

Industrialisierung der Medizin?

Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen

Mode oder reale Tendenz?

Die Debatte um die medizinische Versorgung wurde in den letzten Jahren um eine Vielzahl von amerikanischen oder aus dem Amerikanischen übersetzten Vokabeln bereichert. Diagnosis-related Groups, Total Quality Management, Qualitätssicherung, Benchmarking, Managed Care, Disease Management, Gatekeeping, Networking, Evidence-based Medicine, Practice Guidelines sind nur einige davon. Nahezu alle der dahinterstehenden Konzepte führen zu einem höheren Grad der Standardisierung der Medizin oder setzen einen solchen voraus. Die Frage, ob es sich um Moden handelt, kann mit ja und nein beantwortet werden. Unbestreitbar werden Fragestellungen, Methoden, inhaltliche Ausrichtungen und finanzielle Förderung im Wissenschafts- und Expertenbetrieb in hohem Maß durch Modewellen bestimmt. Häufig werden die Institutionen davon überflutet, nachdem aber die Welle über sie hinweggegangen ist, zeigen sie sich weitgehend unverändert, und manche großspurig verkündeten ›Revolutionen‹ und ›Paradigmenwechsel‹ erweisen sich am Ende nicht selten als schnell vergängliche Medien- und Sprachereignisse. Auch wenn sie eine gewisse praktische Bedeutung erhalten, überleben sie meist nur als Assimilate weitgehend unveränderter Institutionen und Interessen, die sich aneignen und verdauen, was sie stärkt und abwehren, was ihnen als bedrohlich gilt. Vor allem auf dem Höhepunkt einer Welle nimmt die Zurückweisung nicht selten die Gestalt einer Mischung aus verbaler Zustimmung und geschäftiger Untätigkeit an.

Obwohl diese Mode-Symptome auch im Falle der zitierten Neuerungen zu beobachten sind, wird es auf längere Sicht dabei nicht bleiben. Nicht, daß von diesen Konzepten Veränderungen ausgehen würden. Nein, es handelt sich bereits um Erscheinungsformen tiefgreifender Veränderungen. Diese finden allerdings nicht in Deutschland statt, aus dem daher auch keiner dieser Begriffe kommt, sondern in den angelsächsischen Ländern (Evidence-based Medicine kommt aus England). Vor allem in den USA bildet sich ein politisch-ökonomischer und institutioneller

Kontext der Medizin heraus, in dem ihre Überführung in eine betriebsförmige Arbeit mit tendenziell standardisierten Produkten vorangetrieben wird. Die daraus resultierenden realen Widersprüche und Probleme haben die mit den zitierten Begriffen benannten Konzepte der Steuerung, Integration, Arbeitsteiligkeit, Kooperation und der Standardisierung auf die Tagesordnung gesetzt.

In Deutschland sind noch immer die kassenärztliche Solopraxis und das insular arbeitende Krankenhaus die Regel. Darum konnten auch Konzepte des Makro- und Mikromanagements der medizinischen Versorgung hier nicht entstehen. Weil sie somit ohne reale Basis sind, halten sie ihren Einzug als Moden.¹ Diese Modernisierungskonzepte sind in den USA Ausdrucksformen realer Veränderungen und der dabei auftretenden Widersprüche, Interessenkonstellationen und Probleme.

Da diese Konzepte den Anspruch stellen, eine ›rationale(re) Medizin‹ zu ermöglichen, ein Wort zum Begriff der Rationalität. Er hat in der Medizin nur dann einen Sinn, wenn er sich auf den Gegenstandsbereich der Medizin, auf die menschliche Gesundheit, bezieht und entsprechend alle diesem Gegenstandsbereich äußerlichen Ansprüche und Übergriffe zurückweist. Medizin kann dann in diesem Sinne auch autonom und frei genannt werden. Autonomie und Freiheit für die Medizin bedeutet somit nicht Freiheit zum Geldverdienen oder Autonomie, Menschen aus Gründen der Einkommensverteilung wirksame Hilfe zu verweigern (›Rationierung‹). Medizin kann zwar auch rational sein im Hinblick auf religiöse, wirtschaftliche oder gesellschaftspolitische Orientierungen, aber sie ist dann keine ›rationale Medizin‹, sondern religiös-wertrationales Handeln, rationale Honorar- bzw. Gewinnmaximierung oder rationaler Klassenkampf.²

Wenn es darum geht, Rationalisierungsinstrumente wie Richtlinien, Evidence-based Medicine usw. kritisch zu bewerten, sagt man schnell, sie seien ›ambivalent‹. Freiheitsgrade nehmen aber auf dem Weg vom Konzept in die Praxis ab. Beispielsweise ist die Idee von wissenschaftlich fundierten Behandlungsrichtlinien tatsächlich ambivalent, ihre Anwendung im konkreten Zusammenhang ist es jedoch weit weniger, wenn überhaupt noch. Ambivalenz ist ein Problem der Empirie und – nicht zu vergessen – der Fragen, die an die Empirie gestellt werden.

Industrialisierung und Vergesellschaftung

In welchem Sinne das medizinische Versorgungssystem hierzulande ›rückständig‹ ist gegenüber dem amerikanischen und britischen, wird implizit mit jeder Übernahme der dort entwickelten Konzepte zum

Ausdruck gebracht. Dabei könnte die überwiegend private medizinische Versorgung der USA und das staatliche National Health System Großbritanniens von ihrer Struktur her kaum unterschiedlicher sein. Gemeinsam ist diesen jedoch im Vergleich zum deutschen Gesundheitswesen ein höherer Grad der ›Vergesellschaftung‹. Das meint zum einen die Zusammenführung gesellschaftlich zersplitterter Arbeiten und der sonst unverbundenen individuellen Produzenten unter der Herrschaft konkurrierender Unternehmen in den USA (Kühn 1997, 1990) oder staatlicher Verwaltungsregionen im britischen NHS (Light/May 1993). Zum anderen meint »rationale Vergesellschaftung« (M.Weber) ein zunehmend an sachlichen, insbesondere ökonomischen Gesetzmäßigkeiten und Kriterien orientiertes Handeln.

Die in diesen Gesundheitssystemen ausmachbaren Vergesellschaftungsprozesse nehmen zahlreiche Merkmale von Industrialisierungsprozessen an, zu denen auch die Standardisierungstendenz gehört. Um die wichtigsten zu nennen:

- Rückgang der kleinen, vorkapitalistischen Arten der Produktion (Einzelpraxis, einzelnes Krankenhaus etc.);
- fabrikmäßig zusammengefaßte, auf dem planmäßigen Einsatz von technischen und organisatorischen Mitteln beruhende Produktion (Krankenhausketten, Ambulatorien, Medical Groups, Integrated Networks etc);
- Tendenzen zur Massenproduktion;
- ständige Umwälzung der technischen Grundlagen: zur Anwendung mechanischer und automatischer Maschinen der Medizintechnik kommt mit der Informationstechnologie eine neue Schlüsseltechnologie zum Einsatz, mit deren Hilfe die Sammlung, Zusammenführung und Bearbeitung von Informationen auf neue Weise erfolgt, die zunehmend auch zur Grundlage der betrieblichen und überbetrieblichen Kommunikation werden;
- Möglichkeiten der Kalkulier- und Standardisier-, Kontroll- und Steuerbarkeit der Arbeitsprozesse auf dieser technologischen Basis; damit nun auch die
- Möglichkeit, die unmittelbare medizinische Versorgung (über Zulieferer und Versicherer hinaus) zum unmittelbaren Anlagebereich für Kapital werden zu lassen;
- Marktkonkurrenz und Kapitalverwertung³;
- die Trennung der Produzenten (Ärzte) von den Produktionsmitteln und die daraus resultierende Verwandlung von selbständigen Ärzten in erstens abhängig Beschäftigte oder scheinselfständige Kontraktnehmer und zweitens in Unternehmer und Manager.

