

Hagen Kühn

Managed Care

Medizin zwischen Kommerzieller Bürokratie und Integrierter Versorgung am Beispiel USA*

1 *Umwälzung der medizinischen Versorgung*

Was hierzulande in kurzer Zeit unter der Bezeichnung »Managed Care« aus den USA bekannt wurde, ist keine bloße Modeerscheinung. Im Gegenteil – man kann ohne Übertreibung von einer derzeit vor sich gehenden Umwälzung des medizinischen Systems der USA sprechen. So pluralistisch und heterogen das amerikanische Gesundheitswesen auch immer ist, so befinden sich seine Institutionen auf je unterschiedlichen Punkten eines Kontinuums, dessen Ausgangspunkt A die traditionelle professionelle Autonomie und Dominanz der Ärzte repräsentiert, in der jede Leistung in jeder Menge als legitimiert gilt, wenn sie nur von einem Arzt oder unter seiner Leitung erbracht worden ist. Sein Endpunkt B steht für Managed-Care-Institutionen, in denen Ärzte arbeitsteilig nach inhaltlichen Vorgaben unter der Kontrolle eines betrieblichen Managements arbeiten, dem wiederum – durch Vertrag oder Eigentum – Bedingungen gesetzt sind, die in wesentlichen Punkten von der Finanzierungs- bzw. Versicherungsseite ausgehen. Beide Extrempunkte finden derzeit ihre Entsprechungen in der buntgefleckten Realität, die Masse der medizinischen Institutionen liegt irgendwo dazwischen, wobei die Bewegungsrichtung des Ganzen von Punkt A mit unüberschaubar vielen Differenzierungen und Übergangserscheinungen nach Punkt B geht. Freilich dürfte dieser vom Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit kaum je erreicht werden, sehr wahrscheinlich aber von den Sektoren, in denen jene Bevölkerungsmehrheit versorgt wird, die auch zur Deckung ihrer sonstigen Konsumbedürfnisse auf die Märkte für preiswerte und industriell hergestellte Massenprodukte angewiesen ist.

* Eine ausführlichere Fassung, u.a. mit einem Kapitel zu »Kosten und Qualität« ist als Preprint in der Veröffentlichungsreihe der AG Public Health des Wissenschaftszentrum Berlin erschienen (WZB, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin, telefonische Anfragen: 030/25491577).

Mit der kontrollierten und gesteuerten Medizin wird das ideologisch konditionierte Assoziationsvermögen der Bürger westlicher Industrienationen auf harte Proben gestellt: haben sie doch gelernt, auf den begrifflichen Stimulus ›Staat‹ mit den Assoziationen ›Bürokratie‹ und ›Unwirtschaftlichkeit‹, hingegen auf das Signal ›Markt‹ mit ›individueller (Wahl-)Freiheit‹ und ›Effizienz‹ zu respondieren. Managed-Care-Organisationen sind jedoch etwas, das in der solcherart strukturierten Vorstellungswelt unvorstellbar ist: sie sind private, in zunehmendem Maße kapitalverwertende Bürokratien, deren geradezu atemberaubende Dynamik von Märkten und wirtschaftlicher Konkurrenz angetrieben wird. Sie haben noch zu einer weiteren historischen Ironie geführt: Die amerikanischen Ärzte sind von ihren Standesorganisationen in den letzten Jahrzehnten gegen den Schrecken einer ›socialized medicine‹ eingeschworen worden, dabei ist ihnen zunächst entgangen, daß inzwischen im Zusammenspiel von großen Konzernen, staatlichen Akteuren (Medicare, Medicaid¹ Versicherungen und Anlegern im Gesundheitswesen mit Hilfe eines boomenden Forschungs- und Consulting-Betriebes Konzepte und Instrumente entwickelt wurden, mit denen sie nun den Imperativen privater konkurrierender Einzelwirtschaften unterworfen werden (Brennan/Berwick 1996; Salmon 1990/1994; Leyerle 1994). Keine Regierung hat es bisher gewagt, Status und Autonomie der Ärzte in einem solchen Maße einzuschränken, wie das derzeit durch die ›unpolitischen‹ stummen Zwänge ihrer Integration in das ökonomische System geschieht.

Mit zunehmendem Problemdruck im deutschen Gesundheitswesen wächst auch die Zahl der Experten und Akteure hierzulande, die um konzeptionelle Anleihen aus der amerikanischen Managed-Care-Medizin bemüht sind. In diesem Sinne heißt es in einer Studie des Prognos-Instituts zusammenfassend: »Managed Care stellt ein plausibles Konzept zur verbesserten Steuerung der Leistungserbringung auf der individuellen Ebene dar, zu dem es bislang keine Alternative gibt. In den USA liegen positive Erfahrungen mit Managed Care bzw. HMOs vor, sowohl bezüglich der Kosten und Inanspruchnahme als auch bezüglich Qualität. Angesichts des Reformbedarfs in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist Managed Care deshalb ein grundsätzlich interessanter Ansatz.« (Stock/Baumann 1996, Hervorh. d. V.)

Außer dem Prädikat »grundsätzlich interessant« ist keine dieser Wertungen gerechtfertigt. Die Realität der Managed-Care-Organisationen (MCO) folgt keinem ›plausiblen Konzept‹, sondern besteht aus vielen Erscheinungsweisen veränderter Konstellationen von Macht- und Interessen, die ›Managed Care‹ genannt werden. Auch gibt es kein einheitliches

Managed Care, von einem einheitlichen Begriffgebrauch ganz zu schweigen. Das größte Problem ist die Verallgemeinerbarkeit einzelner Studien. Diese sind bei den (in geringer Zahl vorliegenden) Empirie-Arbeiten allenfalls zufällig realistisch. Es sind meist nur Momentaufnahmen in einem Feld, das von enormer Dynamik gekennzeichnet ist (s. den Überblick von Miller/Luft 1994). Zudem sagen sie über Haupttendenzen der heutigen Managed-Care-Medizin nur wenig aus: Erstens weil sie sich überwiegend mit dem Organisationstyp der Health Maintenance Organizations (HMOs) befassen, nicht aber mit den schnell expandierenden Preferred Provider Organizations (PPOs). Zweitens wurden sie meist in traditionellen Nonprofit-HMOs durchgeführt. Diese haben inzwischen nicht nur erhebliche Marktanteile verloren bzw. sind selbst zu Bestandteilen kapitalverwertender Gesellschaften geworden, sondern es wird mit guten Gründen angenommen, daß sie unter dem Wettbewerbsdruck den For-Profit-MCOs immer ähnlicher geworden sind. Die in Deutschland am meisten herangezogenen Literaturquellen, wie Lufts Literaturstudie (Luft 1981) und das HMO-Experiment der RAND Corporation (Manning et al. 1984) befassen sich mit einer Welt, die nicht mehr existiert. Die kommerziellen MCOs haben den Markt derart aufgerollt und umgewälzt, daß Studien selbst aus der Mitte der achtziger Jahre die heutige Realität nicht mehr treffen. Drittens spricht es gegen die Prognosefähigkeit der meisten Studien, daß sie das immanente Kommerzialisierungspotential der MCOs nicht als eine ihrer zentralen Eigenschaften erkannt haben. Keine dieser Studien hat das erkannt. Hinzu kommt: die Zugangsbedingungen zu For-Profit-Gesellschaften sind für unabhängige Forscher sehr schlecht, wenn nicht unmöglich. Allenfalls werden Fragebögen beantwortet, deren Zuverlässigkeit unbekannt ist. Das heißt über das gesundheitspolitisch problematischste Feld, das ›Innenleben‹ der medizinischen Institutionen unter Managed-Care-Bedingungen, liegen die geringsten Kenntnisse vor (s. unten).² Der europäische Betrachter muß unterscheiden zwischen einer Oberfläche spezifisch amerikanischer Institutionen, mit ihrer je eigenen wirtschaftlichen, medizinischen und kulturellen Spezifik und der darunter liegenden Entwicklungslogik, in der sich – und darum geht es im Folgenden – Schattenwürfe und Richtungen einer künftigen Medizin auch in anderen westlichen Industrieländern erkennen lassen.

Bevor wir uns der Frage zuwenden können, aus welchen sozialen Kräften diese Bewegung gespeist wird, sollen zunächst Begriff, Hauptmerkmale und Strukturen der Managed-Care-Medizin skizziert werden.

Managed Care – Begriff und Merkmale

›Management‹ meint zunächst nichts anderes als Erkennen, Nutzen und Lenken aller verfügbaren Kräfte und Ressourcen einer Organisation zur Erreichung definierter Ziele. Entsprechend bedeutet ›Managed Care‹ zum einen die Anwendung von Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung, besonders auf die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten, zum anderen meint es die Integration der Funktionen Versicherung und Versorgung. Gegen einen prospektiv fixierten Beitrag übernehmen ›Managed-Care-Organisationen‹ (MCOs) die medizinische Versorgung für die Mitglieder im entsprechenden Zeitraum. Zu diesem Zweck gehen sie Beziehungen zu ausgewählten Anbietern ein, entweder in Form von Eigentum oder von Vertragsbeziehungen (Iglehart 1994, 1992). Das Spektrum der organisatorischen Möglichkeiten ist breit und vielfältig. Allen Typen von Managed-Care-Organisationen sind jedoch die folgenden Merkmale (in unterschiedlichem Ausmaß) gemeinsam.

Ausgehend vom Anbieter liegt das wohl entscheidende Neue darin, daß durch die prospektiven Finanzierungsformen (Kopfpauschalen, Fallpauschalen, Budgets etc.) das wirtschaftliche Behandlungsrisiko von der Versicherung auf die Anbieter übertragen wird. Denn die Mitglieder müssen von einem festgelegten Budget pro Kopf umfassend medizinisch versorgt werden, gleichviel wie hoch der individuelle Bedarf auch sei. Bleibt der Ressourcenverbrauch unterhalb, so verwandelt sich die Differenz in Profit, im anderen Fall entstehen Verluste. Aber nicht nur die Institution (Krankenhaus, Ambulatorium etc.) wird am finanziellen Risiko der MCO beteiligt, auch auf die behandelnden Ärzte wird es zunehmend durch Kopfpauschalen (capitation), Gewinn- und Verlustbeteiligungen, Bonus-Malus-Systeme etc. übertragen. Daneben wird die Arzt-Patient-Beziehung mit Hilfe des sogenannten ›micro-management‹ gesteuert.

Wichtig ist es, die ökonomischen Beziehungsebenen zu unterscheiden. Diese sind derzeit in der Regel dreistufig und umfassen bei einer HMO:

1. die Zahlungen vom Arbeitgeber an die HMO,
2. Zahlungen der HMO an die Vertragspartner (Medical Group, Provider Network, Organized Delivery System, einzelne Ärzte etc.) und
3. Zahlungen dieser Organisationen an individuelle Ärzte (diese können angestellt sein, gemeinsame Teilhaberschaft innehaben oder freiberufliche Vertragsärzte sein) und einzelne Krankenhäuser.

Diese drei Stufen verringern sich auf zwei, wenn eine HMO Eigentümerin der Anbieterorganisation ist.

Da personenbezogene Dienstleistungen Menschen (in unserem Fall Patienten) zum ›Arbeitsgegenstand‹ haben, muß im Prinzip deren Management darauf angelegt sein, nicht nur die Entscheidungen der Ärzte, sondern auch die der Patienten im Sinne der Unternehmensziele zu steuern. Durch entsprechendes ›utilization management‹ kann die ärztliche Autonomie praktisch unter allen Aspekten ihrer klinische Entscheidungen eingeschränkt werden. Die Regulierung der Inanspruchnahme setzt an zwei Punkten an: Erstens kontrolliert der Primärarzt (›gatekeeper‹) den Zugang zu allen ambulanten und stationären spezialärztlichen Leistungen und zweitens bedürfen kostspielige Maßnahmen der Genehmigung durch ein Management. Auch die Patienten sind einschränkenden Bedingungen unterworfen. Ihre Wahlfreiheit ist in der Regel auf die Primärärzte der MCO beschränkt. Über sie haben sie Zugang zu Spezialärzten, die entweder in der MCO beschäftigt sind, in Einrichtungen arbeiten, mit denen die MCO einen Vertrag hat oder die direkte vertragliche Beziehungen zur jeweiligen MCO haben. In einer zunehmenden Zahl von Arrangements ist die Inanspruchnahme externer Ärzte zusätzlich käuflich (s. unten).

Die Abhängigkeit der Versorgungsinstitutionen vom Management der MCO – soweit sie nicht ohnehin deren Eigentum sind – wird verstärkt durch deren selektive Vertragspolitik mit Ärzten, fachübergreifenden Gruppenpraxen, chirurgischen Ambulatorien, Krankenhäusern etc. Diese Selektion ist eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale gegenüber den traditionellen Versicherungen, die sich ansonsten ebenfalls bereits Instrumenten der Inanspruchnahme-Kontrolle bedienen.

Soweit ein Krankenhaus oder eine Gruppenpraxis nicht zur Minderheit der exklusiv für eine MCO arbeitenden Einrichtungen zählen, versorgen sie Patienten vieler unterschiedlicher, miteinander konkurrierender MCOs, deren Behandlung und Abrechnung jeweils eigenen Richtlinien unterliegt. Man kann sich zum Vergleich vorstellen, jede deutsche Krankenversicherung habe – wie es von den Koalitionsfraktionen und dem Experten-Mainstream konkret angepeilt wird – eigene Leistungskataloge, eigene Regularien für die Inanspruchnahme aufwendiger Leistungen, eigene Zuzahlungen und eigene Preise.

2 Strukturen

Etwa 60% der amerikanischen Bevölkerung unter 65 Jahren haben 1993 eine private, vom Arbeitgeber getragene Krankenversicherung, 9% eine private Individualversicherung, 16% sind anspruchsberechtigt in einem öffentlichen Programm (13% Medicaid, eine Sozialhilfe für medizinische

Versorgung). Etwa 18 % (ca. 40 Millionen Menschen) sind nicht versichert (Chollet 1996).³ Die über 64jährigen Amerikaner sind im öffentlichen Medicare-Programm, 75 % davon haben zusätzlich eine Privatversicherung, 7 % einen Medicaid-Anspruch und 15 % ohne Zusatz (U.S. Department 1995). Die Zahl der Unterversicherten, die bei schwerer Krankheit zahlungsunfähig werden, wird auf insgesamt über 40 Millionen geschätzt. Die Nicht- und Unterversicherten sind entweder auf die Barmherzigkeit der zunehmend unter Konkurrenzdruck stehenden privaten Nonprofit- und For-Profit-Unternehmen angewiesen oder müssen – falls vorhanden – in überfüllten und unterfinanzierten kommunalen Einrichtungen ihr Heil suchen.

Nimmt man alle Formen von Managed-Care-Organisationen zusammen, so hat sich zwischen 1988 und 1993 ihr Marktanteil gegenüber den konventionellen Versicherungen von 29 auf 51 % erhöht (HIAA 1994). Der Anteil der MCO-Mitglieder unter den Mitgliedern einer arbeitgebergetragenen Krankenversicherung war 1994 schon 70 %. Nach einer anderen, neueren Schätzung fiel in den nur sieben Jahren von 1988 bis 1995 der Marktanteil der traditionellen Krankenversicherungen (Kostenerstattung, Einzelleistungshonorare) in diesem Segment von 70 auf 30% (Washington Post v. 25.10.1995).⁴ Und selbst diese Zahlen untertreiben noch den Wandel, wenn man bedenkt, daß auch die meisten traditionellen Versicherungen zu wenigstens einigen Maßnahmen der Inanspruchnahme-Kontrolle übergegangen sind.

Der Trend geht weniger auf ein Wahlverhalten der Versicherten als auf die Arbeitgeber zurück. Das zeigt sich zum Beispiel an den über 64jährigen Amerikanern, die dem staatlichen Medicare-Programm in seiner alten ›Fee-For-Service(-Variante so sehr die Treue halten, daß trotz spürbarer finanzieller Anreize erst weniger als 10% der Versicherten in eine Medicare-HMO gegangen sind (Reinhardt 1993; Zelman 1996, 17, 220).

Es ist unmöglich, in kurzer Form ein Bild von der Formenvielfalt dieser rasanten Entwicklung zu geben. Die in der Literatur übliche Darstellung einzelner Organisationstypen mag zwar den Lesern bei der Entschlüsselung des im amerikanischen Gesundheitswesen überbordenden Abkürzungssalates helfen, vermittelt allerdings auch ein trügerisches Bild von Statik und Ordnung. Zelman schreibt: »Die Terminologie, die zur Beschreibung der unterschiedlichen Typen benutzt wird, hinkt weit hinter der Entwicklung her und ist nahe daran, jede Bedeutung einzubüßen« (Zelman 1996, 23). Die heutigen Managed-Care-Organisationen sind überwiegend Mischformen, die sich zudem permanent verändern.⁵ Seit Anfang der siebziger Jahre standen einmal diese und einmal jene

Organisationstypen im Vordergrund. Ob es sich jeweils um ›das Zukunftsmodell‹ oder nur um Übergangserscheinungen handelt, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden.⁶ Generell unterscheidet man heute die MCOs in die Gruppe der Health Maintenance Organizations (HMOs) und in die Preferred Provider Organizations (PPOs). Nimmt man einen Durchschnitt der unterschiedlichen Schätzungen, so dürften HMOs und PPOs 1995 jeweils etwa 50 Millionen Versicherte gehabt haben (HIAA 1995; Zelman 1996), mit stark ansteigender Tendenz.

