

Mirella Cacace

Das Gesundheitssystem der USA

Governance-Strukturen
staatlicher und privater Akteure

Schriften des Zentrums
für Sozialpolitik

campus

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

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; Gaiimo/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 (NIÖ) 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 NIÖ 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 NIÖ 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 NIÖ (oder Teile davon) auf den Themenbereich Gesundheit anwenden (Greiner 2005; Janus 2003; Milde 1992; Wagner 2002). Insbesondere die Übernahme des NIÖ-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 NIÖ zeigt sich eine starke Diversität in den Ansätzen. Nicht selten dient die NIÖ der Evaluation einzelner Programme oder Prozesse der Leistungserbringung (z.B. Greiner 2005; Janus 2003). Andere Autoren wenden die NIÖ 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.