Paul.H. Ellwood, einer der einflußreichsten amerikanischen Experten, mit dessen Namen die Entwicklung der Health Maintenance Organizations (HMOs) verbunden ist, prognostizierte bereits 1971, HMOs⁴ »könnten Veränderungen im Gesundheitswesen stimulieren, die einige der klassischen Merkmale der industriellen Revolution aufweisen – Konversion zu größeren Produktionseinheiten, technologische Innovationen, Arbeitsteilung, Substitution von Arbeit durch Kapital, dynamische Konkurrenz und Rentabilität als eine unverzichtbare Bedingung des Überlebens« (Ellwood et al. 1971).

Abstraktion und internationaler Vergleich

Die Folgen eines veränderten Gesundheitswesens können so gravierend sein, daß mögliche Tendenzen und Reformschritte auf ihre voraussichtlichen Wirkungen hin untersucht werden müssen. Dabei stützt man sich hierzulande überwiegend auf Ableitungen aus der »neoklassischen« mikroökonomischen Theorie des Marktverhaltens, die nicht auf das Gesundheitswesen anwendbar ist (Kühn 1998), und Wunschenken. Eine Alternative ist die Analyse der amerikanischen und britischen Empirie und der Versuch, kritische Lehren für die deutsche Entwicklung (die selbstverständlich immer eine eigene bleiben wird) zu ziehen. Diese werden ironischerweise häufig von denselben Personen, die ohne Vorbehalte amerikanische Konzepte übernehmen, mit dem Hinweis auf die Verschiedenheit abgelehnt.

Wäre Marx ein etablierter Ökonomieprofessor gewesen, so wäre er, gemessen an der prognostischen Qualität seiner Theorie, der erfolgreichste Ökonom der Neuzeit. Als er seine ersten ökonomischen Schriften veröffentlichte, hätte man im Deutschland von 1850 mit Hinweis auf das Sicht- und Zählbare, das heute als Empirie gilt, noch bestreiten können, hier werde es jemals zu einer vollkommen industrialisierten und kapitalisierten Gesellschaft kommen (Wehler 1987). Aber die industriellen Inseln ließen sich mittels theoretischer Abstraktionsleistungen (die »Ware« als zentrale Kategorie der Marktgesellschaft) und dem analytischen Blick auf die englische Empirie als wesentliche Entwicklungstendenz erkennen. Deren Dynamik hat er nicht – wie es nahe gelegen hätte – aus der technischen Seite der Industrialisierung erschlossen, sondern aus ihrer Form als Akkumulation von Kapital. Daher heißt sein Hauptwerk nicht »Die Industrie«, sondern »Das Kapital«. Hätte er als Fachgelehrter auch nur eine der darauf basierenden Entdeckungen gemacht wie zum Beispiel die Tendenz zur notwendigerweise sich vollziehenden Konzentration der Kapitalunternehmen, dann hätte ihn das bereits in die

Reihe der (wenigen) Jahrhundertökonomien gestellt.⁵ Hinzu kommen aber noch seine Entdeckungen zur Dynamik und des zyklischen Verlaufs des Wirtschaftswachstums, der Tendenz zur Herausbildung einer von Produktionsmitteln getrennten lohnabhängigen Bevölkerungsmehrheit, der Immanenz einer Reservearmee aus nicht oder nur sporadisch Beschäftigten und schließlich der Globalisierung durch die Herausbildung eines einzigen Weltmarktes in einer Zeit, in der das empirische ›Internet‹ noch aus hölzernen Segelschiffen bestand.

Marx war überzeugt, die gesellschaftliche Zukunft sei nicht ausdeterminiert, die Menschen könnten ihre Zukunft selbst gestalten, wenn auch stets nur unter den jeweils vorfindlichen Bedingungen, die der theoriegeleiteten und empiriebezogenen Analyse zugänglich seien. Er begriff Realität stets als Prozeß (›Geschichte‹) und entsprechend die Ergebnisse der Analyse stets prozessual, näherungsweise, notwendig unvollkommen und als Tendenz. – Blieb zu entscheiden, welche Empirie. Hierzu schrieb er:

»Bei der Analyse der ökonomischen Formen kann...weder das Mikroskop dienen, noch chemische Reagenzien. Die Abstraktionskraft muß beide ersetzen. (...) Der Physiker beobachtet Naturprozesse entweder dort, wo sie in der prägnantesten Form und von störenden Einflüssen minst getrübt erscheinen, oder, wo möglich, macht er Experimente unter Bedingungen, welche den reinen Vorgang des Prozesses sichern. Was ich in diesem Werk zu erforschen habe, ist die kapitalistische Produktionsweise und die ihr entsprechenden Produktions- und Verkehrsverhältnisse. Ihre klassische Stätte ist bis jetzt England. Dies der Grund, warum es zur Hauptillustration meiner theoretischen Entwicklung dient. Sollte jedoch der deutsche Leser pharisäisch die Achseln zucken über die Zustände der englischen Industrie- und Ackerbauarbeiter, oder sich optimistisch dabei beruhigen, daß in Deutschland die Sachen noch lange nicht so schlimm stehn, so muß ich ihm zurufen: De te fabula narratur! [Über dich wird hier berichtet!] (...) ... das industriell entwickeltere Land zeigt dem minder entwickelten nur das Bild der eigenen Zukunft.« (Marx 1966 [1867]: 12)

Auch in der Gesundheitssystemforschung kann es sinnvoll sein, bestimmte Aspekte der Realität des Landes zu analysieren, in dem diese am weitesten entwickelt sind. Ergebnisse dieser Analysen können nicht einfach auf andere Verhältnisse übertragen werden. Es müssen Modifikationen und andere Erscheinungsformen berücksichtigt werden, in denen sie unter veränderten Bedingungen, Traditionen oder Kulturen auftreten.

Vergesellschaftung auf einzelwirtschaftlicher oder gesamtwirtschaftlicher Grundlage

Die Modelle der Vergesellschaftung sind zwar national verschieden, aber unterhalb ihrer institutionellen Formen und in systembedingt unterschiedlichen Erscheinungsweisen lassen sich gemeinsame Tendenzen erkennen. Erstaunlicherweise sind Niveau und Tempo der Vergesellschaftung unter den überwiegend privatwirtschaftlichen amerikanischen Verhältnissen seit etwa Mitte der achtziger Jahre höher und dynamischer als unter den Bedingungen einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Damit ist noch nicht gesagt, ob gesundheitspolitische Primärziele⁶ besser realisiert werden. Im amerikanischen System werden integriert:

- Versicherung und Versorgung;
- ambulante und stationäre Versorgung;
- ärztliche und nicht-ärztliche Versorgung;
- allgemeinärztliche und spezialärztliche Versorgung.

Diese Integration vollzieht sich innerhalb von Unternehmen, die unter staatlicher Regulierung um Marktanteile konkurrieren. Hauptakteure sind auf der Nachfrageseite die großen Konzerne als Arbeitgeber der Versicherten, die Versicherungsunternehmen sowie die staatlichen Programme Medicare und Medicaid (Zelman 1996; Kühn 1997). Im britischen Modell ist es der Staat, der die meisten stationären und spezialärztlichen Einrichtungen regional betreibt und der mit den formal selbständigen General Practitioners Vertragsbeziehungen hat.

In allen industriegesellschaftlichen Gesundheitssystemen lassen sich Tendenzen zur zunehmenden Integration in die kapitalistische Ökonomie erkennen. Jedoch unterscheiden sich die Hauptebenen und Konfliktfelder. In den USA konkurrieren individuelle Unternehmen mit allen anderen Anlagebereichen um Kapital, treten als Kunden und Anbieter mit den anderen Sektoren in Beziehung und ziehen einen Teil der gesellschaftlichen Gewinne und Löhne an sich. In Großbritannien bestehen die Abhängigkeitsbeziehungen im gesamtwirtschaftlichen Rahmen, vor allem über die finanziellen Entzugseffekte der für das NHS aufgewendeten Steuern, die Käufe von Vorleistungen und über den gesundheitlichen und sozial-integrativen Nutzen.

Systeme mit überwiegend makroökonomischen Schnittstellen zum ökonomischen Gesamtsystem (GB, D, CAN) unterscheiden sich von konkurrierenden Einzelunternehmen durch erheblich größere politische (d.h. potentiell demokratisch gestaltbare) Freiheitsgrade. Daher waren Verstaatlichungen für die traditionellen linken Strömungen so attraktiv.

Höherer politischer Freiheitsgrad heißt aber zunächst nur, daß gesamtwirtschaftlich agierende öffentliche Systeme sowohl besser als auch schlechter sein können als einzelwirtschaftlich-konkurrenzhafter. Öffentlichen Systemen ist es eher möglich, auf nichtökonomische Ziele hin zu arbeiten, aber sie tun es nicht notwendigerweise. Gesundheit, soziale Chancengleichheit und Humanität sind außerökonomische Ziele. Die demokratische Gesellschaft kann so ihren sozialen, kulturellen und moralischen Selbstschutz (Polanyi 1976) gegen destruktive Folgen und Handlungszwänge der Kapitalkonkurrenz gestalten.

Andererseits birgt aber ein öffentliches und gesamtwirtschaftlich operierendes System aus dem selben Grund die Gefahr von Unwirtschaftlichkeit, Fehlversorgung, Inhumanität und Machtpolitik noch unterhalb des realisierten wettbewerbswirtschaftlichen Niveaus. Die empirischen Beispiele weisen darauf hin, daß letzteres nur vermeidbar ist, wenn die marktwirtschaftlichen Rückkopplungsmechanismen durch demokratisch-partizipative Mechanismen der Selbstkorrektur ersetzt werden können. Die gegenwärtige Tendenz im deutschen System ist durch einen Kassen-Wettbewerb gekennzeichnet, der den Operationshorizont vom potentiell gesamtgesellschaftlichen auf den einzelwirtschaftlich-konkurrenzhaften verengt. Die gedankliche Verlängerung dieser Perspektive führt zur Frage nach typischen Entwicklungsformen einer Vergesellschaftung unter einwirtschaftlich-konkurrenzhaften Bedingungen, die sich am amerikanischen Beispiel in reinerer Form analysieren lassen.

Vergesellschaftung als Kapitalkonzentration: USA

Beispiel einer Region

Ein Bild einer auf einzelwirtschaftlicher Grundlage integrierten medizinischen Versorgung kann der Blick auf San Francisco vermitteln. In Kalifornien hat bereits vor anderen Einzelstaaten die Entwicklung von – zunächst gemeinwirtschaftlichen – Health Maintenance Organizations (HMOs) eingesetzt. Bodenheimer (1995) beschreibt:

»Anfang der achtziger Jahre sind eine Reihe regionaler HMOs in der S.F. Bay Area entstanden, meist in Verbindung mit einem oder mehreren privaten Krankenhäusern. Bereits in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre sind große For-Profit-HMOs, meistens Eigentum von Versicherungskonzernen, in diesen Markt vorgedrungen – Maxicare, HealthNet, Aetna, Prudential, Blue Cross and Blue Shield.

Bis 1993 haben diese überregionalen HMOs die lokalen, mit Krankenhäusern verbundenen HMOs aufgekauft und zwei Drittel der Bürger San Franciscos versichert. Darauf blieb aber der Trend zu einer kleineren Anzahl immer größerer Einrichtungen nicht beschränkt. Zwei Krankenhäuser schlossen und die beiden größten privaten Häuser fusionierten mit dem California Health Care System, dem bereits zahlreiche Krankenhäuser des höheren Versorgungsniveaus gehörten. Die Universität von Kalifornien übernahm ein weiteres, vorher unabhängiges Krankenhaus. Zahlreiche Krankenhäuser organisierten Ärzte zu Medical Groups, die damit zu Vertragspartnern für HMOs werden konnten. Diese krankenzentrierten Medical Groups standen nun ihrerseits im Wettbewerb mit zwei großen, als Kapitalgesellschaften organisierten Medical Groups, die Anfang der neunziger Jahre mit der Strategie nach San Francisco gekommen waren, kleine private Arztpraxen der Region zu kaufen. 1993, also kaum mehr als zehn Jahre nach dem Einsetzen der Fusionswelle, wurden die meisten Bürger San Franciscos versorgt von noch drei Medizin-Konglomeraten: Kaiser, University of California (verbunden mit HealthNet HMO) und dem California Pacific Medical Center mit den angegliederten Medical Groups und HMOs, darunter Aetna, Blue Cross CaliforniaCare, Prudential's ProCare und HealthNet. Die Krankenhäuser und Ärzte, die nicht mit diesen Networks verbunden waren, hatten drei Optionen: Organisation eines eigenen, vierten Networks, sich einem der drei vorhandenen anschließen oder aufgeben. Das Gesundheitswesen der Stadt ist auf dem Weg, ein Oligopol zu werden.«

Auf der Basis konkurrierender Unternehmen bedeutet Integration zugleich Konzentration von Marktmacht, die für das Unternehmensziel eingesetzt wird. Die Überschüsse durch verbesserte Wirtschaftlichkeit, höhere Arbeitsintensität, niedrigere Einkommen der Ärzte, Einkaufsrabatte usw. kommen dann in der Tendenz weniger den Beitragszahlern zugute, als Kapitaleignern und Topmanagement.⁷ Das kommt treffend zum Ausdruck in dem Begriff des ›medical loss ratio‹, der in den Geschäftsberichten den Anlegern mitteilt, wieviel Prozent des Umsatzes jährlich für die medizinische Versorgung ›verloren gehen‹.

Beispiel eines Unternehmens

Integrationsprozesse finden also auf der Versicherungs- und auf der Anbieterseite statt. In den neunziger Jahren erweisen sich die amerikanischen Versicherungskonzerne als die erfolgreichsten Akteure beim Zusammenschmieden von HMOs. Sie kontrollieren viele der mittlerweile landesweiten Networks oder ›Super-HMOs‹. Experten vermuten, daß die spezifischen Vorteile des Versicherungskapitals zeitlich auf die Expansionsphase begrenzt sein werden. Zunächst kommt es darauf an,

möglichst schnell möglichst hohe Marktanteile zu erobern. Dabei entscheidet die Möglichkeit, schnell große Kapitalmassen zu mobilisieren, um zu kaufen, zu fusionieren und um mögliche Durststrecken überstehen zu können.

Später muß konsolidiert, restrukturiert und verwertet werden. Es deutet einiges darauf hin, daß die Anbieter, soweit sie nicht bereits im Eigentum der Versicherer sind, mit einem ähnlichen Konzentrationsprozeß wieder einiges an verlorenem Terrain wettmachen können. Aber es sind Leistungsanbieter, die nicht mehr identisch sind mit Arztpraxen, Gruppenpraxen oder Independent Practice Associations (IPAs). Selbst IPAs als Netzwerke erweisen sich in fortgeschrittenen Staaten wie Kalifornien als zu klein, um

- mit großen Zahlern erfolgreich zu kontraktieren,
- einen ausreichend großen Risikopool zu haben, da ihnen durch prospektive Finanzierungsformen (z.B. Kopfpauschalen, Budgets) das Versicherungsrisiko auferlegt wird,
- das ganze Spektrum erforderlicher Leistungen vorzuhalten und um
- die erforderlichen Dokumentationen (Leistungen, Qualität, Kosten) kostengünstig zu erstellen.

Wie und mit welcher Dynamik die anbieterseitige Integration in der Form von wettbewerbsinduzierter Kapitalkonzentration vor sich geht, zeigen die von Robinson (1996, 1998) veröffentlichten Fallstudien. Während hier anfangs meist Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Ketten der Ausgangspunkt für die Bildung von ›Physician Hospital Organizations (PHOs) waren, sind es heute zunehmend landesweit operierende ›Physician Practice Management Organizations‹ (PPMs), die die Entwicklung vorantreiben. Das sind bereits Zusammenschlüsse von regionalen Medical Groups und IPAs, in denen Funktionen wie Utilization Management (Kühn 1997), Marketing etc. zentralisiert sind. Sie sind meist bereits For-Profit-Unternehmen, die ihr Kapital bei privaten Investoren auf dem freien Kapitalmarkt mobilisieren, ihrerseits mit überregionalen Krankenhausketten kontraktieren und somit in der Lage sind, mit den großen Versicherern bzw. HMOs Verträge über das gesamte Leistungsspektrum abzuschließen. Es ist klar, daß Erfolg und Rentabilität solcher Zentralisierungen sehr stark von der Fähigkeit zu Standardisierung abhängt. Ritzers Begriff der ›McDonaldisierung‹ ist hier durchaus angebracht. Wer ein Krankenhaus und ein Ambulatorium rentabel führen kann, der vermag das bei entsprechender Standardisierung auch bei vielen (Ritzer 1995).

Im Inneren dieser immer größer werdenden Unternehmen und Zusammenschlüsse wird ›planwirtschaftlich‹ gesteuert, während die

Außenbeziehungen durch marktwirtschaftliche Konkurrenz gestaltet werden. Zur Illustration von Dynamik und Größenordnung der Fusionen und Käufe, mittels derer solche Physician Practice Management Organizations (PPMs) zusammengeschiedet werden, das Beispiel des Unternehmens MedPartners (Robinson 1998):

»MedPartners (Birmingham, Ala.) ist... verbunden mit führenden spezialitätenübergreifenden Medical Groups sowie Netzwerken von kleineren Groups und IPAs (Independent Practice Associations)... MedPartners wuchs von 190 Ärzten, die alle angestellt waren, auf 7914 Ärzte, von denen 33 % angestellt sind, während die anderen bei einer der Mitglieds-IPAs (Independent Practice Associations) unter Vertrag stehen. (...) MedPartners wurde 1993⁸ gegründet, stützte sich aber noch schwerpunktmäßig auf Netze von kleinen Praxen im Südosten, als es seinen Kapitalstock im Februar 1995 zum Verkauf anbot. Im November desselben Jahres fusionierte es mit Mullkin Medical Enterprises, einer führenden Ärzte-Organisation mit 400 angestellten Ärzten, 2 600 IPA-Ärzten und 360 000 kopfpauschalierten (capitated⁹) HMO-Mitgliedern in Kalifornien, Oregon und Washington. Im Februar 1996 wurde Pacific Physician Services gekauft, eine PPM (Aktiengesellschaft) mit einem Netz von Medical Groups und 300 000 kopfpauschalierten HMO Patienten in Kalifornien und Arizona. Im September desselben Jahres kaufte man Caremark International, einer diversifizierten Kapitalgesellschaft, die das Management von 7 großen spezialitätenübergreifenden Medical Groups macht, darunter die Kelsey-Seibold Clinic in Houston, Texas, die Oklahoma City Clinic in Oklahoma City, die North Suburban Clinic in Chicago, Ill und Friendly Hills HealthCare Network in La Habra, Cal. Friendly Hill, mit 144 Ärzten und 100 000 kopfpauschalierten HMO-Patienten hatte sich Caremark angeschlossen, nachdem man unzufrieden war mit der »nicht-unternehmerischen Kultur« der Physician Hospital Organisation, an deren Gründung man sich vorher beteiligt hatte. Caremark und Friendly Hills kauften dann den »staff model«-Teil¹⁰ des CIGNA Health Plan in California mit 251 Ärzten und 289 000 kopfpauschalierten Patienten. Mullkin beruhte selbst teilweise auf einem staff model-Teil von Maxicare health plan in Los Angeles. Im März 1997 gab MedPartners die Aquisition von Aetna Professional Management Corporation bekannt, einem staff model-Teil von Aetna Health Care, in deren Eigentum sich 47 Health Ways Family Medical Centers befinden, es beschäftigt 189 Ärzte und hat das Management von 6 IPAs mit 800 Vertragsärzten. Im Juni (1997) fusionierte es mit InPhyNet, einer PPM Gesellschaft mit 116 000 HMO Patienten in Florida. Im August (1997) gab es den Kauf von Talbert Medical Management bekannt, einem früheren staff model-Teil von FHP International, das 52 Ambulatorien mit 252 Ärzten und 270 000 Patienten in 5 West-Staaten betreibt. Im Oktober (1997) kündigte MedPartners an, es werde seinerseits akquiriert von