Health Maintenance Organizations (HMOs)

Die älteren HMOs waren bzw. sind größtenteils ›staff model‹ HMOs. Sie beschäftigen ihre eigenen Ärzte, die in eigenen Versorgungszentren arbeiten und mit einem Gehalt bezahlt werden. Ein ebenfalls hohes Integrationsniveau weisen ›group model‹ HMOs auf. Die meist angestellten Ärzte arbeiten in großen ›medical groups‹, die in einer exklusiven Vertragsbeziehung zur HMO stehen.

Sehr gering war anfangs der Anteil der ›Independent Practice Association (IPA)‹ HMOs, die mittlerweile den größten Marktanteil bei den HMOs haben und weiterhin stark zunehmen (Tabelle 1). In ihrer ›reinen‹ Form praktizieren – wie der Name sagt – die Ärzte in ihren eigenen Praxen und verwenden nur einen Teil ihrer Zeit auf IPA-Patienten. Das Management kontrolliert das Verordnungs-, Überweisungs- und Einweisungsverhalten der Ärzte. Einige IPAs bezahlen die Primärärzte durch Kopfpauschalen und machen sie zugleich verantwortlich für Überweisungen an ausgewählte Spezialisten, die weiterhin nach Einzelleistungen honoriert werden.

Die ›Network‹ HMOs sind bereits Mischformen, die aus ›staff and group model‹ HMOs und IPAs zusammengesetzt sein können. Heute bieten die meisten MCOs den Mitgliedern oder Arbeitgebern eine ganze Pluralität verschiedener Arrangements an. Das können alle Arten von Kombinationen großer und kleiner Gruppenpraxen und individueller Ärzte sein, die mit zahlreichen MCOs Verträge haben, aber auch integrierte Anbieter eines größeren Leistungsspektrums. Gesetzlich (Bund und Staaten) ist den HMOs ein teilweise anspruchsvolles Bündel von Mindestleistungen vorgeschrieben. Die Selbstbeteiligung der Versicherten ist – im Gegensatz zur reinen Versicherung oder Medicare – gering oder nicht vorhanden.

Den HMOs, die Managed-Care-Prinzipien in einem strengeren Sinne verkörpern, gehören trotz dramatischen Wachstums in den letzten Jahren erst weniger als 20% der amerikanischen Bevölkerung als Mitglieder

an. In einigen Staaten wie Kalifornien, Massachusetts und Minnesota jedoch sind MCOs bereits marktbeherrschend und hier läßt sich das Verhalten in reiferen Marktphasen beobachten (HIAA 1995). Nahezu zwei Drittel des Mitgliederwachstums der HMOs in den Jahren 1993 und 1994 gingen auf das Konto der IPAs, die den Vorteil haben, daß sie einfacher und mit weniger Investitionsaufwand zu organisieren und zu betreiben sind.

Tabelle 1: Prozent der HMO-Mitglieder nach Organisationstyp

Typ	Ende 1989	Ende 1994
Staff	12	11
Group	30	20
Network	15	19
IPA	43	50

Quelle: Group Health Association of America, n. Zelman 1996, 26

Preferred Provider Organizations (PPOs)

Die zweite und neuere Gattung, die Preferred Provider Organizations (PPOs) war anfangs ein Versuch der Anbieter, durch Zugeständnisse an die Managed-Care-Prinzipien das herkömmliche System der Privatversicherung für die Arbeitgeber (d.h. Käufer) attraktiv zu halten. Selbständige Arztpraxen und Krankenhäuser sind hier nur zu einer Art Verkaufsgenossenschaft gegenüber entweder Versicherungen oder »selbstversichernden« Arbeitgebern zusammengeschlossen. Die Prämien sollen vor allem durch drei Maßnahmen wettbewerbsfähig gehalten werden: die einzelnen Anbieter einer PPO gewähren Preisabschläge (discounts) unter Beibehaltung der alten Einzelleistungsvergütung, sie unterziehen sich zur Einschränkung teurer Leistungen einem Inanspruchnahme-Management (utilization management), und den Versicherten werden relativ hohe Eigenbeteiligungen an Prämien und Kosten auferlegt im Tausch gegen eine größere Freiheit der Arztwahl. Frappierend ist die Zunahme der PPOs. Sie tauchen erst 1984 in der Statistik auf, haben 1987 schon 28 und 1995 bereits rund 50 Millionen Mitglieder. Ihre Wachstumsrate flacht nun ab. Sie war 1992 52%, 1993 ein Drittel und betrug 1994 nur noch 3,2% (Fubini/Antonelli 1996).

Die derzeit wachstumsstärksten Organisationstypen PPO und auch IPA/HMO werden sich in einigen Jahren wahrscheinlich als Übergangstypen entpuppen und zu höher organisierten MCOs mutieren, da ihre Erfolgsursachen überwiegend in Markt- und nicht in den Produktionsbedingungen (Integration und Steuerung) liegen. Wie die große Zahl der

Zusammenbrüche, Unternehmenskäufe und -zusammenschlüsse zeigt, kommt es in der Expansionsphase des Marktes – die Managed-Care-Medizin steht erst am Anfang – für die Konkurrenten vor allem darauf an, mit möglichst geringem Kapitalbedarf möglichst schnell für viele Arbeitgeber, Versicherte und Anbieter attraktiv zu sein.

Die PPOs und – mit Abstrichen – IPA/HMOs sind an die derzeitige Expansionsphase des Marktes am besten angepaßt. Ihr Erfolg beruht auf Zugeständnissen an die freie Arztwahl und auf Verträgen mit traditionellen niedergelassenen Ärzten, die dann einen Teil ihrer Patienten mit einbringen. Die Prämien der PPOs liegen teilweise unter denen der HMOs. Das geht aber nicht auf niedrigere Kosten zurück, sondern die Versicherten bezahlen hohe Eigenbeteiligung und das Leistungspaket ist kleiner als das, was den HMOs gesetzlich auferlegt ist.

Erfolgreich sind derzeit die ›Point-of-Service Plans‹ (POS). Das sind Arrangements, bei denen auch externe Ärzte aufgesucht werden können. Sie werden neuerdings von den HMOs angeboten, um die an PPOs verlorenen Marktanteile zurückzugewinnen. Cunningham (1995) schätzt, daß nahezu der gesamte Mitgliederzuwachs 1993 und 1994 auf das Konto solcher Arrangements ging. Der Preis, den die Versicherten für die freie Arzt- und Behandlungswahl zu verrichten haben, ist eine in den USA typische Kombination: ein Abzug (deductible) von z.B. 250 US-Dollar ist aufzubringen bevor die Versicherung einspringt und dann sind jeweils 20 bis 30% der Rechnung zu bezahlen (cost-sharing). Es ist anzunehmen, daß solche Arrangements auf längere Sicht ein Angebot der MCOs an die Angehörigen der gut verdienenden Mittelschicht sein werden – Zeichen eines zunehmend sich sozial ausdifferenzierenden Medizin-Marktes.

Weder Preisabschläge, noch Selbstbeteiligung und Leistungseinschränkungen bedeuten Fortschritte zu einer integrierten und wirtschaftlicheren Organisation der Krankenversorgung. Man kann darum annehmen, daß in einer späteren reiferen Marktphase, wenn der ›Kuchen‹ nicht mehr wächst und MCOs nicht mehr primär gegen teure traditionelle Einrichtungen, sondern gegen andere MCOs konkurrieren müssen, höher integrierten Formen wie ›staff model HMOs‹ Vorteile haben werden. Dafür spricht die Entwicklung in Kalifornien (Zelman 1996, 28).

Auf der Anbieterseite erlangen ›Integrated‹ bzw. ›Organized Delivery Systems‹ zunehmende Bedeutung (Shortell/Gilles/Anderson 1994). Eine häufige Vorform sind die ›Physician Hospital Organizations‹ (PHOs).⁷ Krankenhäuser rekrutieren Ärzte (Gruppenpraxen), und entwickeln eine integrierte Arbeitsstruktur, meist auf den Gebieten der

gemeinsamen Rechnungsstellung, Qualitätssicherung, Inanspruchnahme-Kontrolle, »guidelines« etc. Manchmal sind die Ärzte angestellt und bekommen ein Gehalt, in anderen Fällen gibt es Teilhaberschaften. Eine andere Übergangsform sind »Management Service Organizations«, deren Ausgangspunkt Ärzte sind. Das reifste Modell sind diejenigen »Integrated Delivery Systems«, die aus einem einzigen Unternehmen bestehen, dessen Angebot sich über das gesamte Versorgungsspektrum erstreckt. Bezahlt wird das Unternehmen entweder von MCOs oder direkt von Arbeitgebern, und die Ärzte beziehen ein Gehalt. Der – allerdings sich allmählich verwischende – Unterschied zu »staff model HMOs« besteht vor allem darin, daß die IDS normalerweise keine Versicherungs-police anbieten, häufig schließen sie direkte Verträge mit Arbeitgebern ab (Brennan/Berwick 1996).

3 Politische Ökonomie: Der »Corporate Compromise«

»Corporate compromise«

Als die staatlichen Medicare-/Medicaid-Programme 1965 geschaffen wurden, hatten Ärzte und Krankenhäuser durchgesetzt, daß weiterhin die »allgemein üblichen« und »angemessenen« und ansonsten nicht regulierten Arzt- und Krankenhausrechnungen akzeptiert werden mußten. Die Versicherungsgesellschaften wiederum überwälzten die Preis- und Mengensteigerungen einfach auf die Prämien, was jährlich – trotz einer Flut staatlicher und privater Maßnahmen zur Kostendämpfung – zu zweistelligen Steigerungsraten der Ausgaben führte. (Rice 1996). Die international mit Abstand höchste Eigenbeteiligung der Patienten (durchschnittlich 22% der Ausgaben) korrespondiert mit den höchsten jährlichen Ausgabensteigerungen. Die Pro-Kopf-Ausgaben sind doppelt so hoch wie in Deutschland und dreimal höher als in Großbritannien. Annähernd 15% des Bruttosozialprodukts (BRD ca. 8,5, Großbritannien ca. 7%) werden auf dem Markt für die medizinische Versorgung in den USA umgesetzt, ein Volumen, das halb so groß ist wie das deutsche Bruttosozialprodukt.

In der Konkurrenz der Anbieter um diese Ausgaben bildete sich ein medizinisch-industrieller Komplex heraus (Relman 1980, 1991), der den Ärzten zunehmend die Bedingungen setzt, ihre Autonomie eingrenzt und viele in neue und teilweise ganz direkte ökonomische Abhängigkeitsverhältnisse drängt (Salmon 1990, 1994, Leyerle 1994). Im amerikanischen Medizinbetrieb arbeiten die (im Durchschnitt), best-bezahlten Ärzte, es ist das weltweit am höchsten spezialisierte und

technisch bestausgestattete Gesundheitssystem mit den höchsten Forschungsaufwendungen.⁸

Der Medizinsektor ist mit seinen über 10 Millionen Beschäftigten größer als jede andere Industriebranche. Während in der letzten Rezession zwischen Mai 1990 und 1992 volkswirtschaftlich ein Verlust von 1,8 Millionen Arbeitsplätzen registriert wurde, sind im Gesundheitssektor 639 000 neue entstanden.

Was aber jenem Teil des Kapitals, der im Gesundheitswesen engagiert ist, expandierende Absatzchancen sind, bedeutet für den hier nicht engagierten Teil erhebliche Gewinneinbußen, für die Regierung wachsende Ausgaben und für die Versicherten steigende Prämien sowie den drohenden Verlust des Versicherungsschutzes. Die Erfolglosigkeit der staatlichen Kostendämpfungspolitik in den siebziger und achtziger Jahren (Brennan/Berwick 1996; Davis et al. 1990) weist darauf hin, wie lange es währte, bis ein starkes gesellschaftliches Gegengewicht herangewachsen war. Wie es in den USA kaum anders sein kann, war hierfür das organisierte und koordinierte Auftreten des großen Konzernkapitals entscheidend. Weit mehr als eine Lobby, sind Arbeitgeberorganisationen seit Ende der siebziger Jahre zunehmend an der kommunalen, einzelstaatlichen und nationalen Gesundheitspolitik beteiligt. Das Zusammenspiel von Staat und ›big business‹ charakterisiert Bergthold am empirischen Beispiel des Staates Massachusetts: »Zunächst formulierten Staatsbeamte eine Strategie zur Mobilisierung jener Konzerninteressen⁹, die durch die Kostenprobleme betroffen waren. So sollte eine Gegenmacht gegen das gesundheitspolitische Monopol der Anbieterinteressen gebildet werden. Aber einmal mobilisiert wurden die Konzerninteressen politisch organisiert und derartig dominierend, daß sie sowohl die politische Agenda als auch den Politikprozeß selbst bestimmten. Im Ergebnis muß nun das Kapital als ein fester Bestandteil der Koalitionen und Kommissionen betrachtet werden, die die staatliche Politik formulieren. Während für sie früher die mit dem Gesundheitskapital und der organisierten Ärzteschaft gemeinsamen ›ordnungspolitischen‹ Interessen (gegen Sozialstaat und eine ›socialized medicine‹) im Vordergrund standen, schmiedeten sie schließlich eine stärkere Allianz mit dem Staat (Bergthold 1988). Vor allem der medizinischen Profession, deren politisch-ideologische Kraft durch innere Polarisierungsprozesse, rückläufige Knappheit und große Medizinunternehmen ohnehin erodierte, war eine mächtige Gegenkraft entstanden.¹⁰

Bereits die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) bei der Krankenhausfinanzierung in den achtziger Jahren und nun die Managed-Care-Organisationen sind Ausdrucksformen dieser

allmählich sich verändernden Machtverhältnisse. Sie können als ein neuer ›Sozialvertrag‹ zwischen den beteiligten Interessen verstanden werden, der sich nach Maßgabe ihres gesellschaftlichen und politischen Gewichts herausbildet. Das Prinzip Managed Care ist ein auf der neuen Gewichtsverteilung basierender Kompromiß im Interessenkonflikt zwischen der Transformation der medizinischen Institutionen in eine Anlagensphäre für Kapital auf der einen und den Interessen jenes Teils der Wirtschaft auf der anderen Seite, für die das Gesundheitswesen dadurch ein außer Kontrolle geratener Kostenbestandteil geworden ist. Die traditionellen professionellen Interessen der Ärzte, die noch immer eine starke Rolle spielen, werden auf längere Sicht nur noch insoweit eine Chance haben, als sie sich in dieses neue Verhältnis fügen lassen (s. unten).¹¹

Worin besteht nun das Kompromißhafte dieses »Corporate Compromise« (Himmelstein/Woolhandler 1988) zwischen Industrie und Medizinsektor?¹² Ob Pro-Kopf-Systeme wie die HMOs oder Pro-Fall-Systeme wie die diagnosebezogene Fallpauschale bei der Krankenhausfinanzierung (DRGs) oder Budgetierung – stets ist die Bezahlung unabhängig vom konkreten Ressourcenverbrauch. Der entscheidende Punkt liegt darin, daß prinzipiell die Anbieter (wenn ein so genereller Begriff für einen sich so sehr polarisierenden Bereich der Kürze halber einmal gestattet ist) nicht als Verlierer anzusehen sind. Sie müssen nicht auf Gewinne verzichten. Lediglich liegt die Quelle der Profitabilität nun nicht mehr in der Ausweitung, sondern in der Reduzierung der Leistungen. So werden sie an der Konformität ihres Gebarens mit den Imperativen der Kapitalverwertung im übrigen Wirtschaftssystem ökonomisch interessiert. Zwar müssen sie nun in der neuen Konstellation das wirtschaftliche Risiko tragen, aber sie können es durch Einsparung kompensieren oder ›externalisieren‹ – in Form von Unterversorgung, schlechterer Qualität, der Vermeidung von Patienten mit hohem Behandlungsaufwand. Jedenfalls haben sie starke und drängende Gründe, es zu versuchen.

Das immanent verheißungsvolle und kompromißhafte dieser Konstruktion besteht in der Möglichkeit, die Ausgaben der Arbeitgeber und des Staates zu begrenzen, aber den Gesundheitssektor zugleich so weit wie möglich profitabel zu halten, was wiederum die Voraussetzung für private Kapitalanlagen ist. So haben sich die Versicherungsunternehmen überwiegend dazu entschlossen, die Managed-Care-Unternehmen nicht als Konkurrenten zu betrachten, sondern sie zu kaufen, um ein größeres Stück des Medizinmarkts von mehr als einer Billion Dollars unter ihre Kontrolle bringen. Der Kauf des HMO-Unternehmens US

Healthcare (12 000 Primärärzte in 13 Staaten) durch die Versicherungsgesellschaft Aetna für rund 9 Mrd. Dollar Anfang 1996 ist nur eines von vielen Beispielen.

Auch das Reformkonzept Präsident Clintons (›managed competition‹) beruhte auf diesem neuem Gesellschaftskompromiß. Modifizierend sollten allen Amerikanern (d.h. auch den Nicht- und Unterversicherten) Käuferorganisationen von Versicherungsverträgen zur Verfügung stehen, um deren Gunst MCOs und Anbieternetzwerke hätten konkurrieren müssen. Die erhoffte Unterstützung durch ›big business‹ ist dennoch ausgeblieben. Unter anderem glaubte man dort nicht an Clintons Argument, das Konzept des regulierten Wettbewerbs habe ein Kostensenkungspotential, mit dessen Mobilisierung dann die Versorgung der Nichtversicherten finanzierbar sei (Morone/Belkin 1994). Ironischerweise bezweifelte man die kostensenkende Wirkung des Prinzips ›Wettbewerb‹, das man selbst propagiert in dem Moment, wo man Gefahr lief, als Hauptbeitragszahler selbst für seine Richtigkeit haften zu müssen.¹³

Ein anderer Grund für die fehlende Unterstützung dürfte auch gewesen sein, daß die großen Arbeitgeber im erfolgreichen Wachsen der Managed-Care-Medizin die private, von ihnen selbst als Käufer kontrollierte, ›unpolitische‹ Alternative zur sozialstaatlichen Reform sehen. Diesen Prozeß forcieren sie vor allem in drei Richtungen:

- sie üben Druck auf ›ihre‹ Krankenversicherungen aus, gegenüber Anbietern und Versicherten Instrumente der Inanspruchnahme-Kontrolle und -Steuerung einzusetzen;
- sie schließen Kontrakte mit MCOs ab und bewegen ihre Beschäftigten dazu, dort einzutreten;
- als ›Selbstversicherer‹ nehmen sie direkt Anbieter unter Vertrag, hier wiederum überwiegend integrierte Anbietersysteme.

4 Veränderung der medizinischen Arbeit

Im Zentrum aller Anstrengungen, ein Medizinunternehmen nach gewinnwirtschaftlichen Kriterien zu steuern, steht die Managementkontrolle über die Arzt-Patient-Beziehung. Hier wird über den größten Teil der Kosten entschieden. Das soll im folgenden an den Beispielen: monetären Anreize, Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit und der Rolle des Primärarztes skizziert werden.

*Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit**Standardisierung*

In konkurrierenden Medizinunternehmen steht bei jeder Ein- oder Überweisung, diagnostischen oder therapeutischen Anordnung oder Entlassung Geld auf dem Spiel, und dieses entscheidet über Erfolg und wirtschaftliche Existenz. Darum muß notwendigerweise quantifiziert und standardisiert, kalkuliert und kontrolliert werden. Die Arbeit der Ärzte nimmt allmählich Charakterzüge betrieblicher Arbeit an. Sie unterliegt auf vielen Ebenen in Wissenschaft und Praxis einer Standardisierungstendenz, sich äußernd in ›standards‹, ›guidelines‹, ›options‹, Algorithmen etc. Die Ärzte werden auf unterschiedlichem Verbindlichkeitsniveau zunehmend verpflichtet, nach solchen Vorgaben zu diagnostizieren und zu behandeln.

Aber nur eine geringe Anzahl der heute angewandten Prozeduren ist tatsächlich unter Praxisbedingungen evaluiert worden. Daher setzen die meisten Managed-Care-Organisationen und Versicherungen hauseigene Standards ein. Diese Praxis erwies sich als so fragwürdig, daß vor einigen Jahren mit der Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) beim Gesundheitsministerium eigens eine finanziell gut ausgestattete Behörde gegründet wurde. Ihre Aufgabe war bis vor kurzem die Organisation und Finanzierung eines Forschungszweiges, der unter dem Begriff ›outcome research‹ bekannt geworden ist. Dieser hatte sich in den achtziger Jahren entwickelt. Es geht dabei um empirische Grundlagen zur Beurteilung der häufigsten und teuersten medizinischen Interventionen. Anders als bei den herkömmlichen klinischen Studien sollen die Wirkungen (outcomes) nicht nur mit den traditionellen klinischen Maßen (Laborwerte, Sterblichkeit) gemessen werden, sondern auch mit Werten für die selbstberichtete physische und emotionale Befindlichkeit sowie die Lebensqualität der Patienten und die Behandlungskosten unter normalen Anwendungsbedingungen. Obwohl die randomisierten Längsschnittstudien gegenwärtig als methodischer ›Goldstandard‹ für die Evaluation spezifischer Behandlungen gelten, sind diese in vielen Fällen aus logistischen, zeitlichen, finanziellen und auch ethischen Gründen undurchführbar. Zur Entwicklung von klinischen Richtlinien muß also auf methodisch weniger anspruchsvolle Studien unterschiedlicher Methodik zurückgegriffen werden, jedoch gilt als essentiell die Evaluation unter Praxisbedingungen und unter Einbeziehung der subjektiven Bewertung durch die Patienten (U.S. Congress 1994). Bald erwies sich, daß dieses Ziel anspruchsvoller war als angenommen. Bis 1995 waren erst 17 ›guidelines‹ für wirtschaftlich relevante und medizinisch

zugängliche Erkrankungen fertiggestellt. Aber auch die Tätigkeit der AHCPR steht im Kraftfeld der Interessen. Im Juni 1996 berichtet das hauseigene Mitteilungsblatt, die AHCPR sei »nicht mehr länger direkt mit der Entwicklung von klinischen Praxisrichtlinien befaßt. Sie wird sich statt dessen darauf konzentrieren, private Gruppen mit wissenschaftlicher Evidenz zu versorgen, die sie benötigen, um ihre eigenen Richtlinien zu erstellen.« (Research Activities, 194, June 1996, 10). Das gibt mehr Raum für standardsetzende Aktivitäten privater Organisationen wie das »National Committee for Quality Assurance« (NCQA), einem Konsortium aus MCOs, Arbeitgebern (»Käufern«) und Konsumentenorganisationen oder der »Foundation for Accountability« (FACCT), gegründet von »Käufern« und Patientengruppen.

Mit dem Tempo der unternehmensinternen Standardisierung der MCOs, der großen »medical groups« und anderer integrierten Systeme kann die empirische Outcome-Forschung nicht Schritt halten. Die Unternehmen schaffen sich durch eigene Anstrengungen Schritt für Schritt die Voraussetzungen, die Arzt-Patient-Beziehung informationell zu durchdringen und dem Management transparent zu machen. Das geht in zwei Richtungen: zum einen werden medizinische Daten produziert und aufbereitet und zum anderen werden Anstrengungen unternommen, die wirtschaftlichen Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren transparent zu machen. Es entstehen patienten- und arztbezogene Kostenrechnungen. Krankheiten (»Diagnosen«) können nach ihrer Profitabilität unterschieden werden und von Ärzten weiß man dann, ob sie der Organisation bzw. Versicherung Gewinn oder Verlust eingebracht haben. Durch Verknüpfung der medizinischen mit den betriebswirtschaftlichen Daten wird mit Management-Informationssystemen die informationelle Grundlage für die betriebliche Steuerung der Arzt-Entscheidungen geschaffen (Feinglass/Salmon 1990).

Integration und Arbeitsteilung

Die MCOs, die gegenüber den Versicherten bzw. den Arbeitgebern als »Käufern« der Versicherung zunächst das ökonomische Behandlungsrisiko tragen, müssen nun einzelwirtschaftlich-rational das erforderliche Leistungsspektrum und die entsprechenden Angebote durch Kauf, Verschmelzung oder Vertrag zusammenzufügen. Sie »kaufen« also ihrerseits die Leistungen ein. Wie bereits gesagt, versuchen sie im Zuge dieser Bemühungen, die Leistungserbringer ganz oder teilweise an diesem Versicherungsrisiko zu beteiligen. Damit ändert sich die medizinische Versorgung einer Kleinstadt oder eines Wohnbezirks in der Weise, daß

aus einer Ansammlung von ortsansässigen, untereinander unverbundenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Physiotherapeuten usw. allmählich »integrierte Netzwerke« werden, bei denen Versicherungen, Ärzte (Gruppenpraxen) und Krankenhäuser organisatorisch zusammengefaßt werden und gewinnorientierte Ziele verfolgen. Sie sind immer häufiger an überregionale Ketten angeschlossen oder gehören großen nationalen Unternehmen. Durch diese Integration, auch wenn sie oft nur auf einem geringen organisatorischen Niveau stattfindet, verändert sich der Medizinmarkt vom Anbieter- zum Käufermarkt.

Wie schon erwähnt, waren in den letzten Jahren die MCOs mit dem höchsten Integrationsniveau nicht auch die wirtschaftlich erfolgreichsten. Am schnellsten wachsen die IPAs, PPOs und POSs, also solche Formen, in denen weitgehend die alten Institutionen vernetzt werden. »Anders als die voll integrierten Organisationen ... sind diese Managed-Care-Organisationen gekennzeichnet durch distanzierte, wenn nicht widersprüchliche Beziehungen zwischen Versicherung und Anbietern. Ein einzelner Anbieter kann zu fünf HMOs und zehn PPOs gehören und hat folglich auch wenig Interesse am Erfolg einer dieser MCOs.« (Gabel/Rice 1993). Die Managed Care Unternehmen schmieden in der derzeitigen Expansionsphase, in der sie vor allem rasch ihre Marktanteile erhöhen wollen, rasch recht oberflächliche Netzwerke. Das geht nur durch Zugeständnisse an die traditionellen Anbieter. Sie nutzen dabei den Käufermarkt vor allem, um die Preise zu drücken und die Leistungsmengen zu senken, während ein wirklich hohes Integrationsniveau und die dazugehörige Kooperationskultur ein langfristiges und aufwendiges Unternehmen sind. In den Staaten, die – wie z.B. Kalifornien oder Massachusetts – bereits einen hohen Durchdringungsgrad von MCOs haben und diese gegeneinander konkurrieren, ist das organisatorische Niveau bereits höher.

Mit der Verbetrieblichung der Medizin geht die allmähliche Statusveränderung der Ärzte einher. Der hier sich entwickelnden neuen medizinischen Arbeitsteilung wird die traditionelle ärztlich-professionelle Identität auf die Dauer nicht standhalten können. In den neuen Strukturen müssen Ärzte lernen, in Teams zu arbeiten, »systemisch« und ergebnisorientiert (im Sinne von »Qualität« und Kosten) zu denken, nach Standards (guidelines, pathways, options) zu arbeiten sowie die Ergebnisse von Cost-Benefit-Analysen, klinischer Epidemiologie und Outcome-Studien als »rationale« Entscheidungsgrundlagen zu akzeptieren. Vor allem müssen sie sich daran gewöhnen, wesentliche Entscheidungen einem betrieblichen Management zu unterwerfen. Die

verbleibende klinische Autonomie muß mit anderen geteilt werden, vor allem Primärärzte, hochqualifizierte Krankenschwestern, Arzthilfen und Gesundheitserzieher erhalten quantitativ und qualitativ ein größeres Gewicht. (Shortell/Gillies/Anderson 1994). Vermutlich liegt eine der Ursachen für die relativ stagnierende Ausbreitung von hochintegrierten ›staff and group model HMOs‹ auch darin, daß ein dafür geeignetes Potential an Ärzten noch nicht ausreichend herangewachsen ist. Shortell u. a. (1994) sehen es daher als eine wesentliche Voraussetzung für weitere Integrationsschritte an, daß zunächst eine wachsende Zahl von Ärzten in großen Gruppenpraxen arbeitet und dort beruflich sozialisiert wird.

Falls man nicht dogmatisch auf das traditionelle ärztliche Professionsmodell eingeschworen ist, wird man nun fragen, was es denn gegen diese zwar allmähliche, aber dafür fundamentale Veränderung einzuwenden gäbe, zumal die meisten Berufsgruppen mit ähnlichem Qualifikationsniveau solche Vergesellschaftungsprozesse längst hinter sich haben. Hier ist jedoch Zurückhaltung angebracht, und es empfiehlt sich, eine Bewertung erst vorzunehmen, wenn der *Kontext* geklärt ist, in dem diese Entwicklung stattfindet. Wie weiter unten gezeigt wird, entfallen in und durch diese Transformationsprozesse die traditionellen ständischen oder professionellen Selbstbeschränkungen der individuellen Gewinnmöglichkeiten. Die Arzt-Patient-Beziehung wird zum Bestandteil einer organisatorischen Maschinerie zur Akkumulation von Kapital. Das Management spannt sie ein in ein System, dessen Ziel – die Rentabilität – in Zahlen gemessen ist. Hier gibt es kein ›Genug‹ mehr. Der monetäre ›Anreiz‹ kann ›Mehr‹ und ›Weniger‹ fordern, aber er kennt kein sachliches oder menschliches Kriterium für ›Zuviel‹ und ›Zuwenig‹ (Gorz 1989). Keine Aktiengesellschaft kann ›zuviel‹ Geld verdienen, keine Kosten können ihr ›zu niedrig‹ sein.¹⁴ Es ist dieser Kontext, der die ärztliche Arbeit und ihren ›Arbeitsgegenstand‹ Patient in ein *System der Grenzenlosigkeit* einspannt, den viele prominente und keineswegs ›rückwärtsgerichtete‹ amerikanische Kritiker als wesentliche Gefährdung ansehen (Relman 1991; Kassirer 1995; Gray 1991; Rodwin 1993).

Kontrolle, Steuerung und Bürokratisierung

Zur Kontrolle und Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung wird eine ganze Palette von betrieblichen Steuerungsinstrumenten des Managements entwickelt und eingesetzt.

Indirekte Steuerung: monetäre Anreize

Geht man nach den Lehrbüchern, so liegen die Vorzüge der indirekten Methoden, also der monetären Anreize, auf der Hand: Sie lassen sich einfacher legitimieren und durchsetzen, da sie formal nicht in die Entscheidungsautonomie der individuellen Ärzte eingreifen. Diese können weiterhin frei entscheiden, lediglich haben die einzelnen Optionen unterschiedliche Auswirkungen auf das persönliche Einkommen. Die inhaltlichen Abwägungen verbleiben weiterhin auf der Ebene der Arzt-Patient-Beziehung, also dort, wo unmittelbar kommuniziert werden kann.

Die Empirie bestätigt aber, was nach den Überlegungen zur Grenzenlosigkeit vermutet werden kann: gerade diese indirekten monetären Anreize werden mehr zum Problem als zur Lösung. Sie sind Aufforderungen an den Arzt zur individuellen Nutzenmaximierung: ›wenn du die Option A statt B wählst, wirst du mit einem höheren Einkommen belohnt‹. Die Ärzte sollen wie Unternehmer ihre Gewinne im Auge haben, da sonst monetäre Anreize nicht funktionieren. Sie sollen aber auch dem Interesse des Kranken dienen, der darauf vertraut, daß die Entscheidungen über seine Gesundheit nicht nach den Verdienstchancen, sondern nach seiner gesundheitlichen Lage und dem Stand des medizinischen Wissens und der ethischen Erwartungen des Patienten getroffen werden. Keines dieser Kriterien ist einer ökonomischen Rationalität immanent. Theoretisch ausgedrückt scheidet das Konzept der individuellen Steuerung durch monetäre Anreize daran, daß es kein Mittel gibt, dem Arzt-Individuum zu vermitteln, an welchem Punkt er mit der Maximierung seiner privaten Interessen aufhören sollte. Seine ethischen Hemmungen, die ihm möglicherweise innere Grenzen auferlegen, werden durch die monetären Steuerungsweisen abgebaut, zum einen weil sie zu der Alltagserfahrung führen, daß ethisches Verhalten sich nicht lohnt, und zweitens weil ihre Propagierung durch den Staat und die herrschende Meinung für Legitimation sorgen.

Die traditionellen professionellen Normen werden so untergraben bzw. von jüngeren Ärzten in ihrer beruflichen Sozialisation nicht mehr angeeignet. Das macht Kontrollen erforderlich, die aber bei komplexen Dienstleistungen leicht manipuliert werden können (›gaming the system‹). Weitere Kontrollen als Reaktion darauf werden wiederum assimiliert, was Eingriffe und eine Flut von Vorschriften nach sich zieht usw. Am Ende steht – von niemandem gewollt – eine bürokratisierte und demoralisierte Medizin, die doch so ›effizient‹ werden sollte. Die ›indirekte‹ Steuerung des ärztlichen Verhaltens durch Manipulation

seiner Bezahlung führt also notwendigerweise zur Bürokratisierung (s. unten).

