

ÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEN USA

Der Kostendruck macht das
Medizin-Management erfinderisch

Frank E. Münnich

Die Kostenexpansion im Gesundheitswesen ist offenbar ein säkulares und globales Phänomen: In fast allen Industrienationen weisen staatliche, halbstaatliche oder überwiegend private Systeme der Gesundheitssicherung sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor in den letzten 10 bis 15 Jahren überdurchschnittlich stark steigende Ausgabenraten aus. Auch die Vereinigten Staaten von Amerika machen hier keine Ausnahme. Ganz im Gegenteil! Wie im Musterland des professionellen Managements, in den USA, neuartige Wege beschritten worden sind, um die ambulante mit der stationären gesundheitlichen Versorgung zu verzahnen und systemoffene neue Formen zu erproben, zeigt der Verfasser, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität München, in einem Diskussionsbeitrag auf. Er reflektiert zugleich die vielfältigen subjektiven Eindrücke und ökonomischen Rückschlüsse, die der Verfasser bei seinen Gesprächen „vor Ort“ anlässlich seiner jüngsten Studienreise durch die Vereinigten Staaten gewonnen hat.

Das Gesundheitswesen der Vereinigten Staaten steht vor einem tiefgreifenden Umbruch. Ausgelöst wird er von drei weitgehend voneinander unabhängigen Entwicklungen. Ein wesentlicher Faktor ist zweifellos die Kostenentwicklung. Mit 286,6 Milliarden US-Dollar haben die gesamten Gesundheitsaufwendungen, die weder Lohnfortzahlung noch Krankengeld enthalten, in 1981 einen Anteil am Sozialprodukt von 9,8 Prozent erreicht. Hiervon dienten 255 Milliarden der direkten Gesundheitsversorgung; die Differenz wurde für Verwaltungskosten, Forschung und Investitionen ausgegeben.

Der größte Brocken sind die Kosten der Hospitalisierung: 118 Milliarden Dollar oder 40 Prozent der Gesamtaufwendungen gingen an die Krankenhäuser. Allerdings ist diese Zahl mit den entsprechenden Kennziffern in der Bundesrepublik Deutschland nicht ohne weiteres vergleichbar, weil sie wegen der anderen Krankenhausorganisation einerseits die Kapitalkosten beinhaltet, die Arzthonore oder -einkommen andererseits aber nicht.

Seit der Einführung der öffentlichen Programme *Medicare* (für die Alten und Behinderten) und *Medicaid* (für Fürsorgeempfänger) in 1965 hat sich der Anteil der öffentlichen Hand an der Gesamtfinanzierung von 25 auf 40 Prozent erhöht. Angesichts der schwerwiegenden Haushaltsprobleme sowohl der Bundesregierung der Vereinigten Staaten als auch der

Regierungen der einzelnen Staaten ist die Finanzierung dieser Gesundheitsaufgaben zu einem Hauptproblem der Finanzpolitik geworden. Ein knappes Drittel der direkten Gesundheitsausgaben wird von den Patienten selbst aufgebracht.

Doch mehr noch als das Niveau verunsichern die seit langem extrem hohen Wachstumsraten die Fachleute wie die Öffentlichkeit. Lagen sie in den frühen 60er Jahren noch bei neun Prozent, so sind sie in den Siebzigern auf über 13 Prozent geklettert. Den Anstoß hierfür gaben ganz offensichtlich die öffentlichen Programme *Medicare* und *Medicaid*, denen mit einer Verzögerung von etwa fünf Jahren der private Sektor folgte. Zuletzt lagen die Wachstumsraten bei etwa 14 Prozent für den privaten Sektor und 16 Prozent im öffentlichen Bereich. Gut 70 Prozent resultieren aus Preisbewegungen, und etwa sechs Prozent sind durch das Bevölkerungswachstum bestimmt, so daß nur ein Fünftel der Aufwandssteigerung für Qualitätsverbesserungen und Intensivierung der Behandlung eingesetzt wurde. Die Amerikaner begegnen dieser Entwicklung zumeist mit einem bemerkenswerten hemdsärmeligen Pragmatismus. Im Vergleich zur politischen Diskussion, die hierzulande stattfindet, kümmern sich die Amerikaner wenig um Prinzipien, Grundsätze und Ideologien. Es wird das unternommen, was einer parlamentarischen Körperschaft oder einem Unternehmen ad hoc einfällt. Dabei zeigen alle Betroffenen einen

Ärztliche Versorgung in den USA

ungewöhnlichen Einfallsreichtum. Es gibt daher eine beachtliche Zahl unterschiedlicher Kostendämpfungsversuche.