PhyCor PPM (Nashville, Tenn.). Die kombinierte Gesellschaft wird zusammengeschlossen sein mit 35 000 angestellten und IPA-Ärzten und erbringt kopfpauschalierte Dienstleistungen für 3 Millionen HMO-Patienten und verdient 8,4 Mrd. Dollar an Jahresumsatz in allen 50 Staaten.« (Robinson 1998)

Einige generelle Züge

So verschiedenartig die Integration in den USA auch ist, sie weist eine Reihe von gemeinsamen Elementen auf, die man sich auch im Rahmen anderer Strukturen vorstellen kann:

- Ausdruck neuer Machtbeziehungen zwischen ›Zählern‹ bzw. Versicherern auf der einen und Leistungsanbietern auf der anderen Seite ist die *selektive Vertragsgestaltung* entweder durch ›selbst versichernde‹ große Arbeitgeber oder Managed Care Organisationen (HMOs¹¹). Der aus den Reihen der deutschen GKV-Verbände zuweilen gemachte Vorschlag eines ›Einkaufsmodells‹ für die Beziehung zwischen Kassen und Anbietern entspricht dem in etwa.
- Es entsteht zunächst ein *Preiswettbewerb* der Anbieter um Verträge mit HMOs. Die Anbieter sind zunehmend von solchen Verträgen abhängig, da die Zahl ihrer Nicht-HMO-Patienten abnimmt, der Preiswettbewerb wird nach erfolgter Oligopolisierung neutralisiert.
- Im Zuge der Konzentrationsentwicklung verschwindet die ärztliche *Einzelpraxis* und das allein agierende *Krankenhaus* aus den Ballungsgebieten.
- Es wächst der Anteil der *For-Profit-Unternehmen*. Die verbetrieblichte Medizinarbeit, ihre tendenzielle Standardisierung und Transparenz ermöglicht die Steuerung durch ein Management, also von außerhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Damit steigt der Grad der Kalkulierbarkeit und somit eine Voraussetzung für die Investition erheblicher Kapitalsummen.
- Die Medizinmärkte differenzieren und polarsieren sich nach den sozialen ›Marktklassen‹, wie das für große Bereiche der Konsumgüter und Dienstleistungen der Fall ist.

Standardisierung und Management

Je weiter die Technisierung und der Konzentrationsprozeß fortschreitet, desto höher ist der notwendige Kapitaleinsatz und desto größer das Bedürfnis nach Kontrolle und Vorhersagbarkeit. Dies zu gewährleisten ist die Aufgabe eines Managements. Management ist aber nur ein anderer Ausdruck für das, was in der Soziologie unter der betrieblichen

›Bürokratie‹ als Form ökonomisch-rationaler Herrschaft verstanden wird. Diese Bürokratie ist der Bereich, in dem Verwaltungstätigkeiten getrennt von den jeweiligen Prozessen (z.B. der Produktion) durchgeführt werden. Ein fundamentales Problem von Bürokratien besteht darin, daß ihre dienende Funktionen zurücktreten und sie bzw. ihre Funktionsanfordernisse dem Gesamten den Stempel aufdrücken können. Das Management ist also

- einerseits die spezifische Funktion der in Organisationen erforderlichen Verwaltung von Sachen, Mitteln und Einrichtungen sowie das Sammeln, Speichern und Verarbeiten von Informationen dazu;
- andererseits ist es der Bereich, mittels dessen Herrschaft ausgeübt wird. Das bedeutet erstens Herrschaft eines Teils der Organisation über die gesamte Organisation und zweitens Durchsetzung äußerer Interessen innerhalb der Organisation, beispielsweise der Kapitalgeber bei kommerziellen Gesundheitsunternehmen oder der Regierung in National Health Systems.

Generell gilt, daß der Sinn der Standardisierung auf der einzelwirtschaftlichen Ebene eines Unternehmens¹² ein ganz anderer sein kann als er sich für Gesundheitspoliker darstellt. In der gesellschaftlichen Dimension kann es darum gehen, ein bestimmtes Niveau der Versorgung und der Zugangsmöglichkeiten zu sichern. Einem Unternehmen geht es vor allem um die Durchsetzung eines einheitlichen, vorherseh- und kalkulierbaren und von außerhalb der Arzt-Patient-Beziehung kontrollier- und steuerbaren Behandlungsstils.

Beispiel: Behandlungsrichtlinien

Man kann zwischen expliziter und impliziter Standardisierung medizinischen Handelns unterscheiden. Die implizite Standardisierung ergibt sich aus den konkreten Vergesellschaftungs- und Organisationszusammenhängen der medizinischen Arbeit. Die explizite Standardisierung tritt am augenfälligsten in der Entwicklung und Anwendung von ›standards‹, ›practice guidelines‹, ›critical paths‹, ›options‹, ›algorithms‹ etc. in Erscheinung.

Das amerikanische Institute of Medicine definiert Behandlungsrichtlinien als »systematisch entwickelte Darstellungen, die den behandelnden Ärzten bei der Entscheidung über die angemessene medizinische Versorgung für spezifische klinische Bedingungen helfen sollen« (Institute of Medicine 1992). Eine andere Definition (Gold et al. 1995) sieht »guidelines als explizite Darstellung all dessen, was bekannt ist über Nutzen, Risiken und Kosten bestimmter Wege medizinischen Handelns,

um die Ärzte bei Entscheidungen zu bestimmten klinischen Problemen zu unterstützen.« Standards lassen sich von Guidelines nach dem Grad des ihnen eigenen Ermessensspielraums unterscheiden. Während erstere nur wenige Varianten der Angemessenheit zulassen, wird von den meisten Guidelines ein größerer Spielraum gewährt.

Da in Deutschland gegenwärtig innerhalb kürzester Zeit tausende von Richtlinien (vgl. Oldiges 1997) vorhanden zu sein scheinen, soll auf die dem amerikanischen Gesundheitsministerium unterstehende Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) hingewiesen werden. Zwischen 1989 und 1995 wurden bei Jahresetats von ca. 250 bis 300 Mio. DM 16 Richtlinien veröffentlicht und weitere 6 waren in der Entwicklung (U.S. Department 1995a,b). Große interdisziplinäre Forscherteams (Patient Outcomes Research Teams, PORTs) ermittelten Wirkungsdaten unter medizinischen Alltagsbedingungen und unter Einbeziehung von subjektiver Patientensicht und erstellten Behandlungsrichtlinien in jeweils drei Versionen, bestehend aus:

- einer ausführlichen medizinisch-wissenschaftlichen Version,
- einer Kurzversion für die Anwendung im ärztlichen Alltag und
- einer Version für Patienten und Angehörige (U.S. Department 1995a, b).

