

Mirella Cacace

Das Gesundheitssystem der USA

Governance-Strukturen
staatlicher und privater Akteure

Schriften des Zentrums
für Sozialpolitik

campus

Das Gesundheitssystem der USA

Schriften des Zentrums für Sozialpolitik
Band 23

Herausgegeben von Gerd Glaeske, Karin Gottschall, Stephan Leibfried,
Philip Manow, Frank Nullmeier, Herbert Obinger, Stefan Traub und
Heinz Rothgang

Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Mirella Cacace ist Dipl.-Volkswirtin und Expertin für das amerikanische Gesundheitssystem.

Mirella Cacace

Das Gesundheitssystem der USA

Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure

Campus Verlag
Frankfurt/New York

© Campus Verlag GmbH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-593-39273-8

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2010 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).

Printed in Germany

Besuchen Sie uns im Internet: www.campus.de

© Campus Verlag GmbH

Inhalt

1	Einleitung.....	9
1.1	Methodische Vorgehensweise und Kernhypothesen	11
1.2	Stand der Forschung	13
1.3	Vorbemerkungen zum amerikanischen Gesundheitssystem	15
1.4	Konzeptionelle Vorüberlegungen	18
2	Das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten von Amerika	23
2.1	Formen der Absicherung gegen Krankheitsrisiken.....	24
2.2	Übersicht über das amerikanische Gesundheitssystem.....	26
2.3	Die private Krankenversicherung	31
2.4	Die öffentlichen Programme: Medicare, Medicaid und das Children's Health Insurance Program.....	43
2.5	Zugangswege zu Versicherungsschutz.....	63
2.6	Die Situation der <i>Un-</i> und <i>Unterversicherten</i>	65
3	Die Neue Institutionenökonomie als theoretischer Untersuchungsrahmen.....	72
3.1	Die Neue Institutionenökonomie als Erklärungsansatz	73
3.2	Definitionen zentraler Begriffe in der Neuen Institutionenökonomie	77
3.3	Theorie der Eigentumsrechte	81
3.4	Principal-Agent Theorie	82
3.5	Anreizstrukturen in Gesundheitssystemen.....	92
3.6	Transaktionskostentheorie	103
3.7	Schlussbemerkung zum theoretischen Ansatz.....	114

4	Wandel von Governance-Strukturen in der Regulierung des amerikanischen Gesundheitssystems.....	116
4.1	Staatliche und private Akteure der Regulierung	117
4.2	Wandel in der Regulierung der Privatversicherung.....	138
4.3	Wandel in der Regulierung von Medicare	154
4.4	Wandel in der Regulierung von Medicaid.....	165
4.5	Fazit.....	169
5	Institutionenvergleich zur Erklärung des Wandels von Governance-Strukturen	173
5.1	Das Kriterium der Effizienz aus institutionenökonomischer Perspektive.....	175
5.2	Erklärungszusammenhang	176
5.3	Der private Gesundheitssystemtyp	178
5.4	Institutionenvergleich der Entstehung der privaten Krankenversicherung in den USA	183
5.5	Erklärung der Arbeitgeberversicherung unter Transaktionskostengesichtspunkten	190
5.6	Einführung von Medicare und Medicaid	198
5.7	Erklärung der Entstehung von Managed Care im amerikanischen Gesundheitssystem.....	204
5.8	Institutionenökonomische Erklärung des Managed Care-Backlash.....	214
5.9	Zusammenfassung.....	220
6	Ergebniszusammenfassung und Ausblick	224
	Liste der Interviewpartner.....	228
	Abkürzungen	230
	Tabellen.....	233
	Abbildungen.....	235
	Literatur	237

Dank

Dieses Buch ist im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 597 »Staatlichkeit im Wandel« an der Universität Bremen entstanden. Ich danke der Deutschen Forschungsgemeinschaft für die großzügige Finanzierung meiner Projektstelle und der damit verbundenen Forschung.

Meinem Doktorvater, Prof. Dr. Heinz Rothgang, der wesentlich zur Themenfindung und zur Auswahl der Länderstudie beigetragen hat, danke ich für die vielfältige Unterstützung während der Erstellung der Arbeit und für das mir entgegengebrachte Vertrauen. Besonders möchte ich mich auch bei meinen ehemaligen Kollegen im Projekt C3 »Wandel der Staatlichkeit im Gesundheitswesen von OECD-Ländern« für die konstruktive Diskussion meines Themas bedanken. Anne Reichert, Dr. Tanja Pritzlaff, Achim Schmid und meiner Schwester, Dr. Sabrina Cacace, danke ich für ihre Unterstützung während des Schreibens dieses Buchs.

Mein Dank gilt Prof. Sherry Glied und Prof. Larry Brown, die meine Forschung im Rahmen des Harkness Fellowships an der Columbia University in New York begleiteten, sowie Prof. George France und Prof. Ted Marmor, die nicht müde wurden, mich mit den Besonderheiten des amerikanischen Gesundheitssystems vertraut zu machen. Prof. Richard Freeman und Prof. Kieke Okma danke ich für ihre wertvollen Kommentare zum Konzept der Arbeit. Ebenfalls zu großem Dank bin ich meinen Interviewpartnern verpflichtet, die mir während meiner Forschungsaufenthalte 2006 und 2008/09 in den USA äußerst freundlich und ausführlich Rede und Antwort standen.

Meiner Mutter, Ida Cacace, danke ich für die Finanzierung der technischen Ausstattung und meinem Lebensgefährten Dieter Ratz für die Rettung derselben in der Not. Ihm widme ich dieses Buch zum besonderen Dank für seine uneingeschränkte Unterstützung in allen Phasen der Forschung und der Erstellung dieser Arbeit.

Hamburg, im Dezember 2010

1 Einleitung

Die amerikanische Gesellschaft erlebt derzeit ökonomische, politische und gesellschaftliche Veränderungen, wie sie noch vor wenigen Jahren kaum ein Beobachter für möglich gehalten hätte. Auch in der Gesundheitspolitik erlaubte die ökonomische Krisensituation, die einen steigenden Anteil der Bevölkerung un- oder unterversichert ließ, über Alternativen zum bestehenden System nachzudenken. Verstärkt durch die Arbeit einer Vielzahl politisch motivierter Organisationen und Einzelpersonen, wie beispielsweise des Commonwealth Fund oder des jüngst verstorbenen Senators von Massachusetts Ted Kennedy, ist der Reformdruck auf die amerikanische Regierung zuletzt enorm gestiegen. Im Frühjahr 2010, nach zähem Ringen, gab der Kongress der Vereinigten Staaten grünes Licht für die Gesundheitsreform, die in ihren wesentlichen Punkten eine Erweiterung des Krankenversicherungsschutzes, eine stärkere Regulierung der privaten Versicherer und die Verbesserung der Performanz des Gesundheitssystems erreichen soll. Ist damit nun ein Systemwechsel erfolgt? Wie weit sind die USA überhaupt von einem umfassenden und solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem nach europäischem Vorbild – von seinen Gegnern als *socialized medicine* diskreditiert – entfernt? Sind die Amerikaner schon auf dem besten Weg dahin, wie die New York Times¹ bereits im Dezember 2006 behauptete?

Ein erstes Ziel dieser Arbeit ist die Beantwortung dieser Frage anhand wissenschaftlicher Kriterien unter Berücksichtigung des historischen Kontexts. Der Fokus liegt dabei auf der Dimension der Regulierung des amerikanischen Gesundheitssystems, die im Unterschied zur Finanzierung und Leistungserbringung bislang nur wenig systematisch untersucht ist. Ebenfalls in Abgrenzung zur bisherigen Forschung, die sich vorwiegend auf den Staat als *öffentlichen Akteur* und Initiator staatlicher Reformen konzentriert,

¹ Siehe *New York Times* vom 3.12.2006: National Health Care? We're halfway there, Beitrag von Daniel Gross.

fügt die hier angewendete Perspektive die Rolle *privater Akteure* in der Steuerung² hinzu und erlaubt somit eine deutlich umfassendere Konzeption der Regulierung eines Gesundheitssystems. In Anlehnung an Oliver Williamson unterscheidet das Konzept zudem die Governance-Strukturen³ *wettbewerblicher* Interaktionsformen von *langfristigen Verträgen* und schließlich *hierarchischen* Formen der Steuerung. Durch die kombinierte Betrachtung von Akteuren und Interaktionsformen und deren Veränderungen im Zeitablauf wird der deskriptive Teil dieser Arbeit der Anforderung gerecht, Wandel in der Regulierung des amerikanischen Gesundheitssystems im Zeitablauf möglichst vollständig zu beschreiben.

Die zweite Zielsetzung ist, den Wandel von Governance-Strukturen aus institutionenökonomischer Perspektive zu erklären. Bislang bieten vorwiegend politikwissenschaftliche und soziologische Arbeiten Ansätze zur Erklärung von Wandel im amerikanischen Gesundheitssystem, sei es in Form von Einzelfallstudien (vgl. Brown 1992; Hacker 2002; 2005; Steinmo/Watts 1995; Kronenfeld 1997; 2002) oder im international vergleichenden Kontext (Tuohy 1999; Giamo/Manow 1999; Ruggie 1996; Hacker 2004a). Aus ökonomischer Sicht sind diese Zusammenhänge bislang nicht hinreichend erforscht. Eine ökonomische Theorie, welche diesen Erklärungsbeitrag leisten kann, muss sich mit den Institutionen des Gesundheitssystems beschäftigen, welche als *rules of the game* menschliches Handeln leiten (North 1990a: 3; Ostrom 1990: 7). Die Neue Institutionenökonomie (NIO) bestehend aus der Theorie der Eigentumsrechte, der Principal-Agent Theorie und der Transaktionskostentheorie, bietet dafür einen interessanten theoretischen Ansatz. Im Gegensatz zur neoklassischen Ökonomie, die Institutionen weitgehend als *black box* ausblendet, gewinnt die NIO gerade aus dieser Betrachtung ihr Erkenntnisinteresse (vgl. Williamson 1985: 15; Dixit 1996: 9; Ebers/Gotsch 1992: 207). Sie dient dieser Arbeit deshalb als primärer Erklärungsansatz.

2 Der allgemeine Sprachgebrauch verwendet den Begriff der Steuerung eher im Zusammenhang mit Märkten, während er bei staatlichen Eingriffen die Bezeichnung Regulierung bevorzugt. Auf diese Unterscheidung wird hier bewusst verzichtet; die Arbeit verwendet die Begriffe synonym (vergleiche Rothgang u.a. 2006 zu einer abweichenden Konzeption).

3 Die deutsche Übersetzung von »governance structures« lautet sehr treffend aber etwas sperrig auf »Beherrschungs- und Überwachungssysteme« (Monika Streissler in Williamson 1985). Diese Arbeit benutzt den auch im deutschen Sprachgebrauch mittlerweile gängigen Begriff der Governance-Strukturen.

1.1 Methodische Vorgehensweise und Kernhypothesen

Aus methodischer Sicht gründet diese Arbeit auf einer deskriptiven *Fallstudie* zur Regulierung des amerikanischen Gesundheitssystems. Die Fallstudie fußt im Wesentlichen auf von der Autorin durchgeführten Experteninterviews sowie auf Sekundärliteratur, einschließlich der relevanten Fachzeitschriften. Ferner wurden die nationalen Statistiken der Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) sowie die Gesundheitsdaten der OECD (OECD Health Data 2009, Version 30.06.09) als Datenquellen herangezogen.

Die leitfadenbasierten Experteninterviews führte die Autorin im Rahmen mehrere Forschungsaufenthalte in den USA zwischen den Jahren 2006 und 2009 durch. Befragt wurden Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft mit besonderer Kenntnis des amerikanischen Gesundheitssystems. Ferner ergänzten enge Kontakte zu zahlreichen Universitäten in den USA sowie die Zugehörigkeit zu internationalen Netzwerken aus Forschung und Praxis, der European Health Policy Group (EHPG) und des Anglo-American Health Policy Network (AAHPN), das zusammengetragene Material. Die Experteninterviews liegen der Autorin in protokollierter Form vor. Eine Liste der Interviewpartner findet sich im Anhang. Eine weitere Bereicherung erfuhr die Datengrundlage durch einen einjährigen USA-Aufenthalt der Autorin im Rahmen des Harkness Fellowship des Commonwealth Fund, absolviert 2008/09 an der Columbia University in New York. Das Programm ermöglichte weitere Gespräche und Diskussionen mit Entscheidungsträgern aus Politik und Wirtschaft.

Die aus dieser Datensammlung hervorgehende Fallstudie beschreibt den Wandel von Governance-Strukturen beginnend mit den Anfängen der Krankenversicherung in den USA der dreißiger Jahre und endet in der Gegenwart. Soweit möglich, geht sie auch auf die jüngste, im Frühjahr 2010 verabschiedete, Gesundheitsreform ein. Eine wesentliche Beobachtung der Fallstudie ist, dass gemischte wettbewerbliche und hierarchische Governance-Strukturen entstehen, getragen von privaten und staatlichen Akteuren. Staatlich-hierarchische Steuerungsinstrumente stehen in einem privaten Gesundheitssystem nur eingeschränkt zur Verfügung. Private Akteure, vor allem in Managed Care, bilden *funktionale Äquivalente* und etablieren hierarchische Governance-Strukturen. Diese Beobachtung gilt es unter Anwendung der NIÖ mit den folgenden Hypothesen zu erklären. Die NIÖ postuliert, dass Wirtschaftssubjekte Governance-Strukturen *ziel-*

gerichtet wählen, um ihre Austauschbeziehungen effizienter zu gestalten. Die *Kernhypothese* dieser Arbeit lautet, dass Wandel in der Regulierung des amerikanischen Gesundheitssystems als direkte Reaktion auf systemimmanente Defizite des privaten Gesundheitssystems zu verstehen ist. *Wandlungsprozesse lassen sich daher auf die Inferiorität einer rein marktmäßigen Interaktion gegenüber einem Set aus gemischten Formen der Koordination und Kontrolle entlang eines Spektrums von öffentlich zu privat zurückführen.* Diese Kernhypothese spezifiziert sich durch drei Unterhypothesen:

- In einem Gesundheitssystem des privaten Typs führt Wandel zu stärker hierarchischen Strukturen. Hierarchische Governance-Strukturen wirken den systembedingten Defiziten eines privaten Gesundheitssystems entgegen und erhöhen damit aus institutionenökonomischer Sicht dessen Effizienz (Hypothese 1).
- Private Akteure bilden *funktionale Äquivalente* zu hierarchischen Governance-Strukturen aus eigennützigen Motiven, zum Beispiel um sich besser zu stellen und Effizienzgewinne zu realisieren. Sie nehmen wahr, dass sie dadurch Transaktionskosten senken können (Hypothese 2).
- Es gibt keinen Königsweg, der alle Koordinationsprobleme simultan löst. Vielmehr sind Governance-Strukturen immer nur *relativ effizient*, das heißt bezogen auf ein bestimmtes Problem und im Vergleich mit möglichen Alternativen. Aus der Perspektive des Gesamtsystems ist die effizienteste Antwort deshalb nicht *eine einzige*, sondern ein *hybrider Mix* aus Governance-Strukturen. Aus diesem Grund führt Wandel zu einer Hybridisierung von Governance-Strukturen (Hypothese 3).

Die Kernhypothese besagt also, dass Akteure Governance-Strukturen gezielt adjustieren, um Effizienzgewinne zu erzielen. Kapitel 3 macht unter Anwendung der NIÖ einen Vorschlag, wie Effizienz von Governance-Strukturen in Gesundheitssystemen gemessen werden kann. Um die Gültigkeit der Hypothese(n) zu testen, wendet diese Arbeit schließlich die Methode des *Institutionenvergleichs* an. Dazu vergleicht sie systematisch im Zeitverlauf entstandene institutionelle Arrangements hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit in der Lösung von Koordinationsproblemen (vgl. Scharpf 1997; Aoki 2001; Greif 1988; Dierkes/Zapf 1994; Hall/Soskice 2001). Dabei hinterfragt der Ansatz, ob der Wandel im amerikanischen Gesundheitssystem zu einer Verbesserung gegenüber der Ausgangssituation führte. Der Institutionenvergleich geht chronologisch vor (vgl. Aoki 2001). Er betrachtet jede entstandene Struktur einzeln und vergleicht sie mit der-

jenigen, die sie ersetzt. Ziel ist es, für jeden einzelnen Schritt sowie abschließend im Gesamtbild zu bestimmen, ob sich effizientere Strukturen durchgesetzt haben. Die Methode des Institutionenvergleichs prüft dies unter Rückgriff auf das Kriterium der *remediableness*, der »Heilbarkeit«, einer Struktur (Williamson 1996: 195; Williamson 2000: 601). Die Heilbarkeit misst sich dabei an der Effizienz der Governance-Struktur im Vergleich mit möglichen Alternativen. Demnach ist eine Governance-Struktur dann relativ effizient, wenn keine superiore Alternative (1) beschreibbar und (2) implementierbar ist und dabei (3) einen Nettonutzensgewinn verspricht.

1.2 Stand der Forschung

Das Anwendungsspektrum der NIO und insbesondere der Transaktionskostentheorie hat im Laufe der Zeit eine erhebliche Verbreiterung erfahren. Zunehmend wird dieser theoretische Ansatz nicht nur auf die Analyse von Austauschprozessen in der Ökonomie⁴, sondern auch auf politische Austauschprozesse angewendet (Dixit 1996; North 1990b; Richter/Furubotn 1996). Gewonnen hat der Ansatz ferner dadurch, dass zunehmend im politischen und wirtschaftlichen Umfeld handelnde Akteure in die Betrachtung mit einbezogen werden (Männel 2006; Lütz 2003, vgl. dazu auch Mayntz/Scharpf 1995).

Im vergangenen Jahrzehnt sind mehrere Arbeiten entstanden, welche die NIO (oder Teile davon) auf den Themenbereich Gesundheit anwenden (Greiner 2005; Janus 2003; Milde 1992; Wagner 2002). Insbesondere die Übernahme des NIO-Ansatzes in ein Lehrbuch durch Breyer und Zweifel im Jahre 1997 hat diese Entwicklung begünstigt (vgl. Thurner/Kotzian 2001: 8). Bedingt durch die flexiblen Einsatzmöglichkeiten der NIO zeigt sich eine starke Diversität in den Ansätzen. Nicht selten dient die NIO der Evaluation einzelner Programme oder Prozesse der Leistungserbringung (z.B. Greiner 2005; Janus 2003). Andere Autoren wenden die NIO an, um in normativ gerichteter Absicht zu bestimmen, wie die Leistungserbringung in Gesundheitssystemen organisiert werden *sollte* (Preker/Harding 2000; Preker u.a. 2000; Robinson 2005). Eine normative Herangehensweise versperrt jedoch den Blick darauf, wie sich ein System *tatsächlich* entwickelt.

⁴ Siehe Shelanski/Klein (1999) zu einem Überblick.

Denn sind die normativ aufgestellten Bedingungen erfüllt, müssten *alle* Gesundheitssysteme auf gleiche Weise organisiert werden und somit auf ein Idealmodell konvergieren. Im internationalen Vergleich sind jedoch durchaus unterschiedliche Lösungen von Organisationsproblemen zu beobachten (Boscheck 2005; Alber 1988; 1989; Rothgang u.a. 2005).⁵

Für den eigenen Forschungszusammenhang ist die bereits zu einem frühen Zeitpunkt entstandene Arbeit von Petra Milde hervorzuheben (Milde 1992). Milde Arbeit beinhaltet die systematische, vergleichende Untersuchung der HMOs mit der deutschen GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) unter Anwendung der Principal-Agent Theorie. Eine weitere Studie zur Krankenversicherung in den USA und in Deutschland vergleicht die Transaktionskosten in beiden Ländern (Wagner 2002). Allerdings konzentriert sich diese Betrachtung auf administrative Verwaltungskosten, wohingegen in dieser Arbeit ein anderer Ansatz zur Erfassung von Transaktionskosten zum Zuge kommen wird. Selbst wenn sich die Arbeiten von Milde und Wagner eindeutig auf Systemeigenschaften beziehen, ist die Rolle der Theorie vorwiegend auf die Beschreibung und weniger auf die Erklärung des Beobachteten ausgerichtet. Thurner und Kotzian (2001) dagegen wenden die NIÖ systematisch als Erklärungsmodell auf Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich an. Ihr Ziel ist, diejenigen Faktoren der institutionellen Ausgestaltung von Gesundheitssystemen zu bestimmen, welche die Höhe der Gesundheitsausgaben erklären (Thurner/Kotzian 2001). Das Erklärungsmodell nimmt Bezug auf Arbeiten von Gerdtham und Bengt (2000), die zum Beispiel die Wirkung von Vergütungssystemen als Bestimmungsfaktor für die Höhe der Gesundheitsausgaben heranziehen (siehe Gerdtham/Jönsson 2000: 17; Gerdtham u.a. 1992). Mit Ausnahme der Arbeit von Janus (2003), welche die Optimierung von Transformationsprozessen im amerikanischen Gesundheitssystem aus der Managementperspektive zum Gegenstand hat, bleiben alle diese Betrachtungen jedoch ausschließlich im Rahmen *statistischer* Analysen.

5 Eine solche These stellten Hurst (Hurst 1991) und Abel-Smith (OECD 1992) Anfang der neunziger Jahre auf. Demnach konvergieren die Gesundheitssysteme innerhalb der OECD-Welt auf ein »public contract model«, welches eine öffentliche Finanzierung von Gesundheitssystemen mit der Organisation der Leistungserbringung durch private Unternehmen kombiniert. Obgleich dieses Modell tatsächlich existiert, kann nicht von einem dominanten Prinzip gesprochen werden. Die These, dass alle Gesundheitssysteme auf *ein einziges* Modell konvergieren, ist also bis heute nicht belegt. Vielmehr bewahren Gesundheitssysteme trotz deutlicher Konvergenz ihre idiosynkratischen Eigenschaften (Cacace/Nolte 2010).

In Abgrenzung zu diesen Arbeiten besteht das eigene Forschungsinteresse nicht darin, eine normative Vorstellung zu entwickeln, sondern einen positiven Erklärungsbeitrag zu leisten. Damit eruiert diese Arbeit zusätzlich zur Deskription eine Begründung für Wandel. Schließlich handelt es sich um eine dynamische Betrachtung, die über eine statische Programmevaluation hinausgeht. Kurz zusammengefasst bietet sie eine *Beschreibung und einen Erklärungsbeitrag von Regulierungswandel im amerikanischen Gesundheitssystem*.

1.3 Vorbemerkungen zum amerikanischen Gesundheitssystem

Allgemein ist über das amerikanische Gesundheitssystem bekannt, dass es eines der teuersten Systeme weltweit ist. Da in den USA bis vor kurzem mit Ausnahme der Rentner (Medicare) keine Versicherungspflicht bestand, sind etwa 15 Prozent der Bevölkerung heute nicht krankenversichert (US Census Bureau 2009). Die jüngste Gesetzgebung beinhaltet ein Mandat, welches Unternehmen zwingt, eine Krankenversicherung anzubieten und jeden Einzelnen verpflichtet, eine Versicherung abzuschließen. Dennoch ist zu erwarten, dass, bedingt durch zahlreiche Ausnahmen in der Versicherungspflicht, etwa die Hälfte der derzeit Unversicherten (46,3 Millionen in 2008) auch weiterhin ohne Versicherungsschutz bleibt (Commonwealth Fund 2010). Auch offizielle Schätzungen von Seiten der Regierung rechnen weiterhin mit fast 15 Millionen Menschen ohne Versicherung. Die Kosten für die Reform schätzt der parteienunabhängige kongresseigene Rechnungshof, das Congressional Budget Office, auf fast eine Billiarde US-Dollar über zehn Jahre verteilt. Dabei geben die USA, verglichen mit anderen OECD-Staaten, bereits heute am meisten für Gesundheit aus, und zwar sowohl pro Einwohner als auch in Relation zum BIP. Nach Schätzungen der nationalen Gesundheitsbehörde betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2007 über 2,2 Billionen US-Dollar, oder über 16 Prozent des BIP (CMS 2009). Dieser Anteil liegt weit über dem Schnitt der OECD-Länder, der im Vergleichsjahr nur 9,5 Prozent betrug (OECD 2009, eigene Berechnungen).⁶ Warum ist das amerikanische System so

6 Wenn diese Arbeit Bezug auf einen OECD-Durchschnitt nimmt, ist die Referenzgröße die Ländergruppe der OECD 23. Diese umfasst Australien, Belgien, Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Lu-

teuer? Stehen diesen Ausgaben auch entsprechend hochwertige Leistungen gegenüber? Die Antworten auf diese Fragen teilen sich in zwei fundamental unterschiedliche Kategorien, wobei eine besagt, dass das Gesundheitssystem so teuer ist, *weil es so gut ist*, und die andere, *weil es so schlecht funktioniert*. Dabei steht insbesondere die »private Natur« des Systems (Docteur u.a. 2003: 5) auf dem Prüfstand, die sowohl für Befürworter als auch für Gegner des amerikanischen Gesundheitssystems der zentrale Erklärungsfaktor ist.

Tatsächlich ist das private Gesundheitssystem der USA ausgesprochen innovativ und führend in der Entwicklung und Verbreitung neuer Technologien (Boscheck 2005: 78; Cutler 2002: 892f; Cutler/McClellan 2001). Patienten mit gutem Versicherungsschutz und ausreichenden Eigenmitteln können eine qualitativ hochwertige Behandlung nach modernsten Erkenntnissen der Medizin erwarten. Da Wahlfreiheit eine erhebliche Rolle spielt, sind Güter und Dienstleistungen im Gesundheitsmarkt hochgradig ausdifferenziert und ein breites Angebot an Service- und Zusatzleistungen verfügbar (Amelung/Schumacher 2004). Aus diesem Grund erzielt das amerikanische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich gute Werte in Hinblick auf seine Responsivität⁷ (WHO 2000: 183 ff.). Die USA gelten nicht nur im Technologiebereich als Vorreiter. Auch für zahlreiche Innovationen auf der Steuerungsebene hat das amerikanische Gesundheitssystem Pate gestanden. Dabei machten private Akteure, insbesondere Managed Care Organisationen, bedeutende Fortschritte in der Steuerung des Leistungsgeschehens, die weltweit zu Policy Learning führten. Regelmäßig wird in Reformdebatten – in Australien, Kanada und in vielen europäischen Ländern – auf Elemente des amerikanischen Gesundheitssystems zurückgegriffen (Brown 1998). Deutschland hat beispielsweise neben Elementen von Managed Care, Integrierter Versorgung und Disease Manage-

xemburg, die Niederlande, Norwegen, Neuseeland, Österreich, Portugal, Schweden, die Schweiz, Spanien, die USA und Großbritannien. Diese Ländergruppe zeichnet sich durch einen hohen Standard demokratischer und rechtsstaatlicher Entwicklung aus und ist deshalb mit den USA vergleichbar (Schmid u.a. 2010a).

⁷ Responsivität ist ein Merkmal, welches neben der Serviceorientierung und dem Ausdruck persönlicher Wertschätzung gegenüber Nutzern in einem Gesundheitssystem auch das Anbieten von Wahlleistungen und die Vermeidung von Wartezeiten widerspiegelt (vgl. Colombo/Tapay 2004: 19ff; WHO 2000: 31f). Damit darf Responsivität nicht lediglich als (verzichtbare) Zusatzeigenschaft von Gesundheitssystemen interpretiert werden. Dieser Indikator reflektiert auch den zeitlich angemessenen Zugang zu Leistungen, der beträchtlichen Einfluss auf Heilungschancen haben kann.

ment Programmen auch das Vergütungssystem der Diagnoses Related Groups (DRGs)⁸ von den USA adaptiert (Amelung/Schumacher 2004; Riesberg u.a. 2003; Rochell/Roeder 2001). Würden wir tatsächlich von einem System lernen, welches vollkommen ineffizient ist?

Auf der anderen Seite steht eine moderate bis unterdurchschnittliche Performanz des amerikanischen Gesundheitssystems im Hinblick auf Morbiditäts- und Mortalitätskennziffern. Die USA hat im Vergleich der OECD-Länder die höchste Anzahl vermeidbarer Sterbefälle (Nolte/McKee 2008: 65).⁹ Dazu gehören eine im OECD-Vergleich relativ geringe Lebenserwartung und eine hohe Kindersterblichkeit (Reinhardt 2005; Boscheck 2005: 76; WHO 2000). Noch hat eine hohe Anzahl unversicherter Personen – nach letzten offiziellen Schätzungen aus dem Jahre 2009 über 46 Millionen (US Census Bureau 2009) – und mindestens genauso viele Unterversicherte keinen adäquaten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Als unversichert gilt, wer trotz Versicherung einen Großteil der Krankheitskosten selbst tragen muss (siehe dazu Schoen u.a. 2008). Dies stellt, neben den erheblichen Bedenken aus ethischer Sicht, auch ein ökonomisches Problem dar (IOM 2003; Miller u.a. 2004). Unbezahlbare Arztrechnungen gelten als einer der häufigsten Gründe für private Insolvenzen (Himmelsstein u.a. 2005; Dranove/Millenson 2006).

Darüber hinaus führt die Fragmentierung und Komplexität des amerikanischen Gesundheitssystems zu einem beträchtlichen administrativen Aufwand. Schätzungen über den Umfang der Verwaltungs- und Marketingkosten liegen bei rund 25 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Damit steht rund ein Viertel der Gesamtausgaben nicht zur eigentlichen »Produktion« des Gutes Gesundheit zur Verfügung (Keen u.a. 2001: 114;

8 Das Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems vom 23.4.2002 startete die DRGs in Deutschland. DRGs lösen schrittweise ein System der Krankenhausvergütung ab, welches tendenziell einen Anreiz zur Überversorgung und zur Ausweitung der Verweildauer bot (Wörz/Busse 2005). Zur Kalkulation von DRGs werden Patienten gemäß ihrer Hauptdiagnose in möglichst homogene Fallgruppen eingeteilt und die Kosten pro Fall anhand von Erfahrungswerten geschätzt. Ziel ist, bundesweit für gleiche Leistungen einheitliche Beträge zu vergüten.

9 Einschränkung muss hinzugefügt werden, dass diese Kennziffern von zahlreichen Faktoren beeinflusst sind, die außerhalb des Einflussbereichs der Gesundheitspolitik liegen. Dies sind zum Beispiel Ernährung und Lebensart im Allgemeinen, aber auch Umweltfaktoren und Arbeitsbedingungen (Evans/Cerny 2004; WHO 2000: 23; Wilensky 2002; Mechanic 2007). Der Indikator der vermeidbaren Sterbefälle ist allerdings aussagekräftiger, da mit dieser Methode Todesfälle den Systemeigenschaften besser zugerechnet werden können (vgl. Nolte/McKee 2008).

Woolhandler/Himmelstein 2002). Während also Befürworter des Systems euphorisch die Innovationsfähigkeit und hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in den USA betonen, monieren Kritiker des Systems dessen *undesirability*, *unaffordability*, und *ungovernability* (Marmor u.a. 1992: 175).

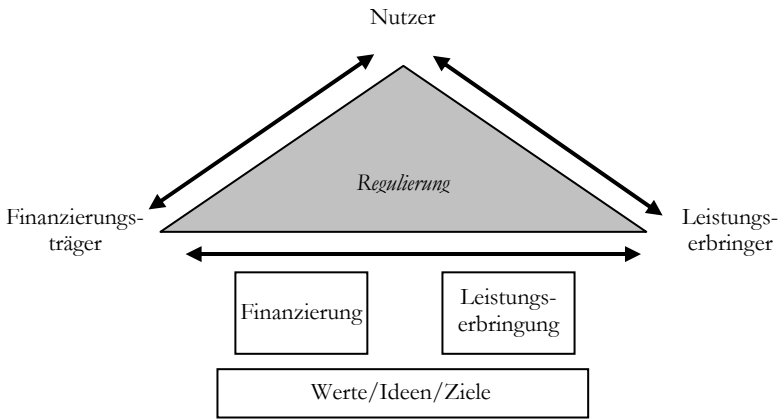
Kurz zusammengefasst stehen auf der einen Seite hohe Ausgaben und eine im internationalen Vergleich nur im Hinblick auf die Responsivität des Systems gute Bewertung. Alle anderen Performanzwerte lassen eher auf eine mangelnde Systemeffizienz schließen. Auf der anderen Seite nehmen andere Länder die USA als Vorbild, wenn es um die *institutionelle Ausgestaltung* ihrer Gesundheitssysteme geht. Die Steuerungsinstrumente sind damit offensichtlich nachahmenswert, *obwohl* das amerikanische Gesundheitssystem hinsichtlich seiner Performanz im internationalen Vergleich schlecht abschneidet. Sowohl die hohen administrativen Kosten, als auch Innovationen auf technologischer und institutioneller Ebene sind eng mit der Eigenschaft als privates Gesundheitssystem verbunden. Dieses Spannungsverhältnis ist interessant und weitgehend unerforscht. Es stellt die zentrale Motivation für diese Arbeit dar.

1.4 Konzeptionelle Vorüberlegungen

Diese Arbeit greift auf ein analytisches Instrumentarium zurück, welches das Forschungsteam C3 am Sonderforschungsbereich 597 der Universität Bremen entwickelte (siehe zum Beispiel Rothgang u.a. 2010, 2005). Konzeptionell lassen sich Gesundheitssysteme demnach in die Dimensionen Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung unterteilen. Die Finanzierungsseite betrachtet die Quellen, aus denen finanzielle Mittel in das System fließen, zum Beispiel Versicherungsbeiträge, Steuern und individuelle Zuzahlungen. Zur Seite der Leistungserbringung zählen alle Anbieter von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen, wie ärztliches und pflegerisches Personal in allen Sektoren des Gesundheitssystems sowie die pharmazeutische Industrie, Apotheken etc. Die Regulierungsdimension »steuert« diese beiden anderen Dimensionen, indem sie die Regeln setzt, unter denen die Austauschbeziehungen in der Finanzierung und Leistungserbringung stattfinden. Die Regulierungsdimension, der Fokus dieser Arbeit, bezieht sich stets entweder auf eine der beiden anderen Dimensionen oder auf beide gemeinsam.

Wie Abbildung 1 zeigt, lässt sich dieser Zusammenhang grafisch in Analogie zu einem Haus darstellen. Dabei repräsentiert die Regulierung das Dach, während die beiden Dimensionen der Finanzierung und der Leistungserbringung jeweils eine Säule darstellen. Das Fundament des Hauses bilden kulturell und ethisch fundierte Wertvorstellungen sowie Ideen und Ziele, beispielsweise zu Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen.

Abbildung 1: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung in Gesundheitssystemen



Quelle: eigene Darstellung nach Rothgang u.a. (2006: 312)

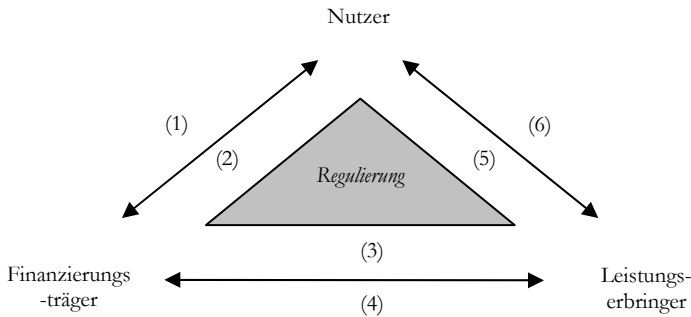
Ziel dieser Arbeit ist, den Wandel in der Regulierungsdimension detailliert zu beschreiben und in einem zweiten Schritt unter Ansatz der Neuen Institutionenökonomie (NIO) zu erklären. Da staatliche und private Akteure als Regulierer auftreten, sind sowohl die Regierungen auf bundesstaatlicher und einzelstaatlicher Ebene als auch private Krankenversicherer, insbesondere Managed Care Organisationen, einbezogen (Cacace 2010; 2007; Hsiao 1992).

Der Regulierungsgegenstand wird abgegrenzt durch die Beziehungen zwischen Finanzierungsträgern, Leistungserbringern und Nutzern (siehe Abbildung 1, vgl. Rothgang 2006 sowie Hacker/Marmor 1999: 675f. sowie Leidl 1999). Wichtig ist hier zur Kenntnis zu nehmen, dass dies eine *funktionale*, jedoch nicht notwendigerweise eine institutionelle Unterscheidung ist. So treten zum Beispiel Health Maintenance Organisationen (HMOs) sowohl als Finanzierungsträger (Versicherer) als auch als Leistungserbringer auf. Da es sich bei HMOs um eine Form von Managed Care handelt,

üben sie zusätzlich eine Regulierungsfunktion aus. Nutzer treten, je nachdem in welcher Funktion man sie betrachtet, entweder als Versicherte oder in der Rolle als Patient in Erscheinung.¹⁰

In der folgenden Abbildung 2 sind die Austauschbeziehungen zwischen diesen drei Funktionen mit Doppelpfeilen gekennzeichnet. Aus der Reziprozität der Beziehungen ergeben sich insgesamt sechs Regulierungsbereiche als Gegenstand der Regulierung (vgl. Rothgang u.a. 2005). Diese bilden das zentrale Raster, nach dem die Deskription der Regulierungsdimension in Kapitel 4 systematisch vorgeht.

Abbildung 2: Regulierungsbereiche in Gesundheitssystemen



Quelle: Eigene Darstellung nach Rothgang u.a. (2006; 2005)

Die linke Seite des Regulierungsdreiecks beschreibt die Relation zwischen Versicherten und Finanzierungsträgern. Die beiden Regulierungsbereiche in dieser Austauschbeziehung sind (1) der Zugang zur Krankenversicherung und (2) das Finanzierungssystem. Die Zugangsregulierung definiert den Personenkreis, der in ein Krankenversicherungssystem einbezogen ist. Das Finanzierungssystem steuert Höhe und Ausgestaltung von Zuzahlungen und Versicherungsbeiträgen. Je nach Gesundheitssystem sind Prämien

¹⁰ Die Unterscheidung zwischen Patienten und Versicherten ist besonders im amerikanischen Gesundheitssystem einleuchtend. Bei unversicherten Personen kann es sich sehr wohl um Patienten handeln, die Leistungen empfangen. Diese begleichen ihre Arztrechnungen jedoch mit Eigenmitteln oder müssen diesen Betrag schuldig bleiben, siehe dazu Abschnitt 2.6. Auf der anderen Seite werden Versicherte erst dann zu Patienten, wenn sie Leistungen in Anspruch nehmen.

zur Privatversicherung, Sozialversicherungsbeiträge und/oder Abgaben in Form von Steuern Gegenstand dieses Bereichs.

In der nächsten Relation zwischen Finanzierungsträgern und Leistungserbringern bilden (3) das Vergütungssystem und (4) der Zugang von Leistungsanbietern zum Markt den Regulierungsgegenstand. Die Regulierung des Vergütungssystems beinhaltet das Setzen von Leistungsanreizen. Es erlaubt Einfluss auf das Verhalten der Anbieter zu nehmen hinsichtlich der erbrachten Menge, Preis und Qualität von Leistungen. Auch mit der Regulierung des Zugangs der Leistungserbringer zu den Finanzierungsquellen ist ein Instrument zur Steuerung der Leistungserbringung gegeben. Zusätzlich wird in diesem Regulierungsbereich die Anzahl der Leistungserbringer am Markt geregelt. Schließlich grenzt die Beziehung zwischen Leistungserbringern und Nutzern (5) den Umfang des Leistungskatalogs und (6) den Zugang von Patienten zu Leistungsanbietern ab. Die Regulierung des Umfangs des Leistungspakets legt fest, welche Leistungen Finanzierungsträger erstatten. Das Leistungspaket ist ein zentraler Aspekt eines Gesundheitssystems, da der Umfang versicherter Leistungen – auch im internationalen Vergleich – mit bestimmt, wie leistungsfähig ein Gesundheitssystem wahrgenommen wird. Der zuletzt genannte Bereich definiert, ob Anbieter jeden Patienten diskriminierungsfrei behandeln, oder ob hier Einschränkungen gegeben sind. Für die Regulierung dieses Bereichs spielt eine Rolle, ob ein gesetzlicher (*de jure*) Anspruch besteht und ob sich dieser darüber hinaus auch *de facto* durchsetzen lässt. Die Regulierungsbereiche (1) bis (6) dienen als konzeptioneller Rahmen für Deskription und Erklärung von Wandel und damit der Systematisierung des empirischen Materials. Sie erfassen, an wen und an welchen Gegenstand sich Regulierung in einem Gesundheitssystem richtet.

Die Arbeit gliedert sich entlang der zentralen Forschungsfragen nach der Rolle des Staates und privater Akteure in der Steuerung des amerikanischen Gesundheitssystems einerseits und der Erklärung von Regulierungswandel andererseits. Eine grobe Einteilung unterscheidet deshalb die Teile Deskription, theoretischer Rahmen und Erklärung. Kapitel 2 gibt zunächst einen Überblick über die institutionelle Ausgestaltung des Gesundheitssystems, differenziert nach öffentlichen und privaten Krankenversicherungsprogrammen. In Kapitel 3 spannt die NIO den theoretischen Referenzrahmen auf. Insbesondere die Transaktionskostentheorie Oliver Williamsons bildet die Grundlage des theoretischen Ansatzes. Unter Anwendung der Methodik einer Fallstudie beschreibt Kapitel 4 den Regulie-

rungswandel im amerikanischen Gesundheitssystem. Die Fallstudie stellt das *explanandum* dieser Arbeit dar. Eine Erklärung dieses beobachteten Wandels unter Anwendung der NIÖ folgt in Kapitel 5 im Rahmen eines systematischen Institutionenvergleichs. Kapitel 6 fasst die Ergebnisse zusammen und bietet einen Ausblick auf weitere Anwendungsmöglichkeiten des in dieser Arbeit entwickelten Konzepts.

2 Das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten von Amerika

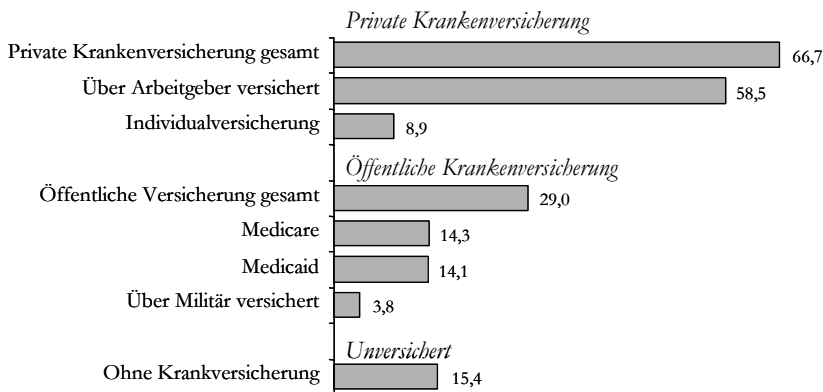
Das folgende Kapitel beleuchtet das amerikanische Gesundheitssystem wie es sich heute darstellt: nach Jahrzehnten schnellen und profunden Wandels. Eine Folge dieser Veränderungen ist, dass mittlerweile mehrere miteinander verwobene und teilweise überlappende Teilsysteme in der Krankenversicherung existieren (vgl. z.B. Hacker 2002; Oberlander 2002; Hoffman u.a. 2007). Abschnitt 2.1. stellt die Abdeckung der Bevölkerung durch diese Teilsysteme dar. Die Darstellung unterscheidet zwischen der privaten Krankenversicherung, den staatlichen Programmen und der Gruppe der Unversicherten. Eine Einführung in die institutionelle Ausgestaltung des amerikanischen Gesundheitssystems bietet Abschnitt 2.2. Dieser stellt die zentralen Akteure und Organisationen in ihrer Funktion als Finanzierungsträger, Leistungsempfänger und Nutzer des Systems dar. Beginnend mit der privaten Krankenversicherung in Abschnitt 2.3, beschreiben die darauf folgenden Ausführungen die einzelnen Programme im Detail. Abschnitt 2.4 behandelt die öffentliche Versicherung durch Medicare, Medicaid und CHIP. Dies sind die bedeutendsten staatlichen Krankenversicherungsprogramme. Während Medicare im Wesentlichen für alte und behinderte Menschen gilt, bietet Medicaid der bedürftigen Bevölkerung Versicherungsschutz. CHIP, das inhaltlich eng mit Medicaid verbunden ist, erweitert den staatlichen Versicherungsschutz auf Kinder aus Familien mit geringem Haushaltseinkommen. Abschnitt 2.5 stellt mögliche Zugangswege zu Krankenversicherung, öffentlich wie privat, noch einmal zusammenfassend dar. Abschnitt 2.6 schließlich befasst sich mit denjenigen Teilen der Bevölkerung, die keinen Krankenversicherungsschutz genießen. Er geht auch darauf ein, dass ein nicht geringer Teil der Bevölkerung aufgrund unvollständiger Leistungspakte als unterversichert gilt und deshalb im Erkrankungsfall erheblichen finanziellen Risiken ausgesetzt ist. Dieser Abschnitt zeigt auch, welche Initiativen bis dato von Seiten der US-Bundesstaaten zur Inklusion Unversicherter erfolgten und behandelt schließ-

lich diejenigen Elemente der jüngsten Gesundheitsreform, die auf eine Aufnahme der derzeit Unversicherten in die Krankenversicherung abzielen.

2.1 Formen der Absicherung gegen Krankheitsrisiken

Im Gesundheitssystem der USA unterscheiden sich mögliche Absicherungen gegen Krankheitsrisiken in private und öffentliche Versicherung. Abbildung 3 zeigt die Abdeckung der Bevölkerung mit Versicherungsschutz im Überblick (US Census Bureau 2009). Einige Personen sind doppelt anspruchsberechtigt, deshalb addieren sich die folgenden Angaben nicht zu 100 Prozent.

Abbildung 3: Abdeckung der US-Bevölkerung mit Krankenversicherungsschutz



Quelle: US Census Bureau (2009: 23)¹¹, Angaben in Prozent

¹¹ Das US Census Bureau befragt in jährlichen Abständen eine zufällig ausgewählte Stichprobe von Haushalten in den USA nach ihrer Abdeckung mit Versicherungsschutz in den vergangenen 12 Monaten und rechnet diese auf die Gesamtbevölkerung hoch. Einzelne Personen können während des Jahres unterschiedlich versichert sein (vgl. US Census Bureau 2009: 20, 23).

Für das Jahr 2008 schätzt das US Census Bureau den Anteil der privat Krankenversicherten auf rund 67 Prozent (US Census Bureau 2009: 23). Damit ist die Privatversicherung die bedeutendste Quelle für Versicherungsschutz. Der Großteil von etwa 90 Prozent der privat Versicherten, oder knapp 60 Prozent der Gesamtbevölkerung, ist im Rahmen einer Gruppenversicherung über den Arbeitgeber abgedeckt. Nur ein relativ geringer Teil der Bevölkerung von rund neun Prozent ist individuell versichert. Das öffentliche Medicare Programm ist ein Sozialversicherungsprogramm, welches Rentner und Menschen mit Behinderung einschließt. Medicaid bietet Versicherungsschutz für arme Familien und besonders schutzbedürftige Personen. Medicare und Medicaid decken jeweils rund 14 Prozent der Bevölkerung ab, wobei es gerade bei diesen beiden Programmen besonders häufig zu Überschneidungen kommt. In obigen Angaben zu Medicaid sind auch etwa 6,6 Millionen Kinder armer Familien eingeschlossen, die durch das Children's Health Insurance Program (CHIP) versichert sind.¹² Über spezielle Sicherungssysteme für das Militär¹³ erhalten etwa vier Prozent der Bevölkerung Versicherungsleistungen. Insgesamt sind 29 Prozent über öffentliche Programme abgesichert. Manche US-Bundesstaaten unterhalten zusätzlich eigene, meist kleinere Sozialhilfeprogramme zur Gesundheitsversorgung Bedürftiger (Hoffman u.a. 2007: 16). Zu den von der Bundesregierung finanzierten Programmen gehört ferner das Worker's Compensation Program für Arbeiter, die Unfälle erlitten haben (Hoffman u.a. 2007: 3). Darüber hinaus finanziert diese einige weitere, quantitativ allerdings weniger bedeutende Programme, die meist auf bestimmte Personengruppen ausgerichtet sind. Doppelt anspruchsberechtigte Personen erhalten zum Beispiel sowohl eine staatliche Gesundheitsversorgung über Medicare, als auch durch ihren ehemaligen Arbeitgeber. Ebenso erhalten Medicare Versicherte, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, auch Leistungen durch Medicaid. In 2008 waren in den USA über 15 Prozent der Bevölkerung oder 46,3 Millionen Menschen ohne Krankenversicherung (US Census Bureau 2009: 59).

12 CHIP nannte sich bis 2009 auch State Children's Health Insurance Program, abgekürzt SCHIP.

13 Dies sind Versicherungsprogramme für Kriegsveteranen sowie für die aktiven Mitglieder des Militärs und deren Familien, zum Beispiel CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs).