

Vicente Navarro

Die Struktur des monopolistischen Sektors* und seine Bedeutung für das Gesundheitswesen**

Eines der wesentlichen Merkmale des Wirtschaftssystems der Vereinigten Staaten, wie auch der meisten Nationen der westlichen Welt, ist die Konzentration des wirtschaftlichen Reichtums innerhalb des monopolistischen Sektors.

Untersuchungen zeigen zum Beispiel den extremen Konzentrationsgrad des Gesellschaftskapitals bei relativ wenigen Unternehmen. An der Spitze stehen einige wenige große Gesellschaften (958, d. h. 0.06 % der Gesamtzahl), die im Jahre 1967 mehr als die Hälfte des gesamten Anlagekapitals besaßen (1070 Mrd. Dollar), d. h. 53,2 %. Auf der anderen Seite findet sich eine große Zahl kleiner Unternehmen (906 458, d. h. 59 %), die nur über einen sehr kleinen Anteil des Anlagekapitals verfügten (31 Mrd. Dollar, d. h. 1,5 %)¹.

Die gleiche Konzentration wirtschaftlicher Macht findet sich wieder in den einzelnen Bereichen des Wirtschaftssystems der Vereinigten Staaten. So besaßen z. B. im Jahre 1962 in dem Wirtschaftsbereich „verarbeitende Industrie“, dem man eine Schlüsselrolle zuschreibt, nicht mehr als 100 Firmen (von insgesamt 180 000 Kapitalgesellschaften und 240 000 anderen Unternehmen) 58 % der Netto-Kapitalanlagen der vielen hunderttausend Unternehmen dieses Wirtschaftsbereiches. Diese außerordentliche Konzentration kann z. B. auch dadurch verdeutlicht werden, in dem man wie Hunt und Sherman darauf hinweist, daß „die 20 größten Unternehmen der verarbeitenden Industrie einen größeren Anteil an dem gesamten Anlagekapital besitzen als die 410 000 kleinsten Firmen zusammen“².

Einen anderen Teil innerhalb des von Gesellschaften beherrschten Bereiches unserer Wirtschaft bildet das Finanzkapital. Hierzu gehören die Banken, die Trusts und die Versicherungsgesellschaften. Das Finanzkapital hat einen hohen Grad der Konzentration erreicht³ und beherrscht die Kapitalgesellschaften durch seine Kreditpolitik. Es ist sogar so, daß — wie ein Bericht einer Kongreß-Kommission⁴ zeigte — die Gesellschaften keineswegs autark bezüglich notwendiger Finanzierungen sind; es zeigt sich viel-

* In Anlehnung an O'Connor und Galbraith teilt Navarro die Gesamtwirtschaft in drei Sektoren ein: 1. Der von den Konzernen beherrschte „geplante“ oder „monopolistische“ Sektor. 2. „Markt-“ oder „Wettbewerbssektor“, der in zunehmendem Maße vom monopolistischen Sektor verdrängt wird. 3. Der „Staatssektor“, der direkt vom Staat kontrolliert wird (d. Übers.).

** Der Beitrag ist dem Aufsatz: *An Explanation of the Composition, Nature, and Functions of the Present Health Sector of the United States* entnommen. Bull. New York Academy of Medicine, 2nd Series, Vol 51, no. 1, pp 199—234, Jan. 1975. Aus dem Englischen übersetzt von Christian Gaedt.

mehr eine zunehmende Abhängigkeit vom Finanzkapital. Diese Abhängigkeit führt über den Besitz von Aktien der Gesellschaften oder aber über personelle Verzahnung mit deren Leitungsgremien zu Einflußmöglichkeiten auf die Unternehmensführung. Morton Mintz von der Washington-Post faßt das Ergebnis dieses Reports folgendermaßen zusammen: „Die meisten großen Gesellschaften des Landes werden offensichtlich durch acht Unternehmen, darunter sechs Banken, beherrscht oder kontrolliert.“⁵ Diese Banken sind wiederum über ihre Leitungsgremien mit Versicherungsgesellschaften, wie zum Beispiel Aetna Life, Prudential und anderen, verzahnt. Man bekommt eine Vorstellung von der erschreckenden Machtzusammenballung, wenn man in dem erwähnten Bericht liest, daß die vier größten Banken des Landes 10 % von ITT, 12 % von Xerox, 20 % von Gulf Oil, 10 % von International Paper, 12 % von Polaroid, in Form von Aktien besitzen und darüber hinaus über entsprechende Anteile bei zahlreichen weiteren mächtigen Gesellschaften verfügen. Die Bedeutung dieser Zahlen läßt sich durch die Feststellung des Kongreß-Unterausschusses für Banken und Währung verdeutlichen, nach dem nämlich der Besitz von 5 % der Aktien ausreicht, um dem Besitzer einen kontrollierenden Einfluß auf die betreffende Gesellschaft zu geben⁶.

Verständlicherweise hat das Finanzkapital auch auf den Gesundheitssektor, dem zweitgrößten Wirtschaftssektor des Landes, einen großen Einfluß. Nach dem National Journal flossen im Jahre 1973 29 Mrd. Dollar an Krankenversicherungsgeldern durch die Hände der Versicherungsgesellschaften; das war nur geringfügig weniger als die Hälfte der gesamten Versicherungseinnahmen dieses Jahres (Krankenversicherungen und andere Versicherungen zusammengekommen)⁷. 15 Mrd. Dollar, also mehr als die Hälfte dieses Betrages, flossen den profitorientierten Versicherungsgesellschaften zu. Auch diese Gesellschaften weisen einen hohen Grad an Konzentration auf; die 10 größten unter ihnen (Aetna, Travellers, Metropolitan Life, Prudential, CNA, Equitable, Mutual of Omaha, Connecticut General, John Hancock und Provident) kontrollieren nahezu 60 % des gesamten kommerziellen Krankenversicherungsbereiches. Die meisten der größeren Krankenversicherungs-Gesellschaften zählen zugleich zu den größten Lebensversicherungsgesellschaften, die zusammen mit den Banken die entscheidende Kontrolle über das Kapital in diesem Lande haben. Metropolitan Life und Prudential zum Beispiel verfügen über ein Anlagekapital in Höhe von 30 Mrd. Dollar; sie sind also kapitalstärker als General Motors, Standard Oil of New Jersey oder ITT⁸. Diese Finanzriesen haben enge Verbindungen mit dem Bankwesen und üben über die Banken wesentlichen Einfluß auf die großen Gesellschaften aus. Dieser Einfluß wird zum Beispiel auch darin deutlich, daß von den 28 Direktoren der Metropolitan Life 23 gleichzeitig im Direktorium verschiedener Banken sitzen, so insbesondere bei der Chase Manhattan Bank⁹. Diese Bank besitzt 10 % der Aktien der American Airlines, 8 % der United Airlines, 15 % der Columbia Broadcasting System (CBS), 6 % der Mobil Oil sowie Anteile an verschiedenen anderen Gesellschaften¹⁰. Die Wichtigkeit dieses Einflusses — der unter anderem auch nach Meinung des „Subcommittee on Government Operations of the United-States Senate“ der entscheidende Faktor für die Gesamtwirtschaft ist — zeigt sich auch in der zur Zeit laufenden Diskussion über die verschiedenen

Vorschläge zur nationalen Krankenversicherung. Dabei geht es darum, ob man den profitorientierten Versicherungsgesellschaften die Türen zum künftigen nationalen Krankenversicherungswesen öffnen oder ob man sie besser nicht ins Geschäft kommen lassen sollte. Es beweist den großen politischen Einfluß und die Macht des Finanzkapitals, daß alle Vorschläge, mit Ausnahme des Kennedy-Griffith-Planes, der vorwiegend auf die Gewerkschaften des monopolistischen Wirtschaftssektors zurückgeht (also insbesondere auf AFL-CIO und die UAD), die Einbeziehung der profitorientierten Gesellschaften als Möglichkeit sehen bzw. sich sogar dafür ausgesprochen haben. Nach der Vorlage der Nixon- bzw. jetzt der Ford-Regierung würde zum Beispiel der Dollarfluß durch private Versicherungen (einschließlich der profitorientierten Krankenversicherungen) von 29 Mrd. Dollar auf 42 Mrd. Dollar ansteigen. Darüber hinaus würden weitere 14 Mrd. Dollar privaten Agenturen zufließen, die dieser Vorschlag als Mittler in dem von der öffentlichen Hand finanzierten Bereich vorsieht¹¹. Es war die Macht eben dieser kommerziellen Versicherungsgesellschaften, die eine Änderung des Kennedy-Griffith-Entwurfes erzwangen, des einzigen Entwurfs, der die Versicherungsgesellschaften völlig ausschloß. An die Stelle trat der Vorschlag von Kennedy-Mills, in dem die Rolle der Versicherungsgesellschaften wieder unangetastet war. Die New York Times stellte vor kurzem in einem Editorial heraus, daß die Entscheidung des Kennedy-Mills-Entwurfes, „den Versicherungsgesellschaften ihre Position zu belassen, auf der Erkenntnis beruht, daß diese mit ihrer Macht jede Gesetzgebung zunichte machen würden, die sie für unannehmbar hielten. Die Förderer dieser Vorlage standen also vor der Wahl, die Versicherungsindustrie zu beschwichtigen oder aber auf eine nationale Krankenversicherung ganz zu verzichten“¹².

Wir sehen also, wie die Macht der Finanz- und Wirtschaftsunternehmen nicht nur die Wirtschaft, sondern auch in zunehmendem Maße das Gesundheitswesen prägt. Die kommerziellen Versicherungsgesellschaften sind zwar die bedeutendste Finanzmacht auf dem Krankenversicherungsmarkt, sie sind jedoch nicht die einzige. Sie müssen mit der Macht der „provider“* konkurrieren, die im Bereich des Versicherungswesens vor allem durch „Blue Cross“ und dem „Blue Shield“ repräsentiert sind^{12a}. Die kommerziellen Versicherungen und Blue Cross sowie Blue Shield geraten über ihre Unternehmenspolitik in Interessenkollision, obgleich sie eigentlich die gleichen Klasseninteressen haben. Es ist wahrscheinlich, daß die wachsende Macht des Finanzkapitals, insbesondere die der kommerziellen Versicherungen, den Einfluß der „provider“ auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in gleicher Weise vermindern wird, wie dies durch die Vorherrschaft des monopolistischen Sektors — Finanzunternehmen und große Gesellschaften — für den „Markt“, d. h. den „Wettbewerbssektor“ geschehen ist. Wenn dies eintreten sollte, würde es wahrscheinlich zu einer Proletarisierung der „provider“ kommen, da sie dann zu Angestellten der Unternehmen — sprich der kommerziellen Versicherungsgesellschaften — degradiert wer-

* „Provider“ ist ein schwer ins Deutsche übersetzbarer Ausdruck. Über die wörtliche Bedeutung — Lieferanten und Vorsorger — hinaus bezeichnet er die Repräsentanten medizinischer Berufsgruppen und die entsprechenden Institutionen des Gesundheitswesens.

den würden. In dieser Hinsicht könnte der gegenwärtig zu beobachtende beginnende, jedoch ständig zunehmende Trend der medizinischen Berufe zur gewerkschaftlichen Organisation, ein Symptom der Proletarisierung dieser Berufsgruppe und ein Hinweis auf die zukünftige Entwicklung im Gesundheitswesen sein¹³.

Die Kontrolle über die „reproduktiven“ Institutionen des Gesundheitswesens

Um zu verstehen, wie das Gesundheitswesen kontrolliert und gesteuert wird, müssen wir nicht nur die Art der Finanzierungskontrolle im Gesundheitswesen untersuchen, sondern auch die Kontrolle und Beeinflussung der medizinischen Einrichtung selbst. Ohne Zweifel fließt das Kapital, die Energie, die das System in Bewegung hält, durch institutionalisierte Kanäle, die durch die Schichten und Gruppen kontrolliert und beherrscht werden, die mit denen verwandt, wenn auch nicht identisch sind, die den wesentlichen Einfluß über die Finanzierung ausüben. Wir können die Institutionen des Gesundheitswesens einteilen in 1. Einrichtungen der Reproduktion und Legitimation von Einfluß und Kontrolle; hier sind die Lehrinstitute und die Stiftungen gemeint (wie z. B. Johnsons, Rockefeller und Carnegie Foundations) und 2. Einrichtungen zur medizinischen Versorgung. Entsprechend dieser Einteilung unterscheiden wir „reproduktive“ und „distributive“ Einrichtungen.

Die reproduktiven Einrichtungen werden durch die Vertreter des Finanzkapitals und der großen Gesellschaften sowie durch die ärztlichen Standesvertreter kontrolliert. Wie Prof. Melder schreibt, „ist das typische Kuratoriumsmitglied eines nichtstaatlichen (Lehr)-Institutes ein Vertreter aus einem großen Wirtschaftsunternehmen, ein Bankier, ein Fabrikant, ein leitender Direktor oder ein bekannter Rechtsanwalt“¹⁴, wozu wir im Gesundheitswesen noch einen prominenten Arzt hinzufügen können. So zeigt z. B. eine Studie, daß von 734 Kuratoriumsmitgliedern der 30 führenden Universitäten etwa die Hälfte den entsprechenden akademischen Berufsgruppen angehören — der Rest sind wohlhabende Bürger, Manager oder Bankiers¹⁵. Man unterschätzt ihre Bindung an die Interessen ihrer Klasse und ihrer Unternehmen, wenn man annimmt, daß diese Mitglieder passiv sind und nur unterschreiben, was die Verwaltung und die medizinischen Fakultäten beschlossen haben. In Wirklichkeit ist ihre vermeintliche Passivität eine delegierte Kontrolle. Es war kein anderer als Flexner, der in einer selten zitierten Passage aus einem seiner Berichte feststellte, daß „der Einfluß des Kuratoriums bei sozialen und wirtschaftlichen Fragen eine Atmosphäre der Ängstlichkeit heraufbeschwört, die nicht ohne Einfluß auf kritische Feststellungen und Vorschläge ist“¹⁶. In der Tat hat das Kuratorium bei den wichtigsten Entscheidungen das letzte Wort. Wie Galbraith es ausgedrückt hat, besteht seine wichtigste Aufgabe darin, sicherzustellen, „daß selbstverständlich die akademische Ausbildung den Bedürfnissen des industriellen Systems in starkem Maße angepaßt wird“, was gleichbedeutend mit der Anpassung an das System privatwirtschaftlichen Unternehmertums ist¹⁷. Im Jahre 1961 machte dies Dr. N. M. Pusey, damals Präsident

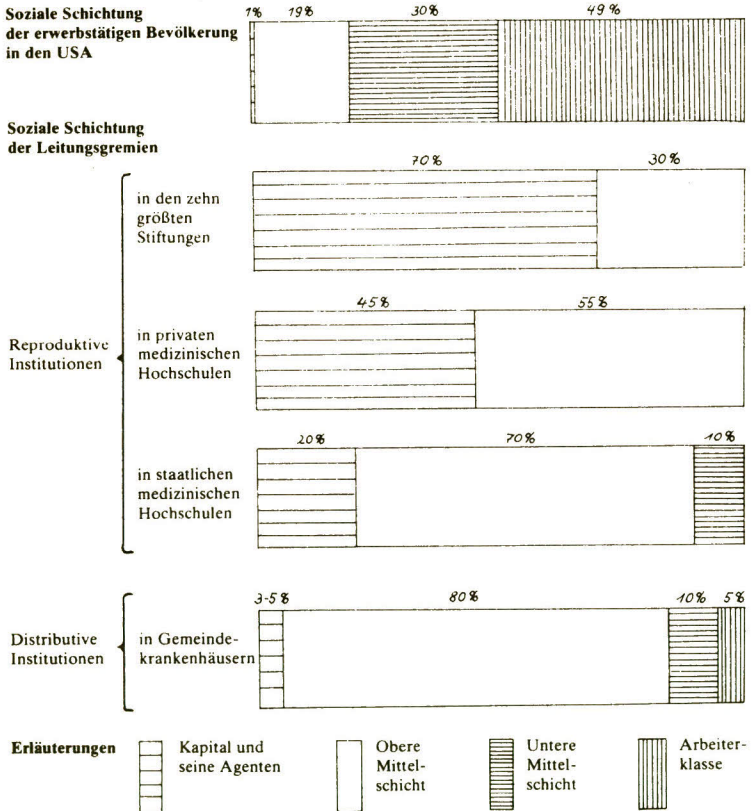
der Havard-Universität deutlich, in dem er in einer bemerkenswerten Rede sagte, „daß die Universität als Ganzes . . . vollständig darauf ausgerichtet ist, in einer sehr komplizierten Welt das privatwirtschaftlich organisierte Wirtschaftssystem effizient und nutzbringend zu erhalten“¹⁸. Diese eindeutig ideologische Feststellung von einem Akademiker in leitender Position einer vermeintlich ideologiefreien Institution ist verdienstvoll wegen ihrer Klarheit, ihrer Kürze und ihrer Offenheit. Dieses Bekenntnis, das typisch für unsere akademischen Institutionen und Stiftungen ist, kann nicht getrennt von der Tatsache gesehen werden, daß führende Vertreter der Wirtschaft die beherrschende Position in den Kuratorien der akademischen Institutionen und Stiftungen haben¹⁹. Sinn und Zweck dieses Einflusses ist es, die Einstellungen und Wertvorstellungen zu reproduzieren, die den gemeinsamen Klassen- und Unternehmensinteressen am meisten nützen.

Ich möchte dabei betonen, daß ich nicht an eine monopolistische Kontrolle der Ideologieproduktion denke. Ich bin jedoch überzeugt davon, daß das System von Einfluß und Kontrolle der Ideologieproduktion in hohem Maße zugunsten der herrschenden Klasse verbogen wird. Diesen dominierenden Einfluß fühlt man nicht nur an den Universitäten, an den Stiftungen und an den Institutionen für höhere Bildung, sondern auch in den meisten anderen Ideologie produzierenden Institutionen, einschließlich der Massenmedien und der anderen Kommunikationsmittel²⁰. Wie Miliband es ausdrückt, tragen die Ideologie produzierenden Institutionen insgesamt dazu bei, „. . . ein Klima der Konformität zu züchten. Dies geschieht nicht etwa durch die totale Unterdrückung abweichender Meinungen, sondern dadurch, daß Ansichten, die außerhalb des allgemeinen Konsens liegen, als kuriose Ketzereien dargestellt oder, was sogar noch effektiver ist, als irrelevante Exzentritäten behandelt werden. Dies ist sehr funktional (für das System)“²¹. Ein weiterer Hinweis auf das Überwiegen der Werte und Normen, die das System stützen, kann der gegenwärtig in der akademischen Welt laufenden Diskussion über eine nationale Krankenversicherung entnommen werden. Trotz der „heißen“ Debatten über das Problem, welche Art und welchen Typ einer nationalen Krankenversicherung „Amerikaner“ wählen sollten, und trotz der kritischen Kommentare über unser Gesundheitswesen, die in großer Zahl von Akademikern und den Massenmedien vorgebracht werden, hat nicht ein einziger Vorschlag und nicht ein einziger Bericht in den Medien die Unantastbarkeit des privaten Wirtschaftssektors oder die Art und Weise, wie er unser Gesundheitssystem kontrolliert, in Frage gestellt. Viele Alternativen zum gegenwärtigen Modell — so z. B. verschiedene Arten eines nationalen Gesundheitswesens anstelle von lediglich einer nationalen Krankenversicherung — wurden völlig außer acht gelassen, oder aber sie wurden schnell als unamerikanisch fallen gelassen. Die Unantastbarkeit der Wertvorstellungen des privaten Unternehmertums hat mehr etwas mit der Kontrolle des Ideologien produzierenden Systems als mit der genetisch-biologischen Struktur der amerikanischen Bevölkerung zu tun. Der Erfolg eines Systems aber, so drückte es Marcuse aus, hängt davon ab, ob es ihm gelingt, die Möglichkeit von Alternativen undenkbar zu machen²².