Die zweite Ursache des bevorstehenden Strukturwandels ist der sich verschärfende Kampf um den Patienten. Auch in den Vereinigten Staaten rollt eine „Ärztenschwemme“. In den vergangenen zwanzig Jahren wurde die medizinische Ausbildung durch die öffentliche Bildungsförderung erheblich subventioniert. Zwar trug der einzelne Medizinstudent immer noch einen erheblichen Teil der hohen Kosten seiner Ausbildung selbst. Dennoch haben diese öffentlichen Zahlungen zu einer enormen Ausdehnung der Studenzzahlen geführt. Von 1960 bis 1980 stieg die Zahl der medizinischen Ausbildungsstätten um knapp 50 Prozent von 86 auf 126. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der eingeschriebenen Studenten von 30 288 auf 64 195.

Diese Expansion hat sich bereits jetzt schon in der Zahl der berufstätigen Ärzte niedergeschlagen. In den fünfziger Jahren wuchs sie mit etwa 1,7 Prozent jährlich annähernd so schnell wie die Bevölkerung, so daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung bei etwa 700 Menschen je Arzt verharrte. Inzwischen ist die Wachstumsrate auf über drei Prozent angestiegen, so daß mit 470 000 Ärzten nunmehr weniger als 500 Menschen statistisch auf einen Arzt entfallen. Die Prognosen deuten auf ein weiteres Ansteigen der Zahl der Ärzte hin, denn die Zahl der Studenten steigt zur Zeit noch um etwa zwei Prozent jährlich. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob nicht die drastischen Kürzungen der Ausbildungsstipendien im Verein mit den ständig weitersteigenden Ausbildungskosten sehr bald zu einem Rückgang der Ausbildungszahlen führen werden. Dies würde sich allerdings erst in einem Jahrzehnt in der Zahl der Neuniederlassungen niederschlagen. Die starke Zunahme der Zahl der Ärzte hat erhebliche strukturelle Rück-

wirkungen. Zum einen werden Gruppenpraxen („clinics“) und Health Maintenance Organizations (HMO), die zu einem guten Teil ihre Ärzte anstellen, von Interessenten überlaufen. Es ist für sie überhaupt keine Schwierigkeit, selbst hochkarätige Experten zu bekommen. Die „Ärztenschwemme“ führt zum anderen auch dazu, daß sich in der Auseinandersetzung zwischen Hospitälern und Ärzten (die in den USA fast ausschließlich als Belegärzte arbeiten) die Schwergewichte langsam verschieben. Es sind nicht mehr so sehr die Hospitäler, die um Ärzte konkurrieren müssen, sondern in zunehmendem Maße die Ärzte, die um „privileges“ bei den Hospitälern nachsuchen. Die American Medical Association (AMA) ist über diese Entwicklungen sehr besorgt; sie arbeitet an Konzepten, um den negativen Folgen dieser Entwicklung zu begegnen.

Ein dritter Faktor des Strukturwandels kommt von außerhalb des Gesundheitswesens. In zunehmendem Maße macht sich ein Einfluß von „business“ und Kapitalmarkt geltend. Industrielle Finanzierungsverfahren und moderne Managementtechniken finden Eingang, vor allem bei den Krankenhausketten und den großen gebietsübergreifenden Gruppenpraxen. Während diese Entwicklung bislang hauptsächlich durch die Nachfrage geschäftstüchtiger Insider vorangetrieben wurde, mehrten sich die Anzeichen, daß potente Kapitalgruppen und Unternehmen, die gänzlich fachfremd sind, in den Gesundheitssektor drängen. Dieser Einfluß von außen verstärkt die Tendenz zur „institutional medicine“, worunter man versteht, daß Medizin in zunehmendem Maße nicht vom einzelnen niedergelassenen Arzt, sondern von Organisationen angeboten wird.