Direkte Steuerung (Utilization Management)

Sichtbares und durchgehendes Merkmal der Managed-Care-Medizin ist die direkte Kontrolle und Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung von der Finanzierungsseite her. Einzelne Instrumente und Konzepte finden sich in ganz unterschiedlicher Häufigkeit und Tiefe und mit unüberschaubarer Kombinationsvielfalt. Neben den bereits skizzierten Konzepten des obligatorischen und steuernden Primärarztes (gatekeeper) wird häufig noch ein Case-Manager eingesetzt. Direkt an die Ärzte richten sich klinische Richtlinien (guidelines), obligatorische Schulungsprogramme, Kontrollen und Lenkung der Inanspruchnahme. Die Zahl der angewandten Beobachtungs- und Beeinflussungsinstrumente, die zusammengefaßt entweder als ›Utilization Management‹ oder ›Utilization Review (UR)‹ bezeichnet werden, ist Legion.¹⁵

Mit vielfältigen Methoden werden – besonders in den MCOs mit niedrigem Integrationsniveau (IPAs, PPOs) – Leistungs- und Kostenprofile der Ärzte ermittelt (practice profiling) und Rückkopplungen organisiert. Auf der Basis von Leistungsdaten werden Institutionen verglichen (benchmarking). Mit epidemiologischen Methoden vergleicht man Praxismuster von Anbietern in den Dimensionen von Kosten, Inanspruchnahme und Qualität, um ›Ausreißer‹ zu erkennen (Lasker 1992). Die Rückkopplung an die Ärzte reicht von der einfachen Unterrichtung, über die Bitte um Begründung bis zur finanziellen Sanktion und der Vertragsauflösung (Kassirer 1994). Das zentrale methodische Problem liegt in der Schwierigkeit, mittels ›case-mix adjustments‹ zu unterscheiden, ob im Praxisprofil tatsächlich das Verhalten des Arztes zum Ausdruck kommt oder das Krankheitsrisiko der Patienten (Salem-Schatz et al. 1994).

Das entscheidend Neue der Managed-Care-Medizin liegt in der Tendenz, die medizinischen Entscheidungen von betriebswirtschaftlicher Relevanz mehr und mehr dem Arzt zu entziehen und – im Rahmen prospektiver Autorisierungssysteme – auf das Management zu übertragen. Die Prüfung des Leistungsverhaltens kann vorher, zeitgleich oder nachher erfolgen. Zum Beispiel muß häufig für Krankenhauseinweisungen eine vorherige (prospektive) Erlaubnis eingeholt werden (preadmission certification). Bei Unterlassung oder Ablehnung kann der Anspruch auf Bezahlung verwirkt sein. Ein Beispiel für zeitgleiche Prüfungen sind laufende Erkundigungen während eines Krankenhausaufenthaltes über

den Fortschritt der Behandlung, um entscheiden zu können, ob die Fortführung dem Management als angezeigt erscheint. Üblich sind vor allem retrospektive Prüfungen der Krankenakten und ein Feedback an die Ärzte. Viele Autoren bezeichnen nur letzteres als ›Utilization Review‹ (UR). Einzelne Methoden des Utilization-Managements werden heute auch von den meisten traditionellen Krankenversicherungen eingesetzt. Der Akzent liegt auf der Senkung der Krankenhauseinweisungen, der Reduzierung der Verweildauer, auf der Förderung der ambulanten Chirurgie und Psychiatrie an Stelle von stationären Klinikaufenthalten und auf dem Einsatz von Pflegeeinrichtungen zur Verkürzung des Krankenhausaufenthalts. Erklärtes Ziel ist stets die Vermeidung ›unnötiger Leistungen‹ (Rosenberg et al. 1995).

Über die Wirtschaftlichkeit der UR werden viele Zweifel vorgebracht. Selten werden die Kosten der ›Kostensenkung‹ bedacht (Blustein/Marmor 1994). Relman sagt: »Utilization Review ist eine sehr teure und wenig effiziente Wachstumsindustrie. Es gibt Firmen, die wachsen, indem sie für die Versicherungsgesellschaften die Rechnungen der Krankenhäuser prüfen und andere werden damit reich, Krankenhäusern bei Ausfüllen der Formulare zu helfen, damit sie von den Versicherungen ihr Geld erhalten« (zit.n. Solving America's 1993, 228).

Andere Steuerungsinstrumente richten sich an die Patienten bzw. Versicherten, um sie zur Selbsthilfe und zu ›rationellem Verhalten‹ in Arztpraxis und Krankenhaus zu erziehen. Beispielsweise werden Praxishilfen dafür qualifiziert, die Patienten etwa 20 bis 30 Minuten vor der Konfrontation mit dem Arzt so zu ›trainieren‹, daß die Minuten ärztlicher Arbeitszeit möglichst effektiv genutzt werden können.¹⁶ Eine neue Art der ›Konsumenteninformation‹ stellen die sogenannten ›report cards‹ einzelner MCOs oder Anbieterorganisationen zur Verfügung (Hibbard/Jewett 1996).

5 Bürokratisierung: Patientenperspektive

Zunächst einmal muß den Verfechtern einer ›rationalen‹ Managed-Care-Medizin zugute gehalten werden, daß es für ihre Konzepte viel Berechtigung gibt, die aus dem irrationalen und nach Einkommenskriterien instrumentalisierten Charakter der bisherigen professionell-paternalistischen Medizin abgeleitet werden kann. Mehr als zweifelhaft ist jedoch, ob Monetarisierung und Bürokratisierung der Arzt-Patient-Beziehung unter dem Strich zu einer größeren Gesundheitsrationalität führen.

Als implizites Ideal der technischen und betriebswirtschaftlichen

Regelwerke, die das Handeln in der Arzt-Patient-Beziehung leiten erweist sich, was Max Weber mit dem Begriffen »Regel, Zweck, Mittel und ›sachliche Unpersönlichkeit« als bürokratische Rationalität umrissen hat. Der Patient ist »sine ira et studio ... ohne Ansehen der Person, formal gleich für ›jedermann« zu behandeln (Weber 1964, 738). Das sich in der Managed-Care-Medizin herauschälende medizinische Paradigma neigt dazu, Patienten auf technologische Objekte und Ärzte auf technokratische Manager zu reduzieren (Frankford 1994). Das ist durchaus bereits in der naturwissenschaftlichen ›Schulmedizin‹ so angelegt und die Anhänger der Managed-Care-Medizin verweisen mit Recht darauf, daß sie deren Logik mit ihren klinisch-epidemiologischen Methoden in höherem Maße realisieren.

Die neue Praxis ist zweifach reduktionistisch. Zum einen ist da der hinlänglich analysierte und kritisierte naturwissenschaftlich-mechanistische Reduktionismus, der auf der Grundlage des medizinischen ›Maschinenmodells‹ vom Menschen agiert (Uexküll/Wesiack 1988, Kühn 1989). Dieser wird nun noch weiter und unausweichlicher institutionalisiert. Das Regulierungsinteresse ist auf die Beherrschung der Technologie gerichtet. Robert Brook, Direktor der Gesundheitsforschung in der RAND Corporation drückt dieses Ideal implizit aus: »Bevor man einen Bypass legt, der fünfzigtausend Dollar kostet, sollte man eine Checkliste durchgehen und Antworten auf Fragen geben, die das Vorgehen rechtfertigen, wie das jeder Airline-Pilot auch tut«. Ohne Zweifel bedeutet für viele Patienten diese technische Medizin eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Status quo. Aber Patienten, deren Leiden ohne persönlichkeitsadäquate, subjektbezogene Behandlung nicht beizukommen ist, werden es in solcherart rationalisierten Institutionen noch schwerer haben. Hinzu tritt in institutionalisierter und sanktionierender Gestalt der betriebswirtschaftliche Reduktionismus, der eine neue institutionelle ›Kultur‹ erzeugt, in der tendenziell alles eliminiert wird, was den Imperativen der einzelwirtschaftlichen Verwertungslogik widerspricht.

Beispiel: Dr. Gatekeeper

Die Managed-Care-Bewegung hat zweifellos innovative Einzellösungen und -modelle hervorgebracht. Deren Eigenart und Wert jedoch erschließt sich erst aus dem institutionellen und normativen Kontext der unternehmerisch agierenden Verwertungsbürokratien. Das mag im Folgenden bei einem Kernstück der Managed-Care-Medizin, dem obligatorischen Primärarzt, genannt ›gatekeeper‹ (Türwächter) deutlich werden.

Im Idealfall:

- bildet der Primärarzt die obligatorische erste Anlaufstelle für die Patienten;
- führt er allgemeinärztliche Diagnose und Behandlung durch;
- sichert er die Kontinuität der Behandlung über das gesamte Spektrum der medizinischen Dienstleistungen – von der Prävention über die Akutbehandlung, das Krankenhaus bis zum Hospiz;
- koordiniert er die Tätigkeit aller anderen Ärzte und Nichtärzte;
- informiert, berät und erzieht er die Patienten und legt einen Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Grundidee für seine Schlüsselrolle beruht vor allem auf folgenden Möglichkeiten:

Man nimmt an, durch die Kontrolle des Gatekeepers zwischen 75 und 80 % der gesamten Ausgaben für die medizinische Versorgung kontrollieren zu können.

Einem qualifizierten Primärarzt traut man zu, bis zu 75 % aller erforderlichen medizinischen Dienstleistungen selbst ambulant erbringen und damit kostspieligere fachärztliche und/oder stationäre Versorgung vermeiden zu können.

Man glaubt, indem man das Gesundheitsrisiko ›Überbehandlung‹ reduziert, zugleich Kosten senken und Qualität verbessern zu können.

Auf den Gatekeeper stützt sich seit der ersten HMO der größte Teil der Hoffnungen, eine gute Qualität zu geringeren Kosten erzielen zu können. Er soll die Versorgung eines Patienten kontrollieren und unterliegt selbst der Kontrolle durch das Management.

In der bereits erwähnten Arbeit des Prognos-Instituts zu Managed Care heißt es zum Gatekeeper: »Vom Gatekeeper-Prinzip sind aufgrund der kontinuierlichen, ganzheitlichen und koordinierten Betreuung eher positive Auswirkungen auf die Qualität zu erwarten« (Stock/Baumann 1996, 90). Das Problem der Versicherten besteht darin, daß sie als HMO-Mitglieder nicht zu diesem ›Prinzip‹ gehen können, sondern zu dem ›real existierenden‹ Primärarzt als dem kontrollierten Kontrolleur eines Unternehmens. In dem im Folgenden ausführlich zitierten Erfahrungsbericht einer HMO-Versicherten erkennen von mir befragte Experten sehr deutlich ihre Alltagserfahrung wieder. Sie wird daher ausführlich zitiert¹⁷:

»Ich wollte eigentlich nicht Mitglied des ›managed care plans‹ werden. Ich mochte meine... Versicherung, aber diese mochte meinen Arbeitgeber nicht und ließ uns fallen wie eine heiße Kartoffel, als sich in einem Jahr ›nicht genug‹ der Angestellten für sie entschieden hatten. So kam ich in ›Tufts Associated Health

Plan«. Es war die einzige der vom Arbeitgeber angebotenen Wahlmöglichkeiten, bei der ich die zwei Ärzte behalten konnte, zu denen ich in den Jahren davor gegangen war.

Ich bin zum Glück nicht krank. Ich habe relativ triviale Leiden und eine nicht ernsthafte chronische Krankheit, wegen der ich täglich eine Pille nehme. Ich habe Stück für Stück entdeckt, was all die Managed-Care-Befürworter meinen, wenn sie sagen, »managed care plans« seien effizienter und würden unnötige Ausgaben vermeiden. Damit ist gemeint, daß sie eine Menge ihrer Kosten auf mich und meine Ärzte abwälzen. (...)

Wegen meines chronischen Problems werde ich zweimal jährlich von einem Spezialisten untersucht, um sicher zu gehen, daß sich nichts verändert hat und ich weiterhin meine Pillen ohne Komplikationen vertrage. Aber nachdem ich zu Tufts gehen mußte, kann weder mein Spezialist noch ich entscheiden, ob und wann ich die Untersuchung brauche. Nur mein Internist, die Person, die von Tufts als mein Primärarzt bezeichnet wird und der zugleich ihr Gatekeeper ist, kann einen Besuch des Spezialisten genehmigen. Falls der Spezialistenbesuch bezahlt werden soll, habe ich bei Dr. Gatekeeper um eine »Überweisung« nachzufragen. Vor drei Jahren war so etwas ein Ärgernis, aber immer noch relativ leicht zu nehmen. Dr. Gatekeeper gab mir ein Überweisungsformular, gültig für drei Besuche bei Dr. Spezialist.

Aber das wurde komplizierter. Tufts sagte, ein Überweisungsformular gälte nur für drei Monate. Ich brauchte nicht oft Spezialisten – nur alle vier bis sechs Monate. Somit mußte ich für jeden einzelnen Besuch mit einem solchen Formular umgehen. Zuerst wollte ich es telefonisch in Dr. Gatekeepers Praxis bestellen, aber seine Angestellten waren so überschwemmt von Papier, daß sie mich baten, eine schriftliche Nachfrage zu schicken mit einem frankierten Umschlag mit der Adresse des Spezialisten. Oder ich könnte kommen und das Formular abholen. Langsam addierten sich meine kleinen Kosten von Tufts« kostensparenden Strategien. Ich will nicht erst damit anfangen, die Kosten von Dr. Gatekeeper zu berechnen, wenn mehr von seiner und seiner Angestellten Zeit in die Überweisungsprozeduren gehen.

Dann kam die Sache mit meiner täglichen Pille. Letztes Jahr wollte ich für zwei Monate ins Ausland und wollte Pillen für 60 Tage mitnehmen. Aber als mein Apotheker die Verschreibung ausfüllen und an Tufts schicken wollte, wurde die Forderung von Tufts abgelehnt mit der Begründung, es sei nur eine Ein-Monats-Ration erlaubt, und sie würden eine weitere Nachfüllung nicht bezahlen bevor 28 Tage verstrichen seien. Ich rief Tufts an und erklärte meine Situation, bekam aber eine wenig hilfreiche Antwort: Sorry, wir können nicht unsere eigenen Regeln beugen, aber sie können den Vorrat für den zweiten Monat jetzt bezahlen und später bei uns zur Erstattung einreichen. Weitere Zeit- und Geldkosten für mich. (...) Meint irgend jemand, diese Kosten würden mitberechnet, wenn die Ökonomen

und ›health plans‹ all die Einsparungen zusammenzählen, die durch die Effizienz und das gute Management von Managed Care erzielt werden?

Vor einiger Zeit verletzte ich mich am Knie und brauchte Physiotherapie. Ein Spezialist hatte mich untersucht und verschrieb Physiotherapie, aber damit dies von der Versicherung bezahlt wird, brauchte ich eine Überweisung von Dr. Gatekeeper. Weil ich es kaum einmal geschafft habe, eine Überweisungsprozedur mit weniger als zwei Telefonaten hinter mich zu bringen, mußte ich mit Verzögerungen rechnen. Darum ging ich direkt vom Spezialisten zu Dr. Gatekeeper mit der Verschreibung in der Hand, um die kostbare Überweisung einzuholen. Eine Hilfe sah auf die Verschreibung, die auf drei mal wöchentlich für drei Wochen ausgeschrieben war, füllte ein Formular aus und sagte mir, sie brauchte dazu Dr. Gatekeepers Unterschrift und würde sie mit der Post zum Physiotherapeuten schicken. Als ich meine dritte Behandlung hatte, war sie noch nicht angekommen. Ich rief die Praxis von Dr. Gatekeeper an, die Physiotherapeutin tat die ebenfalls. Schließlich kam eine Überweisung, aber nur für drei Besuche. Mittlerweile ließ mich die Therapeutin, in einem Akt von aus Erfahrung geborenem Selbstschutz, vor jeder einzelnen Behandlung ein Papier unterschreiben, in dem ich meine finanzielle Verantwortlichkeit erklärte, falls die Versicherung nicht bezahlt.

Es stellte sich heraus, daß Dr. Gatekeeper auf einem Formular nur maximal sechs Besuche autorisieren darf. (...) Inzwischen hatte ich sieben Besuche, von denen erst drei genehmigt waren und es war klar, daß ich eine Menge mehr benötigte. So rief ich einmal mehr in der Praxis Dr. Gatekeepers an, um mir mehr Überweisungen für mehr Behandlungen zu sichern. Diesmal wurde mir gesagt, sie hätten nun eine spezielle Telefonnummer für Überweisungsangelegenheiten. Ich wählte diese Nummer, nur um ein langes Tonband abzuhören, das mindestens zehn Informationen abspulte, falls ich eine Rezepterneuerung wollte und an weitere ungefähr zehn einzelne Informationen, falls ich eine Überweisung brauchte. Ich kritzelte wütend Notizen, fischte meine Versicherungskarte und ging aus der Information. In der Physiotherapie-Praxis ist indessen keine Überweisung aufgetaucht. Ich hafte noch immer für die Bezahlung. Das bürokratische Drunter und Drüber wird immer toller und in der Praxis meines Internisten kann ich nicht einmal mehr zu einer realen Person sprechen.

Mittlerweile bezahlt Dr. Gatekeeper die Kosten eines zusätzlichen Telefonanschlusses und vielleicht auch einer zusätzlichen Angestellten. Alle seiner Patienten zahlen mit zusätzliche Zeitkosten, um die lange Bandaufnahme zu hören und wahrscheinlich noch ein zweites Mal anzurufen, weil sie sich nicht an alle diese Details erinnern können. Die Physiotherapeutin wartet auf ihr Geld, das sie ohne das Überweisungsformular nicht bekommen kann. Ich könnte ebenfalls Geld los sein, falls die Angestellten von Dr. Gatekeeper meine aufgezeichnete Message nicht verstanden haben oder falls sie vergessen, die Überweisung

rückzudatieren, damit ich auch die Behandlungen bezahlt kriege, die ich bereits bekommen habe...«

Verwandt mit der Funktion des Gatekeeper ist diejenige des Case Managers. Auch diese Innovation leuchtet vom Versorgungsaspekt her sofort ein: Bei besonders kostenträchtigen Fällen (z.B. bei Kopfverletzungen nach Unfällen, dem Verdacht auf spätere Lähmungen, Krebserkrankungen, AIDS u.ä.m.) kann eine Managed-Care-Organisation oder eine Krankenversicherung einen sogenannten (nichtärztlichen) »Case Manager« einsetzen. Krankenschwestern besuchen Schwerkranke, koordinieren deren Behandlung, leiten Rehabilitationsmaßnahmen ein und sorgen insgesamt für die Kontinuität der Behandlung. Wie man hört, wird dies ebenfalls von deutschen Krankenkassen diskutiert und erprobt (Ewers 1996). Auch dieses Konzept ist ambivalent. Ist es den Case Managers möglich, als Agenten des Patienten tätig zu werden, so könnten sie ihn vor den Folgen der vielen Fehlkoordinationen bewahren, denen Patienten im desintegrierten Medizinsystem nur zu häufig ausgesetzt sind, auch könnten sie ihn vor oft schmerzlichen wie sinnlosen Gefahren der daraus resultierenden Überbehandlung schützen. Es ist naheliegend, als Sekundäreffekt eine erhöhte Wirtschaftlichkeit anzunehmen, wenn in der Gesamtheit aller Fälle die Ersparnis höher ist als die Gesamtkosten für das Case Management.

Wird aber der Sparauftrag nicht ausdrücklich als »sekundär« für das Handeln des Case Manager deklariert, so werden die ökonomischen Interessen der Institution, die er repräsentiert, früher oder später mit den Patienteninteressen in Konflikt geraten. Die Patienten und ihre Angehörigen werden sich dann fragen, was es bedeutet, wenn es heißt, eine Behandlung sei »medizinisch nicht erforderlich« oder »unwirksam«? Ist sie sinnlos oder dem Unternehmen lediglich zu teuer? (Blustein/Marmor 1994)

Bürokratisierung: Arztperspektive

Zwar gibt es Studien, in denen MCOs und Versicherungen nach dem Einsatz der einzelnen Instrumente befragt werden (Gold et al. 1995; Kerr et al. 1995), sowie auf schwankendem empirischen Grund Ersparnisse berechnet werden, aber niemand kann aufgrund systematischer Erhebungen sagen, was sich tatsächlich in den Institutionen ereignet. Man ist hier auf die Auswertung von Einzelberichten angewiesen.¹⁸ Das Rückgrat der Utilization Review sind Telefonate zwischen einem Arzt und Angestellten bzw. Krankenschwestern, die – entweder unmittelbar

oder als Beschäftigte einer Utilization-Review-Firma – für eine Versicherung bzw. MCO arbeiten. Zum Beispiel bittet der Arzt um Genehmigung für eine Gallenblasenoperation und er wird dann gefragt, ob der Patient unter Übelkeit leidet, wie häufig, welche Ergebnisse die Ultraschalluntersuchung hatte und ob abnormale Leberfunktionstestergebnisse vorliegen. Die Versicherung entscheidet dann auf der Grundlage der Antworten, ob die Maßnahme notwendig ist.

Die Versicherungsgesellschaft Aetna Life and Casualty in Hartford unterhält eine Review-Abteilung aus 1 000 Krankenschwestern und 50 Ärzten. Um die Anforderungen zu evaluieren, nutzt die Gesellschaft eine Vielzahl von Richtlinien, von denen ein Teil intern erarbeitet und ein anderer Teil gekauft wurde. Die Schwester gibt die Antworten in einen Computer ein, der dann eine Empfehlung gibt. 1993 hatte die Gesellschaft computerisierte Richtlinien für etwa vierzig Behandlungen, einschließlich Bypassoperationen, NMR-Aufnahmen des Knies und Mandeloperationen. Der Direktor des Aetna Medical Program sagt: »Wenn sich nach einer Röntgenaufnahme herausstellt, daß jemand mehrere Gallensteine hat, dann werden keine weiteren Fragen mehr gestellt, weil wir wissen, daß bei Leuten mit multiplen Gallensteinen die Gallenblase entfernt werden muß. In anderen Fällen ist die Entscheidung viel komplizierter: ein wenig von diesem und viel von jenem mag sich zu einen ›Ja‹ addieren, während ein wenig von jenem und viel von diesem ein ›Nein‹ bedeuten kann.« Obwohl gegen anfängliche Ablehnungen Widerspruch eingelegt werden kann (was nicht in allen MCOs der Fall ist), werden letztlich zwischen 3 und 10% der Anträge abgelehnt. Bei einer anderen großen Versicherungsgesellschaft werden 6 bis 12% Ablehnungen angegeben (Solving America's 1993).

Für die Ärzte in Praxen, Krankenhäusern und Ambulatorien bedeutet die UR einen erheblichen finanziellen und zeitlichen Aufwand. In dieser Hinsicht gleichen sich die Erfahrungsberichte weitgehend. Ärzte in Einzel- oder kleinen Gruppenpraxen berichten, mindestens eine Vollzeit-Arbeitskraft beschäftigen zu müssen, um die Zustimmungen der diversen Versicherungen und MCOs einzuholen. Sie selbst verbringen täglich erhebliche Zeit mit Begründungen und Rechtfertigungen am Telefon oder Diktiergerät.

Ein Chirurg sagt: die Strategie der Versicherungen, durch Verhinderung unnötiger Leistungen Kosten zu sparen, »ist in meinem Fall wirkungslos. Bei all dem Aufwand, den sie betreiben bin ich sicher, daß sie an mir keine Kosten sparen. Wir verbringen Stunden am Telefon, eine Sache geht hin und her, aber am Ende ist mir nie etwas abgelehnt worden.«

Die Mayo-Klinik beschäftigt 70 Vollzeitbeschäftigte, die mit 2400 Versicherungen und MCOs telefonieren, deren jede ihre eigenen Standards hat. Im Durchschnitt macht jeder einzelne täglich etwa 500 Anrufe mit Versicherungen, in etwa 200 Fällen geht es um die vorherige Erlaubnis für Eingriffe und ansonsten wird über den Behandlungs- und Heilungsvorgang einzelner stationärer Patienten verhandelt. Der leitende Manager sagt: »Wir haben versucht, den Erfordernissen der einzelnen Versicherungen auf der Spur zu bleiben, aber das funktioniert nicht mehr. Die Komplexität und die mit diesem System verbundene Bürokratie ist zum Verrücktwerden.«

Produzenten hochkomplexer Dienstleistungen können kaum formal gesteuert werden. Da sie stets über mehr Informationen verfügen als das Steuerungssystem, können sie vielmehr das Steuerungssystem ihrerseits manipulieren (Hirsch 1976). Diese Erfahrung hat MCOs und Versicherungen zu einer Praxis kommen lassen, die Standards, nach denen zugesagt oder abgelehnt wird, nicht offenzulegen. »Viele Versicherer befürchten, die Offenlegung ihrer Kriterien würde es den Ärzten zu leicht machen, sie zu betrügen.« Als Folge davon wurde auch die Legitimation der UR hinfällig, derzufolge damit die Ärzte lernen sollen, »kosteneffektiv« zu behandeln. Hinzu kommt, daß es einen erheblichen Mangel an wissenschaftlich fundierten Standards gibt. Beispielsweise hatte eine große Review-Firma bis 1993 für die Genehmigung einer Hüftgelenkerneuerung das Kriterium, der Patient dürfe nicht mehr in der Lage sein, seine Schuhe selbst zu schnüren.

Solche Standards zusammen mit intransparenten Kriterien verstärken bei vielen Ärzten das Gefühl, einem System der Willkür ausgeliefert zu sein. Die Ärzte müssen ihre Entscheidungen legitimieren, häufig ohne die Kriterien des Adressaten zu kennen oder sie kennen sie zwar, empfinden sie aber als unwissenschaftlich. Hinzu kommt ein empfindlicher Statusverlust, den ein Arzt wie folgt ausdrückt: »Wenn ich anrief, um eine Genehmigung zu erhalten, dann war niemals ein Doktor am anderen Ende der Leitung. Wenn man Glück hatte, war da eine Krankenschwester, aber mit größter Wahrscheinlichkeit war es ein Büroangestellter mit einer Checkliste.«

Man braucht nicht viel Phantasie, um nachvollziehen zu können, daß dies viele Ärzte, deren beruflicher Werdegang noch in der Welt der »professional dominance« (Freidson) stattgefunden hat, psychisch und moralisch erheblich belastet. Der prominente Gesundheitssystem-Forscher Alan Hillman meint skeptisch: »Das Mikromanagement ist in den besten Fällen machbar, in den schlimmsten Fällen jedoch ein Alptraum. Es erfordert eine Infrastruktur sowie viel Geld und macht die Ärzte sehr

unzufrieden.« 40 % der Ärzte sagen in Umfragen, daß sie, falls sie noch einmal die Chance hätten, nicht mehr den Arztberuf wählen würden. Eine veröffentlichte Studie besagt, daß 30 % der Internisten bereit wären, auf einen Teil ihres Einkommens zu verzichten für die »Sicherheit, daß dafür die administrativen Anforderungen und die Einmischungen in die klinischen Entscheidungen spürbar vermindert« würden (Solving America's 1993, 235). Das folgende Zitat eines Arztes, der seine Selbständigkeit aus Frustration aufgegeben hat, kann als repräsentativ für Ärzte der mittleren und älteren Generation gelten: »Ich schloß meine Praxis, weil ich ständig meine Entscheidungen gegenüber Versicherungsgesellschaften und Angestellten von Medicare rechtfertigen mußte. Das ist schrecklich ärgerlich und störend. Es ist jeden Tag aufs neue ein Affront. Ich möchte gern von mir annehmen, daß ich ein guter Arzt bin, aber den ganzen Tag jemanden zu haben, der meine Entscheidungen beurteilt, zieht mich nach unten.« Gegenüber dem mit neuen Informationssystemen ausgestatteten Management verlieren die Ärzte tendenziell das Monopol der Legitimation und Kontrolle ihrer Tätigkeit (Salmon 1994, Hafferty/McKinley 1993). Verglichen mit ihren Kollegen in anderen Ländern sind amerikanischen Ärzte heute »die am meisten mit Prozessen überhäuft, begutachteten und mit Papierarbeit überfrachteten Ärzte in den westlichen Industrieländern« (Lee/Etheredge (1989).

Ein wachsender Teil des Arbeitsvermögens von Ärzten und Pflegepersonen geht in Verwaltungs-, Kontroll- und Berichtstätigkeiten, die ansonsten den Patienten zugute kommen könnten. Selbst wenn man dies unberücksichtigt läßt und nur die Verschiebung der Personalstruktur im amerikanischen Gesundheitswesen als Indikator nimmt, zeigt sich eine enorme Veränderung in Richtung Bürokratisierung im Gefolge von Wettbewerb und Managed Care¹⁹: Zwischen 1968 und 1993 hat im amerikanischen Gesundheitswesen der Anteil des Verwaltungspersonals von 18,1 auf 27,1% (2,792 Mio. Vollarbeitskräfte) zugenommen. Ein standardisierter Vergleich mit Kanada (Sozialversicherung) kam zu dem Ergebnis: »Wenn die US-amerikanischen Krankenhäuser und ambulanten Versorgungseinrichtungen die kanadische Personalstruktur übernahmen, dann wären 1,407 Millionen Manager und Verwaltungsangestellte überflüssig. Gemessen am Einsatz von Arbeitskräften erhalten die Kanadier trotz geringerer Gesamtausgaben sogar noch mehr Pflege und ärztliche Dienstleistungen als die US-Amerikaner« (Himmelsstein/Lewontin/Woolhandler 1996). Was in den Kostenrechnungen nicht aufscheint, ist die Belastung des Lebensalltags der Versicherten, für die die Inanspruchnahme einer medizinischen Einrichtung vielfach zu einem bürokratischen Abenteuer geworden ist.

6 Kommerzialisierung

Durch ihre Transformation in eine Managed-Care-Medizin werden die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungsprozesse (mit Ausnahmen) tendenziell transparent, kalkulier- und steuerbar. Sie erfüllen damit historisch erstmals die Kriterien, durch die sie als Kapitalanlage für große Anleger interessant werden. Bislang waren in den Industrieländern Kapitalunternehmen im Gesundheitswesen weitgehend auf die Zulieferseite und die Versicherungsfunktion begrenzt. In den USA investierten Kapitalgesellschaften zuerst im Krankenhausbereich durch Bildung großer Ketten, dann durch vertikale Konzentration, d.h. Angliederung von vor- und nachgelagerten Bereichen der Versorgungskette. Gegen Ende der 80er Jahre kontrollierten sie etwa 20% der Krankenhaus-Akutbetten durch Eigentum oder Management von (oft landesweit operierenden) Krankenhausketten, 60% der psychiatrischen Kliniken, über drei Viertel der Pflegeheime (deren Bedeutung durch die Verweildauerkürzung der Krankenhäuser stark zugenommen hatte), ambulante Chirurgiezentren, Dialysestationen und Ambulatorien für leichte Fälle etc. (Salmon 1990, 1994). Von hier und von der Seite der privaten Krankenversicherungen breitete sich die Eigentumsform der Aktiengesellschaft über das gesamte amerikanische Gesundheitswesen aus, um schließlich Anbieter- und Versicherungsfunktion insgesamt zu übernehmen, wie in den »For-Profit-HMOs«, dem derzeit mit Abstand am stärksten wachsenden Bereich der Wachstumsbranche Gesundheitswesen. Tabelle 2 zeigt, daß unter den zehn größten HMOs nur noch die größte und älteste, die Kaiser Foundation Health Plans, einen Nonprofit-Status haben.

Tabelle 2: Die zehn größten HMO-Unternehmen in den USA (Stand: 31.12.1994)

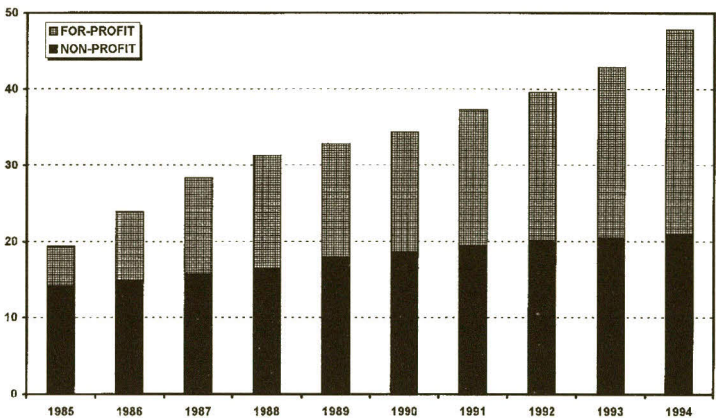
Gesellschaft	Mitglieder in Mio	Versichertenanteil in %	For-/Non-profit
Kaiser Found. Health Plans	6,6	12,9	Non
CIGNA Health Care	3,3	6,5	For
United Health Care	2,8	5,4	For
Prudential Health Care	2,1	4,1	For
U.S. Healthcare*	1,8	3,5	For
FHP, Inc.*	1,7	3,4	For
Humana, Inc.	1,6	3,1	For
Pacifi Care*	1,4	2,8	For
Health Systems International	1,3	2,6	For
Aetna Health Plans*	1,1	2,2	For

Quelle: Group Health Association of America, 1995, U.S. HealthCare und Aetna fusionierten 1996, PacifiCare kaufte inzwischen FHP

Die Abbildung 1 macht sichtbar, daß nahezu der gesamte Zuwachs der HMOs seit 1985 auf das Konto der Kapitalgesellschaften geht, die sich ihr Geld an der Wall Street besorgen, indem sie Aktien auflegen und Dividende zahlen. Als Kapitalanlage konkurriert die Medizin dann mit allen alternativen Möglichkeiten zur Anlage privaten Kapitals weltweit. In diesem Kontext haben die Managementinstrumente letztlich die Aufgabe, den Zwang zur Erzielung (zumindest) einer Durchschnittsverzinsung letztlich am Krankenbett zu exekutieren. Da sich auch die Nonprofit-Unternehmen des Gesundheitswesens im Wettbewerb behaupten müssen, passen auch sie sich tendenziell der damit vorgegebenen Verwertungslogik an.

Abbildung 1

Wachstum der Health Maintenance Organizations nach Millionen Mitgliedern



Quelle: Interstudy

Mit Einschränkungen ist die zuspitzende Prognose einer Tendenz zur ›Corporatization‹ (Salmon 1990, 1994) der medizinischen Versorgung nicht von der Hand zu weisen. Am Ende einer solchen Entwicklung könnten wenige vertikal integrierten Kapitalgesellschaften stehen, denen als MCOs die Krankenhäuser, chirurgischen Zentren und Pflegeagenturen gehören. Ärzte und die andere Gesundheitsberufe wären entweder dort beschäftigt oder hätten den vertraglichen Status von abhängigen ›Juniorpartnern‹ (wie z.B. die Zulieferer gegenüber der Autoindustrie). Die medizinische Versorgung der Versicherten würde ausgehandelt

zwischen Kapitalgesellschaften als Käufer (die Arbeitgeber) und Kapitalgesellschaften als Versicherer und Anbieter (Woolhandler/Himmelstein 1994). Die Versorgung des daraus ausgegrenzten Teils der Bevölkerung würde in einem solchen Traumland der Wirtschaftsliberalen entweder einer staatlichen ›Grundsicherung‹ mit Sozialhilfekarakter (z.B. Medicaid MCOs) oder gänzlich der ›Eigenverantwortlichkeit‹ überlassen.

In der gegenwärtigen Expansionsphase des MCO-Marktes vollziehen sich Wachstum und Konzentration vor allem durch Unternehmenszusammenschlüsse und -übernahmen. Es sind dies »die am leichtesten zu handhabenden Instrumente (weit leichter als der Aufbau integrierter Netzwerke), um die Zahl der Versicherten (›covered lives‹) zu erhöhen und zugleich Macht über die Leistungsanbieter zu erlangen, vor allem über die Krankenhäuser und Ärzte, deren Einkommen ja von ihrem Zugang zu ›covered lives‹ abhängig sind. Größere Marktanteile bedeutet niedrigere Anbieterpreise, besonders für solche MCOs, die keine Eigentums-, sondern Vertragsbeziehungen zu Anbietern haben« (Zelman 1996, 89f.).²⁰

Die Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung hat wenig mit Wirtschaftlichkeit zu tun. Die ›New York Times‹ (28.4.1995) veröffentlichte, wieviel Prozent eines Prämiedollars als Verwaltungskosten und Gewinn in den größten kommerziellen HMOs ›hängen bleibt‹, d.h. erst gar nicht für medizinische Leistungen ausgegeben wird. Verglichen mit ungefähr 6% bei den deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen, waren dies bei ›U.S. Healthcare‹ und ›Wellpoint‹ 27,1% , bei ›HSI‹ 22,1% und 21,5% bei ›Foundation‹. Den niedrigste Wert unter den großen HMOs hatte ›PacifiCare‹ mit 16,5%. Für das Jahr zuvor meldete das ›Wall Street Journal‹ (5.9.1994) bei ›U.S.Healthcare‹ 1,5 Mio. Mitglieder (die sich inzwischen mehr als verdoppelt haben) 2,65 Mrd. US-Dollar Einnahmen, medizinische Ausgaben von 1,85 Mrd. US-Dollar. Es verblieben 794 Mio. US-Dollar an Overhead und Gewinn, das sind 30% der gesamten Einnahmen.²¹

7 Qualität und Ethik

Der Wandel zur Managed-Care-Medizin im eingangs umrissenen politisch-ökonomischen Kontext ist nicht nur wirtschaftlicher, sondern zugleich sozialer, kultureller und moralischer Natur. Ein Editorial des renommierten ›New England Journal of Medicine‹ faßt aus einer medizinisch-wertkonservativen Perspektive zusammen:

»Die Rolle der Ärzte hat sich radikal verändert, insofern sie heute von Managern unterwiesen werden und somit nicht länger Anwälte des Patienten sein können. Statt dessen müssen sie Anwälte einer Versicherungsorganisation (of the group of ›covered lives‹ in the health plan) sein. Das Ziel der Medizin wird eine gesunde Bilanz anstatt einer gesunden Population. (...) Der Schwerpunkt liegt auf Effizienz, Profitmaximierung, Kundenzufriedenheit, Zahlungsfähigkeit, Planung, Unternehmertum und Wettbewerb. Die Ideologie der Medizin wird ersetzt durch die Ideologie des Marktes. Vertrauen wird ersetzt durch ›caveat emptor‹. In den Marktmetaphern ist kein Platz für die Armen und Unversicherten. In dem Maße, in dem die Medizin zum Kapitalunternehmen wird, wird die medizinische Ethik durch die Geschäftsethik verdrängt. Auch die gemeinnützigen (nonprofit) Organisationen tendieren dazu, das Wertesystem ihrer kommerziellen Konkurrenten zu übernehmen. Ein Abschluß in Betriebswirtschaftslehre wird mindestens so wichtig wie ein Abschluß in Medizin. Öffentliche Institutionen, die von ihrer Aufgabe her gar nicht konkurrenzfähig sein können, riskieren ihr Ende, einen Zweiter-Klasse-Status oder schlicht die Privatisierung.« (Annas 1995)

Die American Medical Association (AMA) hat im Laufe der Jahre ihre grundsätzliche Opposition gegen die Managed-Care-Medizin aufgegeben und beschränkt ihre Kritik nun – neben Auswüchsen im For-profit-Sektor – auf fehlenden Einfluß der Ärzte in den MCOs, obwohl Ärzte in Managementpositionen nicht anders handeln (Kerr et al. 1995). Die neue Position wird in einem Editorial des JAMA (Ellwood/Lundberg 1996) wie folgt formuliert:

»Es ist unrealistisch zu erwarten, man könne zur nichtregulierten (un-managed), autonomen und einzelleistungshonorierten Medizin zurückkehren, wo diejenigen, die die Rechnung bezahlen (die Arbeitgeber, H.K.) oft kaum Einfluß auf die medizinisch Praxis hatten. (...) Wir Ärzte haben nicht mehr länger ein Versorgungssystem, das von uns und manchmal auch für uns gebaut war.«

Über die Irreversibilität bzw. – von Deutschland aus gesehen – Unvermeidlichkeit einer Medizin, die stärker betriebsförmig und integriert ist, sollte man sich keine Illusionen machen. Das ethische und politische Problem besteht darin, die medizinische Versorgung als Teil des gesellschaftlichen Lebens und somit als Feld demokratischer Gestaltung zu entdecken. Die ethische Grundfrage ›wie wollen wir leben?‹ muß konkret in Strukturen übersetzt werden und die vorhandenen Strukturen wären daraufhin zu analysieren, welche impliziten Antworten auf diese Grundfrage sie bereits enthalten.

Auch in den ökonomistischen Verkürzungen der Reformdiskurse (in den USA wie in Deutschland) sind viele ethische Festlegungen

versteckt. Ausgangspunkt einer offeneren Debatte könnte folgende Einsicht sein: die Integration medizinischer und pflegerischer Arbeit in konkurrierende Wirtschaftsunternehmen (kommerziell oder nicht) bedeutet nicht, daß nun ein Produkt (medizinische Dienstleistung) lediglich auf andere Weise hergestellt und verteilt wird. Vielmehr verändert sich das Produkt. Wie Hirsch (1977) gezeigt hat, ist der Nutzen, der aus Produkten gezogen wird, nicht nur Ergebnis der in ihnen verkörperten Eigenschaften, sondern auch der sozialen ›Umweltbedingungen‹, unter denen sie verbraucht werden. Zu diesen Bedingungen zählen die sozialen (ethischen) Normen, die sich im Laufe der Zeit aus Konventionen und Mustern menschlicher Beziehungen entwickelt haben, wie etwa gegenseitige Hilfe oder Loyalität. Das trifft auch für ärztliche Dienstleistungen zu. Sie haben nicht nur eine unmittelbare Wirkung auf die Gesundheit, sondern ebenso bedeutend kann das Vertrauen des Patienten in die Diagnose sein, sein Gespür für die Motivation des Arztes und seine emotionale Sicherheit, diese Dienste auch künftig in Anspruch nehmen zu können. Die praktizierte Ethik der Medizin ist nichts Zusätzliches zu ihrer Effektivität, sondern deren Bestandteil.

Ausgehend von der Schutzbedürftigkeit der Kranken betont die traditionelle westliche hippokratische Medizinethik vier wichtige Grunderwartungen der Individuen gegenüber dem Arzt. Hiernach haben Ärzte:

- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten zu sein,
- allein in des Patienten Interesse zu handeln,
- das Wohlergehen des Patienten über das eigene finanzielle Wohlergehen zu stellen und
- das Arztgeheimnis zu wahren.

Der Schriftsteller Stefan Heym drückt dies aus, wenn er sagt: »Ich muß dem Arzt, in dessen Hand ich mich begeben, vertrauen können, und zwar nicht nur in seinem Wissen, seinem diagnostischen Geschick, seiner Fähigkeit mit dem Skalpell: er darf mich nicht verraten, er darf mich nicht im Stich lassen...« Diese Normen sind nur als Ansprüche des individuellen Patienten zu verstehen (Jonas 1969). Wenn Kranke sich an einen Arzt wenden, so vertrauen sie darauf, daß dieser allein als ihr Agent handelt und nicht als Agent der Institution, der Versicherung oder eines ›Standorts Deutschland‹ (Kühn 1996).

Um zu erkennen, in welcher Beziehung die ökonomisierten Sozialbeziehungen in der Managed-Care-Medizin zu diesen normativen Erwartungen stehen, kann man die Arzt-Patient-Beziehung gedanklich als eine Transaktion auffassen, die vom gegenseitigen Vertrauen abhängig ist. Hirsch weist nach, daß kommerzielle Arrangements unvermeidlich solche Erwartungen untergraben, da der Marktmechanismus Ziele wie

Loyalität, Vertrauen und das altruistische Bemühen um den Partner in der Transaktionsbeziehung nicht optimieren kann. Im Gegenteil: eine effiziente Allokation von Ressourcen durch den Markt erfordert, daß die Einzelnen stets bestrebt sind, den vorteilhaftesten Handel abzuschließen und dann die Ressourcen für ihr jeweiliges Vorhaben einzusetzen, »mit der einzigen Einschränkung, daß sie nicht das Ziel haben, in der spezifischen Transaktion nicht den günstigsten Handel abzuschließen«. D.h. daß das am Markt konkurrierende Medizinunternehmen mit dem Streben nach Maximierung des einzelwirtschaftlichen Vorteils steht und fällt. Aber gerade diese Maximierung führt dazu, daß das Sozialverhalten der beteiligten Individuen (Verkäufer wie Kunden) anders und – moralisch gesehen – geringer ist als sie es eigentlich selbst möchten (Hirsch 1977, 81).

Die individuelle Chance, auf ein erwartetes Sozialverhalten zu treffen, also – bezogen auf die hier gestellte Frage – im Bedarfsfall die Hilfe eines loyalen Arztes in Anspruch nehmen zu können, ist eine individuelle Chance aller. Sie ist ein »öffentliches Gut«, das nur im gesellschaftlichen Maßstab geschützt werden kann wie gute Atemluft, Verkehrs- oder Rechtssicherheit. Öffentliche Güter sind niemals in idealer Weise real. Es gibt schlimme Fehlurteile vor Gericht, aber sie sind nicht so häufig, als daß die Rechtssicherheit als nicht mehr gegeben angesehen würde. So ist es auch mit dem sozialen Vertrauen in die Chance, im Bedarfsfall einen loyalen Arzt zu finden. Aber es gibt jeweils kritische Grenzen.

Die institutionalisierte Vorteilsmaximierung im ökonomisch-rationalen Management der Arzt-Patient-Beziehung durch gewinnorientierte Unternehmen installiert in bezug auf dieses öffentliche Gut einen negativen Rückkopplungsprozeß: Sobald sich die Patienten nicht mehr auf ein Verhalten verlassen, das ihren früheren ethischen Erwartungen entspricht, d.h. »sobald das vom Partner zu erwartende normale Verhalten in dem Versuch besteht, aus einzelnen Transaktionen ein Maximum an persönlichem Nutzen zu ziehen, wird der Wandel der Verhaltensnormen als Wandel institutionalisiert. (...) Ganz allgemein sind Marktsituationen nicht in der Lage, kollektive Leistungen effizient bereitzustellen, und gänzlich versagen sie im Hinblick auf die kollektive Sicherstellung sozialer Normen.« (Hirsch 1977, 89f.)²² Das gilt für monetäre Anreize und Sanktionen in der individuellen Arzt-Patient-Beziehung ebenso wie für ihr »Mikromanagement« durch konkurrierende Unternehmen, das die individuellen Entscheidungen auf die Managementebene verlagert. In beiden Fällen lautet die ethische Frage: Was empfinden Kranke, wenn der Arzt oder die Ärztin davon abrät, ein Diagnoseverfahren oder einen

Eingriff vornehmen zu lassen? Woher wissen sie, welchen Kriterien und Maximen die Entscheidung bzw. Empfehlung folgt? Hängt von der Art der Entscheidung vielleicht das Einkommen, die Karriere oder gar die wirtschaftliche Existenz des Arztes ab? Wurde ihm oder ihr vielleicht gerade mitgeteilt, ein Budget sei ausgeschöpft? Auf was können sie als Hilfesuchende vertrauen?

Mit Vertrauen ist nicht dummliche Leichtgläubigkeit gemeint, sondern das Vertrauen, das Hilfesuchende und Leidende haben können sollten. Mechanic und Schlesinger (1996) unterscheiden zwischen interpersonalem Vertrauen und sozialem Vertrauen. Beide sind Elemente der über den Nutzen medizinischer Dienstleistungen mitentscheidenden sozialen ›Umweltbedingungen‹:

›Interpersonales Vertrauen ist eine Voraussetzung für viele Aspekte einer effektiven Medizin, sei es für die Bereitschaft des Patienten, potentiell stigmatisierende Informationen von gesundheitlicher Relevanz preiszugeben (z.B. Tablettenabhängigkeit und sexuelle Praktiken), sei es für die Beschreibung intimer Gefühle und Gedanken, ohne die nicht zwischen mentalen und physischen Störungen unterschieden werden kann, sei es für die Bereitschaft, eine notwendige Behandlung oder schwierige und riskante Verhaltensänderungen zu akzeptieren. (...)

Soziales Vertrauen entspricht etwa der Eigenschaft des ›öffentlichen Gutes‹. Seine Zerstörung ›verursacht beträchtliche soziale Kosten, da die Käufer und Patienten Informationen über die Leistungen der Ärzte, Zweit- und Drittmeinungen einholen bzw. sich auf andere Weise gegen mögliche Fehlbehandlungen schützen müssen. Eine Studie von 1991 schätzt, daß allein das Utilization-Management 2,3 Mrd. Dollars kostet. Auf der kollektiven Ebene zieht Mißtrauen in das Medizinsystem externe Kontrollen durch öffentliche oder private Einrichtungen nach sich, um die Zuverlässigkeit der Versorgung sicherzustellen. Kurzum, in einem Gesundheitswesen ohne soziales Vertrauen wird ein großer Anteil des Geldes der Versorgung entzogen und auf Maßnahmen des Selbstschutzes, auf die Durchsetzung von Regulation und Kontrollen der Ärzte gelenkt.« (Mechanic/Schlesinger 1996)

›Das System übt Druck auf die Ärzte aus, das Vertrauen der Patienten um des finanziellen Vorteils willen zu nutzen‹, schreiben zwei Ärzte (Woolhandler/Himmelstein 1995). Viele MCOs beispielsweise verbieten ihren Ärzten mittels sogenannter ›gag clauses‹ in den Verträgen, gegenüber den Patienten die vorhandenen Behandlungsoptionen zu erörtern, da diese möglicherweise vom Management nicht autorisiert werden. In einer ebenso detaillierten und ausführlichen wie auf die

generellen Strukturen der Managed-Care-Medizin eingehenden ›special investigation‹ berichtete die amerikanische Ausgabe des ›Time‹-Magazins Anfang 1996 über das Schicksal einer krebskranken Patientin unter dem Titel »What your doctor can't tell you«. Es wird nicht nur gezeigt, wie die ärztlichen Prognosen bezüglich teurer Behandlungsoptionen für eine todkranke Frau in Abhängigkeit vom Wissen über die Mitgliedschaft einer bestimmten HMO und deren Sanktionssystem variierten, sondern es werden auch die Strukturen und Geschäftsstrategien beschrieben und analysiert, in denen dies zur Selbstverständlichkeit wird (Larson 1996). Auch über die Bezahlungsmechanismen einer HMO oder PPO (wie Kopfpauschale oder Bonus/Malus-Systeme) sollen Patienten vielfach bei Strafe der Aufkündigung des Vertrages im Unklaren gehalten werden.

In diesem Kontext lassen sich ethische Probleme nur politisch und nur als Strukturprobleme lösen. Dabei geht es primär nicht um ›Fehlverhalten‹, sondern um die Auflösung der institutionellen Interessenkonflikte, die das Risiko unethischen Verhaltens, des Vertrauensbruchs erhöhen. Über längere Zeitperioden hinweg kann dieses Vertrauen nämlich nur gesichert werden, indem es gerechtfertigt wird. Dem steht jedoch entgegen, daß in einer Managed-Care-Medizin unter Bedingungen einer wirtschaftlichen Konkurrenz tendenziell die Beziehungen der Institutionen gegenüber den Patienten bzw. Kranken betriebswirtschaftlich überformt werden. Das heißt fachliche und ethische Entscheidungen, die Verantwortung gegenüber den Kranken, ja die Gesamtheit der Beziehungen von Ärzten, Schwestern, der Institution zu den Patienten werden zunehmend überlagert oder ersetzt durch das verwertungsökonomische Kalkül. Im Unterschied zur ›alten‹ Medizin ist dieses Kalkül ›entsubjektiviert‹, d.h. es bleibt nicht mehr den unmittelbar Handelnden überlassen, sondern wird in Unternehmen institutionalisiert und zum Bestandteil von Systemen, während es – bei allen Fehlern und Perversionen – im traditionellen Kontext subjektiv und somit dem Gewissen zugänglich und insoweit reversibel ist. So aber wird die persönliche Verantwortung für Entscheidungen und Handlungen im Sinne dieses Kalküls sowohl vom Arzt als auch von der Subjektivität des Patienten-Individuums abgetrennt. Ärzte werden einem Interessenkonflikt ausgesetzt (Rodwin 1993, Thompson 1993) und die Regeln der Organisation sorgen dafür, daß sie ihren Entscheidungen und ihren Operationen sozusagen moralisch fernbleiben können (Gorz 1989), soweit ihnen die Entscheidung nicht ohnehin durch das Management entzogen worden ist (Rodwin 1995; Emanuel/Dubler 1995; Kassirer 1995; Kühn 1996). Probleme von Leben und Tod, von Schmerz, Unglück usw. sind diesem (fern vom Patienten) aber nur

vermittelbar, wenn sie zuvor in Indikatoren, Meßwerte und formalisierte Normen verwandelt und somit bürokratisch ›banalisiert‹ (Arendt 1964) worden sind.²³

Eine weitere, bisher noch kaum diskutierte Konsequenz ist folgende: Mit dem neuen Ideal einer standardisierten Managed-Care-Medizin wird de facto ein bestimmtes Paradigma der Medizin noch weiter verfestigt, nämlich dasjenige, dem das ›Maschinenmodell‹ als Menschenbild zugrunde liegt (Uexküll/Wesiack 1988; Kühn 1989; Frankford 1994; Belkin 1994). Unter den gegebenen politisch-ökonomischen Bedingungen scheint dieses jedoch das einzige zu sein, das es erlaubt, Medizin als ›Massenprodukt‹ zu ökonomisieren, sozusagen zu ›McDonaldisieren‹ (Ritzer 1993).²⁴ Medizinische Ansätze, in denen das Patientensubjekt eine betonte Rolle spielt, können in einer Managed-Care-Medizin keinen Raum finden und werden künftig in noch stärkerem Maße exklusiv der sozialen Schicht von Patienten offenstehen, die sich eine ›Individualmedizin‹ leisten können. Das ist der qualitative und soziale Kern sogenannter ›Grundversorgungen‹.

8 Perspektiven

Die Managed-Care-Zusammenhänge bergen in sich auch Chancen zu einer humanen medizinischen Versorgung. Ansätze zur Integration und Kooperation des fragmentierten Versorgungssystems lassen sich erkennen und sind unverzichtbar z.B. für die Sicherung der Behandlungskontinuität bei chronisch Kranken. Die dazu erforderlichen institutionellen Veränderungen liegen völlig außerhalb der Reichweite einzelner Ärzte und kleiner Gruppenpraxen. Darum können sie auch durch ›monetäre Anreize‹ für individuelle Ärzte nicht erreicht werden und sind nur im Maßstab großer Institutionen bzw. institutionalisierter Kooperation zu erwarten. Hingegen kann (!) der von globalen Budgets (Kühn 1996a) ausgehende Kostendruck – soweit der Staat die Externalisierungsmöglichkeiten hinreichend einzuschränken versteht und durch bewußte Strukturpolitik die rechtlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen schafft – Anbietern durchaus nahelegen, nicht nur die Inanspruchnahme zu senken, sondern auch sich geographisch auszudehnen, die Institutionen zu koordinieren, leistungsfähige Informationssysteme zu schaffen, durch die klinische und andere Daten über ein komplexes System verteilt werden können (Zelman 1996). Zur Herstellung einer wirklich öffentlichen Verantwortung der medizinischen Versorgung bedarf es auf der gesellschaftlichen Ebene durchaus der ›technokratischen‹ Instrumente. So müßte eine demokratische Öffentlichkeit zum Beispiel erwarten

können, daß die Medizin ihre Wirksamkeit – nicht in jedem Fall, aber doch als Anspruch – epidemiologisch legitimiert, und ihre Standards empirisch an den subjektiven Präferenzen und dem Wohlbefinden der Patienten orientiert.²⁵

Mit Blick auf die strukturellen Rückständigkeit der deutschen Situation sei hinzugefügt: der makroökonomische Druck, der durch die neuen prospektiven Finanzierungsformen auf den Institutionen lastet, wird nur dann nicht zu Lasten der Patienten gehen, wenn auf der Seite der Anbieter kooperative Arbeitsformen sowie ein hohes Niveau der binnen- und zwischeninstitutionellen Integration überhaupt das Potential für andere als reine Verknappungsstrategien beinhalten. Insofern fehlen für die globale Budgetierung als Instrument, Knappheitsdruck auf die Institutionen auszuüben ebenso noch die strukturellen Voraussetzungen wie für die Modellversuche einiger Krankenkassen-Verbände im ambulanten Bereich. Denn die Einzelpraxis und das insular operierende Krankenhaus haben kaum andere Optionen, als den Kostendruck und an die Patienten (vor allem aus den unteren sozialen Schichten) weiterzugeben, dem schwächsten Teile des Systems. Ohne Strukturpolitik wird die Manipulation von Bezahlungsformen (›Anreize‹) stets zu diesem Ergebnis führen. Der strukturelle Status quo der deutschen medizinischen Versorgung ist also sicher keine Alternative zu einem höherem Niveau der ›Vergesellschaftung‹ medizinisch-pflegerischer Arbeit. Diese jedoch muß im öffentlichen Interesse strukturell gestaltet werden, denn die zivilisatorische Errungenschaft des Solidaritätsprinzips hat zwar in der sozialen Krankenversicherung eine Voraussetzung, aber ob sie als Handlung für die Schwächsten tatsächlich erfahrbar wird, wird letztlich erst in den konkreten Institutionen entschieden.

Die amerikanische Empirie zeigt, daß selbst privatwirtschaftliche Institutionen ein Maß der Integration und Transparenz medizinischer Teilbereiche organisiert haben, zu dem es die wortreiche, gedankenarme und stets atemlose bundesdeutsche Gesundheitspolitik wohl lange nicht bringen wird. Auch wenn solche Neuerungen als Gegenstand einer konkurrenzgetriebenen Verwertungsökonomie häufig die Effektivität des ›Falschen‹, für das sie instrumentalisiert werden, noch erhöhen, so könnten sie – daraus befreit – für sich genommen einer künftigen humaneren Medizin durchaus Formen geben.

Erfahrungen in modernen, über die gesamte Versorgungskette integrierten und prospektiv finanzierten ›organized delivery systems‹ mit Nonprofitstatus in den Vereinigten Staaten lassen hingegen wenigstens ahnen, daß geringerer Ressourcenverbrauch nicht zwangsläufig mit der Zerstörung individuellen und sozialen Vertrauens bezahlt werden muß.

Eckholm (1993) beschreibt als Beispiel eine Nonprofit-HMO in Pennsylvania mit 142 000 Mitgliedern, einem eigenen Akutkrankenhaus, das vernetzt ist mit breit gestreuten Ambulatorien. Hier arbeiten 530 Ärzte in kollegial-kooperativen Zusammenhängen. Ihr Gehalt ermöglicht es ihnen, sich auf die Individualität des Patienten zu konzentrieren und Entscheidungen zu treffen, die nicht mit je unterschiedliche Verdienstmöglichkeiten verknüpft und belastet sind. Das ist die Voraussetzung der ärztlichen Loyalität zum Patienten (Relman 1988). Die HMO wählt die Ärzte danach aus, ob sie diese Unternehmensphilosophie teilen. Die Ärzte, die vorher in eigener Praxis waren, berichten von Einkommensverlusten, die aber durch weniger Arbeitszeit und größere Arbeitszufriedenheit kompensiert werden. Angestrebt wird ein Anteil von 50 % Primärärzten. Viele der sonst üblichen und häufig demoralisierenden Managementkontrollen werden ersetzt durch das Prinzip der Teamarbeit gleichberechtigt kooperierender Ärzte. »Von den Ärzten wird erwartet, daß sie sich in den Teams selbst korrigieren. ›Wir wissen sehr genau, was unsere Kollegen im benachbarten Zimmer tun‹, sagte ein Arzt. ›Es gibt viel gegenseitige Kommunikation, viele informelle second opinions.« Die HMO stützt diese ›Peer Review‹, indem sie für einen ständigen Informationsfluß über Forschungsergebnisse und Ratschläge sorgt, die helfen sollen, Diagnosen und Verfahren zu verbessern und kostengünstig zu machen. Hierbei beklagt man noch den Mangel an empirisch fundierten ›guidelines‹. Es werden die Verschreibungsmuster beobachtet und Informationen verteilt über billigere Medikamente oder Generika, die als gleich gut angesehen werden. Sanktionen sind mit solchen Empfehlungen nicht verbunden, dennoch werden sie akzeptiert. Diese moderne Form ärztlichen Professionalismus (der mehr egalitäre Beziehungen auch zu den ›Nichtärzten‹ einschließt), hat sicher auch ihre Schwächen, scheint mir aber unter den heutigen Bedingungen allen anderen realisierbaren Optionen überlegen zu sein. Ob solche Institutionen allerdings gegen die Konkurrenten bestehen können, ist offen und muß bezweifelt werden, denn allein der Verzicht auf Risikoselektion bedeutet, daß die Konkurrenz mit ungleichen Mitteln ausgetragen wird.²⁶ Noch bestünden in Deutschland mit seinen sozialstaatlichen Institutionen die Möglichkeiten, für die Entwicklung einer solchen, nicht konkurrierenden, sondern kooperativen Medizin und für die Organisierung der dazu notwendigen Lernprozesse, die politischen Voraussetzungen zu schaffen.

Korrespondenzadresse: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Arbeitsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Anmerkungen

- 1 Medicare: steuerfinanzierte Krankenversicherung für die über 64jährigen Amerikaner, Medicaid: Sozialhilfe für Kranke
- 2 So kann die vom Prognos-Institut übernommene stereotype Feststellung, es lasse sich »keine schlechtere Qualität der Gesundheitsversorgung als im konventionellen System belegen« (S.95), niemanden überraschen. Wie denn auch? In der Zusammenfassung machen sie dann noch aus der nicht bewiesenen schlechten Qualität eine explizit gute. Es heißt dort ohne weiteres, »bezüglich der Qualität« lägen »positive praktische Erfahrungen mit Managed Care« vor (Stock/Baumann 1996, 171).
- 3 Dem ökonomischen Status nach gehört die Mehrzahl davon zu den sogenannten »working poor«, die zwar eine Arbeit haben, deren Lohn jedoch unter bzw. kaum über der Armutsgrenze liegt, ferner Menschen, die wegen ihres hohen Krankheitsrisikos aus den Versicherungen ausgegrenzt sind, sowie Arbeitnehmer in Kleinbetrieben, die keinen Versicherungsschutz anbieten, und Freiberufler, die sich die permanent steigenden Prämien nicht leisten können.
- 4 Die Schätzungen beruhen auf verschiedenen Surveys. Abweichungen ergeben sich auch aus unterschiedlichen Abgrenzungen.
- 5 Instrukтив als Überblick ist Weiner/D.Lissovoy 1993
- 6 Am Beispiel der betrieblichen Organisationsformen in den frühen Industrialisierungsphasen zeigt Wehler (1987, 59-123), wie schwierig solche Einschätzungen selbst ex post noch sind.
- 7 Im amerikanischen System ist die Regel das Belegkrankenhaus, das nicht nur um Patienten, sondern auch um Ärzte konkurriert, die diese Patienten mitbringen.
- 8 Die staatlichen Ausgaben allein für die medizinische Forschung in den USA sind etwa so hoch wie die gesamte staatliche Forschungsförderung in Deutschland.
- 9 Den in den USA gebräuchlichen Begriff »Corporation« übersetze ich sinngemäß mit »Konzern«.
- 10 Zum machtpolitischen Abstieg der organisierten Ärzteschaft s. Wolinsky/ Brune 1994.
- 11 Solche Machtverschiebungen kennzeichnen die Systeme fast aller westlichen Industrieländer. Das läßt auf gemeinsame Ursachen schließen. Das rückläufige politisch-ökonomische Gewicht der Lohnabhängigen sowie die Rückläufigkeit ihrer Löhne limitieren den Markt für sozialstaatlich finanzierte bzw. subventionierte medizinische Dienstleistungen – und die rückläufige Knappheit der Ärzte tut das ihrige in die gleiche Richtung.
- 12 Die Interessenposition der amerikanischen Konzerne in dieser Frage ist durchaus diffizil. Hätten sie nur unmittelbare Verteilungsinteressen (Kostensenkung), dann wären sie etwa mit dem National Health System Großbritanniens, der deutschen GKV oder der kanadischen Krankenversicherung, die auf gesamtwirtschaftlicher Ebene operieren, besser bedient. Der Reformoptimismus vieler Clinton-Berater beruhte denn zunächst auch auf der Annahme, auf dieser Ebene unter den Konzerngewaltigen Verbündete zu finden. Übersehen wurde dabei, daß die Herrschaftsinteressen starke »ordnungspolitische« und ideologische Elemente einschließen, die man als mit einer »socialized medicine« unvereinbar ansieht.
- 13 Wir kennen diese Paradoxie in Deutschland: hier sind die kompromißlosesten Verfechter von »Markt«, »Wettbewerb«, »Flexibilität« und »Risikobereitschaft« meist selbst als Lebenszeitbeamte (Ökonomieprofessoren) vor dem Genuß ihrer Konzepte bestens geschützt.
- 14 Das meinte Max Weber, als er sagte, der »Geist des Kapitalismus« habe das Band zwischen Arbeit und Bedürfnis zerschnitten.

- 15 Es gibt inzwischen zahllose Lehrbücher zu den Managed Care Instrumenten (z.B. Nash 1994), aber kaum zuverlässiges empirisches Wissen über Verbreitung und Effekte.
- 16 Solche Konzepte der Patientenerziehung wurden auf der Jahrestagung der Association for Health Services Research, Chicago 1995 zahlreich vorgestellt.
- 17 Durch ein technisches Versehen ist die Quelle dieses Erfahrungsberichts verlorengegangen, Übersetzung durch den Verfasser.
- 18 Ich habe eine Vielzahl von Reportagen und Interviews aus den seriösen U.S.-Zeitungens gesammelt und die typischen Muster amerikanischen Experten vorgetragen, die mir die hier angeführten Punkte als realistisch für jeweilige Typen bestätigt haben. Aus Platzgründen muß eine ausführliche Darstellung auf eine spätere Veröffentlichung verschoben werden. Die folgenden Beispiele entstammen, soweit nicht extra vermerkt, Artikeln der New York Times aus dem Jahr 1993, die größtenteils gesammelt sind in ›Solving... 1993‹.
- 19 Deren Wirkung geht weit über die MCOs hinaus, z.B. bei der Utilization Review durch traditionelle Krankenversicherungen oder Abteilungen für Rechnungswesen der Kliniken, die mit jeder einzelnen Versicherung und MCO unterschiedliche Verträge, Preise, Sonderbedingungen usw. haben.
- 20 Die niedrigeren Preise dürften sowohl auf ›economies of scale‹ zurückgehen (Pope/Burk 1996), als auf Marktmacht, durch die zum einen die Anbieter gezwungen werden diese weiterzugeben und zweitens darüber hinausgehende Rabatte herausgeholt werden können.
- 21 Zu »Kosten und Qualität«, s. die ungekürzte Fassung dieser Arbeit, Wissenschaftszentrum Berlin 1997
- 22 Die enorme Zunahme der Schadensersatzprozesse gegen amerikanische Ärzte ist nur ein Indikator für diesen Folgeeffekt einer ökonomisierten Medizin.
- 23 Den sozialen Charakter dieses Ökonomismus habe ich an anderer Stelle ausführlich begründet, s. Kühn 1987, 1990, 1991, 1996
- 24 Dies einmal vorausgesetzt ist es natürlich besser, wenn die immanent möglichen Verfahrensweisen im Sinne des Ideals einer ›evidence based medicine‹ in der jeweils bestmöglichen Weise eingesetzt werden. Um im Bild zu bleiben: verglichen mit unhygienischen Imbißbuden kann McDonalds durchaus als Fortschritt begrüßt werden.
- 25 Einen Ansatz zur Diskussion eines »sozial verantwortlichen Managed Care Systems« liefern Showstack et al. (1996).
- 26 Die von der deutschen Regierungskoalition geforderte Abschaffung (statt eines Ausbaus) des Risiko-Strukturausgleichs der Krankenkassen würde die Voraussetzungen für eine solche ungleiche Konkurrenz schaffen, in der diejenigen verdrängt werden, die Patienten mit hohem Krankheitsrisiko nicht diskriminieren.

Literaturverzeichnis

- Annas, G.J. (1995), Reframing the debate on health care reform by replacing our metaphors, *New England Journal of Medicine*, (1995), 322, 744-47
- Arendt, H. (1964), *Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen*, München (Hanser)
- Belkin, G.S. (1994), The new science of medicine, *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 19, 801-808
- Bergthold, L.A. (1987), Business and the pushcart vendors in an age of supermarkets, *International Journal of Health Services*, 17, 1, 7-20

- Bergthold, L.A. (1988), Purchasing power: Business and health policy change in Massachusetts, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13, 3, 425-40
- Bernstein, S.J./ McGlynn, E.A. et al. (1993), The appropriateness of hysterectomy: a comparison of care in seven health plans, *Journal of the American Medical Association*, 269, 2398-2402
- Blustein, J./ Marmor, T.R. (1994), Cutting waste by making rules: Promises, pitfalls, and realistic prospects, in: Marmor, T.R., (1994) *Understanding Health Care Reform*, New Haven & London, Yale University Press, 86-106
- Brennan, T.A./ Berwick, D.M. (1996), *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*, San Francisco (Jossey Bass)
- Brown, E.R. (1996), With managed care, what role for public health?, *The Nation's Health*, 26, 2
- Chollet, D.J. (1996), Redefining private Insurance in a changing market structure, in: Altman, S.H./ Reinhardt, U.E. (Ed.), *Strategic choices for a changing health care system*, Chicago, Ill. (Health Administration Press), 33-62
- Conrad, D.A./ Dowling, W.L. (1990), Vertical integration in health care: theory and managerial implications, *Health Care Management Review*, 15 (fall), 9-22
- Cunningham, R. (1995), Managed Care agnostics question savings claims, *Medicine & Health Perspectives*, May 22
- Davis, K. et al. (1990), *Health Care Cost Containment*, Baltimore/London (Johns Hopkins U Press)
- Davis, K. et al. (1994), *Managed Care: promise and concerns*, *Health Affairs*, Fall 1993, 178-185
- Detsky, A.S. (1995), Regional variation in medical care, *New England Journal of Medicine*, 333, 589-90
- Dubois, R.W./ Brook, R.H. (1988), Preventable deaths: how, how often, and why, *Annals of Internal Medicine*, 109, 582-89
- Eckholm, E. (1993), The ethos of conservative care, in: *Solving America's health-care crisis (1993): a guide to understanding the greatest threat to your family's economic security*, by the staff of >The New York Times<, ed. by E. Eckholm, New York (random house), 239-244
- Ellwood, P.M.Jr. et al. (1971), Health Maintenance Strategy, *Medical Care*, 9: 291-306
- Ellwood, P.M.Jr./ Lundberg, G.D. (1996), Managed Care: a work in progress, *Journal of the American Medical Association*, 276, 1083-1086
- Emanuel, E.J./ Dubler, N.N. (1995), Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care, *Journal of the American Medical Association*, 273, 323-329
- Epstein, A. (1995), Performance cards on quality: prototypes, problems, and prospects, *New England Journal of Medicine*, 333, 57-61
- Evans, R. G. (1996), The market and the state: what are their responsive roles in the regulation of health care systems?, Vortrag auf dem 9. Kongress der International Association of Health Policy, Montreal, Canada v.13.-16. 6. 1996
- Ewers, M. (1996), Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (P96-208)*
- Feinglass, J./ Salmon W.J. (1990), Corporatization of medicine: the use of management information systems to increase the clinical productivity of physicians, *International Journal of Health Services*, 20, 2, 233-252
- Feinglass, J./ Salmon, J.W. (1995), *Regulation and capital accumulation in the health care industry*, Chicago, unveröff. Ms.
- Frankford, D.M. (1993), The Medicare DRGs: Efficiency and organizational rationality, *Yale Journal on Regulation*, 10, 273-346

- Frankford, D.M. (1994), Scientism and economism in the regulation of health care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19, 773-799
- Freidson, E. (1970), *Professional Dominance*, Chicago
- Fubini, S./Antonelli, V. (1996), 1996 Industry Outlook, *Healthcare Trends Report*, Jan.
- Gabel, J.B. et al. (1994), *HMO Industry Profile*, Washington, D.C. (Group Health Association)
- Gabel, J.R./ Rice, T. (1993), Is managed competition a field of dreams?, *Journal of American Health Policy*, Jan./Feb., 19-24
- Gauthier, A.K./ Lamphere, J.A./ Barrand, N.L. (1995), Risk selection in the health care market, *Inquiry* 32, 14-22
- Gold, M. et al. (1995), Behind the Curve: a critical assessment of how little is known about arrangements between managed care plans and physicians, *Medical Care Research and Review*, 52, 307-341
- Gorz, A. (1989), *Kritik der ökonomischen Vernunft*, Berlin (Rotbuch Verlag)
- Gorz, A. (1989), *Kritik der ökonomischen Vernunft*, Berlin (Wagenbach)
- Gray, B.H. (1991), *The profit motive and patient care: The changing accountability of doctors and hospitals*, Cambridge, Mass. (Harvard University Press)
- Group Health Association of America (1995), *Patterns in HMO Enrollment* (ed Ed.), Washington, D.C.
- Heilbroner, R.L. (1986), *The nature and logic of capitalism*, New York (Norton)
- Hellinger, F.J. (1995), Selection bias in HMOs and PPOs: a review of evidence, *Inquiry*, 32, 135-42
- Herzlinger, R. (1994), The quiet health care revolution, *The Public Interest*, No.115, 72-90
- HIAA/ Health Insurance Association of America (1995), *Source Book of Health Insurance Data 1994*, Washington, D.C.
- Hibbard, J.H./ Jewett, J.J. (1996), What kind of quality information do consumers want in a health care report card?, *Medical Care Research and Review*, 53, 28-47
- Hillman, A.L. et al. (1992), Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians, *Medical Care*, 30, 136-148
- Himmelstein, D.U./ Lewontin, J.P./ Woolhandler, S. (1996), Who administers? Who cares? Medical administrative and clinical employment in the United States and Canada, *American Journal of Public Health*, 86, 172-178
- Himmelstein, D.U./ Woolhandler, S. (1988), The corporate compromise: A Marxist view of Health Maintenance Organizations and Prospective Payment, *Annals of Internal Medicine*, 15.9.1988, 494-98
- Hirsch, F. (1977), *Social limits to growth*, London and Henley (Routledge & Kegan Paul)
- Iglehart, J.K. (1992), The American health care system: Managed Care, *New England Journal of Medicine*, 327, 742-47
- Iglehart, J.K. (1994), The struggle between managed care and fee-for-service practice, *New England Journal of Medicine*, 321, 63-67
- Institute of Medicine (1993), *Employment and health benefits*, Washington (National Academy Press)
- Jonas, H. (1996), Philosophical reflections on experimenting with human subjects, *Daedalus*, 98, 219-247
- Kahn, K.L./ Keeler, E.B. et al. (1990), Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system, *Journal of the American Medical Association*, 264, 1984-88
- Kassirer, J.P. (1993), The quality of care and the quality of measuring it, *New England Journal of Medicine*, 329, 1263-65

- Kassirer, J.P. (1994): The use and abuse of practice profiles, *New England Journal of Medicine*, 330, 634-36
- Kassirer, J.P. (1995), Managed care and the morality of the market place, *New England Journal of Medicine*, 333, 50-52
- Kerr, E.A. et al. (1995), Managed care and capitation in California: How do physicians at financial risk control their own utilization?, *Annals of Internal Medicine*, 123, 500-504
- Kosterlitz, J. (1991), Cookbook Medicine, *National Journal* v. 3.9.1991, 574-577
- Kühn, H. (1987), Die rationalisierte Ethik – Zur Moralisierung von Krise und Krankheit, in: *Medizin, Moral und Markt, Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 12 (Argument Sonderband AS 146)*, Berlin/Hamburg, 8-30
- Kühn, H. (1989), Glanzvolle Ohnmacht – Zum politischen Gehalt des Ganzheitsanspruchs in der Medizin, *Kritische Medizin im Argument, Argument-Sonderband AS 162*, Berlin/Hamburg 1989, 111-128
- Kühn, H. (1990), Ökonomisierung der Gesundheit – am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, *WSI-Mitteilungen*, 1990, 62-76
- Kühn, H. (1991), Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte, Veröffentlichungsreihe Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 91-209, Berlin 1991
- Kühn, H. (1993), Healthismus – Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin (Sigma) 1993
- Kühn, H. (1994), Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, in: D. Schaeffer, M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*, Berlin, S.190-200
- Kühn, H. (1996), Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin, Discussion Paper, Wissenschaftszentrum Berlin
- Kühn, H. (1996a), A critical view on global budgeting in Germany's social health insurance system, Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, New York, November 1996, i.E.
- Larson, E. (1996), What your doctor can't tell you: An in-depth look at managed care – and one woman's fight to survive, *TIME*, January 22, 1996, 44-52
- Lasker, R.D./ Shapiro, D.W./ Tucker, A.M. (1992), Realizing the potential of profiling, Physician Payment Review Commission Conference on Profiling, Washington D.C., No. 92-2
- Lee, P.R./ Etheredge, L. (1989), Clinical freedom: two lessons for the UK from U.S. experience with privatization of health care, *The Lancet*, 335, 263-67
- Leyerle, B. (1994), The private regulation of American Health Care, Amonk, N.Y. (M.E. Sharpe)
- Light, D.W. (1994), Primary care tomorrow: Managed care, false and real solutions, *The Lancet*, 344, 1197-1199
- Luft, H.S. (1981), *Health Maintenance Organizations: Dimensions of Performance*, New York (John Wiley)
- Luft, H.S. (1994), Health Maintenance Organizations: Is the United States' experience applicable elsewhere?, in: *OECD, Health: Quality and Choice*, Paris, 45-62
- Luke, R.D./ Olden, P.C. (1995), Foundations of market restructuring: local hospital cluster and HMO infiltration, *Medical Interface*, Sept. 1995, 71-75
- Manning, W.G. et al. (1984), A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services, *New England Journal of Medicine*, 310, 1505-1510
- McNeil, B.J./ Pederson, S.H./ Gatsonis, C. (1992), Current issues in profiling quality of care, *Inquiry*, 29, 298-307

- Mechanic, D./ Schlesinger, M. (1996), The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians, *Journal of the American Medical Association*, 275, 1693-97
- Miller, R.H./ Luft, H.S. (1994), Managed care plan performance since 1980: A literature analysis, *Journal of the American Medical Association*, 271, 1512-19
- Morone, J./ Belkin, G.S. (1994), Ed., *The Politics of health care reform: Lessons from the past, prospects for the future*, Durham, N.C. (Duke University Press)
- Pfaff, M./ Nagel, F. (1995), Vergütungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung: Ein Überblick über Honorierungsmodelle und ihre Steuerungswirkungen, *Soziale Sicherheit*, 2/1995
- Pope, G.C./ Burge, R.T. (1996), Economies of Scale in Physician Practice, *Medical Care Research and Review*, 53, 4, 417-440
- Reinhardt, U.E. (1992), Reflections on the meaning of efficiency: can efficiency be separated from equity?, *Yale Law Policy Review*, 10, 302-315
- Reinhardt, U.E. (1993), Managed Competition in American Health Care Reform: Just another dream, or the perfect solution, *Man*.
- Relman, A.S. (1980), The new medical-industrial complex, *New England Journal of Medicine*, 303, 963-70
- Relman, A.S. (1988), Salaried physicians and economic incentives, *New England Journal of Medicine*, 319, 784
- Relman, A.S. (1991), The health care industry: where is it taking us?, *New England Journal of Medicine*, 325, 854-859
- Relman, A.S. (1993), Controlling costs by 'managed competition' - would it work?, *New England Journal of Medicine*, 328, 133-135
- Relman, A.S. (1994), Medical insurance and health: What about managed care, *New England Journal of Medicine*, 331, 471-72
- Rice, T.H. (1996), Measuring health care costs and trends - Containing health care costs, in: Andersen, R.M./ Rice, T.H./ Kominski, G.F. (Ed.), *Changing the U.S. health care system*, San Francisco (Jossey-Bass), 62-100
- Ritzer, G. (1993), *The McDonaldization of Society*, Newbury Park, CA (Pine Forge Press)
- Robinson, J.C./ Casalino, L.P. (1995), The growth of medical groups paid through capitation in California, *New England Journal of Medicine*, 333, 1684-87
- Rodwin, M.A. (1993), *Medicine, money, and morals: physicians' conflicts of interest*, New York & Oxford (Oxford University Press)
- Rodwin, M.A. (1995), Conflicts of interest in managed care, *New England Journal of Medicine*, 332, 604-607
- Roos, N.P./ Roos, L.L. (1992), Small area variation, practice style, and quality of care, in: Wenzel, R.R. (Ed.), *Assessing quality care*, Baltimore (Williams & Wilkins)
- Rosenberg, S.N. et al. (1995), Effect of utilization review in a fee-for-service health insurance plan, *New England Journal of Medicine*, 333, 1326-30
- Russel, L.B. (1986), *Is prevention better than cure?* Washington, D.C. (Brookings)
- Salem-Schatz, S. et al. 1994, The Case for Case-Mix Adjustment in Practice Profiling, *Journal of the American Medical Association*, 272, 871-74
- Salmon, J.W./Ed. (1990), *The corporate transformation of health care 1: issues and directions*, Amityville, N.Y. (Baywood)
- Salmon, J.W./Ed. (1994), *The corporate transformation of health care 2: perspectives and implications*, Amityville, N.Y. (Baywood)
- Scovern, H. (1988), Hired help: A physician's experience in a for-profit staff model HMO, *New England Journal of Medicine*, 319, 787-90

- Shortell, S.M./ Gilles, R.R./ Anderson, D.A. (1994), The new world of managed care: creating organized delivery systems, *Health Affairs*, winter 1994, 46-64
- Showstack, J./ Lurie, N. et al. (1996), Health of the Public: the private-sector challenge, *Journal of the American Medical Association*, 276, 1071-74
- Solving America's health-care crisis (1993): a guide to understanding the greatest threat to your family's economic security, by the staff of The New York Times, ed. by E. Eckholm, New York (random house)
- Starr, P. (1982), *The social transformation of American medicine*, New York (Basic Books)
- Stock, J./ Baumann, M. (1996), *Managed Care – Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung, Endbericht im Auftrag der Hans Böckler-Stiftung, Prognos, Basel und Köln*
- Swartz, K. (1995), Reducing risk selection requires more than risk adjustments, *Inquiry*, 32, 6-10
- Taylor, A.K. (1995), Who belongs to HMOs: a comparison of fee-for-service versus HMO enrollees, *Medical Care Research and Review*, 52, 398-408
- Thompson, D. F. (1993), Understanding financial conflicts of interest, *New England Journal of Medicine*, 329, 8, 573-576
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1994), *Identifying health technologies that work: Searching for evidence*, Washington, D.C. (U.S. Government Printing Office)
- U.S. Department of Health and Human Services (1995), *Health United States 1994*, Washington D.C.
- U.S. General Accounting Office (1993), *Managed health care: Effect on employers' cost difficult to measure*, Washington, D.C.
- Uexküll, T.v./ Wesiack, W. (1988), *Theorie der Humanmedizin*, München/Wien/Baltimore
- Wagner, E.H./ Bledsoe, T. (1990), The RAND health insurance experiment and HMOs, *Medical Care*, 28, 191-205
- Walker, L. (1995), How big is Doctor's prepaid income?, *Medical Economics*, 72 (20), 172-182
- Weber, M. (1964): *Wirtschaft und Gesellschaft*, Köln und Berlin (5.Aufl.)
- Wehler, H.-U. (1987), *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd.I, München (Beck)
- Weiner, J.P./ D'Lissovoy, G. (1993), Razing a tower of Babel: A taxonomy for managed care and health insurance plans, *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 18, 75-103
- Welch, H.G./ Miller, M.E./ Welch, W.P. (1994), Physician profiling: An analysis of impatient practice patterns in Florida and Oregon, *New England Journal of Medicine*, 330, 607-12
- Wolinsky, H./ Brune, T. (1994), *The serpent on the staff: The unhealthy Politics of the American Medical Association*, New York, NY (G.P.Putnam's Sons)
- Woolhandler, S./ Himmelstein, D.U. (1994), Giant H.M.O. »A« or giant H.M.O. »B«?, *The Nation* 19 September, 265-68
- Woolhandler, S./ Himmelstein, D.U. (1995), Extreme risk: The new corporate proposition for physicians, *New England Journal of Medicine*, 333, 1706-1709
- Woolhandler, S./ Himmelstein, D.U. (1995a), *Wooing Doctors: The new corporate proposition*, unveröff. Man. Cambridge, Mass.
- Zelman, W.A. (1996), *The changing health care market place: Private ventures, public interests*, San Francisco (Jossey-Bass)