Die Kontrolle der „distributiven“ Institutionen im Gesundheitswesen

Die Gemeindekrankenhäuser machen den größten Teil der distributiven Einrichtungen im Gesundheitswesen aus. Untersucht man die Leitungsgremien dieser Krankenhäuser, so findet man Vertreter des Kapitals weniger stark vertreten; dafür ist ein großer Einfluß der oberen Mittelschicht nachweisbar. Akademiker, insbesondere Ärzte, sowie Vertreter mittelgroßer Betriebe sind ihre Mitglieder. Selbst hier sind die Arbeiterklasse und die

Abb. 1: Geschätzte soziale Schichtung der erwerbstätigen Bevölkerung sowie der Leitungsgremien reproduktiver und distributiver Institutionen im Gesundheitswesen der USA.



Zusammengestellt nach Angaben in: Navarro, V., The Control of the Health Institutions, Baltimore, John Hopkins University, in Vorbereitung; Pfeffer, J., Size, composition, and functions of hospital boards of directors: A study of organization-environment linkage. Admin. Sci. Quart. 18:349, 1973; Hartnett, R. T., College and University Trustees: Their Backgrounds, Roles and Educational Attitudes. In: Crisis in American Institutions, Currie, S., editor. Boston, Little, Brown, 1973.

untere Mittelschicht nicht repräsentiert, obwohl sie die Mehrheit der amerikanischen Bevölkerung ausmachen. Nicht einen einzigen Gewerkschaftsführer kann man z. B. in dem Leitungsgremium irgendeines Krankenhauses im Gebiet von Baltimore finden²³. Die nicht organisierten Arbeiter sind selbstverständlich in einem noch geringeren Maße repräsentiert. Abb. 1 zeigt die geschätzte soziale Zusammensetzung aller berufstätigen Amerikaner und ihre Repräsentanz in den reproduktiven und distributiven Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die falsche Dichotomie von „providers“ und „consumers“

Die vorangegangene Analyse zeigt, daß ich mit den meisten meiner Kollegen nicht übereinstimme, die den gegenwärtigen grundlegenden Konflikt im Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten — und zwar sowohl im Bezug auf die Finanzierung als auch im Bezug auf die Gesundheitsversorgung selbst — in einem Konflikt zwischen den „consumers“ und den „providers“ sehen. Für mich ist dies eine Vereinfachung, die die Natur der Verteilung der ökonomischen und politischen Macht in den Vereinigten Staaten innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens verschleiert. Ich gebe zu, daß die gegenwärtige Gesundheitsversorgung, vor allem durch die „providers“, bestehend aus den akademisch-medizinischen Berufen, den niedergelassenen Ärzten der American Medical Association (AMA) und der Krankenhausorganisationen sowie der American Hospital Association (AHA) kontrolliert zu sein scheint. Ich bestreite aber die Richtigkeit der Behauptung, daß ihnen aufgrund ihrer „einzigartigen“ Kenntnisse eine quasi angeborene Kontrollfunktion gegeben ist, und ich bestreite, daß diese Situation nicht geändert werden kann. In Wirklichkeit ist die Macht der medizinischen Berufe eine delegierte Macht. Freidson drückte das folgendermaßen aus: „Eine Berufsgruppe erringt eine Position unter dem Schutz der Schirmherrschaft einer Elitegruppe der Gesellschaft, die überzeugt ist, daß in ihrer Arbeit irgendein spezieller Wert steckt.“²⁴ Diese genannte Elitegruppe ist jedoch, wie Frankenberg betonte, weniger eine wirtschaftlich begründete Elite als vielmehr eine Klasse, nämlich das Kapital und seine Agenten²⁵. Man erinnere sich, daß der Flexner-Report und die ersten wissenschaftlichen Medizinschulen von Stiftungen (Rockefeller und der Carnegie Foundation) aus der Zeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts gefördert wurden, die damals als die intellektuelle Stimme des Finanz- und Aktienkapitals galten²⁶. Der große Einfluß der „providers“ auf die Gesundheitseinrichtungen — der so stark ist, daß man von Kontrolle über das Gesundheitswesen sprechen kann — basiert auf einer Machtdelegation von anderen Gruppen und Schichten, insbesondere vom Kapital und seinen Agenten sowie der „upper middle class“, zu denen auch die „providers“ gehören. Ihre spezifischen Interessen mögen dabei sogar mit den Interessen anderer Gruppen innerhalb der oberen Mittelschicht und mit den bedeutenderen Interessen der Konzerne in Konflikt geraten. Wie ich bereits in einem anderen Zusammenhang ausgeführt habe, hat die Macht der Konzerne in England und Schweden nicht nur die Nationalisierung des Gesundheits-

* Unter „consumers“ sind die Verbraucher, die Patienten, zu verstehen.

wesens toleriert, sondern auch unterstützt. Das geschah zu einem Zeitpunkt, als ihre Interessen es erforderten, wobei sie die Abhängigkeit der medizinischen Berufe von den Interessen der Konzerne und des Staates institutionalisiert haben²⁷.

Würde man den grundlegenden Konflikt innerhalb des Gesundheitswesens als Konflikt zwischen „providers“ und „consumers“ ansehen, so müßte man annehmen, daß die „providers“ letztlich die Kontrolle über die Entscheidungen im Gesundheitswesen haben und daß die Interessen der „consumers“ homogen sind; klassenspezifische und andere Interessen würden also keine Rolle spielen. Die Kontrolle über die Gesundheitseinrichtungen wird jedoch in erster Linie durch die Schichten und Gruppen, die wir oben beschrieben haben, und erst in zweiter Linie durch den Ärztestand ausgeführt. Der Konflikt besteht also nicht zwischen den „providers“ und den „consumers“, sondern bezüglich der Finanzierungsfragen besteht er zwischen dem Kapital und seinen Agenten einerseits und den „providers“ andererseits. Allgemeiner besteht er zwischen der Mehrheit der Bevölkerung, die zur Arbeiterklasse und zur unteren Mittelschicht gehört, und denen, die die Kontrolle über die medizinischen Versorgungseinrichtungen haben, also dem Kapital und seinen Agenten, der oberen Mittelschicht und dem Ärztestand.

Anmerkungen:

1 Zum Ausmaß der Konzentration des Kapitals in den USA sei verwiesen auf das Kapitel „Monopoly Power: Increasing or Decreasing?“ in: Hunt, E. K. and H. J. Sherman, *Economics: An Introduction to Traditional and Radical Views*. New York, Harper and Row, 1972, pp. 267—82, sowie auf: Committee on Government Operations of the United States Senate, *Disclosure of Corporate Ownership*. Washington, D. C., Govt. Print. Off., 1973.

2 Hunt, E. K. and Sherman, H. J., op. cit., p. 270.

3 Nach dem Pattman-Bericht verfügen die 100 größten (von insgesamt 13 775) Banken über 45 % aller Einlagen. — Pattman Committee Staff Report for the Domestic Finance Subcommittee of the House Committee on Banking and Currency: *Commercial Banks and Their Trust Activities; Emerging Influence on the American Economy*. Washington, D.C., Govt. Print. Off., 1968.

4 Committee on Government Operations of the United States Senate, op. cit.

5 Mintz, M.: Eight institutions control most of top firms. *Washington Post*, January 6, 1974, pp. A 1 and A 16.

6 Mintz, M., *ibid.*, p. A 16.

7 Iglehart, J. K.: National insurance plan tops ways and means agenda. *Nat. J.* 6: 387, 1974.

8 Bodenheimer, T., Cummings, S., and Harding, E.: Capitalizing on illness: The health insurance industry. *Int. J. Health Serv.* In press.

9 *Ibid.*

10 Mintz, M., op. cit., p. A 16.

11 Iglehart, J. K., loc. cit.

12 Health plan progress. Editorial. *New York Times*. April 7, 1971, p. E 16.

12a Blue Cross und Blue Shield sind 1929 initiierte Versicherungssysteme, für die Krankenhaus- respektive die ambulante Versorgung. Diese Versicherungen arbeiten ohne Profit, sie umschließen etwa 50 % aller Krankenversicherten. Obwohl sie den Krankenhäusern und Ärzten gegenüber als Verhandlungspartner bei

Honorierungsfestlegungen gegenüberreten, schlägt sich in ihrer Politik das Interesse der Ärzteschaft nieder. Auch personell findet dies in den Leitungsgremien seinen Ausdruck (der Übers.).

13 Kelman, S.: *Toward the political economy of medical care*. Inquiry S. 30 bis 38, 1971.

14 Maelver, R. M.: *Academic Freedom in Our Time*. New York, Gordian Press, 1967, p. 78. Cited in Miliband, R., op. cit., p. 251.

15 Beck, H. P.: *Men Who Control Our Universities*. London, King's Crown Press, 1947, p. 51.

16 Flexner, A.: *Universities: American, English, German*. New York, Oxford University Press, 1930, p. 180.

17 Galbraith, J. K.: *The New Industrial State*. Boston, Houghton, Mifflin, 1967, p. 370.

18 Puscy, N. M.: *Age of the Scholar: Observations on Education in a Troubled Decade*, Cambridge, Harvard University Press, 1963, p. 171.

19 Zur Analyse von Herkunft, Position und Ausbildung der Mitglieder universitärer Kuratorien sei verwiesen auf die neuere Arbeit von Hartnett, R. T.: *College and University Trustees: Their Backgrounds, Roles and Educational Attitudes*: In: Skolnick, J., and Currie, E.: *Crisis in American Institutions*. Boston, Little, Brown, 1973, pp. 359—72.

20 Servan-Schreiber, J. L.: *The Power to Inform: Media — The Business of Information*. New York, McGraw-Hill, 1974.

21 Miliband, R., op. cit., p. 238.

22 Marcuse, H.: *Repressive Tolerance*. Boston, Beacon, 1972.

23 Van Gelder, P., leader of the Baltimore American Federation of Labor-Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO). Personal communication.

24 Freidson, E.: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York, Dodd, Mead, 1970, p. 72.

25 Frankenberg, R.: *Functionalism and after? Theory and developments in social science applied to the health field*. Int. J. Health Serv. In press.

26 S. auch Berliner, H.: *A Larger Perspective of the Flexner Report*. Baltimore, Johns Hopkins University. In process.

27 Navarro, V.: *A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives*. Med. Care 12: 721—42.