Dreh- und Angelpunkt: die Klinik

Wesentlicher Ansatzpunkt für diese Entwicklung sind zur Zeit die Hospitäler. Von ihnen, ihren Ko-

sten und ihrer Technologie geht die wesentliche Dynamik aus. Auf sie richten sich auch die politischen Maßnahmen und die unternehmerischen Aktivitäten. Dagegen gibt es keinerlei direkte Einflußnahme auf die Ärzte. Dies ist um so verwunderlicher, als die Ärzte an diesen Entwicklungen mitwirken, sie zum Teil verursacht haben und jedenfalls von ihnen betroffen sein werden. Die übrigen „Leistungserbringer“ sind offenbar im Vergleich zu den Krankenhäusern wirtschaftlich unbedeutend, so daß sie keinen aktuellen Anlaß zu politischer Aktion bieten.

Es gibt schließlich auch keine Gesetzesinitiativen, die das Gesundheitssystem insgesamt betreffen, wie sie die politische Szene der 70er Jahre beherrschten. Einerseits fehlt hierfür der rechte Anlaß – der völlig unversicherte Teil der Bevölkerung ist mit zehn Prozent zahlenmäßig unbedeutend und stellt wegen seiner sozioökonomischen Heterogenität kein interessantes Wählerpotential dar. Andererseits sind auch die Vorstellungen über die konkrete Ausgestaltung zu weit gefächert, als daß sich im Kongreß eine Mehrheit für eine Gesetzesvorlage finden ließe.

► Die ersten Auswirkungen des Strukturumbruchs schlagen sich vor allem auf drei Gebieten nieder: erstens der Bezahlung der medizinischen Leistungen, speziell der des Krankenhauses, zweitens in der Organisation des Zusammenwirkens zwischen Ärzten, Drittversicherern und Patienten und drittens in dem, was man „institutionalization of medicine“ nennt.

Bei den neuen Bezahlungsformen geht es im wesentlichen darum, die bisherigen Regelungen durch solche mit einer stärker kostendämpfenden Wirkung zu ersetzen. Der Druck hierzu geht vor allem von den Regierungen aus, weil sie in überdurchschnittlichem Maße von den Krankenhauskosten betroffen sind. Bisher wurden im wesentlichen den Hospitälern die Kosten bezahlt, die auf die Medicare-

und Medicaid-Patienten entfallen. Doch wurden nicht alle bei den Hospitälern angefallenen Kosten, sondern nur „zulässige“ Kosten berücksichtigt und diese nur bis zu einem Höchstbetrag beglichen. Dennoch sind die Kostenerstattungen so massiv weitergestiegen, daß man zusätzlich jährliche Zielzuwachsrate eingeführt hat. Allerdings werden diese Beschränkungen komplizierter als bei uns berechnet und gehandhabt. Zum einen geht in sie die allgemeine Inflationsrate ein. Hierzu gibt es einen Zuschlag für technologische Fortschritte. Zusätzlich wird durch hospitalspezifische Zuschläge beziehungsweise Abschläge dem „case-mix“ und dem Leistungsprogramm der einzelnen Hospitäler Rechnung getragen. Auf diese Weise versucht man einerseits, dem unterschiedlichen Schweregrad der Erkrankungen gerecht zu werden. Andererseits soll verhindert werden, daß Hospitäler sich die Patienten aussuchen, die die niedrigsten Kosten verursachen. Nach dem Umfang zu urteilen, der diesem Rosinenpicken („creamskimming“) in der Literatur gewidmet wird, muß es sich dabei um eine weitverbreitete und durchaus legale „Unternehmensstrategie“ der Krankenhäuser handeln, obwohl die niedrige Durchschnittsauslastung der Krankenhäuser (75 Prozent) und das Einweisen durch den niedergelassenen (Beleg-)Arzt eigentlich dagegen sprechen.

Die Zielzuwachsrate werden dem einzelnen Krankenhaus in jedem Fall vergütet. Ist die faktische Entwicklung der zulässigen Kosten geringer, so kann das Krankenhaus die Differenz als „Gewinn“ behalten. Übersteigt die Kostenentwicklung aber den Zielwert, so wird nur ein Teil der Differenz vergütet. Hierin liegt ein Anreiz für die Hospitalverwaltungen, die Leistungen kostengünstiger zu erbringen.

Seit etwa zehn Jahren wird versucht, von dieser *kosten*basierten Bezahlung der Krankenhauslei-

stungen (die in den USA *nie* die ärztlichen Leistungen beinhalten) zu einer *output-orientierten* Bezahlung überzugehen. Man möchte die Leistung des Krankenhauses irgendwo medizinisch erfassen und nicht durch die Zahl und Art der Verrichtungen messen. Zugleich soll die nachträgliche Erstattung angefallener Kosten durch eine vorgezogene Preisfestlegung („prospectively reimbursement“) ersetzt werden.

► Es gibt gegenwärtig mindestens neun solcher Techniken, die in verschiedenen Bundesstaaten angewandt werden. Das bekannteste Verfahren sind die sogenannten DRGs, das heißt die „Diagnosis Related Groups“. Hierbei wird versucht, alle Fälle eines Krankenhauses in eine bestimmte Anzahl von Klassen – eben die DRGs – zu rubrizieren.

Der Anlaß zur Entwicklung der DRGs waren aber nicht etwa Verrechnungsfragen, sondern „management control“-Probleme. Es sollten Verfahren entwickelt werden, die es zu überprüfen gestatten, ob ein Krankenhaus signifikant größere Verweildauern hat als ein anderes. Hierfür waren Kriterien zu schaffen, anhand deren die Verweildauer jedes einzelnen Falles beurteilt werden konnte. Dies gelingt durch die Beschreibung von Fallklassen, innerhalb derer die Verweildauern nur eng streuen, während sich zwischen den Klassen erhebliche Unterschiede ergeben.

Diagnosebezogene Gruppen

Diese diagnosebezogenen Gruppen wurden ursprünglich an der Yale University entwickelt. Sie sind dann in New Jersey gesetzlich für alle Krankenhausabrechnungen vorgeschrieben worden. Erste Erfahrungsberichte hierüber liegen vor. Im November 1982 sind sie Gegenstand einer Regierungsvorlage der Regierung Reagan geworden, die das Abrechnungssystem für die Behandlung von Medicare-Patienten abändern sollte.

Überraschend wurden die DRGs im Gesetzgebungsverfahren aus diesem Vorschlagspaket herausgelöst und gesondert verabschiedet. Sie werden im Oktober 1983 für alle Medicare-Abrechnungen in Kraft treten.

Die Definition der DRGs, und damit die Klassifikation der Patienten, erfolgt zunächst anhand der Hauptdiagnose, wie sie sich zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten darstellt. Das Risiko einer fehlerhaften Einweisungsdiagnose geht damit voll zu Lasten des Krankenhauses. Sodann wird danach unterschieden, ob ein chirurgischer Eingriff erforderlich ist oder nicht. Weiter werden Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen („comorbidities“) sowie nach Einlieferung auftretende Komplikationen zur Differenzierung herangezogen. Schließlich spielt auch das Lebensalter des Patienten eine Rolle. Diese Kriterien werden allerdings nur bei den Diagnosen angewendet, wo sie nach Meinung der an ihrer Erarbeitung beteiligten medizinischen Experten sinnvoll sind. Für die Zuordnung der Patienten im Krankenhaus wurde ein Entscheidungsbaumverfahren entwickelt, das auch als Computerprogramm vorliegt. Es ist so einfach, daß es von nichtmedizinischem Hilfspersonal anhand der Krankenblätter gehandhabt werden kann. Trotz intensiver Beteiligung der Ärzte – die gesamte medizinische Fakultät der Yale-Universität war an der Entwicklung beteiligt – sind die gebildeten 467 Yale-DRGs noch nicht der Wissenschaft letzter Schluß. Es gibt eine ganze Reihe von Schwierigkeiten in der Abgrenzung sowie die unvermeidlichen Ausnahmen. Die DRGs berücksichtigen auch nicht den Unterschied, den es für die Krankenhausbehandlung macht, ob ein Blinddarm im Frühstadium oder unmittelbar vor der Perforation eingeliefert wird.

Es ist aber sicherlich gerechtfertigt, daß diese Fälle, die unterschiedliche Kosten verursachen, auch unterschiedlich bezahlt wer-

Ärztliche Versorgung in den USA

den. Als Abhilfe wird das sogenannte „staging“, die Berücksichtigung der Stufe des Krankheitsprozesses bei Einlieferung, diskutiert. Es wird auch vorgeschlagen, die „severity of illness“, also die besondere Schwere des Einzelfalles, als Kriterium zur Differenzierung der Fallgruppen heranzuziehen. Allerdings ginge dadurch die Einfachheit der DRG-Systeme verloren, weil die „Produkte“-Anzahl explodieren würde.

Die DRGs stellen eine sinnvolle Basis für die Preise der Krankenhausleistungen als Tagessätze oder Einzelleistungen dar. In New Jersey wird für jedes Hospital aufgrund seiner eigenen Kostenstruktur ein Preis für jede DRG vorgegeben, den das Hospital dann zu berechnen hat.

► Wenn das Hospital die Behandlungskosten unter den Durchschnitt drückt, macht es einen Gewinn, andernfalls Verluste. Im Gegensatz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Bundesrepublik Deutschland gibt es aber keinen nachträglichen Gewinn oder Verlustausgleich, so daß das Krankenhaus einem erheblichen Anreiz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit ausgesetzt ist.

Dies verleitet möglicherweise zum Betrug: Der DRG-creep hat bereits Eingang in die Literatur gefunden. Dem steht in den USA einmal die bei weitem besser ausgebaute Qualitätskontrolle entgegen. Darüber hinaus gibt es eine sinnvolle Technik, die allerdings mit einigem regulatorischen Aufwand verbunden ist, durch die der Betrug durch Fehlklassifikation von Patienten sich selbst bestraft.

Preferred Provider Organizations

Tiefgreifender Wandel hat auch die Kooperation zwischen Versicherern und den verschiedenen Gruppen von Leistungsanbietern erfaßt. Neben die seit 1974 hoffähige *Health Maintenance Organization*, die die Funktionen des Versicherers und der Leistungserstel-

lung quasi in einer „Firma“ vereint, ist in jüngster Zeit eine neue Organisationsform getreten, die *Preferred Provider Organization (PPO)*. Ihre Grundidee besteht darin, den Leistungsanbietern, insbesondere Ärzten und Krankenhäusern gegen das Zugeständnis niedriger Preise (oder Aufwendungen) ein bestimmtes Versichertenvolumen zu garantieren. Dabei sind zwei Grundformen denkbar. Beim Typ A ist der Versicherte gezwungen, einen „preferred provider“ aufzusuchen, andernfalls verliert er – wie übrigens auch bei der HMO – seinen Versicherungsschutz. Beim Typ B verzichtet der Versicherer auf den vertraglich vorgesehenen Selbstbehalt, wenn der Versicherte die Vertragsanbieter aufsucht. Tut der Patient dies nicht, muß er einen nach Leistungsarten unterschiedlich hohen Selbstbehalt tragen.

Rechtliche Voraussetzung für die Bildung einer PPO ist, daß die gesonderten vertraglichen Beziehungen nicht gegen Antitrustgesetze, Diskriminierungsverbote oder ärztliches Standesrecht verstoßen. Gegebenenfalls muß durch Gesetz „selective“ oder gar „exclusive contracting“ ermöglicht werden. Selective contracting bedeutet, daß der Zahler (Versicherer) nicht mehr gezwungen ist, mit jedem Leistungsanbieter, der dies wünscht, zu kontrahieren, sondern sich auf diejenigen, die einen vorteilhaften Kontrakt anbieten, beschränken kann. Exclusive Contracting liegt vor, wenn er sich auf einen Anbieter je Einzugsbereich und Fachgebiet beschränkt.

Dies sei am Beispiel der neuesten kalifornischen Hospitalgesetzgebung verdeutlicht. Für die dort ansässigen Medicaid-Patienten gilt ab 1. Januar 1983, daß sie sich nur noch in bestimmten Krankenhäusern behandeln lassen können. Wenn sie sich in anderen Krankenhäusern behandeln lassen, gilt der Grundsatz, daß sie die Kosten voll selbst tragen müssen (Typ A). Die Krankenhäuser werden aufgrund

einer öffentlichen Ausschreibung ausgewählt. Es gibt eine Behörde, bei der sich die Krankenhäuser unter Angabe des von ihnen angebotenen Leistungsspektrums und der Preisvorstellungen bewerben müssen. Der Preis ist ein Tagessatz, zu dem das Krankenhaus alle in sein Leistungsspektrum fallenden Medicaid-Patienten, von denen es aufgesucht wird, behandeln muß. Weil Krankenhäuser auf die Idee kommen könnten, die Medicaid-Patienten durch ihre privaten Patienten zu subventionieren („cost shifting“), ist dasselbe Recht den privaten Versicherten und den selbstversichernden privaten Unternehmen eingeräumt worden. Diese Gesetzgebung trat erst Anfang 1983 in Kraft, so daß Erfahrungen noch nicht vorliegen.

Unabhängig von der kalifornischen Gesetzgebung haben sich – durch die weitgehende Gewerbe-freiheit ermöglicht – Organisationen vom Typ einer PPO gebildet. Sie sind sowohl von Ärzten wie von Krankenhäusern, als auch von Drittzählern (Versicherungen und Unternehmen) ins Leben gerufen worden. Bislang haben sie jedoch noch kein großes wirtschaftliches Gewicht gewonnen. Ihre Bedeutung liegt vielmehr im Modell, das sie für andere abgeben. In der Fachpresse werden sie als besonders bedeutende Neuerung mit großen Zukunftsaussichten dargestellt. Es gibt gewichtige Stimmen bei den Ärzten und Krankenhäusern, die ihren Mandanten nahelegen, die Entwicklung selbst in die Hand zu nehmen, um nicht von den großen Versicherungen und Arbeitgebern überrollt zu werden. Auch in den USA ist der einzelne Arzt der allein zugelassene Leistungsanbieter. Allerdings zählen neben den MDs – den Doktoren der Medizin – auch die ODs – doctors of osteopathy – und in bestimmtem Kontext auch die chiropractists zu den erlaubten Heilberufen. Das Verbot von „corporate medicine“, einer medizinischen Versorgung durch Organisationen und Gesellschaften, ist in vielen Staaten explizites und in allen un-

geschriebenes Gesetz. Doch ist der Einfallreichtum von Ärzten, Krankenhausverwaltern und Kapitalgebern unbegrenzt, Umgebungsmöglichkeiten zu ersinnen, um die wirtschaftlichen Vorteile von Großbetrieben auch im Gesundheitswesen auszunutzen.

Private Krankenhaus-Kettenbetriebe

Dies wird in der Entwicklung der *Krankenhausketten* am deutlichsten. Sie befinden sich traditionellerweise in *privatem Besitz*, doch sind in jüngerer Zeit eine Reihe gemeinnütziger Vereinigungen, wie beispielsweise Kirchen, die sich wegen ihrer weiten regionalen Verbreitung hierfür geradezu anbieten, zur Organisation von Ketten übergegangen. Inzwischen ist das Krankenhaus in dieser Organisationsform zu einem der dynamischsten und gewinnträchtigsten Wirtschaftszweige geworden. Die größte derartige Gesellschaft ist die Hospital Corporation of America (HCA), die in 1982 weltweit 219 Hospitäler mit rund 33 000 Betten besaß und darüber hinaus noch 148 Krankenhäuser mit annähernd 20 000 Betten verwaltet hat. 1981 betrug die Gesamtzahl der von Ketten verwalteten Krankenhäuser knapp über 1000. Davon lagen 951 Häuser mit etwa 122 000 Betten, das sind etwas mehr als zehn Prozent des gesamten Bettenbestandes, in den USA selbst. Die Ketten zeigen ein beträchtliches Wachstum, das teilweise durch den Aufkauf bestehender Einrichtungen, aber auch durch Neuinvestitionen zustande kommt. Hiergegen hat auch die bestehende Bedarfsplanung (CON = certificate of need) nichts ausrichten können – am Erfolg der Neubauten beurteilt, zu Recht nicht.

Die Erfolge der Ketten, insbesondere der gewinnorientiert geführten, sind nach übereinstimmender Meinung aus allen Lagern auf drei Gründe zurückzuführen. Der erste liegt in allgemeinen Größenvorteilen begründet. Gemeinsamer Ein-

kauf, zentralisierte Abrechnung, koordinierte Investitionsplanung führen zu Kostenvorteilen. Diese Vorteile könnten im Prinzip auch von selbständig bleibenden Einzelhäusern selbst wahrgenommen werden. Doch zeigt sich hier der zweite Vorteil der Ketten, die erheblich weitergetriebene Arbeitsteilung. Größere Ketten können vor allem für administrative Funktionen Spezialisten einkaufen, die für kleinere Einheiten zu teuer, weil unterausgelastet, sind. Hierbei spielen vor allem Finanzexperten eine besondere Rolle. Angesichts der steigenden Bedeutung von Medicaid- und Medicare-Patienten sind Fachleute für deren komplizierte Abrechnungsvorschriften sehr gesucht.

Ein dritter bedeutender Vorteil von „Medizin-Unternehmungen“ liegt in ihrem leichteren Zugang zum Kapitalmarkt. Einzelbetriebe sind auf Spenden, Subventionen aus öffentlichen Haushalten und die recht beschränkten lokalen Kapitalmärkte angewiesen. Größeren Unternehmungen mit regelmäßiger Publizität dagegen steht der überregionale Markt offen. Zwar gibt es auch gemeinnützige Krankenhäuser, deren religiöse Trägergesellschaft dank ihrer Wohlhabenheit auch erhebliche Summen aufzubringen in der Lage ist. Dennoch zeigt gerade die Finanzierung der Investitionen die generelle Überlegenheit eines leichten Kapitalmarktzugangs. Volkswirtschaftlich gesehen übt diese Form der Finanzierung auch einen wünschenswerten Druck auf eine wirtschaftliche Mittelverwendung und Leistungserstellung aus.

Es liegt auf der Hand, daß die Krankenhausträger und ihre Verwaltungen das Verhalten der bei ihnen tätigen (Beleg-)Ärzte, das für die Wirtschaftlichkeit des Hauses von zentraler Bedeutung ist, in den Griff bekommen möchten. Da sie mit der Ausnahme der Funktionsärzte (Pathologen und Röntgenologen beispielsweise) keine Ärzte anstellen können, haben sie eine Vielzahl höchst unterschied-

lich ausgestalteter Verträge entwickelt, um die Ärzte gegen die Gewährung besonderer Vergünstigungen – zum Beispiel die Übernahme der Investitionskosten oder der Abrechnung – zu einem kostenbewußten Verhalten anzuregen. Diese Verträge kommen in ihrer Wirkung zum Teil einer Anstellung nach altem Chefarztmuster sehr nahe. Es liegt ebenso auf der Hand, daß sich die Ärzte gegen diese Entwicklung wehren. Eine wesentliche Maßnahme ist der Beitritt zu einer Gruppenpraxis. Im Gegensatz zur hiesigen Situation wird sie – auch und gerade in ihrer *fachgebietsübergreifenden Form* – als ein Bollwerk des freiberuflich niedergelassenen Arztes gegen alle Kollektivierungstendenzen begriffen. Dies erklärt ihre vergleichsweise weite Verbreitung. Fast 90 000 Ärzte – also mehr als ein Fünftel aller aktiven Ärzte – arbeiteten 1980 in knapp 10 000 Gemeinschaftspraxen. Drei Fünftel dieser Ärzte sind Mitglieder einer fachgebietsübergreifenden Praxis, die im Durchschnitt 15 Mitglieder aufweist. Freilich gibt es auch Gruppen mit mehr als 100 Mitgliedern. Diese großen Gruppen weisen sämtliche betriebswirtschaftlichen Vorteile der Krankenhausketten auf und beweisen tagtäglich wirtschaftliches Verhalten: Sie gründen beispielsweise Krankenhäuser. Von den Gruppenmitgliedern werden die wirtschaftlichen Vorteile gern gesehen. Wichtiger sind ihnen aber häufig andere.

Von vielen Ärzten, insbesondere jüngeren und solchen, denen ausschließlich an ihrer medizinischen Tätigkeit liegt, wird der Ausbau der Administration als höchst willkommene Befreiung von ungeliebten und ausbildungsfremden Pflichten angesehen. Die kostenlose Möglichkeit zur Konsultation von Kollegen anderer Fachgebiete und zu zeitsparender Verweisung der Patienten, ohne daß dadurch Einkommensverluste entstehen, ist ein weiterer Anziehungspunkt. Schließlich wird auch geschätzt, daß die Versicherungen gegen

USA: Ärztliche Versorgung

Schadenersatzansprüche (in Form von Gruppenversicherungen für alle der Organisation angeschlossenen Ärzte) erheblich niedrigere Prämien verlangen als etwa eine Einzelversicherung.

Der vorherrschende Eindruck, den das Gesundheitswesen in den USA derzeit vermittelt, ist *Offenheit zu neuen Formen*. Es gibt eine Vielzahl von Experimenten, die von der Regierung politisch unterstützt und finanziell gefördert werden. Trial and error – Versuch, Irrtum und Korrektur sind die vorherrschenden Suchverfahren nach neuen Lösungen. Dabei wird keineswegs mit der Axt der Wald der Regulierungen und Regeln sinnlos abgeholzt. Es werden aber Schneisen geschlagen, durch die Neues ausprobiert werden kann, bevor man es in einem Gesetzgebungsverfahren zur verbindlichen Norm für alle macht. Dies hebt sich vorteilhaft von allen hierzulande praktizierten Verfahren ab, ein Jahrhundertgesetz nach dem anderen als zwingendes Recht ohne Lücke zu verabschieden, sie ausnahmslos in derselben Legislaturperiode noch – und weiter in allen folgenden – zu novellieren, um sie schließlich nach etwa einer Dekade durch eine neue Jahrhundertlösung abzulösen. In den USA traut man mehr der Erfahrung als den Prognosen der Experten und Interessenten, um sich durch Ausprobieren vom Guten zum Besseren vorzuarbeiten. So bieten die vielfältigen Entwicklungstendenzen in den USA sicherlich auch ein gutes Anschauungsmaterial für den Fall, daß bei uns auch einmal Nägel mit Köpfen beabsichtigt sind.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. rer. pol.
Frank E. Münnich
Ordinarius für
Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Wirtschaftstheorie,
Seminar für theoretische und
angewandte Sozialökonomik der
Universität München
Ludwigstraße 28 RG
8000 München 22

THEMEN DER ZEIT

Unsere Beziehung zur Kindesankunft

Machen oder kommen lassen

Peter Petersen und Alexander Teichmann

Nachdem es in jüngster Zeit gelungen ist, Kinder auf dem Weg der extrakorporalen Befruchtung entstehen und austragen zu lassen, erscheint es notwendig, unsere Beziehung zur Kindesankunft neu zu überdenken. Auch wenn Techniken der homologen und heterologen Insemination seit langem angewandt werden und die Behandlung der funktionell sterilen Frau in den letzten 10 Jahren große Fortschritte erzielt hat, werfen doch die neuesten Entwicklungen Fragen auf, welche auch für die Gesamtheit der bisher praktizierten Formen forcierter Fruchtbarmachung Gültigkeit haben.

Es geht im wesentlichen um zwei Fragen:

► Wie sind wir – und unsere Patienten – gegenüber Zeugung und Empfängnis eingestellt? Wie ist unsere grundsätzliche Haltung zur Kindesankunft?

► Welche Erlebnisweisen – leiblicher, seelischer und geistiger Art – stellen sich im Zusammenhang mit Zeugung und Empfängnis ein? Welche anthropologischen Prozesse werden bei der Fruchtbarkeit anschaulich?

Der Mythos der Machbarkeit

Machbar ist alles technisch Handhabbare, sei es mit medizinischen, psychologischen oder sozialen Mitteln. Zunächst einmal ist der Begriff Machbarkeit wertneutral. Es handelt sich um reibungslose, möglichst perfekte Abläufe. Treibendes Motiv im Falle der forcierter Fruchtbarmachung für die von uns angewandte somatopsychosoziale Technik ist der Wunsch der Frau oder des Paares, ein Kind haben zu wollen, oder im Falle der Abruptio graviditatis, ein Kind

nicht haben zu wollen. Das Produkt des positiven Wunsches ist das gemachte, das des negativen das weggemachte Kind. Unsere Sprache läßt Differenzierungen zu, die den Sachverhalt verdeutlichen: „Ich will von dir ein Kind gemacht haben“ oder dagegen „Ich möchte mit dir ein Kind (zeugen oder empfangen)“. Im Satz „Ich will von dir ein Kind“ klingt der persönliche Besitzanspruch an, ebenso wie in „Ich mache dir ein Kind“. Hier wird Besitz ergriffen von einem fremdbestimmten Wesen, das ausschließlich abhängig von den Wünschen der Eltern ist und heute mit Hilfe einer einseitig hochspezialisierten Technik verwirklicht werden kann.

Der Schwangerschaftsabbruch ist im Prinzip der gleiche Vorgang des Machens, nur mit umgekehrten Vorzeichen. Seine juristisch-moralische Rechtfertigung soll dieser Produktionsvorgang durch das Grundgesetz (Artikel 2) finden, nach dem die freie Entfaltung der Persönlichkeit geschützt ist. Die Persönlichkeit entfaltet sich durch den Besitz eines Kindes – also der Verwirklichung des Kinderwunsches – oder durch die Ablehnung eines Kindes auf dem Wege des