiger sich die gesamtwirtschaftliche Lage darstellt.⁵ Schließlich beginnt die HMO, nicht-exklusiv mit immer mehr Gruppen von Leistungserbringern oder Einzelpraxen zu kontrahieren. Aus der Staff- oder Group-HMO wird eine IPA. Zunehmende Skalenerträge haben einen Konzentrationsprozess zur Folge. Immer weniger IPAs konkurrieren um die gleiche Anzahl von Leistungserbringern. Im Extremfall entsteht am Ende des Konzentrationsprozesses ein regionales Monopol. Der Wettbewerb um Versicherte ist damit ausgeschaltet. Managed Competition findet nicht mehr statt.

An der inneren Struktur der Network-HMO verändert die marktbeherrschende Stellung nichts. Sie verfügt nach wie vor über die gleichen Managed-Care-Instrumente zur Steuerung der Leistungsanbieter. Was entfällt, ist der Wettbewerbsdruck von außen. Das Rationalkalkül des Monopolisten führt zu einer Neudefinition der Unternehmensziele: Gewinnmaximierung zulasten von Versicherten und Leistungserbringern. Steigende Versicherungsbeiträge, schrumpfender Leistungskatalog und sinkende Honorierungen wären die Folge. Die Gefahr der Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung begründet die Notwendigkeit staatlicher Regulierung: Der Staat könnte einen Höchstbeitragssatz festlegen und den Basisleistungskatalog definieren. Gleichzeitig ist wahrscheinlich, dass die Leistungserbringer durch Zusammenschlüsse ihre Verhandlungsposition gegenüber dem Monopolisten verbessern. Auch die Gefahr des Markteintritts von Konkurrenten im Falle der Erzielung relevanter Gewinne schränkt die Marktmacht des Monopolisten weiter ein. Im Endeffekt wäre dieses Krankenversicherungssystem der heutigen GKV nicht unähnlich. Der entscheidende Unterschied zur GKV liegt darin begründet, dass die Versorgung aufgrund der wettbewerblichen Entstehungsgeschichte durch Managed Care geprägt ist.

6. Die Rolle von Managed Care in einem staatlich gesteuerten System

Halten wir zunächst fest: Idealtypischer Wettbewerb führt zu Effizienz. Ohne Wettbewerb vermindert sich der Zwang zu Innovation, Qualitätsverbesserung und Kostensenkung. Die Implementierung eines Ordnungsrahmens, der die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs sicherstellt, ist daher die First-Best-Lösung. Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus ist ein Mindestmaß an unternehmerischer Freiheit für die konkurrierenden Akteure. Sofern die Politik normativ distributive Ziele verfolgt und nicht bereit ist, ein hinreichendes Maß an Preis- und Produktvariabilität zuzulassen, muss die Funktionalität des Wettbewerbs infrage gestellt werden. In diesem Fall ist die Einführung eines staatlich gesteuerten Systems zu überprüfen.

Auch in staatlich gesteuerten Systemen kann Managed Care zu Qualitätsverbesserungen führen.

Ein staatlich gesteuertes Gesundheitswesen ist nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit einem zentralistischen Einheitssystem wie dem National Health Service in Großbritannien, sondern es muss nach der Intensität und der Tragweite der staatlichen Eingriffe unterschieden werden. Wettbewerbsparameter auf einem Krankenversicherungsmarkt sind die Höhe des Beitragssatzes und die Breite des Leistungsangebots. Der vorliegende Beitrag definiert staatliche Steuerung demgegenüber als ein Gesundheitswesen mit einheitlichem Beitragssatz und einem zentral definierten, nicht allumfassenden, aber sehr umfangreichen Basisleistungskatalog.

Ein in dieser Art und Weise administriertes System besitzt einen wesentlichen Nachteil gegenüber der Konkurrenzlösung: Der Wettbewerbsdruck von außen

⁵ Dem Gut ‚Gesundheitsleistung‘ werden im Allgemeinen superiore Eigenschaften zugeschrieben (vgl. z.B. Felder 2006). Der Wohlstand einer Gesellschaft und die Bereitschaft, Einschränkungen im Bereich der Gesundheitsversorgung in Kauf zu nehmen, sind somit negativ miteinander korreliert.

verringert sich deutlich. Wirtschaftlichkeitsanreize werden daher vor allem über den einheitlichen, politisch definierten Beitragssatz gesetzt. Politische Entscheidungen und Zieldefinitionen unterliegen jedoch immer auch diskretionären Einschätzungen und wahltaktischen Kalkülen. De facto kann jedoch festgehalten werden, dass dies weitgehend der Situation der GKV vor dem 01.01.2015 entspricht. So hat vor Inkrafttreten des GKV-FQWG Preiswettbewerb über pauschale Zusatzbeiträge nicht mehr stattgefunden; der Leistungskatalog wird seit jeher in der GKV zentral festgelegt.