Diese Guidelines können, ganz immanent gesehen, als der ›Gold-Standard‹ gelten¹³ und Zahlen, die in die Hunderte gehen, weisen nur darauf hin, wie weit dieser unterschritten sein muß. Die Sammlung der American Medical Association führt bereits 1996 insgesamt 2 000 guidelines auf, die von etwa 75 Organisationen in den letzten Jahrzehnten erstellt und aktualisiert worden sind. Neben staatlichen Einrichtungen, gemeinnützigen Organisationen und Forschungsunternehmen und Verbänden schieben sich unter den Herstellern von Richtlinien kommerzielle Unternehmen wie Milliman and Robertson oder Value Health Sciences in den Vordergrund, die ihre guidelines an Managed Care Organisationen, Versicherungen oder Anbieter vermarkten (General Accounting Office 1995).

Es leuchtet ein, daß die Realisierungschancen von Behandlungsrichtlinien auf längere Sicht nur dann gegeben sind, wenn die tatsächlichen Arbeitszusammenhänge dies nahelegen und unterstützen. Die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Richtlinien im Sinne einer rationalen Medizin bei der weiterhin dominierenden ärztlichen Solopraxis dürfte eine Illusion sein. Darauf lassen zahlreiche Studien schließen (Greco/Eisenberg 1993). Zwei namhafte Experten stellten fest: »Die Aktenschranke der Ärzte quellen heute über von Praxis-Richtlinien, die von unterschiedlichen Organisationen für unterschiedliche Zwecke hergestellt werden. (...) Unglücklicherweise, so ist es unser starker

Verdacht, verbleiben die meisten der Guidelines auch in diesen Akten-schränken.« Das werde verstärkt durch die Tatsache, daß bisher »nur von einer Handvoll von Guidelines« eine positive Wirkung für die Patienten nachgewiesen worden sei (Lee/Cooper 1997; Weingarten 1997).

Der hohe Grad an Publizität und das Entstehen einer ganzen Industrie von Guideline-Herstellern auf der einen und das geringe Maß erwiesenen medizinischen Erfolges auf der anderen Seite sind nur ein scheinbarer Widerspruch. Dieser löst sich auf, wenn man sieht, daß es nicht primär um einen gesundheitlichen Nutzen geht, sondern um ein ökonomisches und organisatorisches Steuerungsinstrument, mit dem verschiedene Ziele verfolgt werden. Guidelines sind Instrumente, die sich sowohl für die betriebliche und »systemische« Inanspruchnahme- und Ausgabenkontrolle eignen als auch für das Gegenteil, nämlich die Legitimation von Absatzinteressen entweder der Gesundheitsindustrie oder professioneller Fachgesellschaften, die ihr berufspolitisches Interesse legitimieren, indem sie es in die Form von Behandlungsrichtlinien gießen.

Das U.S. General Accounting Office (1996) ermittelte 1995/96 in HMOs mit insgesamt über 7 Millionen Versicherten und in zwei integrierten Großanbietern Informationen über Art und Verbreitung von Praxis-Richtlinien. Bemerkenswert ist, daß die meisten Organisationen trotz der enormen öffentlichen Anstrengungen zur Entwicklung wissenschaftlicher Richtlinien ihre *eigenen* guidelines anwenden. Sie gaben an, diese Quellen zwar zu nutzen, jedoch für den eigenen Gebrauch zu modifizieren. Als Gründe wurde genannt:

- Es werde nicht immer die am meisten »kosten-effektive« Strategie empfohlen. Der Begriff der »Kosten-Effektivität« wird in der Regel entweder gedankenlos oder mit Interesse mißbraucht. Gemeint sind meist die betrieblichen Kosten ohne Bezug zu einem Wirkungsmaß und ohne die gesellschaftlichen und immateriellen Kosten. Optionen, die in diesem Sinne zu teuer sind, werden herausgenommen; vielfach wird es den angestellten oder Vertrags-Ärzten mittels sogenannter gag rules untersagt, die Patienten darüber aufzuklären (Woolhandler/Himmelstein 1995).
- Bestimmte »örtliche Restriktionen« (z.B. fehlende Angebote) würden nicht berücksichtigt. Auch dies eine Umschreibung, denn hier geht es nicht um Angebote schlechthin, sondern um solche, die man selbst vertraglich nicht eingekauft hat und darum als Option streicht.
- Auch sei ihre Form oft zu anspruchsvoll, um von stark beschäftigten Ärzten sinnvoll angewendet werden zu können. Man kann Ärzte in eine solche zeitliche Zwangsjacke pressen, daß jede einigermaßen differenzierte und abwägende Darstellung »zu anspruchsvoll« ist.

Schattenwürfe einer neuen Medizin?

Ebensowenig wie die Standardisierungstendenzen insgesamt, ist es auch nicht möglich, Konzepte von Behandlungsrichtlinien für sich genommen gesundheitspolitisch zu bewerten. Zu viel hängt davon ab, in welchem Kontext von Interessen und Institutionen das Potential entwickelt und ausgeschöpft wird.

Auf der positiven Seite steht vor allem, daß Leitlinien potentiell ärztliches Handeln nach Kriterien des tatsächlichen Nutzens steuern und nicht über monetäre Anreize und Sanktionen, die gegenüber dem kranken Menschen und seinen Bedürfnissen blind sind. Zumindest im Sinne der Fehlerminimierung, der Anhebung und Sicherung von Mindeststandards und damit des öffentlichen Vertrauens in eine gewisse Zuverlässigkeit bei Standardfällen könnte dies bei entsprechend kooperativen Strukturen wirksam werden. Die gegenwärtige Verwandlung von Kassen und Leistungsanbietern in konkurrierende Unternehmen führt in die entgegengesetzte Richtung.

Wie am amerikanischen Beispiel ersichtlich ist, können konkurrierende Unternehmen so weitgehende Formen der Integration und Rationalität entwickeln, wie sie im politisch sabotierten und unterminierten öffentlichen deutschen System bislang nicht einmal andeutungsweise bestehen. Zugleich wird allerdings deutlich, zu welchen gesundheitspolitischen Irrationalitäten eine marktrationale, einzelwirtschaftlich orientierte Medizin führt. Bei einzelwirtschaftlicher Vergesellschaftung werden Behandlungsrichtlinien auf die Rentabilität der Unternehmen orientiert. Denn Funktionsvoraussetzung für ein Management bzw. eine Bürokratie ist die Rationalisierung der Informationen, Kommunikationsflüsse und Anweisungen, ihre Vereinheitlichung, Standardisierung und Regulierung, damit aus dem Management heraus über Sachverhalte entschieden werden kann, zu denen keine unmittelbare Verbindung besteht (Briefs 1984).

Die medizinischen Dienstleistungen für die unteren und mittleren Bevölkerungsschichten werden – bei Verlängerung der jetzigen Trends – perspektivisch in einer zunehmend normierten und kontrollierten Arbeitsumwelt erbracht werden. Ein Sektor teurer ›Privatmedizin‹ steht den Schichten zur Verfügung, denen es wirtschaftlich möglich ist, einer zunehmend ›McDonaldisierten‹ Medizin zu entgehen. Die Tendenz führt weg von einer Medizin, in der die Patienten einen Arzt aufsuchen, dessen Entscheidungen auf seinem Wissen, seiner Erfahrung und seinem Urteilsvermögen beruhen, hin zu Medizin-Unternehmen, die der medizinischen Arbeit einen festen Rahmen setzen in Gestalt von

bestimmten Entscheidungsregeln, Vorschriften der Zugangsregelung und Behandlungs-Leitfäden auf massenstatistisch gewonnenen Grundlagen (Borgers 1998). Die Medizin, die von den Bedürfnissen und Zielen zahlloser individueller Ärzte geprägt ist, verändert sich tendenziell zu einer Medizin, die sich an institutionellen Budgets und Leistungsbedarfsschätzungen orientiert, mit denen die medizinische Versorgung großer Bevölkerungsgruppen vorherbestimmt und kontrolliert werden (Belkin 1997).

Allein diese Auslagerung relevanter Entscheidungen aus der konkreten Arzt-Patient-Beziehung entzieht den bisher gültigen ethischen Erwartungen und Normen der Verantwortung individueller Ärztinnen und Ärzte die Grundlage. Wie Bauman (1994) in seiner herausragenden soziologischen Analyse des Holocaust als Extremfall moderner technisch-rationaler Bürokratie gezeigt hat, ist die räumliche, (fach-)sprachliche, ideologische oder ›rationale‹ Distanzierung der Handelnden von ihren menschlichen ›Objekten‹ dasjenige Mittel, mit dem die bisherigen Gesellschaften die Moralfähigkeit der Individuen den Zwecken der Aufrechterhaltung ihrer jeweiligen Herrschaftsbeziehungen angepaßt, sie zerstört, kanalisiert oder instrumentalisiert haben. Das Gleichnis vom Bomberpiloten, der im Angesicht auch nur eines einzigen der Menschen, über deren Köpfen er aus großer Distanz ohne Zögern die Bombe ausklinkt, weder willens noch in der Lage wäre, diesen ein Leid anzutun, deutet das an. Wie die amerikanischen Erfahrungen zeigen, fallen die Entscheidungen, die von den Angestellten eines Managements anhand von checklists über Behandlungsoptionen getroffen werden, anders aus, als sie im Angesicht der jeweiligen Kranken ausfallen würden. »Heute«, schreibt der Chefredakteur des *New England Journal of Medicine*, »werden die Alltagsentscheidungen der Ärzte in der Regel überprüft, beobachtet und reguliert, und ihre Entscheidungen bei individuellen Patienten können widerrufen werden von namenlosen Angestellten eines Zahlers« (Kassirer 1994). Die rationale Bürokratie ist Ausdruck einer bestimmten Beziehung zwischen Menschen, ihre Tugenden sind »Unpersönlichkeit, absolute Dominanz technischer Rationalität und Loyalität gegenüber abstrakten Prinzipien« (Häußermann 1982).¹⁴ Ihre immanente Ethik ist also gerade die Abwesenheit von Ethik in einem substantiellen Sinne.

Die Bemühungen, hierzulande gegen diese Tendenzen den Status quo der ärztlichen Versorgungsformen zu konservieren, sind auf längere Sicht illusionär, teuer und medizinisch-irrational. Die Vergesellschaftungstendenzen lassen sich gestalten, und hier darf die demokratische Gesellschaft nicht ein weiteres Feld den ökonomischen Privatinteressen

und Märkten überlassen. Strukturen arbeitsteiliger und berufsgruppen- sowie spezialitätenübergreifender Teamarbeit sind die naheliegende Antwort, da die medizinischen Dienstleistungen aufgrund ihrer hohen Komplexität ohnehin nur mit großen Verlusten extern steuer- und kontrollierbar sind (Kühn 1997). In der Teamarbeit steckt das der Medizin angemessene Potential zum Abbau von Unwirtschaftlichkeiten ohne beeinträchtigende Einschränkungen der ärztlichen Autonomie (als ärztliche und nicht erwerbswirtschaftliche Autonomie). Management würde zum einen in den Arbeitsprozeß reinternalisiert und könnte ihren Charakter verändern. Die Teammitglieder korrigieren und informieren sich gegenseitig, das Management kann, wenn es seiner Herrschaftsfunktionen entbunden wird, medizinisches Wissen, wirtschaftliche Informationen, Behandlungsrichtlinien usw. aufarbeiten und den Teams zugänglich machen. Entscheidungen finden dort statt und werden dort verantwortet, wo sie hingehören, in der unmittelbaren Beziehung zu den Patienten.

Anmerkungen

- 1 Eine lesenswerte Fallstudie am Beispiel der Schaffung und Vermarktung von Organisationsmoden (z.B. lean management, organizational learning etc.) liefert Kieser (1997). Für die USA vgl. Kühn (1997, 1990).
- 2 Gesellschaftlich betrachtet ist ›Rationierung medizinischer Leistungen‹ in den wohlhabenden Ländern ›Klassenkampf‹, da Einsparungen ausschließlich zum Schaden der wirtschaftlich Nutzlosen aus den unteren sozialen Schichten erzielt werden (Kühn 1991), andere ›Rationierungen‹ sind empirisch bislang unbekannt. Man geht nun dazu über, diese Rationierung neutraler als ›Priorisierung‹ zu bezeichnen, was unter dem Gesichtspunkt der Hierarchie der gesellschaftlichen ›Marktklassen‹ (M. Weber) durchaus eine unfreiwillige Ehrlichkeit enthält.
- 3 Viele, wenn auch nicht alle, Großunternehmen im Medizinbereich, die als NonProfit-Unternehmen arbeiten, handeln fast unterschiedslos zu den For-Profit-Unternehmen nach Kriterien der Kapitalverwertung. Die Unterschiede liegen im geringeren Zugang zum Kapitalmarkt und der Verpflichtung, Gewinne (soweit man sie nicht in horrender Höhe als ›Gehälter‹ an das Top Management auszahlt) zu reinvestieren anstatt als Dividende auszuschütten. Im Gegenzug gewährt der Staat Steuernachlaß.
- 4 HMOs (Health Maintenance Organizations) gibt es in vielen Varianten. Grundsätzlich handelt es sich um eine Einheit aus Versicherung und Versorgung. Die Versicherten (oder ihre Arbeitgeber) schließen mit der HMO einen Vertrag. Diese gewährleistet die medizinische Versorgung. Das kann sie tun, indem sie a) eigene Einrichtungen mit angestellten Ärzten betreibt, b) mit großen Zusammenschlüssen von Leistungsanbietern (z.B. Medical Groups, Physician-Hospital Associations, Networks) oder c) mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern Verträge abschließt. Die Versicherten einer HMO sind prinzipiell auf diese Anbieter beschränkt und können nur in einigen Arrangements gegen (erheblichen) Aufpreis auch Ärzte von außerhalb in Anspruch nehmen. Zur politischen Ökonomie dieser Entwicklung und Beschreibung der Institutionen vgl. Kühn (1977).

- 5 Über die deutschen Ökonomen, die im Vergleich zu ihren englischen Kollegen einen rückständigen Erkenntnisgegenstand hatten, dem sie keine Geheimnisse entlocken konnten, bemerkte er, sie seien »bloße Schüler, Nachbeter und Nachtreter, Kleinhausierer des ausländischen Großgeschäfts.« (Marx 1966 [1867]: 21)
- 6 Verlängerung der Lebensspanne, Verbesserung gesundheitsbedingter Lebensqualität, Minderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen.
- 7 Die Einkommen in Form von Gehalt und Gratisaktien der Spitzenmanager von For-Profit-HMOs liegen an der Spitze aller Branchen in den USA.
- 8 Die folgenden Datumsangaben lassen die Dynamik des gegenwärtigen Konzentrationsprozesses deutlich werden.
- 9 »Capitated« meint soviel wie »kopfpauschaliert«, das heißt aber nicht, daß jeder einzelne Arzt eine Kopfpauschale pro Patient erhält. Häufig ist es so, daß z.B. die Medical Group auf der Basis von Kopfpauschalen bezahlt wird, die Ärzte jedoch ein Gehalt plus Prämien beziehen. Die Kopfpauschale überträgt das finanzielle Krankheitsrisiko komplett auf die Ärzte, die Patientenzahl eines Arztes oder einer kleinen Gruppenpraxis wird als ein zu kleiner »risk pool« angesehen. Kopfpauschalen unterwerfen ärztliches Handeln selbst nach Ansicht vieler amerikanischer Autoren, die der kommerzialisierten Medizin zuneigen, zu stark dem ökonomischen Kalkül bzw. treiben kleinere Einheiten in den Konkurs, sobald nur einige wenige außerordentlich kostspielige Patienten den notwendigen Gewinn absorbieren.
- 10 Staff-model-HMOs sind HMOs, die als Versicherer die medizinische Versorgung in eigenen Einrichtungen mit angestellten Ärzten (staff model) betreiben. Durch die Kapitalkonzentration gibt es so gut wie keine »reinen Typen« mehr unter den großen HMOs.
- 11 Der Kürze halber nenne ich alle Arten von Managed Care Versicherungen HMOs.
- 12 Zu »Unternehmen« in diesem Sinne werden nicht nur Kapitalgesellschaften, sondern auch gemeinnützige und öffentliche Einrichtungen gezählt, sobald sie durch wirtschaftlichen Wettbewerb gezwungen werden, einzelwirtschaftlich, d.h. »unternehmerisch« zu handeln.
- 13 Aus Platzgründen muß hier eine nähere Beschreibung unterbleiben.
- 14 Wie sehr die immanente Struktur der »Schulmedizin« auf technische Rationalität reduziert ist und somit ihrer Bürokratisierung und – konsequent zu Ende gedacht – Informatisierung durch diesen ihren Charakter entgegenkommt, kann die (keinesweg kritisch gemeinte) Zusammenfassung dieses Paradigmas durch Fox (1997) illustrieren.

Literatur

- American Medical Association (1996): Directory of practice parameters. Chicago
- Bauman, Z. (1994): Dialektik der Ordnung. Hamburg: EVA
- Belkin, G.S. (1997): The technocratic wish: Making sense and finding power in the »managed« medical marketplace. Journal of Health Politics, Policy and Law 22: 509-532
- Birenbaum, A. (1997): Managed care: Made in America. Westport, Conn.: Praeger
- Bodenheimer, T. (1995): The industrial revolution in health care. Social Justice 22, 4: 26-42
- Briefs, U. (1984): Bürokratie. In: H. Kerber; A. Schmieder (Hg.): Handbuch Soziologie. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt, 66-70
- Greco, P.J.; Eisenberg, J.M. (1993): Managing physicians' practices. New England Journal of Medicine 329: 1271-1274

- Ellwood, P.H.; Anderson, N.N.; Billings, J.E. et al. (1971): »Health maintenance strategy«. *Medical Care* 9: 291-296
- Fox, E. (1997): Predominance of the »curative model« of medical care. *JAMA* 278: 761-764
- Gold, M. et al. (1995): Behind the curve: A critical assesment of how little is known about arrangements between managed care plans and physicians. *Medical Care Research and Review* 52: 307-341
- Iliffe, S.; Munro, J.(Eds.) (1997): *Healthy choices: Future options for the NHS*. London: Lawrence & Wishart
- Institute of Medicine (1992): *Guidelines for clinical practice: From developement to use*. Washington, D.C.: National Academy Press
- Kassirer, J.P. (1995): Managed care and the morality of the market place. *New England Journal of Medicine* 333: 50-52
- Kieser, A. (1996): Moden und Mythen des Organisierens. *Die Betriebswirtschaft* 56: 21-39
- Kühn, H. (1991): Rationierung im Gesundheitswesen — Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. In: *Jahrbuch für kritische Medizin 17: Rationierung der Medizin*. Hamburg: Argument, 40-72
- Kühn, H. (1997): Manged Care: Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA. In: *Jahrbuch für kritische Medizin 27*. Hamburg: Argument, 7-52
- Kühn, H. (1998): Wettbewerb im Gesundheitswesen erzeugt sozial ungleiche Versorgungsrisiken. *Sozialer Fortschritt* (i.E.)
- Lee, T.H.; Cooper, H.L. (1997): Translating good advice into better practice. *JAMA* 278: 2108-2109
- Marx, K. (1966 [1867]): *Das Kapital*, Bd. 1. Marx-Engels-Werke (MEW), Bd. 23. Berlin: Dietz
- Oliges, F.J. (1997): 1000 Leitlinien — was nun? *Die Ortskrankenkasse* 21: 661-665
- Physian Payment Review Commission (1995): *Arrangements between managed care plans and physicians: Results from a 1994 survey of managed care plans*. Washington D.C.
- Ritzer, G. (1995): *Die McDonaldisierung der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: S. Fischer
- Robinson, J.C. (1996): The dynamics and limits of corporate growth in health care. *Health Affairs* 15: 155-169
- Robinson, J.C. (1998): Consolidation of medical groups into physician practice management organizations. *JAMA* 279: 144-149
- Robinson, J.C.; Casalino, L.P. (1996): Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs* 15, 7: 7-22
- United States General Accounting Office (1995): *Practice guidelines: Overview of Agency for Health Care Policy Research efforts*. Washington, D.C.
- United States General Accounting Office (1996): *Practice guidelines: managed care plans customize guidelines to meet local interests*. Washington, D.C.
- U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research (1995a): *AHCPR clinical practice guideline program: Report to Congress*. Rockville, MD
- U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research (1995b): *AHCPR's program of patient outcomes and related activities: Report to Congress*. Rockville, MD
- Wehler, H.-U. (1987): *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. II. München: Beck
- Weingarten, S. (1997): Practice guidelines and prediction rules should be subject to careful clinical testing. *JAMA* 277: 1977-1978
- Woolhandler, S.; Himmelstein, D.U. (1995): Extreme risk: The new corporate proposition for physicans. *New England Journal of Medicine* 333: 1706-1709
- Zelman, W.A. (1996): *The changing health care market place: Private ventures, public interests*. San Francisco: Jossey-Bass