Der entscheidende Vorteil eines solchen Systems ist, dass durch offiziellen Verzicht auf Wettbewerb zwischen den Krankenkassen der Politik die Bürde genommen wird, etwas umsetzen zu müssen, dem sie und große Teile der Bevölkerung zutiefst misstrauen. Zudem erhöht sich die Verantwortung der Politik für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Der gesundheitspolitische Fokus würde sich stärker auf die Leistungsseite verlagern, da nun hier der verbleibende Schlüssel für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit verborgen liegt. Die Instrumente zur Ausschöpfung dieser Potenziale bleiben die gleichen wie zuvor: Es handelt sich um den Instrumentenkasten von Managed Care.

Dass staatliche Steuerung zu einer Ausweitung von Managed Care und einer Qualitätsverbesserung der Versorgung führen kann, zeigt das Beispiel der Disease Management Programme (DMP). Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung

der Krankenkassen, zu spezifischen Indikationen entsprechende Programme anzubieten, waren Ende des Jahres 2013 ca. 7,4 Millionen Versicherte in ein DMP eingeschrieben (KBV 2014, S. 55). In einem wettbewerblichen System würden DMPs vor allem zur Differenzierung gegenüber den Konkurrenten genutzt. In einem staatlich gesteuerten System dienen sie hingegen der Qualitätssicherung. Andere Instrumente wie z.B. das in der GKV ebenfalls gesetzlich protegierte Gatekeeper-Prinzip (Hausarztzentrierte Versorgung) dienen in einem staatlichen System hauptsächlich der Kostenkontrolle. Neben gängigen Instrumenten, die auf kollektiver Ebene eingesetzt werden können, bedarf es zur Identifikation innovativer kostensenkender und qualitätssteigernder Behandlungsabläufe und Strukturen eines Such- und Entdeckungsprozesses. Dieser kann ebenso wie heute über das selektivvertragliche Geschehen zwischen Versicherungsträgern und Leistungserbringern initiiert werden. Auf diese Weise bleibt auch die Wahlfreiheit der Versicherten erhalten, da ihnen unterschiedliche Versorgungskonzepte angeboten werden. Die Ausschaltung des Preiswettbewerbs auf Versicherungsebene ist somit nicht gleichzusetzen mit einer Ausschaltung des Qualitätswettbewerbs in der medizinischen Versorgung.

7. Fazit

Die Monstranz der deutschen Gesundheitspolitik heißt ‚Wettbewerb‘. Kein

anderes Ziel wird in solch verlässlicher Regelmäßigkeit als Rechtfertigung für Gesundheitsreformen auf den Tabor gehoben – und bei keinem anderen erscheint die Politik mehr erleichtert, wenn es nach der Verlautbarung wieder im Dunkel des Tabernakels verschwindet. Die Kombination aus der Gewissheit, dass Wettbewerb zu mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen führt, und dem fehlenden Willen, die allokativen und distributiven Konsequenzen zu akzeptieren, hat zu einer gegenseitigen Blockade von Wettbewerb und Regulierung geführt.

Unter der Annahme, dass die Politik ihre Ängste gegenüber dem Wettbewerb in absehbarer Zeit nicht ablegen wird, müssen alternative Lösungsmöglichkeiten geprüft werden. Der Schlüssel für mehr Effizienz und Qualität lautet nicht unbedingt Wettbewerb. Dieser stellt lediglich den Antrieb für die Versicherungsträger dar, im Rahmen eines Such- und Entdeckungsprozesses den Versicherten unterschiedliche Versorgungsangebote zu unterbreiten, Versorgungsprozesse zu gestalten und steuern auf die Leistungserbringer einzuwirken. Die hierzu zur Verfügung stehenden Instrumente entstammen nicht dem Wettbewerb, sondern dem Methodenkasten von Managed Care. Wichtiger als die Entscheidung für oder gegen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist daher die konsequente Umsetzung von Managed Care. ■

Literatur

Amelung, V. und Cornelius, F. (2009), Wie beeinflussen Medizinische Versorgungszentren den Wettbewerb im Gesundheitswesen? *Public Health Forum*, 17(3):23.e1-23.e3.

Amelung, V. (2011), *Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement*, 5. Auflage, Gabler, Wiesbaden.

Amelung, V. und Wolf, S. (2013), Schwache Lobby für Schweizer Netze, *Gesundheit und Gesellschaft*, 3(13), S. 48 – 49.

Augurzyk, B., Tauchmann, H., Werblow, A. und Felder, S. (2009), Effizienzreserven im Gesundheitswesen, *RWI Materialien* 49, Essen.

Aventis Pharmaceuticals (2002), *HMO-PPO/Medicare-Medicaid Managed Care Digest Series*, Vol. 5, Bridgewater/NJ.

Bär, S. (2012), Markenbildung im Krankenhaus: Vorrang muss die interne Verständigung haben, *Deutsches Ärzteblatt*, 109(5).

Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. (2012), *Gesundheitsökonomik*, 6. Auflage, Springer Gabler, Berlin Heidelberg.

Bundesregierung (2014), Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, Kabinettsfassung, S. 28, Berlin.

Enthoven, A. (1978), Consumer-Choice-Health-Plan: A National Health-Insurance Proposal on Regulated Competition in the Private Sector, *New England Journal of Medicine*, 298, S. 709 – 720.

Enthoven, A. (1988), *Managed Competition: an Agenda for Action*, *Health Affairs*, 3(7), S. 25 – 47.

Felder, S. (2006), Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 7 (Special Issue), S. 49 – 73.

Gildemeister, S. (1998), Wettbewerb und Managed Care, Kritik der wirtschaftstheoretischen Grundlagen am Beispiel der USA, in: Gerliner, T., Hinricher, L., Isenberg, T. et al. (Hrsg.), *Standardisierungen in der Medizin. Jahrbuch für Kritische Medizin* 29, Argument-Verlag, Hamburg, S. 53 – 72.

Greß, S. (2000), *Allokative und distributive Effekte regulierten Wettbewerbs in sozialen Krankenversicherungssystemen – Wirtschaftstheoretische Fundierung, tatsächliche Auswirkungen und Implementationsprobleme am Beispiel der Niederlande*, Dissertation zur Promotion an der Universität Bremen, Oktober 2000, Bremen.

Greß, S. und Wasem, J. (2009), Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung, *Policy Paper für die Hans-Böckler-Stiftung*, Fulda und Essen.

Gröhe, H. (2014), Bundestagsrede zur ersten Beratung im Deutschen Bundestag des von der Bundesregierung eingebrachten Gesetzes zur

Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung am 09.05.2014.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014), Qualitätsbericht 2014, Berlin.

Knieps, F, Amelung, V. und Wolf, S. (2012), Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen, Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2012, S. 8 – 19.

Monopolkommission (2013), Telekommunikation 2013: Vielfalt auf den Märkten erhalten, Sondergutachten 66, Bonn.

Newhouse, J. (1993), Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment, Harvard University Press, Cambridge.

Nuscheler, R. (2004), Krankenkassenwettbewerb in der GKV: Evidenz für Risikoselektion? Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 4(73), S. 528 – 538.

Roeder, N. (2010), Markenbildung stärkt die Krankenhäuser, Arzt und Krankenhaus, 4/2010, S. 118 – 121.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheits-

versorgung, Sondergutachten 2012, Drucksache 17/10323, Deutscher Bundestag, Berlin.

Sanofi Aventis (2006), Managed Care Digest Series – HMO-PPO Digest for 2006, Bridgewater/NJ.

Stigler, G. (1987), Competition, in: Eatwell, J., Milgate, M. and Newman, P. (Hrsg.), The New Palgrave: A Dictionary of Economics, Norton, London, S. 531 – 535.

Wasem, J. und Geraedts, M. (2011), Qualität durch Wettbewerb, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2011, Qualität durch Wettbewerb, Schattauer, Stuttgart, S. 3 – 17.

Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung (HBS)



Der Allgemeine Soziale Dienst unter Reformdruck

Interaktions- und Organisationssysteme
des ASD im Wandel

Von Prof. Dr. Ingrid Gissel-Palkovich
und Prof. Dr. Herbert Schubert

unter Mitarbeit von Marion Rädler und Julia Stegt
2015, Band 172, 220 S., brosch., 18,90 €
ISBN 978-3-8487-2063-7

www.nomos-shop.de/24520

Seit Jahren steht der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) – das Kernstück des kommunalen sozialen Dienstleistungsnetzes – unter einem erheblichen Entwicklungsdruck: Er muss steigende Fallzahlen und erhöhte Fallkomplexität bewältigen, neue fachliche Trends und gesellschaftliche Bedarfe flexibel aufgreifen, dem Ruf nach ganzheitlichen, einheitlichen und effizienten Hilfsleistungen folgen und dabei Organisationsreformen nach Maßgabe eines modernen Verwaltungsverständnisses durchführen – das alles vor dem Hintergrund einer anhaltend schwierigen kommunalen Haushaltslage.

Dieses Buch stellt in kompakter Form die Frage ins Zentrum, wie diese Vielfalt von teilweise widerstreitenden Zielen erreicht werden kann. Auf der Basis einer soliden theoretischen Fundierung und gestützt auf eine breite qualitative Empirie untersuchen die Autorin und der Autor, welche Faktoren ausschlaggebend sind, um eine „gelingende ASD-Praxis“ sicherzustellen. Dabei entsteht eine Typologie von Reformansätzen, anhand derer gangbare und erfolgversprechende Entwicklungswege deutlich werden. Neben der Perspektive der Akteure kommt auch jene der Adressaten des ASD zu Sprache, und Erfolge werden ebenso reflektiert wie Widersprüche und Hemmnisse.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos