

PUBLIC POLICY AND PRIVATE FORCES

Das Gesundheitssystem der USA in den 1990ern

Von der Gemeinsamen Fakultät für Geistes- und
Sozialwissenschaften der Universität Hannover
zur Erlangung des Grades einer Doktorin
der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte

Dissertation

von Christiane Sattler
geboren am 16.09.1965 in Seesen

1999

Referent: Prof. Dr. Bernhard Blanke

Korreferentin: Prof. Dr. Christiane Lemke

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Januar 1999

ABSTRACT

Das Gesundheitssystem der USA ist zu großen Teilen privatwirtschaftlich organisiert und verweist den Staat auf eine lediglich ergänzende Rolle. Durch einen hohen Dezentralisationsgrad ist Verantwortlichkeit zwischen Bund, Bundesstaaten und Privatsektor aufgeteilt. Unter Präsident Clinton kam es zu einem Versuch, daß System grundlegend neu zu strukturieren. Anlaß dafür waren die als zu hoch erachteten Ausgaben für das Gesundheitswesen sowie die Tatsache, daß aufgrund des Fehlens universeller Krankenversicherung 40 Mio. Personen über keine Absicherung im Krankheitsfall verfügten. Die von diesen Problemvoraussetzungen ausgehende staatliche Reformdiskussion war gekennzeichnet durch die Gegenüberstellung von markt- und sozialstaatlich orientierten Grundvorstellungen, die auch nach dem Scheitern des Versuchs umfassender Neustrukturierungen weiterhin den Ausgang von Policy-Verläufen bestimmten. Neben dem politischen Kompromißbildungsprozeß wurde die gegenseitige Verarbeitung von Reformimpulsen des privaten und des politischen Feldes untersucht und die Frage betrachtet, wer in einem zu weiten Teilen privatisierten Gesundheitssystem Regulationsfunktion besitzt, Staat oder Privatsektor.

Nachdem die von Präsident Clinton initiierte Reformdiskussion aufgrund einer Kombination der Besonderheiten des konstitutionellen Aufbaus der USA, dem Einfluß von Interessengruppen sowie einer ideologischen Auseinandersetzung um die Rolle des Staates im Gesundheitssystem zu Fall gebracht worden war, führte der private Sektor die Initiative weiter. Diese unregulierte Reform brachte wesentliche Neustrukturierungen im System der Versicherungs- und Leistungserbringung durch die rapide Expansion von managed care und Konsolidierungen in der Gesundheitsindustrie mit einer Ausweitung von for-profit im Gesundheitswesen. Die Verlangsamung der Prämiensteigerungen für Krankenversicherung wurden als Erfolg der Umgestaltungen wahrgenommen. Der Staat wurde in die Rolle versetzt, lediglich auf offensichtliche Mißstände zu reagieren oder Probleme anzugehen, die vom privaten Sektor nicht adressiert werden, was zu der Schlußfolgerung führt, daß der private Sektor im Gesundheitssystem der USA wesentliches Regulationspotential, zumindest hinsichtlich der Verfolgung seiner Eigeninteressen, besitzt .

Problemlösungen auf politischer Ebene zeichneten sich durch Kompromißbildungen zwischen den beiden Denkweisen Ausbau staatlichen Einflusses im Gesundheitssystem gegenüber weiterem Rückzug des Staates aus der Sozialpolitik mit Ausweitung eigenverantwortlicher Absicherung aus. Dies führte zu Minimallösungen, die sich in Erleichterung der Fortführung einer bestehenden Krankenversicherung bei Arbeitsplatzwechsel oder -verlust, der Ausdehnung von Krankenversicherung für Kinder sowie Neuregelungen in Medicaid und Medicare manifestierten. In den politischen Verhandlungsprozessen konnte keine der beiden grundsätzlichen Mentalitäten die Oberhand gewinnen, was in einer Bestätigung der Rolle des Staates im Gesundheitssystem bei gleichzeitiger Verankerung marktwirtschaftlicher Lösungswege innerhalb staatlicher Gesundheitspolitik resultierte.

ABSTRACT

Large parts of the United States health care system are privately organized with only supplementary functions for the public sector. The high degree of decentralization divides responsibility among the federal government, state governments and the private sector. The two main problems at the beginning of the 1990s were high costs of health care and 40 million Americans who lacked universal coverage. These facts offered the foundation for an attempt to fundamentally restructure the health care system during President Clinton's first term of office. The discussion about reform was characterized by opposing views of market-based ideas and governmental involvement in health care. Even after the failure of comprehensive reform, these two sides continued to determine the result of policy making. This thesis analyzes the process of political compromising and the mutual digestion of reform impulses between the private and public sectors, which led to questions about regulatory capacities within a widely privatized health care system. The most important of these questions was whether the public or the private sector was in control?

After the discussion about reform, initiated by President Clinton, was brought down by a combination of factors - the institutional construction of the United States, the influence of special interests, and an ideological charged dispute about the role of government in the health care system - the private sector continued the initiative. This unregulated reform entailed considerable structural changes within the system of insurance and delivery of health care benefits because of the rapid expansion of managed care, the consolidations within the health care industry, and the increase of for-profit. The slowdown in health insurance premium increases until the mid 1990s was considered a success of the transformations. Government was assigned the role of addressing obvious nuisances and solving problems, which the private sector showed no interest in handling. This leads to the conclusion that the private sector in the United States health care system possesses considerable potential to regulate the system as far as its own interests are concerned.

The handling of problems within the political field was characterized by compromises between the idea of expansion of government influence in the health care system in contrast to the mentality of government retreat, combined with increased personal responsibility for health insurance. This entailed minimalistic solutions such as the ability to keep health insurance when leaving a job, the expansion of health insurance coverage for children, and changes in Medicare and Medicaid. During the political bargaining process neither of the two basic views could get the upper hand. This resulted in a confirmation of the public role in the health care system and simultaneously the consolidation of market based approaches within public health policy.

SCHLAGWORTE

Deutsch:

USA

Gesundheitssystem

Clinton's Reformdiskussion

Englisch:

USA

Health care system

Clinton's reform discussion

Inhalt

EINLEITUNG	1
KAPITEL I	
DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER USA	5
1. DIE ENTSTEHUNG DES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS IN DEN USA	5
2. CHARAKTERISTIKEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS DER USA.....	10
2.1. DIE FRAGMENTATION DER ORGANISATIONSSTRUKTUR: ABSICHERUNG DURCH PRIVATE UND ÖFFENTLICHE VERSICHERUNGSTRÄGER.....	10
2.2. DIE ENTWICKLUNG VON MANAGED CARE.....	12
2.3. ERFAHRUNGSWERTE MIT MANAGED CARE.....	15
2.4. DIE GRUNDZÜGE DER LEISTUNGSERBRINGUNG: FOKUSPUNKTE IM AMBULANTEN UND STA- TIONÄREN BEREICH.....	18
2.5. DIE EVIDENTEN PROBLEMPUNKTE: NICHTVERSICHERTE UND KOSTEN.....	25
2.5.1. Die Stellung der Nichtversicherten.....	25
2.5.2. Die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem.....	28
2.5.3. Die Problemspirale aus Nichtversicherten und Kosten und die Wahr- nehmung von Reformbedarf.....	32
KAPITEL II	
EIN ANLAUF ZUR REFORM DES US-AMERIKANISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS: DIE CLINTON-INITIATIVE	35
1. DIE GENESE DER REFORMDISKUSSION IN DEN 1990ERN.....	35
1.1. REFORMPLÄNE ZUR PRÄSIDENTSCHAFTSWAHL 1992.....	36
1.2. DIE REFORMPLÄNE DER PRÄSIDENTSCHAFTSKANDIDATEN 1992.....	42
1.3. DIE GRUNDZÜGE VON MANAGED COMPETITION.....	45
2. ENTWICKLUNG DES CLINTON-PLANS.....	48
2.1. DIE KERNPUNKTE DES HEALTH SECURITY ACT.....	51
2.2. ANALYSE DES ENTSTEHUNGSPROZESSES.....	55
3. DIE MOBILISIERUNG DER GEGNER EINER STRUKTURREFORM.....	59
3.1. DIE VERSICHERUNGSINDUSTRIE.....	60
3.2. DIE ÄRZTESCHAFT.....	63
3.3. DIE PHARMAINDUSTRIE.....	65
3.4. DIE UNTERNEHMERSCHAFT.....	66
3.5. DIE REPUBLIKANISCHE PARTEI UND DER EINFLUß DER ANTI-GOVERNMENT IDEOLOGIE.....	68

4. DIE STELLUNG DER BEFÜRWORDER STRUKTURELLER REFORMEN.....	71
4.1. DIE STRATEGIE DER DEMOKRATISCHEN PARTEI.....	72
4.2. DIE ARBEITNEHMERVERTRETUNGEN.....	73
4.3. DIE AMERICAN ASSOCIATION OF RETIRED PERSONS (AARP).....	74
5. DER EINFLUß VON LOBBYING.....	75
6. DIE FEHLGESCHLAGENE SUCHE NACH EINEM KOMPROMIß IM KONGREß.....	77
7. GRÜNDE FÜR DAS ZERBRECHEN DER REFORMBEMÜHUNGEN.....	84
7.1. DIE BEDEUTUNG DES INSTITUTIONELLEN AUFBAUS DER LEGISLATUR.....	86
7.2. DIE ROLLE DER INTERESSEGRUPPEN IM ZUSAMMENHANG MIT ANTI-GOVERNMENT IDEOLOGIE.....	87
7.3. DER MEINUNGSUMSCHWUNG IN DER ÖFFENTLICHKEIT.....	89
7.4. FEHLER DER ADMINISTRATION.....	95

KAPITEL III

DAS BUNDESPOLITISCHE FELD NACH DER CLINTON-DEBATTE: DIE DISKUSSION UM EIN EINGESCHRÄNKTES VERSICHERUNGSGESETZ..... 97

1. DIE NEUBELEBUNG EINER KRANKENVERSICHERUNGSREFORM.....	97
2. DER GESETZENTWURF DES SENATS.....	98
3. DER GESETZENTWURF DES REPRÄSENTANTENHAUSES.....	101
4. STRITTIGE ZUSÄTZE.....	103
4.1. MEDICAL SAVINGS ACCOUNTS.....	103
4.2. DIE GLEICHSTELLUNG VON LEISTUNGSANSPRÜCHEN BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN....	106
4.3. DIE BILDUNG VON NACHFRAGERZUSAMMENSCHLÜSSEN - PURCHASING POOLS.....	108
5. DER KOMPROMIßBILDUNGSPROZEß.....	110
6. DIE VERABSCHIEDUNG DES HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996.....	114
7. DIE REAKTION VON INTERESSEGRUPPEN.....	115
8. DER HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 IM VERHÄLTNIS ZUR DISKUSSION UM DEN HEALTH SECURITY ACT.....	118
9. DIE PERSPEKTIVE DES GESETZES.....	119

KAPITEL IV

MANAGED CARE UND DIE TRANSFORMATION DES GESUNDHEITSSYSTEMS DER USA..... 122

1. DIE BEDEUTUNG VON MANAGED CARE IM GESUNDHEITSSYSTEM DER USA.....	122
1.1. DIE EXPANSION VON MANAGED CARE.....	122
1.2. DIE PRÄMIENENTWICKLUNG VON MANAGED CARE-PLÄNEN.....	124

1.3. BEMÜHUNGEN ZUR QUALITÄTSEVALUATION.....	127
1.4. DER KONZENTRATIONSPROZEß IM GESUNDHEITSSYSTEM.....	129
2. DAS ÄRZTLICHE BERUFSBILD UNTER MANAGED-CARE.....	133
2.1. VERÄNDERUNGEN IN DER ÄRZTLICHEN VERGÜTUNG.....	133
2.2. DIE EINSCHRÄNKUNG ÄRZTLICHER AUTONOMIE UNTER MANAGED CARE.....	137
2.3. MANAGED CARE VOM ÄRZTLICHEN BLICKPUNKT.....	140
2.4. DIE REAKTION VON ÄRZTEN AUF KOSTENSENKUNGSDRUCK	142
2.5. DER EINFLUß VON MANAGED CARE AUF DIE ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG.....	144
3. DER EINFLUß AUF DEN STATIONÄREN SEKTOR.....	146
3.1. DER SONDERFALL ÖFFENTLICHER UND LEHRKRANKENHÄUSER.....	147
3.2. Die ANPASSUNG AN MANAGED CARE.....	149
4. DER WERDEGANG VON KOSTENFREIER BEHANDLUNG - FREE CARE.....	150
5. DIE EXPANSION VON FOR-PROFIT IM GESUNDHEITSSYSTEM.....	153

KAPITEL V

STAATLICHE GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER CLINTON-DEBATTE.....	158
1. DIE REGULATION DER MANAGED CARE-INDUSTRIE DURCH DEN BUND UND DIE STAATEN.....	158
1.1. MANAGED CARE-GESETZGEBUNG IN DEN BUNDESSTAATEN.....	159
1.2. EINZELSTAATEN ALS VORBILD DER MANAGED CARE-REGULIERUNG FÜR DEN BUND.....	161
1.3. DIE ARBEIT DER ADVISORY COMMISSION ON CONSUMER PROTECTION AND QUALITY IN THE HEALTH CARE SYSTEM.....	164
1.4. POLITISCHE SCHWIERIGKEITEN BEI DER DISKUSSION UM MANAGED CARE-REGULATION...	165
1.5. DIE REAKTION VON INTERESSENGRUPPEN AUF MANAGED CARE-REGULATION.....	166
2. DIE NEUE STRATEGIE: STUFENWEISE ANNÄHERUNG AN DAS ZIEL UNIVERSELLER KRANKENVERSICHERUNG.....	169
2.1. DIE AUSDEHNUNG VON KRANKENVERSICHERUNG FÜR KINDER IM RAHMEN DES HAUSHALTSGESETZES VON 1997.....	170
2.2. CLINTON'S VORSCHLAG ZUR AUSDEHNUNG VON MEDICARE AUF PERSONEN AB 55 JAHREN.....	174
3. VERÄNDERUNGEN IM MEDICAID-PROGRAMM.....	176
3.1. NEUREGELUNGEN IM MEDICAID-PROGRAMM.....	177
3.2. DIE AUSWEITUNG VON MANAGED CARE IN DEN MEDICAID-PROGRAMMEN DER BUNDESSTAATEN.....	179
4. DIE FORTENTWICKLUNG DES MEDICARE-PROGRAMMS.....	181
4.1. MEDICARE MANAGED CARE.....	182
4.2. DIE DROHENDE ZAHLUNGSUNFÄHIGKEIT DES MEDICARE HOSPITAL INSURANCE TRUST FUND.....	185
4.2.1. Lösungssuche.....	187
4.2.2. Der Streit um Medicare 1995/96.....	187

4.2.3. Der Einigungsprozeß.....	189
4.2.4. Die langfristige Weiterentwicklung von Medicare.....	193
4.2.4.1. Die neuen Medicare-Optionen.....	193
4.2.4.2. Die Arbeit der National Bipartisan Commission on the Future of Medicare.....	196
4.2.5. Die Haltung der Interessengruppen.....	197
4.2.6. Ausblick für Medicare.....	198

KAPITEL VI

SCHLUBBETRACHTUNG.....	200
1. ZUSAMMENFASSUNG.....	200
2. DIE RESTRUKTURIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS: PUBLIC POLICY ODER PRIVATE FORCES?.....	203
3. PATIENTENVERSORGUNG VERSUS GEWINNERZIELUNG.....	206
LITERATUR.....	211

Verzeichnis der Abbildungen

KAPITEL I

Abb.1: Krankenversicherungsträger und Anteil der versicherten Bevölkerung 1995.....	12
Abb.2: Anzahl von Spezialisten im Vergleich zu Allgemeinärzten.....	21
Abb.3: Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in ausgewählten OECD-Ländern in % des Bruttonationalprodukts, 1980-1992.....	29
Abb.4: Nationale Gesundheitsausgaben in % des Bruttonationalprodukts, 1960-1994.....	30
Abb.5: Staatliche Ausgaben für das Gesundheitswesen (Medicare, Medicaid und andere Programme wie z.B. Impfmaßnahmen) in % der Bundes- bzw. einzelstaatlichen und lokalen Einkünfte, 1965-1994.....	31

KAPITEL II

Abb.6: Potentieller Weg der Gesundheitssystemreform-Legislatur.....	83
Abb.7: Meinung der Öffentlichkeit zum Gesundheitssystem.....	91
Abb.8: Eindruck der Öffentlichkeit zum Clinton-Plan.....	93
Abb.9: Ist der Clinton-Plan fair.....	94

KAPITEL IV

Abb.10: Versicherte in HMOs, 1976-1996.....	123
Abb.11: Wachstumsraten verschiedener managed care-Arten.....	124
Abb.12: Entwicklung der Prämiensteigerungen von HMOs und PPOs.....	125

KAPITEL V

Abb.13: Entwicklung der Medicare- und Medicaid-Ausgaben, 1980-1996.....	176
Abb.14: Anteil der Medicaid-Versicherten mit managed care-Plänen, 1991-1996.....	180
Abb.15: Anteil der Medicare-Berechtigten mit managed care-Plänen, 1992-2002.....	182
Abb.16: Projizierte Zunahme älterer Personen bis 2100.....	186

Verzeichnis der Tabellen

KAPITEL II

Tab.1:	“Incremental”, marktorientierte Reformvorschläge vor 1993.....	37
Tab.2:	Vorschläge aus dem politischen Spektrum mit Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber vor 1993.....	39
Tab.3:	Vorschläge aus dem privaten Bereich mit Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber.....	40
Tab.4:	Beispiele für single payer-Vorschläge.....	41
Tab.5:	Reformentwürfe von demokratischer Seite.....	78
Tab.6:	Reformentwürfe aus den Reihen der Republikanischen Partei.....	79
Tab.7:	Ergebnisse der Komitee-Beratungen im Vergleich mit den Schlüsselementen des Clinton-Vorschlags.....	81
Tab.8:	Kompromißentwürfe der Repräsentantenhaus- und Senatsleitung sowie der “mainstream coalition”.....	85

KAPITEL III

Tab.9:	Vergleich zwischen dem Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 sowie den Entwürfen des Senats und des Repräsentantenhauses.....	116
--------	---	-----

Verzeichnis der Abkürzungen

- AALL - American Association for Labor Legislation
- AARP - American Association of Retired Persons
- AMA - American Medical Association
- DNC - Democratic National Committee
- DRG - Diagnosis related groups
- GOP - Grand Old Party (Republican Party)
- HIAA - Health Insurance Association of America
- HMO - Health Maintenance Organization
- JAMA - Journal of the American Medical Association
- MSA - Medical savings account
- NAFTA - North American Free Trade Agreement
- NFIB - National Federation of Independent Business
- PPO - Preferred Provider Organization
- PPS - Prospective payment system

EINLEITUNG

Die Struktur eines nationalen Systems zur Absicherung gegen Krankheitsfolgen ist in den historischen Entwicklungsprozeß eines Landes eingebunden. In den Vereinigten Staaten hat sich aufgrund besonderer Umstände im Gegensatz zu anderen Ländern keine umfassende Krankenversicherungspflicht herausgebildet und das Gesundheitswesen ist in weiten Teilen privatwirtschaftlich organisiert mit einer lediglich ergänzenden Rolle des Staates. Kritiker weisen darauf hin, daß man angesichts der Zersplitterung der Organisationsstruktur nicht von einem "System" sprechen könne, sondern lediglich eine Vielzahl von Arrangements vorliegt, die unabhängig voneinander oft in entgegengesetzte Zielrichtungen arbeiten und enorme administrative Kosten schaffen (Angell 1993, 282). Durch das Fehlen eines legal bindenden Rechtsanspruchs auf Gesundheitsversorgung (s. Bodenheimer/Grumbach 1995, 4) existiert ein "paradox of excess and deprivation" (Enthoven /Kronick 1989a, 29), welches sich in ungenügendem Zugang zu medizinischen Leistungen für Nicht- und Unterversicherte äußert bei gleichzeitiger Überbehandlung versicherter Patienten und administrativem Überhang. Sowohl im Gesundheitszustand als auch im Zugang zu Leistungen sind weitverbreitete Ungleichheiten zwischen Bevölkerungsschichten und Versicherungsstatus dokumentiert¹. Zudem lassen signifikante regionale Unterschiede in den Kosten für Gesundheitsleistungen und den medizinischen Prozeduren die Schlußfolgerung zu, daß ein rationales Gesundheitssystem nicht existiert (Wennberg 1996).

Zu den dominanten Charakteristiken des Krankenversicherungssystems in den USA gehört ein weitgehender Steuerungsverzicht des Staates, der Regulierungen lediglich punktuell vornimmt und insbesondere den vom privaten Sektor finanzierten Teil des Gesundheitswesens überwiegend dem Marktgeschehen überläßt. Befürworter marktorientierter Gesundheitspolitik weisen darauf hin, daß nur so innovative Wege beschritten werden könnten, ohne von einer starren, langsam arbeitenden staatlichen Verwaltung behindert zu werden. Dennoch haben die USA die internationale Spitzenreiterposition in den Ausgaben für Gesundheitsversorgung inne und bieten aufgrund des Fehlens universeller Krankenversicherung weiten Teilen der Bevölkerung keinen gesicherten Leistungsanspruch im Krankheitsfall.

Mit der Wahl Bill Clinton's zum Präsidenten der Vereinigten Staaten im November 1992 wurden Hoffnungen auf eine staatlich initiierte Reform des Gesundheitssystems entfacht. Dabei zeigte sich jedoch schon früh im Diskussionsprozeß eine Kontradiktion in zwei fundamentalen Grundannahmen. Während zum einen weitgehende Übereinstimmung über die Behauptung bestand, daß die USA das beste Medizinsystem der Welt haben, wurde gleichzeitig gefordert: 'Etwas muß getan werden' (s. Peterson 1995, 425). Dabei bestand und besteht Uneinigkeit, in welche Zielrichtung staatliche Gesundheitspolitik arbeiten soll und die Spannung innerhalb der US-amerikanischen

1 Center for Health Economics Research 1993; Council on Scientific Affairs 1991; Falcone/Broyles 1994; Franks et al. 1993; Hafner-Eaton 1993; Hayward et al. 1988; Lewin-Epstein 1991; D.B. Smith 1990; D.B. Smith 1993.

Kultur zwischen liberalen Grundmauern (“frontier spirit”, “self reliance”) und egalitärem Anspruch (“equal opportunity for all”) (Goldfield 1994, 70) ist nicht zu übersehen. Soll Gesundheitsversorgung eine soziale Leistung sein, die als Rechtsanspruch durch den Staat gesichert wird oder handelt es sich um ein ökonomisches Gut, bei dessen Bereitstellung staatliche Regulierungen nur hinderlich sind? Diese Konfrontationslinie ist charakterisierend für Diskussionen zur Reform des Gesundheitssystems in den USA und beeinflusste den Ausgang von Policy-Prozessen, die bisher nicht in einer tiefgreifenden Strukturreform münden konnten. Wenn Probleme zu dringlich werden, ergreift stattdessen der private Sektor die Initiative, was im Zusammenspiel mit und auch unabhängig von staatlichen Impulsen wesentliche Veränderungen im Versicherungs- und Leistungserbringungssystem bewirkte. Internationale Gesundheitssystemexperten verfolgen mit Interesse, wie ein zu großen Teilen dem Markt überlassenes System mit weitgehendem Verzicht auf staatliche Interventionen versucht, die Kostensteigerungen auf ein gesellschaftlich akzeptiertes Maß zurückzuschrauben. Die in ihrer Geschwindigkeit und ihrem Umfang nicht vorherzusehenden, marktorientierten Reformschritte der privaten Zahlerseite in den 1990er, die sich in einer rasanten Ausweitung von managed care und for-profit äußern, kennzeichnen “...the early days in a dramatic but unproven restructuring of American health-care delivery” (Weiner 1996).

Problemstellung

Mit dieser Arbeit wurden Reformvorhaben untersucht, die in den 1990ern auf Bundesebene initiiert wurden, und in ihrem Gang durch den Policy-Prozeß beobachtet. Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, welche Reformansätze vorhanden waren und wie diese im legislativen System verarbeitet wurden. Dabei war von Interesse, welche Lösungsansätze letztendlich aus der Gegenüberstellung markt- und sozialstaatlich orientierter Gesundheitspolitik herausflossen. Desweiteren wurde analysiert, wie sich staatliche und private Gesundheitspolitik durch das Aufgreifen wechselseitiger Impulse beeinflussten was zu der Frage führte, wer in den Vereinigten Staaten Regulierungen im Gesundheitssystem vornimmt: Public policy oder private forces? Als dritter Schwerpunkt wurde der Blick auf die Expansion von managed care und for-profit im Gesundheitswesen der USA gerichtet und untersucht, wie langwährende Strukturmerkmale von diesen Phänomenen beeinflusst werden.

Aufbau der Arbeit

Kapitel 1 gibt einen Überblick über die Evolution des Gesundheitssystems in den Vereinigten Staaten mit der zugrunde liegenden Frage, warum sich im Gegensatz zu anderen industrialisierten Ländern kein nationales Krankenversicherungssystem mit universeller Absicherung entwickelte. Im folgenden wird beschrieben, wie sich das Gesundheitswesen zu Beginn der 1990er vor Beginn der Diskussion um eine Strukturreform darstellte. Dabei werden die Zersplitterung der Organisationsstruktur, die Besonderheiten von managed care, Fokuspunkte im ambulanten und stationären

Bereich sowie jene für die Reformdiskussion entscheidenden Probleme Kosten und Nichtversicherte beschrieben.

Kapitel 2 geht ausführlich auf die Diskussion um eine Strukturreform des Krankenversicherungssystems 1993/94 ein, die von der Vorlage eines Reformentwurfs durch Präsident Clinton (Health Security Act) gekennzeichnet war und das innenpolitische Bild der ersten Jahre seiner Amtszeit wesentlich bestimmte. Die Diskussion war entscheidend geprägt durch ideologische Auseinandersetzungen um den Aufbau des zukünftigen Gesundheitssystems mit den Gegenpolen größerer Regierungseinfluß oder weitere Machtverschiebung hin zu individueller Verantwortlichkeit. Blickpunkt dieses Kapitels ist, wie günstige Reformvoraussetzungen nicht genutzt werden konnten und es schließlich zu einer Niederlage für die Befürworter tiefgreifender Neustrukturierungen kam.

Kapitel 3 beschreibt, wie das Reform-Momentum nach dem Scheitern der Clinton-Initiative aufgegriffen wurde und es trotz nur geringfügiger Neuregelungen wieder zu einer ideologischen Auseinandersetzung kam, die selbst dieses wesentlich begrenzte Vorhaben beinahe zu Fall gebracht hätte. Letztendlich mündete die 1993 begonnene Reformdiskussion 1996 in einem minimalen Gesetzes-schritt, welcher die Fortführung bestehender Krankenversicherung bei Arbeitsplatzwechsel oder-aufgabe erleichtern sollte.

Kapitel 4 richtet das Augenmerk darauf, wie Reformimpulse des politischen Feldes vom privaten Sektor aufgegriffen und verarbeitet werden. So kam es mit der Diskussion um tiefgreifende Neustrukturierungen des Krankenversicherungssystems zu einem rasanten Wachstum von managed care und Zusammenschlüssen von Institutionen im Gesundheitswesen sowie einer Verstärkung marktwirtschaftlicher Orientierung. Von besonderem Interesse ist hier, welche Auswirkungen die Veränderungen auf verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens haben wie Patientenversorgung, ärztliche Praxisausübung, den stationären Sektor oder die Finanzierung von free care. Obwohl bereits vor der Clinton-Diskussion zu verzeichnen, überraschten der Umfang sowie die Geschwindigkeit der Veränderungen alle Akteure und führte dazu, daß sich gegen Ende des Jahrzehnts ein wesentlich anderes Gesundheitssystem präsentiert als zu Beginn.

In Kapitel 5 wird untersucht, welche Rückschlüsse die politische Ebene aus den Neustrukturierungen im privaten Sektor zieht und welche Maßnahmen daraufhin von politischen Entscheidungsträgern ergriffen werden. Dabei werden zum einen die gesetzgeberischen Schritte der Bundesstaaten und des Bundes gegenüber einer vormals weitgehend unregulierten managed care-Industrie angesprochen. Zum anderen wird auf Versuche zur Ausweitung von Krankenversicherung auf einen größeren Bevölkerungskreis eingegangen sowie Neuregelungen in den staatlichen Programmen Medicare und Medicaid, die von Impulsen des privaten Sektors beeinflusst wurden.

Kapitel 6 gibt eine Zusammenfassung der wesentlichen Punkte sowie der aus den empirischen Studien zu ziehenden Schlußfolgerungen und widmet sich der Frage, ob Patientenversorgung und Gewinnerzielung im Gesundheitsbereich vereinbar sind.

Das Gesundheitswesen der USA befindet sich in einem dynamischen Veränderungsprozeß, der für einzelne Teilbereiche getroffene Aussagen möglicherweise nicht für längere Zeiträume verbindlich macht. Für die vorliegende Arbeit wurden Entwicklungen und entsprechende Literatur bis zum 31.05.1998 berücksichtigt.

KAPITEL I

DAS GESUNDHEITSSYSTEM DER USA

1. DIE ENTSTEHUNG DES KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEMS IN DEN USA

Der Aufbau eines sozialen Sicherungssystems zum Schutz vor Krankheitsfolgen ist in den historischen Entwicklungsprozeß eines Landes eingebunden. Die USA sind der einzige industrialisierte Staat, der kein nationales Gesundheitssystem mit universeller Krankenversicherung aufweist. Zur Erklärung dieses Sonderweges haben sich vier Interpretationsmodelle entwickelt.

a) Präferenzen der Bevölkerung:

Die Ausgestaltung von Krankenversicherungssystemen wird hier auf die spezifischen Wertvorstellungen und Präferenzen der Staatsgemeinschaft zurückgeführt. Die Formierung der Gesellschaft durch Immigranten, die oftmals repressiven Obrigkeiten in ihrem Heimatland entfliehen wollten, hätte zur Verankerung von Werten wie Freiheit und Eigenverantwortlichkeit geführt (s. Steinmo/Watts 1995, 331) und einem Mißtrauen gegenüber der Bundesregierung (s. Morone 1990a). Der Staat würde nicht für das Wohlbefinden seiner Mitglieder verantwortlich gehalten, sondern individuelle Entscheidungsautonomie und eine Verbundenheit zu liberalen Werten sowie Marktmechanismen wären zentrale Lösungspräferenzen (ebd.). Die Gesellschaft als solche wäre nicht bereit oder nicht imstande, grundlegende Fragen wie das Verhältnis von individueller Freiheit gegenüber Zusicherung von Gleichheit zu diskutieren und zu lösen (Fuchs 1996, 5).

b) Einfluß von Interessengruppen:

Das Ergebnis von Politikprozessen wird in diesem Erklärungsmodell auf den Grad der Machtausübung zurückgeführt, den Interessengruppen gegenüber einer staatlichen Regierungseinheit haben. Interessengruppen, die ihren Status Quo bewahren wollten, hätten Bemühungen zur Einführung eines nationalen Krankenversicherungssystems blockiert, indem sie die Befürchtungen der Bevölkerung manipuliert hätten (s. Marmor 1994, 6) und z.B. staatliche Programme mit "sozialisierter Medizin" gleichstellten. Betrachtet man die Geschichte von Reformversuchen im Gesundheitssystem der USA, so zeigen sich Interessengruppen außerordentlich gut organisiert und eine mit erheblichen Finanzmitteln ausgestattete Lobby stellte sich Reformbestrebungen mit ihrem Gewicht entgegen (Robert Evans 1992, 740). Während in der Geschichte insbesondere die American Medical Association erheblichen Einfluß auf staatliche Gesundheitspolitik nehmen konnte (s. Starr 1982; Poen 1979) und eine nahezu unüberwindliche Opposition dargestellt hätte (Kemper/Novak 1992, 10), hat in der Reformdiskussion der 1990er auch die Versicherungsindustrie ihre Einflußmöglichkeiten gezeigt.

c) Institutioneller Aufbau des politischen Systems sowie strukturelle Formation der USA:

Auch in diesem Ansatz spielt der Einfluß von Interessengruppen auf Politikprozesse eine entscheidende Rolle. Grundgedanke ist jedoch, daß die Ausgestaltung politischer Institutionen wesentlich die Form organisierter Interessen bestimmt und Einflußmöglichkeiten erleichtert oder erschwert (Steinmo/Watts 1995, 336). Das konstitutionelle System der Vereinigten Staaten weist einen hohen Grad an Fragmentation auf mit einer Vielzahl von Komitees und Unterkomitees, welche die Arbeit des Kongresses bestimmen. Durch die Struktur und Besetzung der Komitees war Politik über weite Zeiträume von einer Koalition aus republikanischen Abgeordneten und konservativen Südstaaten-Demokraten dominiert (M. Peterson 1993b, 791) und organisierte Interessen waren in der Lage, mit Hilfe gleichgesinnter Politiker Reformen des Gesundheitssystems zu blockieren (ebd., 792). In dieses Erklärungsmodell fällt auch die These, daß die Dezentralisierung von Public Policy in den USA unter der Annahme bevorzugt wird, daß von den Bundesstaaten kontrollierte Lösungswege eine größere demokratische Beteiligung der Bevölkerung beinhalten, innovativer seien und Administrationskosten senken würden (s. Grogan 1993, 742).

d) Klassenstruktur:

Der Klassenansatz geht davon aus, daß Erklärungen wie der institutionelle Aufbau und die Ziele von Interessengruppen zwar treffend und hilfreich, aber nicht ausreichend sind. Man könne das Verhalten der politischen Institutionen der USA nicht verstehen, wenn man nur auf das Wechselspiel zwischen Akteuren und Gruppen fokussiert, ohne den sozialen, politischen und ökonomischen Kontext zu analysieren, in dem diese politischen Institutionen und Interessengruppen operieren. Entscheidend bei der Evolution von Wohlfahrtsstaaten und nationalen Krankenversicherungsprogrammen seien vielmehr die Machtpositionen der Arbeiterklasse und der kapitalistischen Klasse (Navarro 1989, 389).

Als entscheidend für die Umsetzungschancen der Interessen der Arbeiterklasse werden drei Faktoren genannt (Navarro 1994, 178-179): Umfang und Art des gewerkschaftlichen Zusammenschlusses, Fähigkeit zur Formierung von Allianzen mit anderen Klassen wie Farmern oder der Mittelschicht sowie der Solidaritätsgrad der kapitalistischen Klasse. Grundlegend für das Fehlen universeller Krankenversicherung in den Vereinigten Staaten ist diesem Erklärungsmodell nach die schwache Organisation der Arbeiterklasse.

Die Bezugnahme auf lediglich eines dieser Denkmodelle erscheint jedoch zur Erklärung des US-amerikanischen Sonderweges unzureichend. Eine befriedigendere Antwort läßt sich durch eine Zusammenziehung der Ansätze erzielen (zum folgenden s. Sattler 1994). Im Zuge der Industrialisierung entstand auch in den USA wie in anderen Ländern eine verarmte Industriearbeiterschaft, die mit den Lebensbedingungen in den Slums der großen Städte, wirtschaftlicher Depression und Arbeitslosigkeit zu kämpfen hatte. Mehrere Faktoren trugen jedoch dazu bei, eine Sozialintegration der Arbeiterschaft nicht als zwingend notwendig erscheinen zu lassen. Die Arbeiterschaft in den Vereinigten Staaten hatte kein stark ausgeprägtes Klassengefühl entwickelt, da zum einen ihre Zusammensetzung aufgrund der Einwanderungsbewegung äußerst heterogen war und zum anderen die Grenzen zwischen den Gesellschaftsschichten nicht unüberwindlich waren, so daß die

Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klasse keine übermächtige Bedeutung hatte. Demzufolge war die Arbeiterbewegung gegenüber westeuropäischen Staaten traditionell schwach und nach Ethnizität und Rassen aufgespalten. Die Gewerkschaften wiesen darüberhinaus eine starke Fragmentierung nach Arbeitssektoren auf, was sich im Fehlen eines zentralen Bargaining-Prozesses mit vereinigter Arbeitervertretung äußerte. Sozialistische und kommunistische Bewegungen konnten nie eine zahlreiche Anhängerschaft hinter sich vereinigen und es bildete sich keine auf eine Massenbewegung der Arbeiterschaft gegründete Partei, die als ihr politisches Sprachrohr dienen konnte (Navarro 1989, 395). Da eine sozialistische Tradition oder Bedrohung der herrschenden Schicht fehlte und eine starke Arbeiterbewegung in den Vereinigten Staaten nie tiefe Wurzeln fassen konnte, bestand keine Notwendigkeit, wohlfahrtstaatliche Maßnahmen zur Aufrechthaltung der politischen Ordnung einzuführen (s. Starr 1982, 240ff). Die Immigrationsbewegung trug ferner dazu bei, daß ständig genügend Arbeitskräfte zur Verfügung standen², die nahezu jeden Lohn und jede Arbeitsbedingung akzeptierten, womit ein Schutz des Arbeitskräftepotentials vor sozialen Mißständen weniger dringlich war. Bis weit in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein wurden soziale Spannungen entschärft, da für überschüssige Arbeitskräfte die Möglichkeit bestand, in den weniger erschlossenen Westen auszuweichen, wenn die Lage in den Industriemetropolen zu aussichtslos erschien.

Eine Regulierung sozialer Probleme auf nationaler Ebene wurde lange Zeit durch das Fehlen einer starken Zentralmacht und eines funktionsfähigen Verwaltungsapparates behindert. Das politische Umfeld war von einigen einflußreichen Geschäftsleuten in den Bundesstaaten geprägt, die ihre Interessen über Gouverneure, Senatoren und Kongreßmitglieder in Washington artikulierten; Eingang in den politischen Zirkel fand nahezu nur, wer die Unterstützung dieser eingespielten Kreise hatte. Staatliche Verwaltung wurde mehr von den politischen Parteien und über Ämterpatronage durchgeführt, als daß man von einer "Bürokratie" sprechen konnte. Unter dem konstitutionellen System hatten die Bundesstaaten die Oberhoheit über nahezu alle Angelegenheiten sozialen Charakters, so daß Regelungen auf bundesstaatlicher Ebene stattfanden, was der Industrie die Möglichkeit gab, bei restriktiven Bestimmungen in einen anderen Bundesstaat ohne entsprechende Gesetzgebung auszuweichen. Erst im Zuge des New Deal in den 1930ern gelang es der Bundesregierung, den Bereich sozialer Sicherung einheitlicher zu regeln. Eingriffe auf nationaler Ebene waren auch deswegen so schwierig, da in Bevölkerung, Parteien und Gewerkschaften eine Abneigung gegen staatliche Intervention tief verwurzelt war und zudem die Behandlung von Industrieproblemen gegenüber denen der Arbeiterschaft bevorzugt wurden. Diese Konstellation aus besonderem Wertebild und Erscheinungsform des politischen Systems gab wiederum organisierten Interessen Gelegenheit, sich im legislativen Prozeß Gehör zu verschaffen.

Die Diskussion um die soziale Absicherung bei Krankheit gelangte in der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts durch den Druck einer privaten Vereinigung erstmals auf die nationale Ebene. Die American Association for Labor Legislation (AALL), ein Zusammenschluß progressiver Akademiker

2 Zwischen 1870 und 1920 kamen fast 20 Mio. Einwanderer in die Vereinigten Staaten.

mit sozialstaatlicher Programmatik³, plädierte für die Einführung einer auf die Arbeiterschaft und deren Familienmitglieder begrenzten öffentlichen Krankenversicherung (s. dazu Numbers 1978, 37ff; Starr 1982, 243ff; Skocpol 1993, 536; Skocpol 1992, 176ff). Die Bemühungen hatten sich jedoch 1920 totgelaufen, was den gegen staatliche Schutzeingriffe gerichteten Zeitgeist unterstreicht (s. Skocpol/Ikenberry 1983, 98ff). Mit ausschlaggebend für das Scheitern der Vorschläge war, daß keine politische Autorität existierte, die eine Kompromißbildung durchsetzen konnte (s. Starr 1982, 257), womit die Einflußmöglichkeiten verschiedener Interessengruppen erhöht wurden. Private Versicherungsunternehmen sahen sich einem Gewinnverlust gegenüber und bekämpften insbesondere vorgesehene Leistungen im Todesfall als Konkurrenz zu ihrem eigenen Leistungsangebot; die American Medical Association (AMA) als Interessenvertretung der Ärzteschaft äußerte sich besorgt hinsichtlich staatlich oktroyierter Regelungen; Arbeitgeber befürchteten neue Steuern oder Beitragszahlungen und verschiedene Gewerkschaftsführer wehrten sich gegen öffentliche Eingriffe, weil sie darin eine Bedrohung der Unabhängigkeit der Gewerkschaften sahen⁴ (Skocpol 1993, 536). Unternehmer und Gewerkschaften waren durch die Besorgnis über einen Loyalitätsverlust der Arbeiterschaft in ihrem Widerstand vereinigt. Auf ideologischer Ebene wurde mit dem Eintritt der USA in den Ersten Weltkrieg eine öffentliche Krankenversicherung deutschem Staatsdirigismus und Bürokratismus gleichgesetzt und mit dem Stempel "un-amerikanisch" versehen.

In den 1930ern und 1940ern erlebte die Diskussion um soziale Versicherung neue Höhepunkte. Waren in den Anfangsjahren des New Deal die sozialpolitischen Bemühungen hauptsächlich auf das Problem Arbeitslosigkeit gerichtet, da in den Vereinigten Staaten die Weltwirtschaftskrise das Fehlen einer Arbeitslosenversicherung besonders deutlich gemacht hatte, wurden in die Diskussion um den Social Security Act 1935 Überlegungen zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung einbezogen. Daß das Gesetz die Legislatur letztendlich ohne Leistungen im Krankheitsfall passierte, ist im wesentlichen auf den Einfluß der Interessenvertretung der Ärzteschaft bzw. auf das politische Umfeld, in dem sie sich Gehör verschaffen konnte, zurückzuführen. Die American Medical Association (AMA) hatte sich auf der politischen Bühne aufgrund ihres weitreichenden Einflusses als Gegner einer nationalen Krankenversicherung etabliert und die Regierung Roosevelt fürchtete, daß der Widerstand der AMA⁵ das Gesamtwerk zu Fall bringen würde, was zur Ausklammerung dieses Bereichs aus dem Gesetz führte.

Als sich 1948 Präsident Truman zur Wiederwahl stellte und eine Reform des Gesundheitswesens in seine politischen Pläne einbrachte, schien Krankenversicherung erneut in greifbare Nähe gerückt zu

3 Im Mittelpunkt des Interesses der AALL standen staatliche Arbeitsschutzgesetze und die soziale Absicherung der Arbeiterschaft nach europäischem Vorbild (s. dazu Numbers 1978).

4 Sozialleistungen, die zwischen einzelnen Gewerkschaften und Arbeitgebern ausgehandelt wurden, waren für die Gewerkschaften wichtiges Mittel zur Mitgliederwerbung. Obwohl diese Art der Sozialpolitik nie eine umfassende Absicherung der Bevölkerung brachte, war sie politisch bedeutsam, da sie der Forderung nach öffentlicher Sozialpolitik entgegenwirkte (s. Orloff 1988, 62).

5 Die American Medical Association hatte seit Mitte der 1930er Jahre zwar grundsätzlich Krankenversicherungsschutz befürwortet, aber nur auf freiwilliger, privatwirtschaftlicher Grundlage (Starr 1982, 273).

sein. Aber wieder scheiterte die Reform am Widerstand organisierter Interessen. Spielten die Reformgegner vor 1920 auf den "deutschen Dirigismus" an, so zielte die Ideologie nun auf den Kommunismus und "sozialisierte Medizin". Reformbefürworter, die sich eben noch in logischer Ausdehnung des Social Security Act gesehen hatten, erschienen im Licht von etwas "un-amerikanischem" und "subversivem" (Skocpol 1993, 538), womit Reformgegner wie die American Medical Association zur Zeit des Kalten Krieges weite Teile des Kongresses gewinnen konnten⁶ (Peterson 1993b, 786; Campion 1984, 153ff; Starr 1982, 280ff).

Zudem hatte in den 1940ern die private Versicherungswirtschaft Rentabilität darin entdeckt, dem Mittelstand Krankenversicherungsschutz anzubieten, was zur Eingliederung immer größerer Teile der Bevölkerung in private Krankenversicherungen führte. Die Ausdehnung der in den 1930ern entstandenen Blue Cross- und Blue Shield-Versicherungspläne⁷, die zu einer relativ geringen Prämie eine Versicherung gegen Krankheitskosten anboten, ließen die Notwendigkeit eines staatlichen Eingreifens immer weniger dringlich erscheinen, da als Alternative private Initiative den Problemen anscheinend gerecht werden konnte. Unterstützt wurde dieser Trend, indem während und kurz nach dem Zweiten Weltkrieg Lohnverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften oft darauf hinausliefen, den Arbeitnehmern statt Entgelterhöhungen Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten, da Beiträge für betriebliche Sozialleistungen vom staatlich verordneten Lohnstopp gegen Ende bzw. nach dem Zweiten Weltkrieg ausgenommen waren; diese Leistungen wurden zusätzlich staatlicherseits gefördert, insofern sie von den zu versteuernden Umsätzen abgezogen werden konnten (s. Stevens 1988, 130ff; Skocpol 1993, 538). Arbeitgeber standen daher nicht nur Steuern zur Finanzierung einer öffentlichen Krankenversicherung ablehnend gegenüber, sondern fühlten sich dem entstehenden System privater Versicherung verbunden, welches als Verhandlungsmittel gegen höhere Löhne von Bedeutung war (Skocpol 1993, 538). Auch die Gewerkschaften zeigten kein großes Interesse an einer nationalen Krankenversicherung, da die Verhandlungen um Sozialleistungen weiterhin ein Instrument zur Mitgliederwerbung darstellten. Die Ausdehnung des Systems privater Krankenversicherung über den Arbeitsplatz trug nicht nur zur Aushöhlung des Gedankens an eine nationale Regelung in den versicherten Personengruppen bei, sondern band darüberhinaus die öffentliche Verantwortung für Gesundheitsversorgung ideologisch an die wohlfahrtstaatliche Ebene, zuständig nur für die Armen (Rothman 1993, 277).

6 Der Kongreß wurde entweder von einer republikanischen Mehrheit oder einer Koalition aus Republikanern und konservativen Südstaaten-Demokraten dominiert. Sogar als die Demokratische Partei Truman's die Mehrheit der Sitze im Kongreß innehatte, waren viele Komitee-Vorsitzende Südstaaten-Demokraten, die staatlichen Interventionen in das Gesundheitssystem ablehnend gegenüber standen. Policy-making zu dieser Zeit kann mit dem Begriff "iron triangle" umschrieben werden: Die Aktionen der Regierung waren das Produkt von Entscheidungen, die zwischen Regierungsbeamten, Komiteeführern des Kongresses und Vertretern organisierter Interessen erreicht wurden (s. Peterson 1993b, 791; Peterson 1993a; dazu sowie zu den Veränderungen im Policy-Prozeß s. Gais/Peterson/Walker 1984).

7 Blue Cross wurde 1929 gegründet und konzentrierte sich auf die Versicherung der Kosten einer stationären Behandlung; etwa zehn Jahre später begann Blue Shield, eine Versicherung für die Kosten ambulanter Behandlung anzubieten. Blue Cross und Blue Shield wurden von Ärzten ins Leben gerufen und waren, wenn auch lose, der Krankenhausindustrie und der organisierten Medizin verbunden (Whitted 1993, 338).

Während der folgenden Jahre fokussierte die politische Diskussion um Teilaspekte der Absicherung gegen finanzielle Krankheitsfolgen wie die Einführung von Medicare als Krankenversicherungsschutz für die Älteren sowie Medicaid für die Bedürftigen im Jahr 1965 und kaum noch um die generelle Versicherung der gesamten Bevölkerung. Obwohl auch in den 1970ern und 80ern immer wieder auf der politischen Tagesordnung, hat das Thema Gesundheitsreform bis zum Beginn der 1990er nicht nochmals herausragende Bedeutung eingenommen.

Vor diesem geschichtlichen Hintergrund hat sich ein den Gegebenheiten in den USA angepaßtes spezifisches System entwickelt, welches von staatlicher Seite lediglich geringe Veränderungen durch punktuelle Eingriffe erfahren hat, die fast ausschließlich auf Kostengesichtspunkte gerichtet waren.

2. CHARAKTERISTIKEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS DER USA

2.1. Die Fragmentation der Organisationsstruktur: Absicherung durch private und öffentliche Versicherungsträger

Das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten besteht aus einer Vielzahl von Subsystemen, die Bevölkerungsgruppen auf unterschiedliche Weise versorgen, sich teilweise überschneiden und teilweise vollkommen voneinander getrennt sind. Die finanzielle Basis einiger Subsysteme beruht auf öffentlichen Geldern, andere werden völlig privat finanziert (s. Torrens 1993, 13/14). Organisation und Kontrolle sind auf Bundesinstitutionen, einzelstaatliche und private Stellen verteilt, wobei die Bundesstaaten in der Gestaltung ihrer Gesundheitspolitik gegenüber der Bundesregierung wesentliche Freiheit besitzen.

1995 erhielten 61,1 % aller US-Amerikaner über ein Arbeitsverhältnis, direkt oder als mitversicherte Familienangehörige, Zugang zu einer Versicherung gegen Krankheitskosten (Bennefield 1996, 1 Fig.1). Für einen Arbeitgeber besteht jedoch keine Pflicht, seine Beschäftigten gegen Krankheit zu versichern, sondern es handelt sich um eine freiwillige oder mit Gewerkschaften ausgehandelte Zusatzleistung, innerhalb derer der Arbeitgeber die gesamten oder einen vereinbarten Anteil an den Versicherungsprämien bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen übernehmen kann. Arbeitgeber stellten 1995 für 53,2 % der 140,3 Mio. Beschäftigten Krankenversicherung zur Verfügung (Bennefield 1996, 2). Die US-amerikanische Bundesregierung unterstützt diese Art der Absicherung, indem die Arbeitgeberausgaben für Krankenversicherungsprämien von den zu versteuernden Einnahmen des Unternehmens abzugsfähig sind und auch für Arbeitnehmer diese Beträge nicht zur Steuerberechnung herangezogen werden (Cowan/McDonnell 1993, 236).

Die typische Absicherung eines in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden "Mittelklasse"-US-Bürgers erfolgt durch ein informelles privates Versicherungssystem, wobei die Leistungskataloge unterschiedlicher Versicherungspläne erheblich variieren können. Ausschlaggebend für den

Abschluß einer Krankenversicherung sind oft nicht die Bedürfnisse der Beschäftigten, d.h. Versicherten, sondern der Arbeitgeber wählt die Versorgungsstruktur, die er für ausreichend bzw. finanzierbar hält. Sind die Versicherten in einem fee-for-service-Plan eingeschrieben, haben sie völlige Wahlfreiheit unter den Leistungsanbietern, welche vom zuständigen Versicherungsunternehmen für erstattungsfähige Behandlungen auf Einzelleistungsgrundlage vergütet werden. Diese Art der Absicherung wird als traditionelle oder konventionelle Krankenversicherung bezeichnet. Nachteil solcher Pläne kann sein, daß die Versorgung schlecht koordiniert ist und aus einer Sammlung von Leistungen besteht, die meist nur wenig miteinander integriert sind (Torrens 1993, 17), so daß die Behandlungen eines Versicherten, der mehrere Leistungsanbieter in Anspruch nehmen muß, möglicherweise nicht aufeinander abgestimmt sind.

Krankenversicherung kann auch von Health Maintenance Organizations (HMOs) und ähnlich koordinierten Organisationen durchgeführt werden, die nach den Prinzipien von managed care (s. Kap. I-2.2.) arbeiten und die Bereitstellung von medizinischen Dienstleistungen durch einen festen Leistungsanbieterbestand sicherstellen. Die ambulante Behandlung erfolgt durch Ärzte, die entweder bei der jeweiligen HMO angestellt sind oder die neben ihrer Privatpraxis mit einer oder mehreren Organisationen Verträge eingegangen sind. Neben den Ärzten sind andere Leistungsanbieter sowie Krankenhäuser für die jeweilige HMO tätig, so daß die Versorgung der Mitglieder hier üblicherweise gut koordiniert erfolgt. Nahezu jede HMO verlangt von ihren Versicherten, daß sie zuerst einen Arzt aufsuchen, der medizinische Grundversorgung praktiziert (primary care⁸), und der sie im Sinne eines gatekeepers gegebenenfalls an Spezialisten innerhalb der HMO weiterleitet.

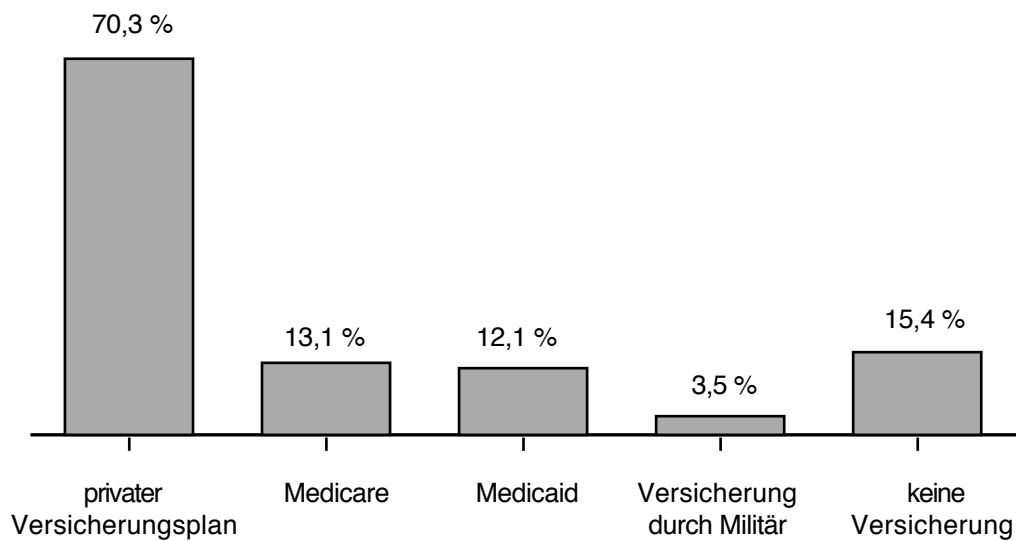
Neben der Absicherung über private Krankenversicherungspläne, deren Mitgliedschaft 1995 70,3 % der Bevölkerung ausmachte, stehen die öffentlichen Programme, die als Ergänzung des privaten Sektors betrachtet werden (s. Abb. 1):

- Medicare (s. Kap.V-4.) sichert Personen über 65 Jahren, permanent Behinderte, die wohlfahrtsberechtig sind, und Nierenkranke im Endstadium ab (13,1 % der Bevölkerung).
- Medicaid (s. Kap.V-3.) soll die Gesundheitsversorgung "Bedürftiger" finanzieren (12,1 % der Bevölkerung).
- Das Military Medical Care-System ist für die im Dienst stehenden Militärangehörigen sowie deren Familien zuständig und bietet unter zentraler Verwaltung ein umfassendes Leistungsangebot in Einrichtungen, die im Besitz des Militärs stehen
- Das Medical Care Program for Veterans versichert Kriegsveteranen, ist allerdings überwiegend auf stationäre Behandlungen begrenzt. Die beiden an eine Militärangehörigkeit gebundenen Programme umfaßten 1995 3,5 % der Bevölkerung.

Personen, die für keines der staatlichen Programme qualifiziert sind und auch keinen Krankenversicherungsschutz über einen Arbeitsplatz erhalten, deren Einkommen aber so gering ist, daß sie sich

8 Zu den primary care-Ärzten gehören Allgemeinärzte, Internisten, nicht spezialisierte Kinderärzte sowie Gynäkologen.

Abbildung 1: Krankenversicherungsträger und Anteil der versicherten Bevölkerung 1995



Absicherung durch mehrere Versicherungsträger möglich

Quelle: Bennefield 1996, 1

nicht selber versichern oder notwendige Behandlungen bezahlen können, erhalten ihre Gesundheitsversorgung durch städtische oder Kreiskrankenhäuser sowie die lokalen Gesundheitsbehörden. Die Notfallaufnahmen (emergency rooms) der städtischen Krankenhäuser gelten als die Hausärzte der Armen (Torrens 1993, 19) und dienen als Tor zu weiteren Leistungen. In diesem unstrukturierten "System" findet die Behandlung Bedürftiger kostenfrei (free oder uncompensated care) oder zu einem geringen Entgelt statt und die Finanzierung erfolgt über den Haushalt des Krankenhauses mittels öffentlicher Gelder sowie einen Zuschlag auf die Pflegesätze der versicherten Patienten (cross-subsidizing), was jedoch zunehmend kritisch diskutiert wird (s. Kap. IV-4.).

2.2. Die Entwicklung von managed care

Seit Anfang der 1990er ist managed care die dominante Form der Leistungserbringung (s. Starr 1994, 2) und hat sich zur entscheidenden Antriebskraft in der Umformierung des US-amerikanischen Gesundheitssystems entwickelt. Unter managed care ist die integrierte Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen in einem System zu verstehen, welches aus einem Versicherungsträger, vertraglich daran gebundenen Leistungserbringern sowie einer aufgenommenen Bevölkerungsgruppe als Versicherungsnehmern besteht. Innerhalb dieses Systems wird versucht, die Auswahl und Nutzung medizinischer Leistungen (incl. Präventivmaßnahmen) zu beeinflussen und sicher zu stellen, daß Behandlung angemessen und qualitativ durch kosteneffektive Mittel erbracht wird (s. Federa/Camp 1994, 1; Iglehart 1992). Prämien in managed care-Plänen sind meist "community rated", d.h. die medizinischen Kosten für die

Behandlung einer großen Gruppe von Versicherten werden geschätzt und dann zu gleichen Anteilen unter allen Mitgliedern der Gruppe verteilt (Caughey/Sabin 1995, 89). Ärzte übernehmen aufgrund der unter managed care üblichen Vergütungsformen (oft Kapitation) ein finanzielles Risiko, womit sich ihre Rolle als Agent für das Wohl des Patienten hin zu einer Ausbalancierung zwischen Patientenbedürfnissen und Kostenkontrolle wandelt (Wholey/Feldman/Christianson 1995, 82; Iglehart 1992, 742).

In Health Maintenance Organizations (HMOs) als Ursprungsmodell müssen die Versicherten für ihre medizinischen Behandlungen Leistungsanbieter der HMO in Anspruch nehmen, andernfalls sind die Kosten nicht abgedeckt⁹. Von diesen strikten managed care-Formen haben sich Abwandlungen entwickelt, von denen insbesondere Preferred Provider Organizations (PPOs) und Point-of-Service-Pläne zunehmend an Bedeutung gewinnen. In Preferred Provider Organizations führen vertraglich an das Unternehmen gebundene Ärzte Behandlungen gegen diskontierte Einzelleistungsvergütung durch; darüberhinaus bieten PPOs ihren Versicherten die Möglichkeit, Leistungsanbieter außerhalb des Netzwerks gegen Übernahme eines höheren Selbstbehalts und einer höheren Eigenbeteiligung aufzusuchen (nähere Ausführungen zu PPOs s. Rice u.a. 1989). In Point-of-Service-Plänen erfolgt die Inanspruchnahme von Leistungsanbietern innerhalb des Vertragsgebietes unter den gleichen Bedingungen wie in einer HMO. Bei Nutzung von Leistungsanbietern außerhalb des Netzwerkes werden diese meist auf fee-for-service-Basis vergütet und die Versicherten haben einen höheren Selbstbehalt sowie eine höhere Eigenbeteiligung zu tragen ähnlich wie in einer Preferred Provider Organization (PPO). Anders als in einer PPO jedoch hat jeder Versicherte in einem Point-of-Service-Plan einen Primärarzt, von dem Behandlungen durch Spezialisten zu autorisieren sind.

Die Ursprünge von managed care in der Erscheinungsform von Health Maintenance Organizations (HMOs) lassen sich bis in die 1920er Jahre zurückverfolgen¹⁰ (damaliger Name: prepaid group practice). Die Anzahl der HMOs wuchs langsam, bis 1973 mit dem Health Maintenance Organization Act unter Kostengesichtspunkten¹¹ eine aktive Förderung mittels Bundespolitik begann (Brown

9 HMOs lassen sich in verschiedene Unterarten einteilen (Caughey/Sabin 1995, 95/96):
- Staff model (Ärzte sind als Gehaltsempfänger bei der HMO angestellt und arbeiten in klinikartigen Zentren, die von der Versicherungsorganisation unterhalten werden)
- Group model (die HMO stellt die Einrichtungen zur Leistungserbringung bereit und kontrahiert mit einer Gruppenpraxis)
- Individual (independent) practice association (HMO kontrahiert mit individuellen Ärzten oder Gruppenpraxen, die Leistungen in ihren eigenen Praxen bereit stellen)
- Networks (HMOs, die eine Kombination der vorgenannten Modelle anwenden)

10 Vorläufer von managed care mit einem begrenzten Angebot an Leistungsanbietern für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe lassen sich bis ins 18. Jahrhunderts zurück verfolgen ("prepaid medical services") (Caughey/Sabin 1995, 89ff).

11 Zu Grunde liegende Annahme war, daß in einem durch eine HMO regulierten System mittels Koordination der Patientenversorgung sowie Kontrolle der Leistungsanbieter die Kosten geringer wären als in traditionellen fee-for-service-Plänen. Der HMO-Act von 1973 zielte darauf ab, Gesundheitsabsicherung zu reorganisieren und eine Selbstregulation für die private Ebene zu schaffen, mittels derer Anreize zur Kostenkontrolle initiiert und die Nutzung von Leistungen kontrolliert werden sollte (Williams/Torrens 1993b, 362).

1983, 201ff; Caughey/Sabin 1995, 92ff; Whitted 1993, 339). Bis dahin war der Besitz von Arztpraxen durch gewinnsuchende Unternehmen ebenso verboten gewesen wie Versicherungspläne, die einer Gruppe von Ärzten eine festgelegte Summe für die Behandlung eines bestimmten Versichertenkreises zahlten (prepaid group practice), es sei denn die Pläne wurden von non-profit-Unternehmen¹² betrieben. Mit dem Health Maintenance Organization Act of 1973 wurden diese Restriktionen aufgehoben und Anreize zur Errichtung von HMOs gegeben. Arbeitgeber mit mehr als 25 Beschäftigten wurden verpflichtet, neben traditionellen Versicherungsplänen eine HMO-Option anzubieten, wenn sie Krankenversicherung bereitstellten. Damit etablierte sich diese Absicherungsform als Alternative zu den konventionellen Versicherungsplänen. Desweiteren gab die Bundesregierung Anleihen für die Errichtung von HMOs, die bestimmten Anforderungen nachkamen¹³ (Caughey/Sabin 1995, 92; Williams/Torrens 1993b, 362; Whitted 1993, 339/340). Anfangs wurde die Bildung von gemeinnützigen (non-profit) HMOs favorisiert. Im weiteren Verlauf erhielt die Gesetzgebung Modifizierungen und stellte sich der Besitzumsform neutral gegenüber. Gewinnsuchende (for-profit) HMOs erhielten finanzielle Unterstützung, wenn sie sich in medizinisch unterversorgten Gebieten ansiedelten, woraufhin diese HMO-Art rasch ihren Marktanteil vergrößerte (Hansmann 1996, 257; Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 707).

Managed care wird von vielen als Lösung zum Kostenproblem betrachtet (Curry et al. 1994, 33) und wesentliches Kriterium, derartig organisierten Plänen beizutreten, war und ist häufig die Annahme, daß die Kosten hier geringer sind als in traditionellen Versicherungsplänen; verschiedene Kostenkontrollmechanismen sind implementiert, Leistungsanbieter akzeptieren eine geringere Vergütung im Gegenzug für einen festen Patientenbestand und Leistungserbringung findet im Idealfall gut koordiniert statt. Gerade in den letzten Jahren macht sich unter Arbeitgebern der Trend bemerkbar, ihre krankenversicherten Beschäftigten in solche Netzwerke zu schleusen, so daß die Anzahl der Versicherten in fee-for-service-Plänen mit freier Leistungsanbieterwahl zurückgeht und managed care einen immer größeren Stellenwert in der medizinischen Versorgungsstruktur der Bevölkerung einnimmt, zumal auch die Versicherten der öffentlichen Programme Medicare- und Medicaid zunehmend in managed care-Netzwerke gedrängt werden (s. Kap. V-3.2. und V-4.1.).

Managed care ist gekennzeichnet durch vier Hilfsmittel, die der Integration von Finanzierung und Leistungserbringung dienen: 1. Auswahl von spezifischen Leistungserbringern und Leistungen für die Mitglieder, 2. Standards für die Aufnahme von Leistungserbringern, 3. Qualitätssicherung und Überprüfung der Inanspruchnahme sowie 4. finanzielle Anreize für Leistungsanbieter und Mitglieder, kostengünstige Behandlung zu erbringen bzw. in Anspruch zu nehmen (Hoy et al. 1991, 25-

12 Non-profit beschreibt Organisationen, welche für die Gesellschaft auf sozialer, kultureller oder politischer Ebene nützliche Güter oder Dienstleistungen zur Verfügung stellen; der Gewinn der Unternehmen darf nicht an außenstehende Besitzer/Aktionäre ausgeschüttet, sondern nur in der Organisation selber investiert werden (für weitere Erläuterungen s. Dobkin Hall 1987; s. auch Kap. IV-5.).

13 Die staatlichen Anreize zeigten Erfolg: 1973 existierten 72 managed care-Pläne, die 2 % der Bevölkerung versorgten, 1980 waren es 235 Pläne mit 5 % der Bevölkerung und 1992 gab es mehr als 500 HMOs, in denen 17,3 % der Bevölkerung versichert waren (Caughey/Sabin 1995, 93).

29). Darüberhinaus wenden alle managed care-Pläne interne Kostenkontrollmaßnahmen an¹⁴:

- Gatekeeping, d.h. Primärärzte sind Schlüssel für den Zugang zu Spezialisten
- Gratifikationen an Leistungserbringer bei der Vermeidung unnötiger Leistungen
- Verminderung von stationären Aufhalten
- Utilization review (Nutzungskontrollen) durch Personal des Versicherungsunternehmens oder review-Firmen
 - >preadmission certification (Versicherungsfälle werden vor Krankenhausaufnahme überprüft und es wird festgelegt, ob stationäre Behandlung notwendig ist)
 - >concurrent review (überprüft die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts und die Dauer während sich der Versicherte in der stationären Einrichtung befindet)
 - >precertification of referrals (genehmigt oder verweigert Zugang zu Spezialisten)
 - >physician profiling (verfolgt ärztliche Praxismuster einschließlich angewendeter Therapien, Überweisungen, Krankenseinweisungen)

Die Betonung von managed care liegt auf primary care-Ärzten als gatekeeper sowie der Nutzung von case management (Curtis et al. 1994, 34). Durch case management werden Patienten mit schweren Erkrankungen "kontrolliert", indem ein Arzt mit Wissen über die im managed care-Netzwerk zur Verfügung stehenden Ressourcen die Behandlung des Patienten überwacht und entscheidet, welche Leistungen den größten Nutzen bringen können und ob bestimmte Leistungen notwendig sind und in kostengünstigster Weise erbracht werden (Williams/Torrrens 1993b, 368). In einem managed care-Idealfall resultiert effektive Verwaltung von Gesundheitsleistungen in einen Anstieg von Präventivleistungen, geringerer Nutzung unnötiger oder Spezialleistungen, weniger Krankenhaus-Aufnahmen sowie niedrigeren Pro-Kopf-Ausgaben bei gleicher oder höherer Behandlungsqualität im Vergleich mit fee-for-service Plänen (Curtis et al. 1994, 34).

2.3. Erfahrungswerte mit managed care

Vergleichsstudien zu managed care und traditioneller Krankenversicherung zeigen, daß HMOs geringere Krankenseinweisungen und kürzere Krankenhausaufenthalte aufweisen, die Anzahl der ambulanten Behandlungen gleich oder geringfügig höher ist und Präventivleistungen in größerem Umfang genutzt werden; als direktes Ergebnis der in Kapitation beinhalteten Anreize für Ärzte werden für HMO-Mitglieder weniger teure Prozeduren und Untersuchungen verordnet (Greenfield et al. 1992; Udvarhelyi et al. 1991; Rapaport et al. 1992; Miller/Luft 1994a; Manning et al. 1984, 1505; Luft 1978; Luft 1980; Luft 1981). Die Inanspruchnahme der Notfallräume von Krankenhäusern sinkt aufgrund der ständigen Verfügbarkeit eines primary care-Arztbes (Hurley/Freund/Taylor 1989; Hurley/Gage/Freund 1989).

14 Fee-for-service-Versicherer haben diese Methoden inzwischen zum großen Teil übernommen (Caughey/Sabin 1995, 98).

Hinsichtlich des Kosteneinsparungseffekts von managed care liegen divergierende Resultate vor und weitere Studien, die auch längere Zeiträume und größere Versichertengruppen berücksichtigen, müssen für eine endgültige Beurteilung abgewartet werden. Während aufgrund geringerer Krankenhausaufnahmen und verminderter Inanspruchnahme teurer Spezialisten durch das Vorhandensein von primary care-Ärzten als gatekeeper Kosten im allgemeinen gesenkt werden können (Luft 1978; Manning et al. 1984), sind die Ausgaben für ambulante Behandlungen genereller Erkrankungen ebenso hoch und teilweise sogar höher als unter fee-for-service-Plänen¹⁵ (Wouters 1990, 581/582). Nach einem Bericht des Congressional Budget Office würden bei Übertragung von managed care auf die gesamte versicherte Bevölkerung die Einsparungen bezogen auf die nationalen Gesundheitsausgaben 4,0 % betragen; im Blick auf die "potentially manageable personal health care expenditures" sowie die Medicare-Ausgaben würden die Ersparnisse 5,7 % bzw. 7 % ausmachen¹ (White 1995b, 183). White zieht daraus den Schluß, daß Einsparungen durch managed care der Drosselung der Ausgaben in anderen Ländern mittels international etablierter Methoden nicht gleichkommen (ebd.).

Die Ärzteschaft und Konsumeradvokaten warnen vor Abnahme der Leistungsqualität unter managed care aufgrund der Kostenkontrollmechanismen. Wissenschaftliche Untersuchungen bieten hier keine schlüssige Antwort. HMO-Versicherte höherer Einkommensstufen zeigen bessere Behandlungsergebnisse (outcomes) als fee-for-service-Versicherte. Personen mit geringem Einkommen dagegen weisen eine höhere Anzahl von Bettlägerigkeitstagen sowie ernsthaftere Symptome auf als vergleichbare Personen in fee-for-service¹⁷ (Ware et al. 1986). Auch zeigen sich Familien mit geringem Einkommen¹⁸ am unzufriedensten mit managed care (Davis et al. 1995, 107), was jedoch

15 In Utah wurde als einem der ersten Staaten ein case management-Programm für Medicaid-Versicherte mit der Erwartung eingeführt, daß die Nutzung von primary care-Ärzten steigen und die Inanspruchnahme von Spezialisten, ambulanten Krankenhausbehandlungen sowie verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sinken würde, so daß im Endeffekt die Einsparungen überwiegen würden. Die Erwartungen wurden hinsichtlich der gesteigerten Inanspruchnahme von primary care-Ärzten und einer geringeren Rate ambulanter Krankenhausbehandlungen erfüllt; allerdings stieg gleichzeitig die Nutzung von Spezialisten sowie verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, so daß projizierte Einsparungen nicht erreicht wurden (Long/Settle 1988).

16 Andere Schätzungen s. Sheils/Lewin/Haught 1993; Staines 1993; Long/Rodgers 1993.

17 Eine Fallstudie in Seattle zeigte, daß für nicht arme Personen in gutem Gesundheitszustand kein Unterschied zwischen managed care und fee-for-service hinsichtlich Veränderungen im Gesundheitszustand besteht. Ursprünglich kranke Personen mit hohem Einkommen verzeichneten unter managed care Verbesserungen im Cholesterolverwert und allgemeinen Gesundheitszustand. Ursprünglich kranke Personen mit geringem Einkommen dagegen berichteten unter managed care von einem Anstieg der Krankheitstage (bed days), schwerwiegenderen Symptomen und hatten ein größeres Mortalitätsrisiko als vergleichbare Personen in fee-for-service-Plänen (Ware et al. 1986, 1017). Eine andere Fallstudie nach Einführung eines zwangsweisen Medicaid case management Programms in Philadelphia kam zu dem Ergebnis, daß durch managed care die vorgeburtliche Versorgung schwangerer Frauen mit Medicaid-Anspruch ebenso wie die Risiken nach der Geburt weder verbessert noch verschlechtert wurden. Sowohl hier als auch in fee-for-service-Plänen wurden vorgeburtliche Untersuchungen in unzureichendem Maß in Anspruch genommen und es war eine hohe Rate geringen Geburtsgewichts unter den Neugeborenen zu verzeichnen (Goldfarb et al. 1991, 67-68).

18 29 % aller managed care-Versicherten gaben an, keine Wahlmöglichkeit zu einem fee-for-service-Plan gehabt zu haben. Diese Gruppe, meist Beschäftigte in kleinen Unternehmen und/oder Personen ohne höhere Schulbildung, besaß einen wesentlich höheren Anteil einkommensschwacher Mitglieder als die

nicht unbedingt mit vorangegangener Aussage in Zusammenhang stehen muß. Vereinzelt lassen sich für HMOs schlechtere Behandlungsergebnisse als unter fee-for-service aufzeigen (s. z.B. Clement et al. 1994). Meist zeigen sich jedoch keine Unterschiede in der Behandlungskapazität (s. z.B. Braveman et al. 1991) oder HMOs schneiden sogar besser ab (s. z.B. Braveman et al. 1994, 446). Die Reduzierung der Ausgaben in HMOs wirkt sich im allgemeinen nicht negativ auf den Gesundheitszustand im Vergleich zu fee-for-service-Versicherten aus (s. Ware et al. 1986; Ross Davies et al. 1986). Der größte Teil der Vergleichsstudien zu HMOs und fee-for-service benutzte jedoch Daten, die vor der Verbreitung von for-profit-HMOs gesammelt worden waren, so daß die Ergebnisse meist nur auf non-profit-HMOs zutreffen (Braveman/Bennett 1995, 263-264). Ob sich durch das zunehmende Streben nach Gewinnmaximierung möglicherweise negative Folgen auf die Behandlungsqualität manifestieren, muß weiter verfolgt werden.

Neben den empirischen Daten ist aber auch von Bedeutung, wie die subjektive Beurteilung von Krankenversicherungsplänen durch Versicherte aussieht. Fee-for-service-Patienten sind in der Regel zufriedener mit dem Zugang zu Leistungen sowie der Behandlungsqualität, managed care-Patienten bewerten die Kosten, den Zeitaufwand für Erstattungsansprüche sowie Präventivleistungen positiver (Davis et al. 1995, 100; Miller/Luft 1994a, 1515-1516; Weil 1995, 37). Von Bedeutung ist auch, auf welche Weise Personen zu Mitgliedern einer bestimmten Versicherungsart geworden sind. Werden Versicherte einer HMO zugeteilt (sei es durch einen Arbeitgeber oder die Umstellung eines Medicaid-Programms), äußern sie sich negativer als Versicherte, die einem fee-for-service-Plan zugewiesen werden. Wählen Patienten hingegen freiwillig eine HMO, sind sie ebenso zufrieden wie Patienten in einem fee-for-service-Plan¹⁹ (Ross Davies et al. 1986, 429; Davis et al. 1995, 108-110). Dies erhält angesichts des häufigen Versicherungswechsels erhebliche Bedeutung für die Beurteilung von managed care-Plänen. Die Untersuchung von Ross Davies et al. 1995 zeigte, daß nahezu die Hälfte der Befragten innerhalb der letzten drei Jahre ihren Versicherungsplan gewechselt hatte mit einem größeren Anteil unter managed care-Versicherten (Davis et al. 1995, 103). Für 73 % der Betroffenen geschah der Wechsel unfreiwillig aufgrund der Entscheidung ihres Arbeitgebers oder eines Arbeitsplatzwechsels (Davis et al. 1995, 104).

Während im Idealfall unter managed care qualitative medizinische Behandlung kostengünstig

managed care-Versichertengruppe, die eine Wahlmöglichkeit gehabt hat (Davis et al. 1995, 108). Dies bildet möglicherweise einen Teil der Erklärung für den höheren Grad an Unzufriedenheit mit managed care, zumal verschiedene Studien nachgewiesen haben, daß Zuweisung zu managed care negative Eindrücke vorherbestimmt.

- 19 Auf Mißbilligung stießen insbesondere die Verfügbarkeit von Krankenhäusern und Spezialbehandlungen, die Lokation der Ärzte (HMOs konzentrieren ihre Ärzte oft in einem Gebäude und richten nur wenige Satellitenstellen ein, der Trend richtet sich jedoch inzwischen von solch örtlicher Konzentration ab) sowie die Arzt-Patient-Beziehung, da bei Neueintritt in eine HMO oftmals ein Arztwechsel erforderlich ist (Ross Davies et al. 1986, 445; Ware et al. 1986). Dabei wird nicht das Vorhandensein eines gatekeepers an sich negativ gesehen, sondern der Umstand, daß ein neuer Arzt anstelle des gewohnten diese Aufgabe übernimmt (Hurley et al. 1991, 381). Doch auch in diesem Bereich können keine eindeutigen Schlußfolgerungen gezogen werden: Eine Fallstudie unter Medicaid-Versicherten in Monroe County, New York, nach Einführung eines zwangsweisen managed care-Programms zeigte, daß nach Beginn des Programms der Zugang zu Ärzten verbessert war und die Patienten mit dem Verhalten der Ärzte sowie der Behandlungsqualität zufriedener waren (Temkin-Greener/Winchell 1991, 525/526).

erbracht wird, sind einige Probleme augenfällig. So fehlen für schwerwiegende oder seltene Erkrankungen gerade in jungen HMOs oder Netzwerken mit relativ kleinem Versicherten- und infolgedessen kleinem Leistungsanbieterkreis entsprechende Spezialärzte und die Angestellten des Versicherungsträgers haben keine Erfahrung im Management solcher Fälle, so daß die effektivste Behandlung des Patienten nicht gesichert ist. Ins negative Schlaglicht gelangen HMOs immer wieder, wenn aufgrund strenger finanzieller Mittelverwaltung die Kostenübernahme für Behandlungen, die nicht zweifelsfrei wissenschaftlich begründet, aber möglicherweise lebensrettend sind, abgelehnt wird oder die Kosten für Spezialisten oder Spezialkrankenhäuser, die nicht im Vertrag mit der HMO stehen, nicht übernommen werden. Einzelschicksale sind hauptsächlich unter AIDS- und Krebskranken zu finden. Ebenso sind HMOs nicht immer auf die besonderen Bedürfnisse armer Bevölkerungsschichten eingestellt. Managed care beinhaltet üblicherweise Eigenbeteiligungen, die kostenbewußtes Verhalten der Versicherten bewirken sollen. Gerade Personen mit Medicaid-Anspruch verfügen jedoch nicht über entsprechende Mittel. Zudem besteht unter einem Kapitations-system die Gefahr, daß Leistungsanbieter vorwiegend gesunde Patienten annehmen, um durch ein Minimum an erbrachten Leistungen ihren Gewinn zu vergrößern. Desgleichen umwerben HMOs vornehmlich gesunde Bevölkerungsgruppen, um ihre potentiellen Kosten gering zu halten.

Im allgemeinen zeigen sich managed care-Versicherte mit ihrem eigenen Versicherungsplan zufrieden, äußern aber Besorgnis, daß sie im Fall ernsthafter Erkrankung ungenügende Behandlung erhalten, was sicherlich mit der Publikation von Einzelschicksalen durch die Massenmedien in Zusammenhang steht (s. z.B. Carey 1997n, 2909; Freudenheim1997). Das Image der managed care-Industrie in der Öffentlichkeit ist weiterhin negativ und mehr als die Hälfte aller US-Amerikaner sieht es als Aufgabe der Regierung, managed care-Versicherte vor der Verweigerung notwendiger Behandlungen zu schützen (Kaiser Family Foundation/Harvard University 1997). Dies hat zur Implementation von Regulationsmaßnahmen in den Bundesstaaten beigetragen und erleichtert möglicherweise den Weg für die Durchsetzung bundesweiter Regulierungen der Industrie (s. Kap. V-1.).

2.4. Die Grundzüge der Leistungserbringung: Fokuspunkte im ambulanten und stationären Bereich

Die ambulante ärztliche Versorgung in den USA zeigt zwei wesentliche Charakteristika: Eine ungleiche regionale Verteilung der Mediziner sowie einen als zu gering erachteten Anteil an Ärzten der medizinischen Grundversorgung (primary care) gegenüber Spezialisten. Die Anzahl der Ärzte ist in den 1970ern und 1980ern stark angestiegen und während 1970 auf 100.000 US-Amerikaner 115 praktizierende Ärzte kamen (s. Abb.2), werden es im Jahr 2000 schätzungsweise 203 sein (Rivo /Kindig 1996, 892). Dies hat jedoch nur wenig dazu beigetragen, die chronische Unterversorgung in ländlichen sowie inner-city-Gebieten²⁰ zu verringern. In diesen Regionen besteht ein schmerzhafter

20 Bei inner-city-Gebieten handelt es sich um Stadtteile mit einem großen Anteil ärmerer Bevölkerungsgruppen, meist Minoritäten.

Mangel sowohl an Allgemeinärzten wie auch an Spezialisten (s. Fruen/Cantwell 1982; Kinding /Movassaghi 1989; Agency for Health Care Policy and Research 1994; Rivo/Kindig 1996, 893/894). In El Paso (Texas) z.B. praktizieren nur 4 % der ansässigen Ärzte in den ärmeren Stadtteilen, in denen ein Drittel der Gesamtbevölkerung lebt (Chelimsky 1993, 526). Durch diese Tatsache wird für Teile der Bevölkerung der Zugang zu Gesundheitsleistungen rationiert.

Während der 1960er bis Anfang der 1970er wurde die medizinische Forschung und Ausbildung staatlicherseits erheblich gefördert²¹ (Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 32/33), was einen Anstieg der Zahl praktizierender Ärzte nach sich zog. In einer Umkehr der Zielvorstellungen wurde seit Beginn der 1980er von verschiedenen Seiten dargelegt, daß in naher Zukunft an Überschuß an Ärzten zu verzeichnen sein werde²². Durch die Komplexität von projiziertem Angebot und projizierter Nachfrage kommen Studien zu einem Überangebot von 50.000 bis 165.000 Ärzten bei 2000, von dem allein Spezialrichtungen betroffen sind (O'Neil/Finocchio 1997, 125/126; s. auch Pew Health Professions Commission 1995).

Trotz der ständig steigenden Ärztezahl konnten sich Medizinstudenten bis vor einigen Jahren darauf verlassen, nach Abschluß ihrer Ausbildung einen Arbeitsplatz zu finden. Der in den 1990ern prominent gewordene Kostendruck im Gesundheitssystem schränkt jedoch die Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte ein und das Überangebot wird auch innerhalb der medizinischen Profession wahrgenommen. Ausbildungsinterne Faktoren, die zum Problem beitragen, sind die prinzipiell als zu hoch angesehene Zahl Graduierter von medizinischen Fakultäten sowie die darin enthaltene wachsende Anzahl ausländischer Medizinstudenten, die nach Abschluß des Studiums in den USA bleiben, um zu praktizieren (Gamliel et al. 1995). Die Anzahl der ausländischen Graduierten stieg zwischen 1988 und 1993 um 80 % (Lohr et al. 1996) und erreichte 1994 7.000 im Vergleich zu 2.200 im Jahr 1988 (R. Cooper 1994a, 683). 1996 waren 23 % aller in den USA praktizierenden Ärzte ausländische Graduierte (Randolph 1997, 46).

Vorschläge zur Verminderung der Arztzahlen umfassen insbesondere ein Einfrieren oder eine Verringerung der Klassengröße in medizinischen Fakultäten²³, keine Neueröffnungen oder sogar Schließungen von medizinischen Fakultäten sowie eine Kürzung der Positionen für residents

21 Gesetzliche Schritte dazu waren: Kerr-Mills Act of 1962, Health Professions Educational Assistance Act of 1963, Social Security Titles XVIII und XIX (Medicare und Medicaid), Health Manpower Act of 1968 sowie Comprehensive Health Manpower Training Act of 1971 (s. Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 32/33).

22 U.S. Department of Health and Human Services 1980; Tarlov 1986; Jacobson/Rimm 1987; Mulhausen/McGee 1989; Weiner 1994.

23 Nach einem jahrelangen beständigen Abstieg in der Anzahl der Bewerber bei allopathischen medizinischen Universitäten mit dem Tiefpunkt 1988 (26.721 Bewerber) steigt seitdem die Zahl der Bewerbungen wieder an und erreichte 1993 42.808. Die Zahl der pro Jahr akzeptierten Bewerber ist demgegenüber mit 15.900 bis 16.500 ungefähr gleich geblieben (Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 18). Zusammen mit homöopathischen Fakultäten graduieren jährlich ca. 17.000 neue Ärzte. Pro Jahr stehen 25.000 resident-Stellen (vgl. Arzt im Praktikum) zur Verfügung und die Differenz wird mit ausländischen Graduierten aufgefüllt (Werber Serafini 1997b, 481).

(vergleichbar "Arzt im Praktikum"), darunter insbesondere für ausländische Graduierte²⁴. Verbindliche Regulierungen sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht getroffen, aber die Bundesregierung hat ein Programm in Kraft gesetzt, welches Lehrkrankenhäusern finanzielle Unterstützung gibt, wenn sie die Anzahl ihrer residents verringern (Leary 1997). Lehrkrankenhäuser erhalten für die Ausbildung von Ärzten jährlich \$ 7 Milliarden von der Regierung, die zu großen Teilen aus dem Medicare-Programm kommen, und hätten bisher bei der Kürzung von residency-Stellen Einkommenseinbußen hinnehmen müssen. Mit der Entschädigung für die Streichung solcher Stellen sollen Anreize zur Ausbildung einer Überzahl an Medizinern verhindert werden. Der Gedanke einer Verminderung der Ärztezahl wird auch unter bereits praktizierenden Medizinern gerade angesichts sinkender Einkommen populärer: 1994 verzeichnete die American Medical Association zum ersten Mal seit Beginn der Datensammlung einen Rückgang des durchschnittlichen ärztlichen Nettoeinkommens um 3,8 % gegenüber \$ 150.000,- im Jahr 1993 (Ass. Press 1996b; Mitka 1997)²⁵.

Neben die als zu hoch erachtete Anzahl neuer Graduiertes tritt managed care und dessen Drängen auf effizientere Nutzung finanzieller Ressourcen, was das Tätigkeitsfeld für Mediziner noch enger werden läßt. Die Betonung von primary care sucht die Anzahl der Behandlungen durch Spezialisten und der Krankenhausaufenthalte zu verringern und verlagert traditionell von Ärzten erbrachte Leistungen hin zu medizinischem Hilfspersonal, welches qualitative Leistungen zu geringeren Kosten erbringen kann und oft sensitiver auf die Bedürfnisse von Patienten reagiert (O'Neil/Finocchio 1997, 116; R. Cooper 1994a, 686). Die Akzentuierung von Primärmedizin ist billiger und für die Versorgung von Patienten ebenso gut, in vielen Fällen sogar besser, als die Behandlung durch Spezialisten (s. Greenfield et al. 1992).

Während das Überangebot an Ärzten in den USA weiter zunimmt (s. Weiner 1994), ist die Verteilung der Ärzte bundesweit äußerst ungleich und die Vergrößerung des Angebots an Medizinern behebt augenscheinlich nicht die chronische Unterversorgung sowohl an Allgemeinärzten als auch an Spezialisten in bestimmten ländlichen oder armen, innerstädtischen Gebieten²⁶ (O'Neil/Finocchio 1997, 125; R. Cooper 1994a, 686; Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 24; Snyder 1996). Gleichzeitig sind paradoxerweise innerhalb der allgemeinen Überversorgung zu wenig Primärärzte vorhanden, um die Nachfrage zu decken. Die Anzahl der Primärärzte per capita ist zwar seit Dekaden konstant

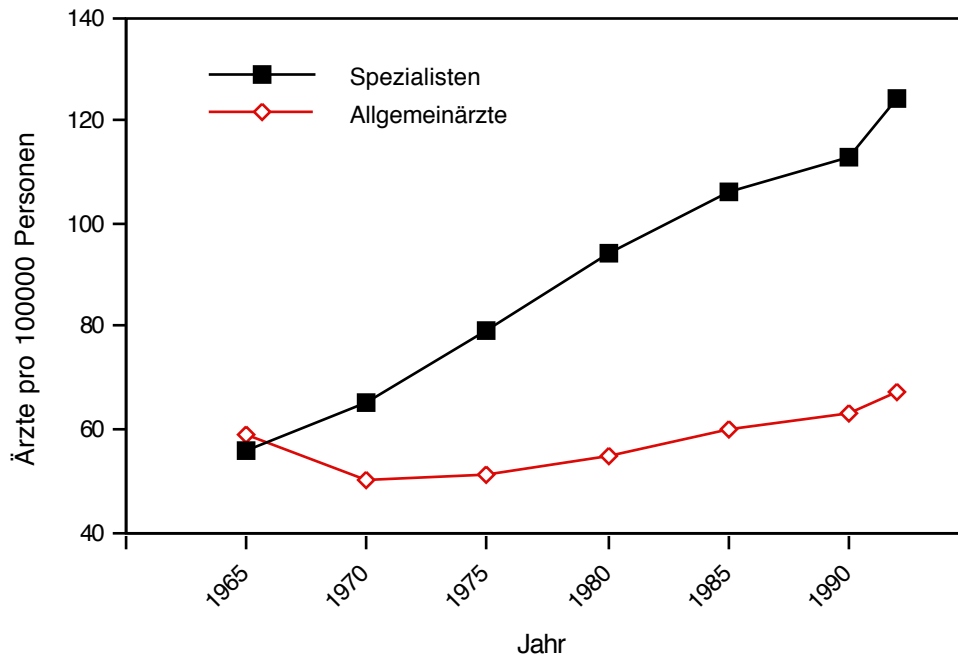
24 s. Vorschläge des Institute of Medicine (Ass. Press 1996a), der Pew Health Professions Commission vom November 1995 (Leary 1996), der Association of American Medical Colleges (Leary 1996), New York's Gouverneur Pataki (Levy 1996a) sowie der American Medical Association zusammen mit der Association of American Colleges, der American Osteopathic Association und anderen Arztgruppen (Werber Serafini 1997b, 481).

25 Bereits 1995 stieg das ärztliche Nettoeinkommen wieder um 6,7 % und auch 1996 war ein Zuwachs zu verzeichnen (Mitka 1997; AMA Center for Health Policy Research 1998; Ass. Press 1998).

26 1992 gab es in North Dakota einen Allgemeinarzt pro 2.148 Personen, in Massachusetts dagegen einen Allgemeinarzt pro 6.414 Personen. In Delaware kamen auf einen Arzt der Geburtshilfe 2.157 Personen, in Iowa 14.552 Personen (Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 24). 89,2 % aller Ärzte waren 1996 in städtischen Gebieten tätig (1970: 85,7 %) (Randolph 1997, 14).

geblieben (ca. 75 bis 85 pro 100.000 Einwohner), aber der Bedarf ist größer geworden (R. Cooper 1994a, 681, 686), was überwiegend auf die Nutzung von Primärmedizinern unter managed care zurück zu führen ist²⁷.

Abbildung 2: Anzahl von Spezialisten im Vergleich zu Allgemeinärzten



Quelle: Rivo/Kindig 1996, 894 Fig.3

1966/67 praktizierten erstmals mehr Spezialisten als Allgemeinmediziner in den Vereinigten Staaten und die Schere hat sich seitdem beständig geweitet (s. Abb. 2). Von 1970 bis 1992 hat sich der Anteil der Allgemeinärzte an der Gesamtärztezahl von 43 auf 35 % verringert (Rivo/Kindig 1996, 894 Fig.3). Die Zahl der Spezialisten erhält so große Beachtung, da sie als treibende Kraft hinter dem Leistungsvolumen und daher den Kosten gesehen werden (s. Schroeder/Sandy 1993, 961; Greenfield et al. 1992; Welch et al. 1993, 625; Rosenblatt 1992; Grumbach/Lee 1991, 2370) und daher besteht Konsensus, daß die Relation zwischen Ärzten der medizinischen Grundversorgung und Spezialisten korrigiert werden muß (Wennberg et al. 1993). Das Department of Health and Human Services hat 1992 im Medicare-Programm die Vergütung für primary care-Ärzte angehoben und für Spezialisten gesenkt (Mick/Mocovice 1993, 278). Ferner wurde gefordert, daß medizinische Fakultäten größeren Einfluß auf die Fachrichtungen ihrer Studenten nehmen sollten (Stimmel

27 Eine neue Studie der Association of Medical Colleges deutet an, daß die Warnungen über einen Mangel an primary-care-Ärzten voreilig waren und inzwischen ein Überschuß an ihnen zu verzeichnen ist, der sich in Schwierigkeiten bei der Arbeitsplatzsuche neu graduerter Mediziner äußert. Die Berichte über primary-care-Engpässe wären jedoch insofern gerechtfertigt gewesen, als sie für bestimmte ländliche und innerstädtische Regionen weiterhin kennzeichnend sind. Die Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse ist für den Sommer 1998 in JAMA vorgesehen (Tye 1998c).

1992). In verschiedenen Bundesstaaten wurden bereits Gesetze in Kraft gesetzt, nach denen in medizinischen Hochschulen nun mindestens 50 % der Studenten ihren Abschluß in Primärmedizin-feldern machen müssen²⁸ (R. Cooper 1994a, 680). Auch im Kongreß wurden entsprechende Vorschläge eingebracht (s. Madden 1994), die jedoch bisher nicht in einem Bundesgesetz mündeten.

Die Dynamiken im sich wandelnden Gesundheitssystem hatten bereits einen unmittelbaren Effekt auf die Ausbildung neuer Ärzte. Medizinstudenten haben sich der Realität von managed care mit der Betonung von Allgemeinmedizin angepaßt, was sich in der Auswahl der Studienschwerpunkte zeigt: 1998 akzeptierten mehr als die Hälfte der Graduierten (54,4 %) primary care Medizin, d.h. hier Interne Medizin, "Familienmedizin" und Pädiatrie, für ihr residency-Programm ("Arzt im Praktikum") (Tye 1998b). Diese drei Praxisfelder wachsen seit 1993 beständig, wohingegen Spezialbereiche im Rückgang sind (Randolph 1997, 11 Fig.2; Ass. Press 1996b; s. auch Tye 1997a; Rivo/Kindig 1996)²⁹.

Ein Ausgleich des Verhältnisses zwischen Primär- und Spezialärzten kann jedoch nicht von heute auf morgen stattfinden, so daß für mindestens eine Dekade weiterhin ein Überschuß an Spezialisten bestehen wird. Überlegungen gehen daher auch in die Richtung, einen Teil dieser Spezialisten tiefer in Primärmedizin einzubinden (R. Cooper 1994a, 685) und einige Fachärzte lassen sich bereits in Primärmedizin weiterbilden (s. Lundberg/Lamm 1993), um ihrem verengten Beschäftigungsfeld zu entgehen. Allerdings kann sich eine durch äußeren Druck durchgeführte Änderung des Tätigkeitsfeldes negativ auf die Einstellung des Arztes auswirken: "...we may soon enter an era in which the market may force emerging specialists into careers that only faintly resemble what they had hoped for" (Schroeder 1994, 240).

Die bessere Ausbalancierung zwischen Allgemein- und Spezialmedizin wird in nächster Zeit weiterhin eine Herausforderung an die ärztliche Profession sein, zumal Spezialrichtungen das US-amerikanische Gesundheitssystem während der letzten 50 Jahre dominierten (O'Neil/Finocchio 127). Die Diskussion geht dahin, ob die Zahl der Ärzte durch staatliche Regulation kontrolliert werden soll oder durch eine Kombination von Marktkräften und Eigenkontrolle der Profession (s. Petersdorf 1994; R. Cooper 1994b; Nolan 1994). Darüberhinaus müssen notwendige Veränderungen in der medizinischen Ausbildung neben einer Senkung der Anzahl der Medizinstudenten auch das Umdenken in der ärztlichen Ausbildung von rein biomedizinischen Gesichtspunkten hin zu einer größeren Betonung von psychologischen und sozialen Aspekten der Gesundheitsversorgung sowie eine bessere Integration der verschiedenen Professionen beinhalten (s. O'Neil/Finocchio 1997, 121/122), um sich der in der Theorie von managed care angestrebten Ziele einer ganzheitli-

28 Medizinische Hochschulen haben nur begrenzten Einfluß auf die Karrierewahl ihrer Studenten. Von Bedeutung sind auch Faktoren wie intellektuelle Herausforderung, zukünftiger Verdienst sowie Anerkennung in der Gesellschaft (Kassebaum/Szenas 1994; Foster 1994; Steinbrook 1994).

29 In den 1980ern sank das Interesse an Primärmedizin unter den Studenten: Während 1982 noch 36 % diese Richtung gewählt hatten, waren es 1989 22,5 % und 1992 nur noch 14,6 % (s. Colwill 1992; Kassebaum/Szenas 1993, 801). Marktkräfte treiben das Interesse seither wieder hoch.

chen Behandlung mit Betonung auf Prävention und gesünderem Lebensstil anzunähern.

Der stationäre Sektor des US-amerikanischen Gesundheitswesens weist eine Mixtur aus Einrichtungen in öffentlicher und privater Hand auf. Besonderen Schwierigkeiten sehen sich die öffentlichen Krankenhäuser in großen Städten gegenüber. Sie sind Anlaufstelle für diejenigen, die sich ärztliche Behandlung andernfalls nicht leisten könnten, stellen oft Leistungen zur Verfügung, die andere Krankenhäuser aufgrund deren Unrentabilität nicht anbieten (z.B. Behandlung bei schweren Verbrennungen, Unfallverletzungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, AIDS, psychiatrischen Problemen usw.) und spielen eine bedeutende Rolle in der medizinischen Ausbildung (Haglund /Dowling 1993, 143). Da ein relativ großer Teil der Patienten dieser Krankenhäuser über keine Krankenversicherung verfügt und die Kosten der Behandlung nicht selber tragen kann, sind die Institutionen auf cross-subsidizing und öffentliche Gelder angewiesen, was sie empfindsam gegenüber Finanzschwierigkeiten der öffentlichen Haushalte sowie Veränderungen im privaten Finanzierungssystem macht. Fast 90 % der "Wohlfahrts"-Behandlung wird von öffentlichen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt (Ohsfeldt 1985, 1342). Obwohl auch die Krankenhäuser in privater Hand meist kostenfreie Behandlung anbieten, versuchen sie, diese in der Praxis zu umgehen. Gegenwärtig wird in vielen Staaten nach Lösungswegen gesucht, die Finanzierung der für bedürftige Patienten kostenfreien Behandlungen gerechter zu verteilen (s. Kap. IV-4).

Die Einrichtungen in privater Hand gliedern sich in gewinnsuchende (for-profit) und gemeinnützige (non-profit) Krankenhäuser, wobei der Begriff non-profit bedeutet, daß der Überschuß des Krankenhauses nicht an außenstehende Besitzer gehen darf, sondern wieder in den Krankenhausbereich fließen muß (Reinhardt 1992a , 650). For-profit-Krankenhäuser nehmen für sich in Anspruch, effizienter zu wirtschaften, sehen sich aber der Kritik ausgesetzt, nur Personen mit weniger schweren Erkrankungen sowie Patienten, welche die Kosten ihrer Behandlung finanzieren können, aufzunehmen (Relman 1980, 968; Relman 1985; Haglund/Dowling 1993, 145)³⁰.

In der Vergangenheit wurden verschiedentlich Regulierungsversuche unternommen, die Kosten im stationären Bereich zu senken. Um z.B. den Erwerb und Ausbau von teuren medizinischen Ausrüstungen und Krankenhausstrukturen zu begrenzen³¹, setzte der Kongreß mittels eines Bundesgesetzes 1974 regionale Gesundheitssystemagenturen (health system agencies - HSAs) ein, von denen Krankenhäuser Notwendigkeitszertifikate (certificates of need - CNOs) erlangen mußten, wenn sie Anschaffungen mit einem Wert von mehr als \$ 150.000 tätigen wollten. Die Agenturen hatten zwei unerwünschte Begleiterscheinungen. Zum einen waren sie vollständig getrennt von der Verantwortung für die Finanzierung ihrer Entscheidungen; im Zweifelsfall tendierten sie dazu, die Expansionsseite zu unterschätzen, weil sie für die laufenden Kosten der neuen Kapazitäten nicht verantwortlich waren. Zum anderen gab es Ausweichmöglichkeiten, sollte die Anschaffung einer

30 Für weitere Ausführungen und zum Bestand dieser Thesen s. Kap. IV-5.

31 Der Hintergedanke war, daß die zur Verfügung stehenden Kapazitäten im Gesundheitswesen immer einen Weg finden, profitabel beschäftigt zu werden und Steuerung daher beim Abbau von Überkapazitäten ansetzen müßte.

teuren Ausstattung nicht bewilligt worden sein; in einem solchen Fall konnte den im Krankenhaus praktizierenden Ärzten die Möglichkeit gegeben werden, die Ausstattung mit eigenem Geld zu erwerben und die halbherzige staatliche Planung zu unterlaufen. Gesetzesanläufe in den späten 1970ern, Krankenhauseinkünfte zu deckeln, brachte der Krankenhausesektor mit dem Versprechen freiwilliger Beschränkung zu Fall, hielt dies aber dann nicht ein (Reinhardt 1992a, 655).

Ein erneuter Regulierungsversuch begann 1983, indem mit der Einführung des prospective payment system (PPS) ein neuer Weg zur Finanzierung der Krankenhausversorgung von Medicare-Berechtigten beschritten wurde. Unter dem prospective payment system werden Krankenhäuser nicht mehr je Patient oder je Leistung bezahlt, sondern die Vergütung erfolgt pro Krankheitsfall. Dafür wurden Fallpauschalen für 468 Krankheitsgruppen (diagnosis related groups) festgelegt und Krankenhäuser erhalten von Medicare seitdem nur noch die festgelegte Pauschale für die Behandlung eines Medicare-Patienten. Ist die Behandlung kostenintensiver, muß das Krankenhaus die Differenz tragen, ist sie kostengünstiger, kann es den Gewinn behalten (s. Haglund/Dowling 1993, 162). Ergebnis war, daß die Verweildauer in stationären Einrichtungen gesunken ist. Eine Kontrolle der Nutzung von Krankenhäusern erfolgt seit 1983 durch gesetzlich legitimierte peer review organizations (PROs)³². Es handelt sich hierbei um private Organisationen, die Verträge sowohl mit Medicare und Medicaid als auch mit privaten Stellen eingehen können (Haglund/Dowling 1993, 171) und die Aufsichtsfunktionen über Krankenhausaufnahmen, vorzeitige Entlassungen, korrekte Abrechnungen usw. ausüben, um Rechtsvergehen aufzudecken (Williams/Torrens 1993c, 392 /393).

Nicht nur die Umstrukturierungen im Finanzierungssystem, sondern in zunehmendem Maße auch der Druck von Arbeitgebern, die Krankenversicherungsprämien für ihre Beschäftigten tragen, sowie der Versicherungsunternehmen, Ausgaben zu verringern, drängen Krankenhäuser dazu, Kosten zu senken. Bemühungen zu Einsparungen im stationären Bereich haben dazu geführt, daß die USA zu den Ländern mit der kürzesten Krankenhausverweildauer gehören. Oft übersehen wird dabei, daß bei frühzeitigen Entlassungen eventuell andere Pflegemöglichkeiten und damit andere Finanzierungsträger oder die kostenfreie Versorgung durch Familienangehörige oder Freunde in Anspruch genommen werden muß. Kostensenkung wird unter anderem auch durch eine "effektivere" Nutzung von Personal angestrebt, indem die Aufgabenbereiche von Krankenschwestern und -pflegern erweitert oder Stellen an weniger qualifiziertes, und damit weniger lohnintensives, Personal vergeben werden. Ferner kommt es durch die Zuspitzung auf Rentabilität zunehmend zur Schließung unprofitabler Stationen (Haglund/Dowling 1993, 162). Seit kurzer Zeit wird darüberhinaus versucht, die Wettbewerbsfähigkeit mittels horizontaler und vertikaler Integration zu verbessern (s. auch Kap. IV-1.4.): Krankenhäuser schließen sich zusammen, um Geräte und/oder Personal zu teilen und Spezialstationen meist auf jeweils eines der beteiligten Krankenhäuser zu beschränken. Durch die Verknüpfung eines Krankenhauses mit nichtstationären Einrichtungen sollen die Behand-

32 Ursprünglich 1972 als professional standard review organizations (PSROs) zur Überprüfung der Qualität und Angemessenheit der Behandlung von Medicare- und Medicaid-Patienten gegründet, wurden diese Einrichtungen 1982 als peer review organizations (PROs) weitergeführt und nahmen ihre Arbeit im Oktober 1983 auf.

lungen, die außerhalb des stationären Bereichs stattfinden, besser kontrolliert und geregelt werden, womit der "Markt" des Krankenhauses erweitert, die Kosteneffektivität verbessert, die Kontinuität der Behandlung sichergestellt und auf Konsumentenwünsche reagiert wird (Haglund/Dowling 1993, 163). Durch die Ausweitung von managed care und den damit verbundenen Druck zu Kostensenkung und Vermeidung von Duplikation ist bereits seit Beginn der 1990er eine Explosion von Zusammenlegungen zu beobachten und das Erscheinungsbild des Krankenhauswesens in den USA verändert sich bedingt durch den Trend zu Vereinigungen und die zunehmende Betonung häuslicher und Hospizpflege.

2.5. Die evidenten Problempunkte: Nichtversicherte und Kosten

2.5.1. Die Stellung der Nichtversicherten

Prinzipiell hat jeder US-Amerikaner Zugang zu Leistungen im Krankheitsfall, sei es über private Versicherung, Medicare oder Medicaid, Bezahlung aus eigener Tasche oder die Inanspruchnahme von free care bei Bedürftigkeit. Eine Vielzahl von Studien haben jedoch nachgewiesen, daß der Anspruch des US-amerikanischen Gesundheitssystems, eine der besten Gesundheitsversorgungen in der Welt zu bieten, nur zutrifft, wenn man das Geld hat, dafür zu bezahlen, entweder durch Krankenversicherung oder direkt aus individuellen Mitteln. Es ist ein duales System, welches finanziell Minderbemittelten nicht die gleichen Leistungen gewährt. Die excess-death rate³³ für Afro-Amerikaner z.B. wurde 1984 auf 60.000 pro Jahr geschätzt, für 1995 liegen die Kalkulationen bei 200.000. Zu Grunde liegende Krankheiten sind nicht Drogenmißbrauch oder AIDS, sondern im Prinzip behandelbare Erkrankungen (Koch 1996). Ein wesentlicher Grund dafür ist die zunehmende "Aussperrung" benachteiligter Gruppen aus dem Krankenversicherungssystem, d.h. Minderheiten sind überproportional in der zunehmenden Zahl der Nichtversicherten vertreten. Dies führt dazu, daß in vielen innerstädtischen Gebieten, deren Bevölkerungsstruktur sich zum großen Teil aus Minderheiten zusammensetzt, die Gesundheitsindikatoren mit denen in unterentwickelten Ländern vergleichbar sind (Navarro et al. 1989, 22).

Der Gesundheitszustand, der Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie deren Nutzung differiert nach Rasse, Krankenversicherungsstatus sowie sozio-ökonomischem Status; kurz gefaßt: Die Armen und die Minderheiten sind in schlechterem Gesundheitszustand als wohlhabendere Amerikaner¹. Zur gleichen Zeit haben sie schlechteren Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern, erhalten mit größerer Wahrscheinlichkeit keine regelmäßige und fortlaufende Behandlung und sind

33 Die excess-death rate gibt die geschätzte Zahl von Todesfällen an, die bei einer innerhalb anderer Bevölkerungsschichten vergleichbaren Behandlung hätten verhindert werden können.

34 S. dazu Richard Evans 1992; Haywood 1990; Marder et al. 1992; McManus et al. 1989; Schwartz et al. 1990; Taylor/Newacheck 1992.

mehr auf die Notfallräume der Krankenhäuser für Routinebehandlungen angewiesen³⁵. Darüberhinaus ist es wahrscheinlicher, daß sie bei Erkrankung Behandlung nicht oder nur verspätet in Anspruch nehmen³⁶. Für verschiedene Krankheiten sind außerdem Behandlungsunterschiede nach Rasse, Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus nachgewiesen, die nicht über den Gesundheitszustand erklärt werden können³⁷. Damit ist belegt, daß sogar Ungleichheiten bestehen, wenn diese Patienten in das Behandlungssystem gelangen. Warum solche Unterschiede bestehen, ist nicht geklärt (Curry et al. 1994, 36).

1995 verfügten schätzungsweise 40,6 Millionen US-Amerikaner oder 15,4 % der Bevölkerung über keinen Krankenversicherungsschutz (Bennefield 1996, 1)³⁸. Zusätzlich zu den Nichtversicherten sind einer Schätzung zufolge 29 Mio. privat Abgesicherte unterversichert, d.h. sie müßten im Fall einer ernsthaften Erkrankung mehr als 10 % des Familieneinkommens zusätzlich zu ihrer Krankenversicherungsprämie aufwenden (Farley Short/Banthin 1995, 1305)³⁹. Die Lücken in der Absicherung weisen Unterschiede nach ethnischen Bevölkerungsgruppen auf: 23 % des weißen Bevölkerungsanteils waren mindestens einen Monat ohne Krankenversicherung gegenüber 36 % der afro-amerikanischen und 50 % der Personen spanischer Abstammung (Ass. Press 1996i). Die Zusammensetzung der Gruppe der Nichtversicherten ist nicht homogen. Festgestellt werden kann aber, daß die "typischen" Nichtversicherten Personen in Familien mit Lohnempfänger(n) sind, die gering bezahlte Arbeitsplätze in kleinen Betrieben haben. Von Familien, deren Hauptverdiener 1995 in einem Betrieb mit weniger als 25 Mitarbeitern beschäftigt war, erhielten 28,3 % Krankenversicherungsschutz durch den Arbeitgeber; bei Familien mit dem Hauptverdiener in einem Betrieb mit mehr als 1.000 Arbeitnehmern waren es 67,7 % (Bennefield 1996, 3 Fig.4).

Während sich die Prämiensteigerungen in den letzten Jahren verlangsamt haben⁴⁰, wächst die Anzahl der Nichtversicherten weiter. Der positive Prämientrend ist auch auf eine zunehmende Risikoselektion der Versicherungsunternehmen zurückzuführen. Um Krankenversicherungsprä-

35 S. dazu Arnold/Schlenker 1992; Blendon et al. 1989; Braveman et al. 1988; Davis 1991; Hafner-Eaton 1993; Howell 1988; Patrick et al. 1992; Wenneker/Epstein 1989.

36 S. dazu Newacheck 1988; Stern et al. 1991; Weissman et al. 1991; Weissman/Gatsonis/Epstein 1992.

37 S. dazu Baquet/Ringen 1987; Braveman et al. 1991; Diehr et al. 1989; Halfon/Newacheck 1993; Hannan et al. 1991; Holland et al. 1993; McBarnett 1987; Soucie et al. 1992; Wenneker et al. 1990; Wenneker/Epstein 1989; Weissman/Epstein 1989.

38 Nach einer Untersuchungen des Employee Benefit Research Institute hatten im Wahljahr 1992 38,9 Mio. US-Amerikaner keinen Krankenversicherungsschutz, was einen Anstieg von 2,3 Mio. gegenüber 1991 ausmachte und die Zuwachsrate der beiden vorangegangenen Jahre zusammen überstieg. Für das gesamte Jahr gesehen hatten 22 Mio. keinen Versicherungsschutz, 53 Mio. waren für einen Monat oder länger ohne Absicherung (Pear 1993d).

39 Andere Schätzungen definieren Unterversicherung allgemeiner als unzureichende Leistungsansprüche bei ernsthaften Erkrankungen und gelangen so zu einer Zahl von bis zu 40 Mio. US-Amerikanern, die unterversichert sind (Starr 1994, 5).

40 Krankenversicherungsprämien stiegen vom Frühjahr 1992 bis zum Frühjahr 1993 um 8 % gegenüber 11% im Vorjahreszeitraum. Die Steigerungsrate war, obwohl weit über der Inflationsrate, die geringste seit 1986/87 (Bloomberg Business News 1993).

mien für den großen Teil der Versicherten nicht zu hoch werden zu lassen und einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Konkurrenten zu erlangen, versuchen Versicherungsunternehmen, die Aufnahme von "Risikogruppen" (Personen mit Vorerkrankungen, Ältere etc.) zu vermeiden. Damit wird das Problem der Steigerungsraten von Versicherungsprämien verringert, allerdings zum Preis einer Erhöhung der Anzahl der Nichtversicherten.

Gegner struktureller Reformen des Gesundheitssystems argumentierten, daß selbst bei einer Zahl von 40 Mio. Nichtversicherten das Problem dramatisiert würde, da 70 % der Betroffenen für weniger als neun Monate ohne Absicherung sind (Wall Street Journal 1993), ihnen keine notwendige Behandlung verweigert würde und nur einer in fünf Nichtversicherten (3 % der Bevölkerung) prinzipiell nicht in der Lage wäre, Krankenversicherung zu erwerben, d.h. alle anderen Nichtversicherten aus eigenem Willen keinen Krankenversicherungsschutz besäßen (s. Stelzer 1994). Dem wird entgegen gehalten, daß selbst bei kurzfristigem Verlust des Versicherungsschutzes eine ernsthafte Erkrankung finanziell katastrophale Folgen haben kann (s. Swartz 1994).

Nicht- und Unterversicherte haben verminderten Zugang zu medizinischen Leistungen, geraten durch Krankheit in größere wirtschaftliche Schwierigkeiten, sind generell in schlechterem Gesundheitszustand und weisen höhere Mortalitätsraten auf als versicherte Personen (s. auch Weissman /Epstein1994). Eine von der Kaiser Family Foundation finanzierte Untersuchung (Donelan et al. 1996), die 4.000 erwachsene US-Amerikaner nach deren Versicherungsstatus und Zugang zu medizinischen Leistungen befragte, ergab, daß in dem der Befragung vorangegangenen Jahr 45 % der Nichtversicherten gegenüber 11 % der Versicherten notwendige Behandlung nicht erlangt hatten. Weiteres Ergebnis der Untersuchung war, daß bei schlechterem Gesundheitszustand für Nicht- oder Unterversicherte die Chancen geringer werden, Behandlung zu erhalten. Unter allen Befragten konnten 25 bis 30 % der Personen in durchschnittlichem oder schlechtem Gesundheitszustand oder mit Behinderung während mindestens einer Krankheitsepisode keine Behandlung erlangen. Auf die Nichtversicherten begrenzt lagen die Vergleichszahlen bei 75 % für Personen in schlechtem und 54 % für Personen in durchschnittlichem Gesundheitszustand (ebd., 1348). Darüberhinaus hatten 36 % der Nichtversicherten im Gegensatz zu 12 % der Versicherten Schwierigkeiten, für medizinische Behandlung zu zahlen⁴¹ (ebd., 1347 Tab.1). Mit dieser Studie wird die Behauptung der Gegner einer Strukturreform widerlegt, daß nur wenige Nichtversicherte notwendige Behandlungen nicht erhalten. Auch wird die Annahme entkräftet, daß der Großteil der Nichtversicherten aus freiem Willen keine Krankenversicherung erwirbt: Nur 8 % der Nichtversicherten gaben an, keine Absicherung zu wollen (ebd., 1348 Tab.2)

41 Mit 43,4 % der Nichtversicherten und 16,5 % der Versicherten, die Schwierigkeiten haben, für medizinische Behandlung zu zahlen, kommen Blendon et al. zu vergleichbaren Ergebnissen. Auch 14 % der Medicare-Berechtigten führen Probleme an; der Grund hierfür ist wahrscheinlich in unzureichenden Medigap-Versicherungen (private Zusatzversicherung für die durch Medicare nicht abgedeckten Leistungen) zu finden (Blendon et al. 1994b).

2.5.2. Die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem

Die prinzipielle Verankerung der Absicherung gegen Krankheitsfolgen im privaten Bereich führt zum einen dazu, daß die USA im internationalen Vergleich das Land sind, in dem die geringsten Geldmittel im Gesundheitswesen - 4,9 % des Bruttosozialprodukts 1994 (eigene Berechnung aus Cowan et al. 1996, 158 und Levit et al. 1996, 205) - aus öffentlichen Mitteln kommen⁴². Zum anderen liegt der überwiegende Teil des im Gesundheitssystem akkumulierten Geldes im privaten Sektor und weniger als 10 % werden für den öffentlichen Bereich verwendet (Navarro et al. 1989, 23). Über den privaten Zweig des Gesundheitssystems wird wenig Kontrolle ausgeübt, so daß private Leistungsanbieter und Versicherungsträger relative Freiheit in der Leistungserbringung haben, ohne für die "Gesundheit der Bevölkerung" verantwortlich zu sein. Navarro et al. sehen hierin die Wurzel für die Probleme hoher Kosten und ungenügender Absicherung: Private Leistungsanbieter haben ihre Leistungen finanziellen statt gesundheitlich bedingten Gegebenheiten angepaßt. Der private Sektor akzeptiert öffentliche Zahlungen, ohne notwendige Leistungen zu erbringen, für die keine direkte Kompensation zur Verfügung steht (ebd., 23).

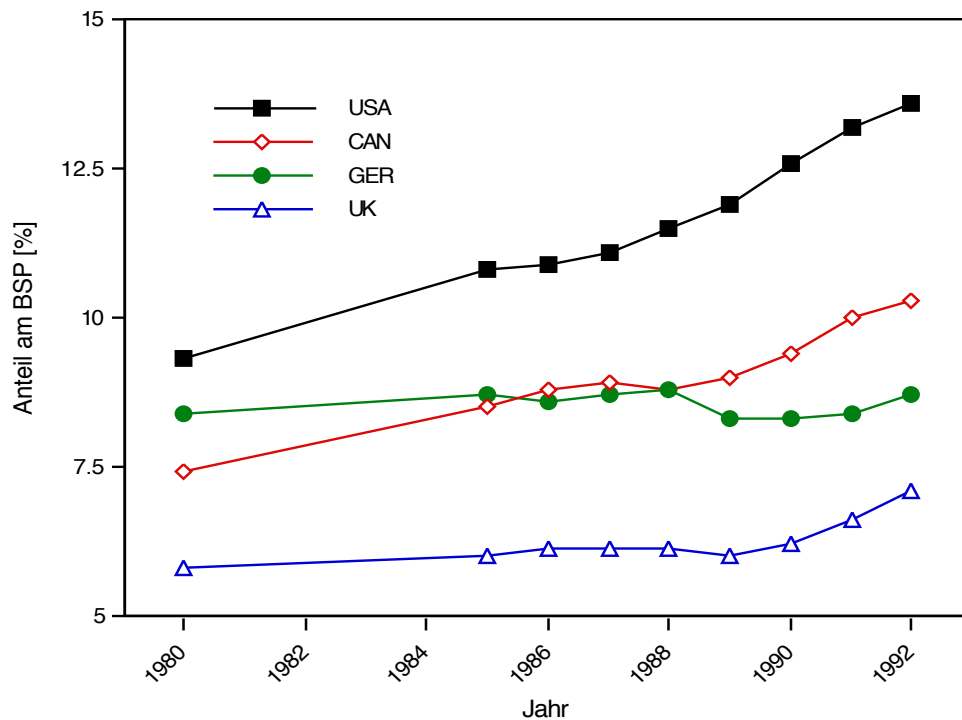
Während der private Sektor, auch aufgrund von Vergütungen mittels öffentlicher Gelder, floriert und sich ausdehnen kann, leiden öffentliche Krankenhäuser unter chronischem Geldmangel und versorgen zum großen Teil jene nichtversicherten Patienten, die für die privaten Institutionen nicht profitabel sind. Die Betonung von "Wettbewerb" seit der Präsidentschaft Reagan's hat die Probleme noch verschärft. Private Krankenhäuser und HMOs konnten erhebliche Gewinne erzielen, indem sie Nichtversicherte sowie Schwerkranke aussieben und gut Abgesicherte sowie relativ gesunde Patienten umwerben. Auf der Gegenseite sieht die finanzielle Lage für innerstädtische und ländliche Krankenhäuser, die ein solches Auswahlverfahren nicht betreiben können, immer schlechter aus. Zudem müssen diese Bezirke befürchten, ihre wenigen Einrichtungen aufgrund finanzieller Engpässe zu verlieren, während Institutionen in reichen Gegenden das Geld haben zu expandieren, obwohl dort der Bedarf gedeckt ist (Navarro et al. 1989, 23).

1994 betragen die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den USA 949,4 Milliarden Dollar, was 13,7 % des Bruttosozialprodukts (gross domestic product - GDP)⁴³ entspricht (Levit et al. 1996, 205) und die Vereinigten Staaten im Vergleich der Gesundheitssystemkosten von OECD-Ländern hervorsteht (s. Abb. 3).

42 Schweden-8,8 %; West-Deutschland-6,6 %; Frankreich-6,6 %; Kanada-6,2 % (Navarro et al. 1989, 22). Betrachtet man den gesamten Gesundheitsbereich, so kamen 65 % der Aufwendungen für Gesundheitsdienstleistungen und -güter (728,6 Milliarden Dollar 1991, ohne Ausgaben für Forschung und Neu- oder Umbauten von Krankenhäusern etc.) vom privaten und 35 % vom öffentlichen Sektor (Cowan/McDonnell 1993, 227). Private Unternehmen brachten 205,4 Milliarden Dollar auf, private Haushalte 247 Milliarden, der Bund 133,8 Milliarden und einzelstaatliche und lokale Regierungen 120,7 Milliarden.

43 Das gross domestic product (GDP) ist dem Bruttosozialprodukt (BSP) vergleichbar. Es umfaßt den Marktwert aller innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (meist eines Jahres) produzierten Güter und Dienstleistungen; eingeschlossen sind Kapitalinvestitionen zum Bau von Fabriken oder Häusern, persönlicher Verbrauch, Regierungsausgaben für Güter und Dienstleistungen, der Netto-Export sowie die von US-amerikanischen Unternehmen im Ausland produzierten Werte.

Abbildung 3: Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen in ausgewählten OECD-Ländern in % des Bruttosozialprodukts, 1980-1992



Quelle :

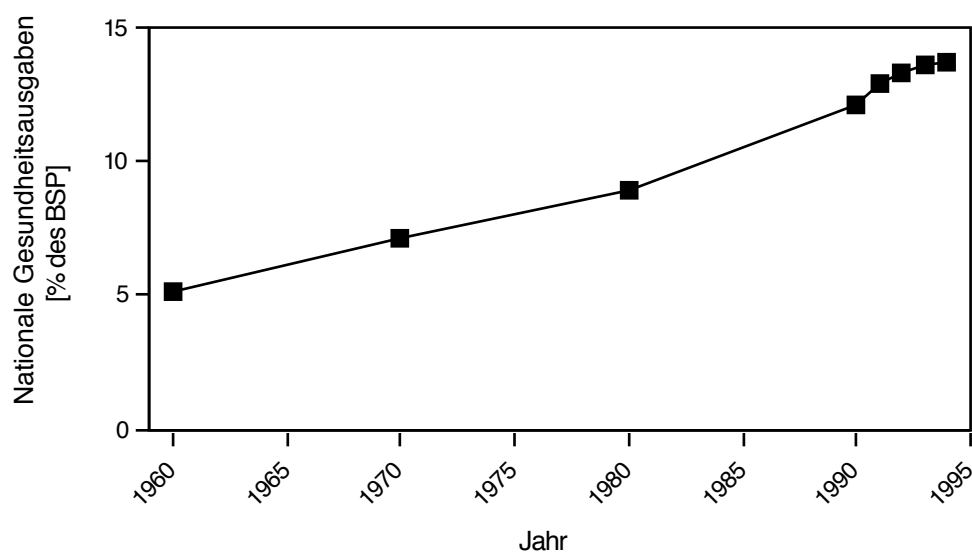
Schieber/Poullier/Greenwald 1994, 101 Exh.1

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben 1994 um 6,4 % gegenüber dem Vorjahr stellte das geringste Wachstum seit drei Jahrzehnten dar; gleichzeitig veränderte sich der Anteil am Bruttosozialprodukt durch ein gesundes Wirtschaftswachstum nur um 0,1 % gegenüber 1993 (Levit et al. 1996, 205). Trotz abnehmender Tendenz des Wachstums der Gesundheitsausgaben im Vergleich zu Vorjahren hat sich der Anteil am Bruttosozialprodukt seit 1960 erheblich vergrößert (s. Abb. 4). Die Health Care Financing Administration schätzte, daß im Jahr 2000 ohne Eingriffe im gegenwärtigen System die Ausgaben für das Gesundheitswesen 18,1 % des Bruttosozialprodukts und 32 % im Jahr 2030 ausmachen würden (Burner et al. 1992, 2; s. dazu auch Pear 1993g).

Diese Entwicklung wurde von privater und öffentlicher Seite zunehmend kritisch betrachtet. Arbeitgeber versuchten die hohen Krankenversicherungsprämien, die in ihren Augen zur Verminderung der Wettbewerbsfähigkeit ihrer Unternehmen beitragen, auszubalancieren, indem sie Kosten direkt und indirekt auf die Beschäftigten verlagerten. Lohnsteigerungen wurden verlangsamt, andere betriebliche Sozialleistungen gekürzt (z.B. Pensionen), der Arbeitgeberanteil an den Versicherungsprämien wurde gesenkt, die Eigenbeteiligung der Versicherten erhöht oder es wurde auf Versicherungspläne mit geringeren Leistungen ausgewichen. Eine wachsende Zahl von Arbeitgebern beendete die Versicherung für Familienangehörige ihrer Beschäftigten oder gab Versicherungsschutz ganz auf. Auch wurden Arbeitskräfte entlassen und zunehmend Teilzeitkräfte eingestellt, für die keine Krankenversicherung geboten wird. Unternehmen verlagern ferner Teile

ihrer Produktion in außenstehende kleine Firmen, die ihren Beschäftigten keinen Versicherungsschutz bieten (s. dazu Starr 1994, 6-9; Cowan/McDonnell 1993, 229). Während 1980 der Arbeitgeber durchschnittlich 80 % der Krankenversicherungskosten trug, sank dieser Anteil 1990 auf 69 %. Die durchschnittlichen Ausgaben einer Familie für Gesundheitsversorgung nahmen zwischen 1980 und 1990 um nahezu 50 % zu (Mishel/Bernstein 1993, 397 Tab.8.23) und zwischen 1984 und 1991 sind die Gesundheitskosten privater Haushalte beständig schneller gestiegen als ihr Einkommen mit einer Stabilisierung des Anteils auf 5,7 % des Einkommens zwischen 1992 und 1994 (Cowan et al. 1996, 164/165). Obwohl die Ausgaben der Unternehmen für Krankenversicherungsschutz unzweifelhaft steil angestiegen sind (um 163 % zwischen 1970 und 1989), haben Arbeitgeber Kosten offensichtlich auf Beschäftigte abgewälzt (s. Starr 1994, 11).

Abbildung 4: Nationale Gesundheitsausgaben in % des Bruttosozialprodukts, 1960-1994



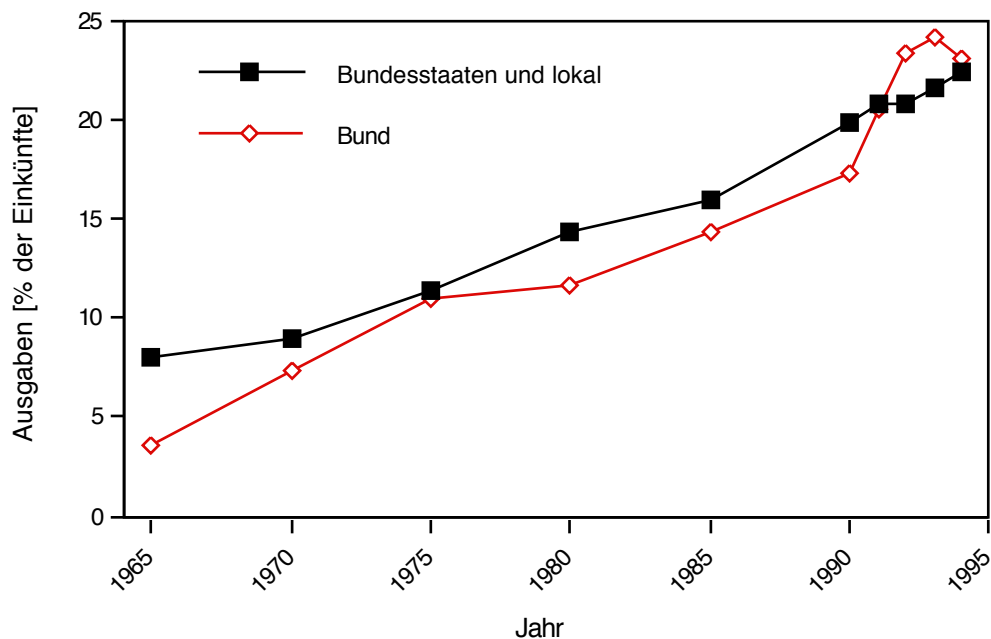
Quelle: Levit/Lazenby/Sivarajan. 1996, 131 Exh.1

Auch die Versicherungsindustrie versucht, Kosten umzuverlagern und ihre Taktiken treffen oft die besonders Schutzbedürftigen. Vor Beginn der Debatte um eine Gesundheitssystemreform Anfang der 1990er war nicht nur die Angst vor Verlust der Versicherung bei Kündigung des Arbeitsplatzes zum Problem geworden, sondern auch die Gefahr der Terminierung eines laufenden Versicherungsvertrages, wenn Versicherungsunternehmen bei Eintritt einer kostenintensiven Krankheit die Absicherung aufkündigen. Ferner wurden oft Vorerkrankung von der Leistungspflicht ausgenommen, so daß z.B. beim Wiederauftreten einer lange zurückliegenden Krebserkrankung kein Leistungsanspruch bei einem neuen Versicherungsunternehmen bestand (Starr 1994, 8-9).

Für den öffentlichen Bereich mit Medicare und Medicaid ist der Kostenanstieg zum Problemfaktor geworden, da Regierungsstellen Geld für andere Sektoren fehlt. Abb. 5 zeigt die staatlichen Gesundheitsausgaben in Prozent der Bundes- sowie einzelstaatlichen und lokalen Einkünfte. 1991 betrug die Steigerungsrate für die staatlichen Ausgaben im Gesundheitswesen 17,7 % gegenüber dem

Vorjahr, wobei 65 % der Steigerungsrate auf den Medicaid-Sektor zurückzuführen waren⁴⁴. Die Gründe für die überproportionale Ausgabenerhöhung in diesem Bereich lagen hauptsächlich in einer Erleichterung der Zugangsbedingungen sowie der wirtschaftlichen Rezession, die mehr Personen in den Kreis der Berechtigten brachte (Letsch et al. 1992, 13). Wie sich die Verminderung der Zahl der Medicaid-Berechtigten durch die Reform des Wohlfahrtssystems Ende 1996 auf die Kosten auswirkt, bleibt abzuwarten⁴⁵.

Abbildung 5: Staatliche Ausgaben für das Gesundheitswesen (Medicare, Medicaid und andere Programme wie z.B. Impfmaßnahmen) in % der Bundes- bzw. einzelstaatlichen und lokalen Einkünfte, 1965-1994



Quelle: Cowan/McDonnell 1993, 235; Cowan et al. 1996, 166 Tab.8

Es stellt sich die Frage, warum die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den USA im Vergleich mit anderen Ländern überproportional hoch sind. Berücksichtigt werden müssen hier zum einen Faktoren, die auch in anderen Ländern Einfluß auf die Kosten nehmen, und zum anderen Gegebenheiten, die USA-spezifisch sind. Länderübergreifend werden die Zunahme des Anteils Älterer mit größeren Leistungsansprüchen, Innovationen in Pharmakologie und Medizintechnologie, eine gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bzw. ein verändertes Anspruchsverhalten der

44 Die Medicaid-Ausgaben (100,5 Milliarden Dollar 1991) stiegen gegenüber 1990 um 33,2 % (Cowan/McDonnell 1993, 235).

45 Bereits vor Inkrafttreten der Reform des Wohlfahrtssystems sank die Zahl der Wohlfahrtsempfänger erheblich. Die Bezieher von Aids to Families with Dependent Children sank zwischen März 1994 (Höchststand) und Oktober 1996 um 18 %. Zurückgeführt wird dies auf die anhaltend gute Wirtschaftslage sowie Bemühungen der Bundesstaaten, Wohlfahrtsempfänger durch strengere Gesetze in Arbeitsplätze zu bringen (DeParle 1997).

Patienten (“nur was teuer ist, ist auch gut”) sowie die Arbeitsintensität der Gesundheitsindustrie verantwortlich gemacht.

Darüberhinaus müssen jedoch auch besondere Charakteristika des US-Systems zur Erklärung herangezogen werden. So werden durch die Fragmentation und Komplexheit des Systems die Verwaltungskosten in die Höhe getrieben (s. Himmelstein/Woolhandler 1986). Bei fee-for-service-Vergütung (Einzelleistungsvergütung) sind Leistungserbringer in gewissem Umfang in der Lage, ihr Einkommen durch die Erbringung von mehr Leistungen selbst zu bestimmen, zumal wirksame Kontrollmechanismen fehlen. Ein auf Hochtechnologie fixiertes stationäres und ambulantes Behandlungssystem mit finanziellen Anreizen zur Nutzung technologisierter Untersuchungsmethoden hat die Kosten mit gesteigert. Krankenhäuser und Arztgruppen erwerben teure medizintechnische Geräte, um Ärzte zu halten oder zu werben und um Patienten zufrieden zu stellen. Dies hat zu einem Übermaß an Geräten geführt, in dessen Folge die Kosten für deren Benutzung unnötig hoch liegen, um die Anschaffungskosten aufzuwiegen. Paradoxiertweise wird so trotz Überversorgung die Nutzung für einen Teil der Patienten unerschwinglich. Auch wählten durch die finanzielle Bevorzugung ärztlicher Spezialisten im Vergütungssystem mehr Medizinstudenten Spezialrichtungen, was zu einem Übermaß an Spezialisten und einem Mangel an Allgemeinärzten geführt hat. Dies wiederum hat eine im internationalen Vergleich hohe Rate an Operationen und teuren Untersuchungsmethoden zur Folge bei einer geringen Rate substantieller Gesundheitsversorgung wie z.B. Kindheitsimpfungen (s. Starr 1994, 23-26).

Die Höhe der Gesundheitsausgaben in den USA im Vergleich zu anderen OECD-Staaten wurde jedoch erst nach dem Ölschock der 1970ern signifikant. Während andere Länder Regulationsmechanismen in Gang setzen konnten, um die Kosten im Gesundheitssystem besser zu kontrollieren, fehlen den Vereinigten Staaten solche Instrumente und aufgrund der Fragmentation sind staatliche Eingriffe zur Kostenreduzierung nicht wirksam (s. OECD 1996, 53/54).

2.5.3. Die Problemspirale aus Nichtversicherten und Kosten und die Wahrnehmung von Reformbedarf

Das amerikanische Gesundheitssystem befindet sich in einer Problemspirale, in der die beiden größten Problembereiche - Kosten und Nichtversicherte - untrennbar miteinander verwoben sind. Bei einer freiwilligen, an den Arbeitsplatz gebundenen Versicherung bleiben viele Personen ohne Krankenversicherungsschutz und werden auch von Medicare und Medicaid nicht aufgefangen, was wiederum durch die Vernachlässigung präventiver Medizin und rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung die Kosten hochtreibt. Die Situation wird verschärft, indem Versicherungsunternehmen und HMOs Antragsteller auf der Grundlage der zu erwartenden Gesundheitsrisiken evaluieren, was zu extrem hohen Prämien für Versicherte mit Risikofaktor und zunehmend zum Ausschluß von Vorerkrankungen von der Leistungspflicht oder Ablehnung des Aufnahmeantrags führt. Die Berechnung der Prämien nach vorangegangener Krankheitsgeschichte (experienced-

rated) und nicht nach den durchschnittlichen pro-Kopf-Kosten einer größeren Gruppe (community-rated) trifft vor allem, aber nicht ausschließlich, Individuen und kleine Gruppen wie z.B. Unternehmen mit relativ wenigen Beschäftigten. Arbeitgeber und Versicherungsunternehmen dergleichen versuchen ihre Kosten durch eine Anhebung der Zuzahlungen und Eigenanteile⁴⁶ zu senken (bzw. geben die Kosten an die Versicherten/Arbeitnehmer weiter) oder Arbeitgeber beenden Krankenversicherungsleistungen für ihre Beschäftigten (s. Sullivan/Rice 1991; zu dieser Problemspirale allgemein s. Kerrey 1991, 82 sowie Marmor/Boyum 1992, 176). Nichtversicherte verzögern aus finanziellen Gründen notwendige Arztbesuche und müssen im Fall einer ernsthaften Erkrankung Behandlung in den kostenintensiven Notfallräumen der Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Aufgrund des fortgeschrittenen Krankheitsbildes ist dann oftmals ein stationärer Aufenthalt erforderlich, dessen Kosten vom Krankenhaus durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz versicherter Patienten umverlagert werden. Dies wiederum trägt mit zu Prämienanhebungen bei privaten Versicherungsunternehmen bei und macht Krankenversicherung wiederum für weitere Personen zu teuer (s. Rubin 1994b, 887, 890). Neben diese Problemspirale traten die bereits angeschnittenen Unzulänglichkeiten im System der Leistungserbringung wie Geräte- und Spezialmedizin sowie geringe Kontrolle der Leistungserbringer.

Eine Reihe von Faktoren trug dazu bei, daß Politiker das Thema nicht länger ignorieren konnten. Die Haushalte des Bundes und der Einzelstaaten wurden durch steigende Gesundheitskosten zunehmend belastet; zur Verringerung des Staatsdefizites wurde eine Senkung der Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben für notwendig erachtet. Auch als Voraussetzung für eine Reform des Wohlfahrtssystems bzw. eine Verringerung der Ausgaben für Wohlfahrtsleistungen wurde eine Neustrukturierung des Gesundheitssystems mit Einschluß der gesamten Bevölkerung in eine Krankenversicherung erforderlich gehalten; viele Wohlfahrtsempfänger sahen sich gezwungen, ein Stellenangebot ohne Krankenversicherung auszuschlagen, um weiterhin Wohlfahrtsleistungen zu beziehen und Krankenversicherungsschutz durch Medicaid zu erhalten⁴⁷. In den Augen der Wirtschaft wurde durch hohe Versicherungsprämien, die von Arbeitgebern getragen werden, ihre Wettbewerbsfähigkeit behindert, dies sowohl im internationalen Vergleich als auch gegenüber Unternehmen, die ihren Beschäftigten keine Krankenversicherung offerieren. Aufgrund der meist an den Arbeitsplatz gebundenen Versicherungspolizen waren Arbeitnehmer oft gezwungen, neue Stellenangebote auszuschlagen, wenn diese keine Krankenversicherung in Aussicht stellten; ein solcher "job-lock" führte zu Unflexibilität auf dem Arbeitsmarkt⁴⁸ (s. Cotton 1991). Im System der Leistungserbringung wurde zunehmend kritisiert, daß die Behandlung Nichtversicherter oft in den kostenintensiven Notfallräumen der Krankenhäuser erfolgte und die Kosten auf die übrigen

46 Erhöhung der Eigenbeteiligungen lassen die Kosten nicht geringer werden, sondern verlagern sie nur auf andere Zahler und beschönigen die Statistik.

47 Nach der Reform des Wohlfahrtssystems 1996 werden Wohlfahrtsleistungen nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums eingestellt, selbst wenn die betroffene Person keinen Arbeitsplatz gefunden hat.

48 1993 gaben in einer Umfrage 20 % der Befragten an, daß sie selber oder ein Familienmitglied ein Arbeitsplatzangebot ausgeschlagen oder einen Arbeitsplatz nur beibehalten hätten, um dessen Krankenversicherung zu bewahren (Koretz 1994, 23).

Patienten und staatliche Finanzierungsstellen umverlagert wurden; Kostenträger stellten diese Finanzierungsart zunehmend in Frage. Darüberhinaus wurde die ungleiche Versorgung der Bevölkerung durch ungleiche regionale Verteilung der Ärzte und Krankenhäuser wahrgenommen. Auf besondere Kritik stieß auch, daß der Verwaltungsaufwand für Leistungsanbieter und Versicherte aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Versicherungspläne überhand nahm und auf der Anbieterseite zur Erhöhung der Kosten beitrug.

Aufgrund der Vielzahl der Subsysteme im US-amerikanischen Gesundheitswesen sowie den lediglich punktuellen Steuerungsversuchen beim Fehlen einer zentralen Kontrollinstitution war eine Bereinigung dieser Probleme nicht erfolgt. Daß es zur politischen Agendasetzung des Themas kam, wird auf den Ruf der Öffentlichkeit nach Reform aufgrund zunehmender Bedrohung der Mittelklasse durch Versicherungsverlust und hohe Kosten im Krankheitsfall zurückgeführt⁴⁹ (s. Skocpol 1996a). Während die Debatte um Gesundheitssystemreform mit dem Bild der Nichtversicherten arbeitete, wurde sie von den Anliegen der Mittelklasse bestimmt (M.D. Smith 1994, 148) und ein Eingehen auf die Sorgen eines wichtigen Wählerpotentials war für Politiker interessant.

49 50 % der Amerikaner mit Einkommen über \$ 50.000,- pro Jahr hatten einen Verwandten ersten Grades, der nicht versichert war und für den sie sich im Falle einer Krankheit finanziell verantwortlich fühlten.

KAPITEL II

EIN ANLAUF ZUR REFORM DES US-AMERIKANISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS: DIE CLINTON-INITIATIVE

1. DIE GENESE DER REFORMDISKUSSION IN DEN 1990ern

Es bestand Übereinstimmung darin, daß die Grundvoraussetzungen zu einer Neugestaltung des Gesundheitssystems Anfang der 1990er günstig waren. Das prinzipielle Vorhaben "Gesundheitsreform" sowie Absicherung für jeden war in der Öffentlichkeit äußerst populär (Blendon/Donelan 1991, 146). Umfragen zeigten, daß die Unterstützung für Reform hauptsächlich auf Angst vor Zugangsschwierigkeiten sowie den Kosten medizinischer Behandlung sowohl unter Nichtversicherten als auch Versicherten zurückzuführen war (M. Smith et al. 1992; Blendon/Donelan 1991, 147). Die Gesundheitskosten waren für Mittelklasse-Amerikaner im Angesicht einer Kostenumverlagerung von Unternehmen auf Arbeitnehmer sowie der Gefahr des teilweise oder völligen Verlustes von Versicherungsschutz aufgrund möglicher Aufgabe der Absicherung durch den Arbeitgeber wichtig geworden; verstärkt wurden diese Befürchtungen durch eine Periode von corporate downsizing. Nicht nur für beschäftigte Personen nahe der Armutsgrenze bereiteten die steigenden Kosten zunehmend Schwierigkeiten zum Zugang zu Gesundheitsleistungen, sondern insgesamt 60 % aller Amerikaner befürchteten, in der Zukunft nicht ausreichend gegen Krankheitskosten abgesichert zu sein (Blendon/Donelan 1991, 147).

Die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitssystems wurde in einem "negativen Konsens" (Starr 1994, 1) spektrumübergreifend vom linken zum rechten Flügel, wenn auch mit unterschiedlichen Lösungsansätzen, gesehen. Aus dem Zusammentreffen der Besorgnis der Öffentlichkeit über die hohen Versicherungskosten sowie den Zugang zu Krankenversicherung mit der Suche nach Kostendämmung durch Regierung und Arbeitgeber hatten sich bereits eine Vielzahl von Reformvorschlägen entwickelt. Unternehmergruppen, verschiedene Gewerkschaften, Versicherungsvereinigungen, Gesundheitsexperten (s. Blendon/Edwards/Hyams 1992) und sogar die American Medical Association (American Medical Association 1990; Todd et al. 1991), ein historischer Gegner staatlich initiiertes Gesundheitssystemreformen, hatten Reformvorschläge vorliegen. Auch in Kongreßkreisen war man sich der Probleme bewußt (s. Pepper Commission 1990; Peterson 1992) und bereits während des 102ten Kongresses 1990 bis 1992 waren ungefähr zwei Dutzend Gesundheitsreformentwürfe eingebracht worden (s. Blendon/Edwards/Hyams 1992).

In dieser Stimmung fanden 1991 im Bundesstaat Pennsylvania außerordentliche Wahlen für einen Senatssitz statt. Der demokratische Kandidat Harris Wofford setzte das Thema Gesundheitsreform und insbesondere universelle Absicherung an die Spitze seiner Wahlkampfagenda und errang

einen überraschenden Wahlsieg⁵⁰ (s. dazu Russakoff 1991; Blendon et al. 1992; Shields 1991). Wofford's Sieg war der letzte Anstoß, eine mögliche Gesundheitsreform ins Zentrum der nationalen politischen Tagesordnung zu plazieren⁵¹. Anfang 1992 wurde in Umfragen Gesundheitsreform hinter Ökonomie und Außenpolitik als Sujet genannt, welches von Präsidentschaftskandidaten angeschnitten werden sollte (Blendon/Edwards/Hymas 1992, 2509) und für die Kandidaten zur Präsidentschaftswahl 1992⁵² war das Thema unumgänglich geworden (s. dazu Kosterlitz 1991b; Blendon et al. 1992).

1.1. Reformpläne zur Präsidentschaftswahl 1992

Gliedert man die 1991/92 von Politikern und interessierten Organisationen vorliegenden Vorschläge nach ihrer Finanzierungsart, lassen sich drei grundsätzliche Strukturkategorien⁵³ bilden (s. dazu Skocpol 1996a, 30-35; Marmor/Boyum 1992, 177/178; Marmor/Barr 1992, 252ff):

1.) Keine wesentlichen Änderungen im Finanzierungssystem

Diesen "incremental", marktorientierten, oder wie Marmor/Boyum sie nennen-"procompetitive"⁵⁴ (Marmor/Boyum 1992, 177/178), Vorschlägen ist gemeinsam, daß Krankenversicherungsschutz gefördert, aber keine pflichtmäßige Absicherung eingeführt werden soll. Lediglich die Heritage Foundation, ein konservatives politisches Forschungsinstitut, forderte universelle Versicherungs-

50 Zwei Strategen aus Wofford's Wahlkampf stießen zum Beginn der Vorentscheidungen für die Aufstellung der Präsidentschaftskandidaten 1992 zum Clinton-Team, womit die beiden herausragenden Themen des Wofford-Wahlkampfes –Ökonomie und Gesundheitsabsicherung– fest in der Clinton-Agenda verankert wurden (s. Center for Public Integrity 1995a, 429).

51 Nach Kingdon gelangen Themen erst in den Legislaturkreislauf, wenn sozio-ökonomisch problematische Bedingungen mit Policy-Lösungsvorschlägen und einem weitverbreiteten Gefühl, daß etwas unternommen werden muß, zusammentreffen (s. Kingdon 1984).

52 Besonders die Demokraten setzten hier ihre Hoffnungen an. Um Differenzen über Themen wie Wohlfahrtsreform oder Quotenregelungen (affirmative action) zu überkommen, suchte die Demokratische Partei nach Themen, die wohlhabende und weniger privilegierte Amerikaner vereinigen konnten; die Unterstützung von Gesundheitssystemreformplänen versprach, Wählerstimmen zu bringen (Skocpol 1995b, 68) und wurde insbesondere von liberalen Demokraten als "ticket to ride" gesehen.

53 Kerrey nimmt eine Einteilung in nur zwei Kategorien vor, indem er zwischen "incremental" Vorschlägen, die das Finanzierungssystem mit der Betonung auf dem privaten Sektor in Takt lassen, und umfassenden Reformvorschlägen, die sowohl universellen Zugang zu Krankenversicherungsschutz bieten als auch ein hohes Maß an Kontrolle über die Kosten gewähren, unterscheidet. Dabei fallen lediglich die single payer-Vorstellungen in den Bereich der umfassenden Reformen. Neben den marktorientierten Reformvorschlägen weist Kerrey auch play-or-pay sowie Arbeitgeberzwangsbeitrag in den Bereich "incremental" (Kerrey 1991, 83). Eine Einteilung in die drei im Text genannten Kategorien erscheint jedoch sinnvoller und für die im weiteren Verlauf zu behandelnde Diskussion um die Reform des amerikanischen Gesundheitssystems geeigneter.

54 Marmor/Boyum rechnen auch managed competition-Vorschläge prinzipiell zur "procompetitive" Kategorie, da in der Reinform von managed competition staatliche Regulierungen abgelehnt werden und die Steuerung des Gesundheitssystems dem von Wettbewerbsverzerrungen bereinigten Markt überlassen wird. Die tatsächliche Ausgestaltung vieler managed competition-Vorschläge greift jedoch auf umfangreiche staatliche Regulierungen zurück, so daß diese Einteilung nicht immer automatisch getroffen werden kann (s. Marmor/Boyum 1992, 184ff).

Tabelle 1: "Incremental", marktorientierte Reformvorschläge vor 1993⁵⁵

	George Bush, The President's Comprehensive Health Reform Program, 06.02.1992	John H. Chafee, Health Equity and Access Improvement Act of 1991 (S 1936)	Health Insurance Association of America, 26.06.1991	Heritage Foundation, 15.05.1991
Allgemeine Erläuterungen	Präsident 1988-1992	Republikanischer Senator	Zusammenschluß von Versicherungsunternehmen	Konservatives, politisches Forschungsinstitut
Universelle Absicherung	Nein, Versicherung auf freiwilliger Basis. Versicherer müssen alle nachfragenden Gruppen aufnehmen; Ende des Ausschlusses von Vorerkrankungen; Steuererleichterungen+Gutscheine	Nein, Versicherung auf freiwilliger Basis. Staaten haben die Option, Gering- und Mittelverdienern finanzielle Anreize zu geben.	Nein, Versicherung auf freiwilliger Basis. Finanzielle Anreize für kleine Unternehmen, Ausdehnung von Medicaid.	Ja. Steuererleichterungen, Medicaid für Arme
Finanzierung	Nicht spezifiziert. -Einsparungen -Aufhebung des unbegrenzten Anspruchs für den größten Teil des Medicaid-Programms	Umverteilung existierender Steuern	-Arbeitsplatz gebunden -Nichtspezifizierte Bundes- und einzelstaatliche Einkünfte für die Medicaid-Ausdehnung	Reduzierung der steuerlichen Absetzbarkeit des Arbeitgeberbeitrags
Kostenkontrolle	-Ermutigung zur malpractice Reform in den Staaten -Verwaltungsreform -Ausdehnung von managed care -Betonung präventiver Medizin -Kleine Unternehmen sollen Netzwerke zur Senkung der Verwaltungskosten bilden	-Reduzierung der Verwaltungskosten -Reform der Versicherung von Kleinunternehmen -Ausdehnung von managed care -Ermutigung zur malpractice-Reform	-Managed care -Reform des Versicherungsmarktes zur Förderung des Wettbewerbs	-Steuererleichterungen für Individuen sind zur Auswahl kostengünstiger Versicherungspläne gestaltet -Reduzierung der Verwaltungskosten
Leistungspaket	Durch die Bundestaaten festzulegen	Minimal	Minimal	Durchschnittlich
Verwaltung	Vielzahl privater Versicherer	Vielzahl privater Versicherer unter Aufsicht der Bundestaaten	Wie bisher	-Private Versicherer -Verwaltung der Steueränderungen durch die Bundestaaten

55 Zu den Vorschlägen s. auch: Rovner 1992b; Blendon/Edwards/Hyams 1992; Schramm 1991; Butler 1991; Butler 1993.

pflicht, wollte die Prämienzahlung jedoch prinzipiell dem Individuum überlassen. Tiefgreifende Kostendämpfungsmaßnahmen werden von marktorientierten Vorschlägen nicht ergriffen, Kostenkontrolle soll durch Förderung des Wettbewerbs zwischen Leistungsanbietern und Versicherern erreicht werden. Das bestehende System bleibt bis auf punktuelle Eingriffe wie Beschränkung des Ausschlusses von Vorerkrankungen, Restriktion von Prämienvariationen u.ä. unangetastet. Regulierungsoptionen werden meist auf freiwilliger Basis belassen und nicht spezifiziert, wie "Ermutigung" zur Reform des ärztlichen Haftpflichtrechts (malpractice reform) oder "Ausdehnung von managed care". Das Problem der Nichtversicherten wird vorrangig als ein finanzielles betrachtet, dessen Lösung in der Vergabe von Steuererleichterungen und Gutscheinen (vouchers) zum Erwerb von Krankenversicherungsschutz gesehen wird (s. Marmor/Boyum 1992, 178). Tabelle 1 stellt eine Auswahl solcher Pläne ausführlicher dar. Derartige Vorstellungen wurden durch die konservative Seite des politischen Spektrums sowie von Interessengruppen vorgelegt, die sich von möglichen wesentlichen Veränderungen im System der Leistungserbringung am meisten bedroht fühlten wie die Health Insurance Association of America (HIAA), einem Zusammenschluß kommerzieller, meist kleinerer Versicherungsunternehmen (mehr zur HIAA s. Kap. II-3.1.; s. auch Knox 1991).

2. Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber. Diese Vorstellungen lassen sich in zwei Unterkategorien einteilen:

a) Play-or-pay, d.h. Arbeitgeber stellen entweder Krankenversicherungsschutz für ihre Beschäftigten zur Verfügung (play) oder müssen eine Steuer zahlen (pay), um staatliche Programme oder Subventionen für die Absicherung Nichtversicherter mit zu finanzieren (weitere Erklärungen s. Pollack/Torda 1991, 94ff).

b) Arbeitgeberzwangsbeitrag: Jeder Arbeitgeber muß seine Beschäftigten gegen Krankheit versichern und zumindest einen Teil der Kosten übernehmen. Für nicht im Erwerbsleben Stehende werden die Medicare- und Medicaidprogramme ausgedehnt oder ein neues öffentliches Programm geschaffen.

Beispiele für Reformvorschläge mit Finanzierung durch den Arbeitgeber finden sich in den Tabellen 2 und 3.

Durch die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Übernahme eines Teils der Krankenversicherungsprämien wäre die Struktur des Finanzierungssystems geändert worden. Darüberhinaus sahen alle in den Tabellen 2 und 3 aufgeführten Vorschläge universelle Versicherungspflicht vor und hätten damit ein weiteres Strukturprinzip, den Zugang zu Krankenversicherung, moduliert. Auf der Steuerungs- und Kontrollseite bestehen wesentliche Unterschiede zwischen den Vorstellungen. Eine so rigorose Maßnahme wie Budgets wurde lediglich vom Amtsanwärter für die demokratische Präsidentschaftsnominierung Bill Clinton vorgeschlagen. Andere Entwürfe variierten von Ausgabenzielen (National Leadership Coalition on Health, American Association of Retired Persons) über Verstärkung des Wettbewerbs zwischen Versicherern (Tsongas) bis hin zu größerer Betonung von Eigenbeteiligungen (Pepper Commission, American Association of Retired Persons). Der größte Teil der Vorschläge sprach ebenso wie die marktorientierten Vorstellungen die Reformierung der Versicherungsverwaltung sowie des ärztlichen Haftpflichtrechts (malpractice reform) an, zwei Punkte, die mit für die hohen Kosten verantwortlich gemacht wurden.

Tabelle 2: Vorschläge aus dem politischen Spektrum mit Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber vor 1993⁵⁶

	Democratic Leadership, Health America: Affordable Health Care for All Americans Act of 1991 (S1227) 03.06.1991	Bill Clinton, Bill Clinton's Health Care Plan Anfang 1992	Paul Tsongas, Tsongas Health for All Americans Plan 1992	Pepper Commission März 1990 (wieder eingebracht von Senator Rockefeller, S 1177, 25.04.1991)
Erläuterungen	Unterstützt von den Senatoren Mitchell, Kennedy, Riegle und Rockefeller	Anwärter für die demokratische Präsidentschaftsnominierung	Anwärter für die demokratische Präsidentschaftsnominierung	Kongreßkommission zur Erarbeitung von Vorschlägen zu universeller Krankenversicherung
Universelle Absicherung	Ja	Ja	Ausgenommen von der Absicherung: einige arme und Teilzeit-Saisonarbeitskräfte sowie Nichtarbeitende außerhalb von Medicaid	Ja
Finanzierung	-Play-or-pay -Anhebung Bundes- und einzelstaatlicher Steuern	-Play-or-pay -Einsparungen durch Verwaltungsreform	Arbeitgeberzwangsbeitrag für Vollzeitkräfte, Arbeitgeberunterstützung für Teilzeitkräfte	-Play-or-pay -zusätzliche Steuerfinanzierung des Fonds für nicht über einen Arbeitgeber abgesicherte Personen
Kostenkontrolle	-Medicare-Vergütungssystem (Staaten können andere Vergütungssysteme einführen) -Verwaltungsvereinfachung -Keine verpflichtende Kosteneindämmung	-Budgets -Verwaltungsreform	-Wettbewerb zwischen Versicherern -malpractice reform -Verwaltungsreform	-Medicare-Vergütungssystem für öffentlichen Sektor -Promotion von managed care -Eigenbeteiligungen
Leistungspaket	Durchschnittlich, Prävention umfangreich	Durch eine Bundeskommission zu bestimmen	Umfangreich	Durchschnittlich
Verwaltung	Einzelstaaten bei Oberaufsicht durch den Bund	Reduzierte Anzahl privater Versicherer unter Oberaufsicht einer Bundeskommission	-Staatliche Agentur verkauft Versicherungspläne an Nichtarbeitende -Ansonsten private Versicherungspläne unter einzelstaatlicher Oberaufsicht	Private Versicherungen; Bundes- oder einzelstaatliche Verwaltung des öffentlichen Plans

56 Zu den Vorschlägen s. auch: Blendon/Edwards/Hyams 1992; Peterson 1992; Pepper Commission 1990; Skocpol 1996a.

Tabelle 3: Vorschläge aus dem privaten Bereich mit Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber⁵⁷

	National Leadership Coalition on Health, 1991	American Medical Association, Health Access America, März 1990	American Association of Retired Persons, Health Care Reform Proposal, 1991	Enthoven/Kronick, 1991
Universelle Absicherung	Ja, öffentliches Programm für nicht über einen Arbeitgeber Abgesicherte	Ja, öffentliches Programm für nicht über einen Arbeitgeber Abgesicherte	Ja, Ausdehnung von Medicare auf Nichtarbeitende	Ja, öffentliches Programm für nicht über einen Arbeitgeber Abgesicherte
Finanzierung	Play-or-pay	-Arbeitgeberzwangsbeitrag -Reform des Versicherungsmarktes (Korrektur der Prämienfestlegung für kleine Unternehmen, kein Ausschluß von Vorerkrankungen etc.)	Play-or-pay	Arbeitgeberzwangsbeitrag
Kostenkontrolle	-Ausgabenziele -Vergütungsraten -malpractice reform	-Marktkräfte mit besserer Patienteninformation -malpractice reform -Verwaltungsreform -Begrenzung der Steuerbefreiung des Arbeitgeberbeitrags -finanzielle Anreize für Arbeitgeber, kostengünstige Versicherungspläne zu wählen	-Ausgabenziele -Medicare Vergütungsraten -Eigenbeteiligungen -malpractice reform	-Wettbewerb unter managed care-Plänen -Begrenzung der Steuerfreiheit von Arbeitgeberbeiträgen -Eigenbeteiligungen
Leistungspaket	Umfangreich	Basisleistungen	Umfangreich	Umfangreich
Verwaltung	-Private Versicherer -nationale und einzelstaatliche Aufsichtskommissionen	Wie bisher	Bundes- und einzelstaatliche Kommissionen	Private Versicherer, Oberaufsicht durch eine staatliche Agentur in jedem Staat

3.) Single payer-Vorschläge: Hauptmerkmal dieser Vorstellungen ist, daß die Finanzierung medizinischer Leistungen durch Steuermittel erfolgt, die über eine single payer-Einheit (auf Bundes-, einzelstaatlicher oder regionaler Ebene) als Vergütung an die Leistungserbringer weiter gegeben werden. Die Verwaltung des Systems kann zentral durch die Bundesregierung, die einzelstaatlichen Regierungen oder regionale Organisationen durchgeführt werden. Alle Vertreter dieser Richtung umfassen die gesamte Bevölkerung in einem Krankenversicherungssystem. Die Erbringung der

57 Bei der National Leadership Coalition on Health handelt es sich um einen Zusammenschluß ehemaliger Politiker, Unternehmer, Gewerkschaftsführer und anderer Interessierter. Weitere Literatur zu den Vorschlägen s. Peterson 1992, 566; Blendon/Edwards/Hyams 1992, Garland 1991, 48; American Medical Association 1990; Todd et al. 1991; Taft 1994, 396-404; Enthoven/Kronick 1991.

Tabelle 4: Beispiele für single payer-Vorschläge⁵⁸

	Robert J. Kerrey, Health USA Act of 1991 (S 1446) 08.07.1991	John Dingell, National Health Insurance Act (H.R. 16) 03.01.1991	Fortney (Pete) Stark, Health Insurance Reform Act of 1991 (H.R. 2121) 29.04.1991	Physicians for a National Health Program, 1989
Erläuterungen	Anwärter für die demokratische Präsidentschafts- nominierung	Demokratischer Abgeordneter	Demokratischer Abgeordneter	Zusammenschluß von Ärzten
Universelle Absicherung	Ja	Ja	Ja	Ja
Finanzierung	Bundessteuer; Staaten müssen 13 % der Gesamtkosten aufbringen	Mehrwertsteuer	-Einkommenssteuer -Arbeitgebersteuer -Zahlungen in Höhe der Medicaid-Ausga- ben durch Bundes- staaten	Einkommens- oder andere progressive Steuer
Kostenkontrolle	-Ausgabenziele -Budgets -Wettbewerb zwi- schen Versiche- rungsplänen	Gobales Budget	Medicare-Zahlungs- system	-Globales Budget -Evtl. Regulierung des stationären Sektors durch Begrenzung der Ärztzahl, Ausgaben- limits für Ärzte u.ä.
Leistungspaket	Umfangreich	Durchschnittlich	Wie Medicare, dazu besondere Leistungen für Kinder, Schwan- gere und Personen mit geringem Einkom- men	Umfangreich
Verwaltung	-Einzelstaaten unter Richtlinien des Bundes -Vielzahl privater Versicherungspläne	Lokale und einzel- staatliche Regierun- gen unter Kontrolle einer nationalen Krankenversiche- rungskommission	Bundesregierung, ähnlich wie Medicare	Ein einzelner Ver- sicherungsträger in jedem Staat unter Standards des Bundes

Leistungen kann wie bisher durch eine Vielzahl privater Leistungserbringer erfolgen (Kerrey 1991, 83/84; Marmor/Boyum 1992, 178; Skocpol 1996a, 32), soll jedoch in ein Steuerungs- und Kontrollsystem eingebunden werden mit u.a. Budgets oder die allgemeine Einführung des Medicare-Vergütungssystem (Stark-Vorschlag). Ein single payer-System nach kanadischem Muster wurde vom linken politischen Flügel sowie einigen Gesundheitssystemexperten und Bürgerbewegungen angestrebt.

58 Weitere Literatur zu den Vorschlägen s. Blendon/Edwards/Hyams 1992; Kerrey 1991; Himmelstein/Woolhandler/Writing Committee of the Working Group on Program Design 1989; Grumbach et al. 1991.

Beispiele für solche Vorschläge finden sich in Tabelle 4.⁵⁹ Obwohl ein single payer-System versprach, Kosten einzusparen und sowohl Patienten- als auch Leistungsanbieterautonomie beizubehalten, wurde es von den meisten interessierten Politikern nicht begrüßt, da es einen Wechsel von einem in wesentlichen Teilen durch Arbeitgeber zur Verfügung gestellten, über private Prämien finanzierten System zu generellen Steuern oder Steuern auf Löhne und Gehälter bedeutete hätte (Skocpol 1995b, 69) und von Republikanern mit "sozialisierter Medizin" gleichgesetzt wurde (s. Hamburger/Marmor/Meacham 1994, 35).

1.2. Die Reformpläne der Präsidentschaftskandidaten 1992

Gesundheitsreform war Umfragen zufolge Anfang der 1990er nicht nur ein Top-Thema in der Bevölkerung⁶⁰ (s. Blendon/Edwards/Hyams 1992, 2509; Kosterlitz 1993b, 128; Jacobs/Shapiro 1994), sondern es war für Politiker im Vorfeld der Wahl 1992 ein attraktiver Punkt, der in Aussicht stellte, nahezu alle Teile der Bevölkerung anzusprechen: Geringverdienende Beschäftigte, deren Arbeitsplätze meist keine Krankenversicherung bieten, mittlere Einkommensschichten, die sich steigenden Gesundheitskosten sowie ungewisser zukünftiger Absicherung gegenüber sahen, sowie Arbeitgeber, die Wege zur Eindämmung der Krankenversicherungskosten suchten (Skocpol 1996a, 36).

Im Vorfeld der Wahl 1992 kam auch der amtierende republikanische Präsident George Bush nicht umhin, seine Reformvorstellungen darzulegen. Seine Pläne nahmen jedoch nie nachdrückliche Züge an. Die Vorschläge von Bush lassen sich in die Kategorie der marktorientierten Vorstellungen einordnen⁶¹. Ein nationalisiertes, d.h. single payer-Gesundheitssystem wies er mit dem Hinweis auf Steuererhöhungen sowie verminderte Behandlungsqualität (hier führte er Wartezeiten im kanadischen System an) zurück, play-or-pay-Vorstellungen wurden aufgrund des Arbeitgeberbeitrages abgelehnt und da sie als Einstieg in ein nationalisiertes System angesehen wurden. Bush legte am 06. Februar 1992 The President's Comprehensive Health Reform Program vor (s. Tab.1, S. 37), welches er in einem Vier-Punkte-Plan zusammenfaßte:

59 Bekannte single payer-Vertreter waren darüberhinaus die Gesundheitssystemexperten Theodore R. Marmor (Marmor/Mashaw 1990) und Rashi Fein (R. Fein 1991; 1992), die Konsumenten und Arbeiter orientierte Gruppe Public Citizen, die Konsumentengruppen Citizen Action und Consumer Union sowie Kongreßabgeordnete wie Marty Russo (Demokrat, Repräsentantenhaus), Tom Daschle (Demokrat, Senat), James M. Jeffords (Republikaner, Senat) und andere. Citizen Action und Consumer Union schwenkten später ins Clinton-Lager über, ohne ihre theoretische Unterstützung für ein single payer-System aufzugeben (s. Center for Public Integrity 1996, 30).

60 Umfragen zufolge war der Wunsch nach fundamentalen Veränderungen im Gesundheitssystem außerordentlich stark; gleichzeitig bestand jedoch große Ungewißheit, wie diese Umgestaltungen aussehen sollten (s. Kosterlitz 1993b, 128).

61 Bush benutzte das Thema Reform des Gesundheitssystems im Wahlkampf nicht so sehr, seinen eigenen Plan zu promovieren, sondern vielmehr "government-run health insurance" zu verunglimpfen und Demokraten als "Agenten sozialisierter Medizin" zu attackieren (Marmor/Boyum 1992, Fußnote 29).

- 1) Durch Gutscheine (voucher) zum Erwerb von Krankenversicherung für Geringverdiener bzw. steuerliche Absetzbarkeit der Krankenversicherungskosten bis zur Höhe von \$ 3.750,- pro Jahr für mittlere Einkommensschichten sollte der Erwerb von Versicherungsschutz erleichtert werden. Gleichzeitig sollte die Versicherung bei Beschäftigungswechsel unabhängig vom Gesundheitszustand auf den neuen Arbeitsplatz übertragbar sein.
- 2) Kleinunternehmer sollten ermutigt werden, health insurance networks zu bilden, um die Prämien pro Individuum sowie die administrativen Kosten zu senken.
- 3) Verringerung der exzessiven Kosten im privaten Versicherungssystem durch Reform des Entschädigungsrechts bei Behandlungsfehlern (malpractice reform), Abbau der administrativen Kosten sowie Reduzierung unnötiger, von Bundesstaaten auferlegter Pflichtleistungen für Versicherungspläne.
- 4) Reduzierung der Kostensteigerungsraten der Regierungsprogramme (Bush sprach explizit nur Medicaid und nicht Medicare an).

(Congressional Quarterly 1992, 328-329; Rovner 1992b; zur Kritik am Bush-Plan s. Marmor/Boyum 1992, 191; McIlrath 1993).

Der Bush-Plan strebte keine universelle Absicherung an, sondern wollte Personen, die Krankenversicherungsschutz erwerben wollen, finanzielle Hilfen geben. Darüberhinaus sollte bereits versicherten Personen eine Übertragbarkeit des Krankenversicherungsschutzes bei Arbeitsplatzwechsel ermöglicht werden und damit der "job-lock"⁶² aufgehoben werden. Die von Bush vorgeschlagenen Maßnahmen zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen erforderten ebenso wie die Hilfen zum Erwerb oder zur Beibehaltung einer Krankenversicherung keine strukturellen Veränderungen und ließen die bestehende Leistungserbringung und -finanzierung unangetastet. John Rother, Direktor der American Association of Retired Persons (AARP), zu Bush's Haltung:

"Bush really acted as if he wished that the issue would go away ... And although they kind of came out with a half-hearted effort in the last year there, it wasn't really ever a priority for George Bush. It was a way of having something he could talk about that allowed him to say they had a plan."

(Center for Public Integrity 1996, 23)

Bill Clinton arbeitete bereits vor seiner Aufstellung zum Präsidentschaftskandidaten spezifische Vorstellungen zur Reform des Gesundheitssystems aus, da er seine Position gegenüber denen seiner demokratischen Mitbewerber um die Kandidatur (Bob Kerrey und Paul Tsongas, s. Tab. 2 und 4) deutlich machen mußte. Ein single payer-Vorschlag wurde vom aspirierenden Präsidentschaftskandidaten Clinton offensichtlich schon früh außer Frage gestellt. Navarro ist der Ansicht, daß Clinton aufgrund des Einflusses des medizinisch-industriellen Komplexes und dessen Ablehnung eines nationalisierten Gesundheitssystems keinen single payer-Vorschlag unterbreitet hat (s. Navarro 1995b, 193/194). Das Center for Public Integrity kam zu dem Ergebnis, daß Clinton die Bereitschaft der Amerikaner, Steuererhöhungen zur Finanzierung eines single payer-Systems nach kanadi-

62 "Job-lock": Die Gebundenheit an einen bestimmten Arbeitsplatz, da dieser Krankenversicherungsschutz bietet.

schem Muster zu tragen, als nicht gegeben ansah⁶³ und die Aussicht auf neue Steuern als nicht anziehend auf Wähler galt (Center for Public Integrity, 1995a, 430; Skocpol 1996a, 33). Nach Theodor Marmor, selber Verfechter eines single payer-Systems, erschien Clinton das single payer-Konzept zwar vernünftig, er sah jedoch keine Chance, eine Vergrößerung des Regierungseinflusses sowie Steuererhöhungen gegenüber den Republikanern im Kongreß durchzusetzen (s. Center for Public Integrity 1995a, 430; Hamburger/Marmor/Meacham 1994, 35). Auch Ezekiel Emanuel, Teilnehmer einer Beratergruppe der Clinton Health Care Task Force (s. Kap.II-2.) 1993 äußerte in einem Interview, daß Clinton single payer-Vorstellungen vom Gedanken her positiv gegenüber stand, sie aber anscheinend nicht für umsetzbar hielt.

Auch marktorientierte Reformansätze, wie sie z.B. George Bush vertrat, wurden vom Clinton-Team zurückgewiesen. Clinton führte einen moderaten Wahlkampf mit Versprechungen von Steuererleichterungen für alle außer der obersten Einkommensschicht. Zudem wollte er keine weitreichenden Änderungspläne bezüglich Arbeitnehmern umfassen, die mit ihren vom Arbeitgeber bereitgestellten Krankenversicherungsplänen zufrieden waren (Skocpol 1995b, 69). Clinton suchte einen "Weg durch die Mitte" und deutlich war von Beginn an, daß er universelle Absicherung sowie Kostenkontrolle anstrebte. Seine Vorstellungen lehnten sich anfangs an play-or-pay-Konzepte an (s. Tabelle 2) und Arbeitgeber sowie Arbeitnehmer sollten Krankenversicherungsschutz durch private Versicherungen oder öffentliche Programme kaufen. Für nicht im Erwerbsleben Stehende war ein durch ein health standards board festgelegtes Grundleistungspaket beabsichtigt (Clinton/Gore 1992, 107-111). Von diesen Vorstellungen wurde jedoch abgewichen, da von republikanischer Seite play-or-pay mit sozialisierter Medizin sowie einer drohenden Regierungsübernahme des Gesundheitssystems gleichgesetzt wurde und von wirtschaftlicher Gefahr für Unternehmen durch Arbeitgeberbeiträge gesprochen wurde (Hacker 1993, Kap.4; Hacker 1997, 103; Skocpol 1995b, 69)⁶⁴. Einen mit Steuererhöhungen verbundenen Reformweg konnte Clinton gegen George Bush sowie den unabhängigen Präsidentschaftskandidaten Ross Perot, welcher in seinem Wahlkampf das Steuersystem und die Staatsverschuldung scharf angriff, nicht gehen (s. dazu Goldman et al. 1992, 640, 650/51, 679/80, 681, 711).

Clinton umfaßte noch vor der Wahl im Herbst 1992 einen Reformplan, den Skocpol als "inclusive managed competition" bezeichnet (Skocpol 1996a, 41). Dieser Weg formierte sich im Frühjahr und Sommer 1992, als Clinton mit Beratern wie John Garamendi (Versicherungsbeauftragter Kaliforniens⁶⁵), Walter Zelman und Paul Starr zusammentraf, welche auf den Basisideen des Ökonoms

63 Die Bereitschaft oder Ablehnung zur Übernahme höherer Steuern für gesicherte Krankenversicherung ist nicht geklärt. So wurde ein 1986 in Massachusetts durchgeführtes Referendum, welches die Frage nach einem nationalen Gesundheitsprogramm stellte, mit einer Rate von 67 zu 33 % befürwortet (s. Danielson/Mazer 1987, S.28-35).

64 Zu den Vorstellungen der Präsidentschaftskandidaten s. auch Clinton/Gore 1992; Clinton 1992; Enthoven 1992; Reinhardt 1992b.

65 Kalifornien gehört zu den Bundesstaaten, in denen managed care am weitesten fortgeschritten ist und von Garamendi erhoffte man sich hilfreiche Anregungen.

Alain Enthoven (managed care, regulated competition) aufbauend⁶⁶ die Wendung des Arbeitgeberbasierten amerikanischen Gesundheitssystems zu Kosteneffizienz und universeller Absicherung mittels regionaler insurance purchasing agencies gekoppelt mit moderaten Steuersubventionen für möglich hielten (s. dazu Hacker 1997, 67-99; Hacker 1993, Kap.2+3; Starr 1994). Von diesem Mittelweg "competition within a budget", der ihn sowohl von explizit liberalen als auch konservativen Vorschlägen abhob, wich Clinton nicht mehr ab (Skocpol 1995b, 68). "Competition within a budget" schien das Mittel zu sein, sowohl den Wunsch der Öffentlichkeit nach universeller Absicherung als auch die Forderung machtvoller Eliten nach Kostenreduzierung zu befriedigen (s. Blendon/Stelzer Hyams/Benson, 1993). Diese Herangehensweise schien ebenso ansprechend für große Arbeitgeber und Versicherungsunternehmen als auch Demokraten der Parteimitte (universelle Absicherung) sowie "New Democrats" im Democratic Leadership Council (Marktorientiertheit zur Minimierung von Steuern und öffentlichen Ausgaben) (Skocpol 1995b, 69/70).

Mit solchen vorerst noch undetaillierten Vorstellungen zur Reform des Gesundheitssystems ging Clinton in den Wahlkampf 1992 gegen den amtierenden republikanischen Präsidenten George Bush.

1.3. Die Grundzüge von managed competition

Das Denkmodell managed competition⁶⁷ entstand aus den Reihen der Jackson Hole Group, einem Anfang der 1970er von Paul Ellwood und Alain Enthoven⁶⁸ ins Leben gerufenem informellen Diskussionskreis. Vor Beginn der Clinton-Debatte setzte sich die Gruppe überwiegend aus Mitgliedern der Versicherungsindustrie, Pharmaindustrie, Krankenhausindustrie, Arztgruppen, HMOs, Gesundheitssystemexperten, Regierungsoffiziellen und Kongreßmitgliedern zusammen. Zum Haushalt der Gruppe in Höhe von \$ 600.000,- jährlich trugen u.a. drei große Versicherungsgesellschaften (Aetna Life & Casualty Co., Prudential Insurance Co. of America und Metropolitan Life Insurance Co.) bei (s. Priest 1993a).

Da insbesondere Enthoven zur managed competition-Theorie publiziert hat, wurde diese Grundidee während der Clinton-Debatte mit seinem Namen in Verbindung gebracht. Enthoven hält einen freien

66 s. Enthoven/Kronick 1989a+b; Starr/Zelman 1993.

67 Managed competition-Modelle liegen, auch auf internationaler Ebene, in unterschiedlichen Formen vor. Selbst in einem von den USA so verschiedenem System wie dem britischen NHS wurde ein solcher Entwurf mit der Idee des "internen Marktes" adoptiert (s. dazu White 1995b, 165, 186ff).

68 Ellwood begann seine Karriere als Arzt, wandte sich dann von der Praxis ab und war u.a. theoretischer Architekt des Health Maintenance Act of 1973. Enthoven ist Ökonomist an der Stanford University und war u.a. Berater für die britische Premierministerin Margaret Thatcher bei deren Reformierung des National Health Service.

Markt im Krankenversicherungssystem für nicht möglich⁶⁹ (Enthoven 1980) und sieht die Lösung in der Einführung bestimmter Strategien, durch die ein "gelenkter Wettbewerb" (managed competition) erreicht werden soll. Er geht dabei davon aus, daß Krankenversicherung eine soziale Versicherung und keine Unfall- oder Verlustversicherung ist, deren Ziel nicht lediglich die Absicherung des Einzelnen gegen eigene Krankheitskosten sei, sondern die auch dafür sorgt, daß die Gesunden die Kosten mit den Kranken und die ökonomisch Bessergestellten die Kosten der Versorgung Ärmere teilen (Enthoven 1988, 308). Ziel von managed competition ist daher die Gewährleistung von Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung zu einem tragbaren Preis⁷⁰. Zu diesem Zweck sollen zwischen die Versicherungsunternehmen und die Konsumenten "Zwischenhändler" (sponsors) geschaltet werden, welche mit den Unternehmen Verträge schließen und dann den Konsumenten Versicherungspläne anbieten, die Versicherungsprämien einnehmen und an die Versicherungsunternehmen weiterleiten sowie den Umverteilungsprozeß steuern (Enthoven 1988, 307).

Enthoven sah ursprünglich das bestehende, überwiegend an den Arbeitsplatz gebundene Versicherungssystem nicht als geeignet (Enthoven 1979) und schlug deshalb vor, das System komplett von der Bundesregierung oder den einzelnen Bundesstaaten unter staatlichen Richtlinien managen zu lassen (Enthoven 1978). In Weiterführung seiner Theorie hielt er dann ein Mischsystem für möglich, in welchem Beschäftigte großer Unternehmen weiterhin durch ihren Arbeitgeber und die übrige Bevölkerung durch staatliche Agenturen versichert würden (Enthoven 1988, 319; Enthoven /Kronick 1989a). Finanzierung⁷¹ und Verwaltung bestünden damit aus einer öffentlichen-privaten Mischung (Enthoven/Kronick 1989b, 97).

Die Essenz von managed competition liegt in der Nutzung geeigneter Werkzeuge, welche die kostenbewußte Auswahl von Versicherungsplänen durch Konsumenten steuern sowie Gleichheit und Effizienz sichern sollen (Enthoven 1988, 307). Mittel dafür wären unter anderem ein Standardleistungspaket, die jährliche Wahlmöglichkeit unter den Versicherungsplänen, die Kontinuität der Absicherung (d.h. Erneuerbarkeit des Vertrages ohne Berücksichtigung von Erkrankungen), die

69 Im klassischen Marktsystem agieren individuelle Konsumenten mit individuellen Anbietern. Im Gesundheitswesen sind die Nachfrager aber nie in der Lage, den Leistungsanbietern ebenbürtige Marktmacht entgegenzustellen (Reinhardt 1992a, 658).

70 Nach Navarro war der Grundgedanke von Enthoven und der Jackson Hole Group, daß Amerikaner zu viele Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, da sie aufgrund der Prämienzahlungen durch den Arbeitgeber kein Kostenbewußtsein entwickeln (zum Anspruchsverhalten s. auch Reinhardt 1993a). Fee-for-service-Leistungsanbieter würden dieses Verhalten unterstützen, da sie von einem Mehr an Leistungen profitieren. Unter managed competition sollen auf der einen Seite die Konsumenten zu kostenbewußterem Verhalten veranlaßt werden und auf der anderen Seite die Versicherungsunternehmen die Leistungsanbieter kontrollieren, indem diese in managed care-Plänen oder von Versicherungsunternehmen kontrollierten Netzwerken arbeiten (Navarro 1995b, 196).

71 Zur Finanzierung schlug Enthoven vor, daß Arbeitgeber 80 % des durchschnittlichen Beitrages für die Grundabsicherung übernehmen, Arbeitnehmer den Rest; für nicht versicherte Beschäftigte (Teilzeitbeschäftigte) sollte der Arbeitgeber eine Steuer auf die Lohnsumme entrichten. Auch die nicht über ihren Arbeitsplatz Abgesicherten sollten Mittel in Form von Steuern zur Finanzierung des Systems beitragen. Für ärmere Personen und Familien sowie Kleinunternehmer sah Enthoven staatliche Subventionen vor (Enthoven/Kronick 1989a, 32/33).

Überwachung der Versicherungspläne durch den "Zwischenhändler", Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie Subventionen, um Anreize zur Absicherung zu geben und Risiken auszugleichen (Enthoven 1988, 313-317). Diese managed competition-Theorie hat zwei Regulierungsebenen: Die "Zwischenhändler" regeln die Versicherung einer großen Anzahl von Personen und die einzelnen Versicherungspläne regeln die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Auch Wettbewerb findet theoretisch auf zwei Ebenen statt: Versicherungspläne konkurrieren auf der Grundlage von Preis und Leistung um Mitglieder, ineffiziente Anbieter werden vom Markt gedrängt; Leistungsanbieter konkurrieren, um den Versicherungsplänen kostengünstige Leistungen anzubieten (Emanuel/Brett 1993, 879)⁷².

Wesentliche Kritikpunkte an der managed competition-Theorie liegen auf der Finanzierungs- und auf der Wettbewerbsseite (s. z.B. White 1995b, 173-177). Obwohl striktes community-rating Grundlage der Finanzierung wäre, sind viele Personen nicht in der Lage, diese Prämien zu tragen. Darüberhinaus würden Versicherungspläne in wenig besiedelten Regionen über einen relativ kleinen Versichertenkreis verfügen, was sie finanziell anfällig bei Auftreten kostenintensiver Erkrankung eines oder mehrerer Versicherter macht. Das managed competition-Modell sieht keine anderen Finanzierungsmechanismen als Prämienzahlungen sowie keine Finanzausgleichsregelungen vor, so daß in entsprechenden Gesetzesentwürfen selber Wege gefunden werden müssen. Hinsichtlich der Idee eines funktionierenden Wettbewerbs sind diesem praktische Blockaden vorgegeben. In weiten Teilen der USA, insbesondere in ländlichen Gebieten, sind zu wenig Leistungsanbieter vorhanden und Spezialisten oder Spezialkrankenhäuser verfügen über ein Monopol, wodurch die Verhandlungsmacht der Versicherungspläne erheblich eingeschränkt wird. Zudem könnten in vielen dieser Gebiete aufgrund geringer Population zu wenig Nachfragernetzwerke gebildet werden, um kostensenkende Konkurrenz zwischen Versicherungsplänen zu schaffen (Wines/Pear 1996). Auch der Wettbewerb unter den Krankenversicherern würde nicht von sich aus funktional sein, da selbst bei einem Verbot der Prämienfestlegung nach Risiko andere Wege vorhanden sind, Versicherte mit hohen Leistungsansprüchen zu umgehen, z.B. durch Vermeidung von Vertragsabschlüssen mit Leistungsanbietern in Wohngegenden mit hohem Anteil potentiell krankheitsanfälligerer Personen. Ferner ist nicht gesichert, daß finanziell effektive Versicherungspläne ihren Gewinn tatsächlich in Form von Prämienenkungen oder Leistungsausbau an Versicherte weitergeben. Es besteht die Gefahr, daß statt dessen die Gewinnausschüttung an die Aktienhalter erhöht wird.

Managed competition ist keine philanthropische Theorie, sondern entstand aus einem Diskussionskreis mit wesentlicher Beteiligung der Gesundheitsindustrie und baute vorwiegend auf deren Interessen auf. Navarro formuliert seine Meinung sogar dahingehend, daß managed competition die Ausweichtaktik des medizinisch-industriellen Komplexes auf die anti-establishment-Stimmung und den Wunsch der Bevölkerung nach einem single payer-System gewesen sei, dessen Umsetzung eine Bedrohung für die bestehende Gesundheitsindustrie, insbesondere die Versicherungsunter-

72 Weitere Literatur: Enthoven 1993; Rice/Brown/Wyn 1993; Altman/Cohen 1993; Aaron/Schwartz 1993; Fielding /Rice 1993.

nehmen, bedeutet hätte (Navarro 1995b, 195).

Managed competition wurde als vierte Kategorie von Reformvorschlägen (neben marktorientierten, Arbeitgeber finanzierten und single payer-Vorstellungen) populärer und ersetzte play-or-pay-Vorstellungen als Plan der Mitte, "a compromise between a government takeover of the health insurance industry and a complete reliance on private insurance" (Center for Public Integrity 1995a, 432). Für den Clinton-Plan wurden die ursprünglichen Vorstellungen Enthoven's und der Jackson Hole Group von Gesundheitssystemexperten wie Walter Zelman, Paul Starr und John Garamendi ausgebaut (s. dazu Hacker 1997, 90-99; Hacker 1993, Kap.3; Starr 1994) und auf der Schlüsselidee der Gesundheitsallianzen aufbauend sollte die gesamte Bevölkerung mit Hilfe von Arbeitgeberbeiträgen und Regierungssubventionen Krankenversicherungsschutz erlangen ("inclusive" managed competition). Speziell in der Übergangsphase sollte staatliche Regulierung durch globale oder Prämiendeckelung die Versicherungskosten unter Kontrolle halten, bis die auf dem Markt basierenden Mechanismen der Kostenkontrolle greifen würden (Skocpol 1996a, 43/44).

Paul Ellwood kritisierte die Vorstellungen der Clinton-Administration bereits im Februar 1993, sieben Monate vor ihrer Offiziellmachung, aufgrund der staatlichen Regulierungsmechanismen (Toner 1993a) und äußerte im nachhinein, der Plan sei nicht managed competition, sondern ein kompliziertes Regelwerk (New York Times 1994b). Auch Alain Enthoven distanzierte sich im Verlauf der Diskussion mit der Begründung, daß Preiskontrollen kein wirksames Mittel zur Kostensenkung wären, der Bundeshaushalt durch den Plan gefährdet wäre und enorme Steuererhöhungen abzusehen seien (Pear 1994a). Enthoven:

"Managed competition was meant to be a moderate, centrist approach, using market forces, minimal government controls, certainly no price controls ... Clinton completely violated what he had told the American people. His plan amounted to a Government takeover of the health-care system. He talked centrist, and he tried to govern left."

(Wines/Pear 1996)

2. DIE ENTWICKLUNG DES CLINTON-PLANS

William Jefferson Clinton erhielt bei der Präsidentschaftswahl im November 1992 46 % der Stimmen und löste damit George Bush als Präsident der Vereinigten Staaten ab. Clinton's Wahlsieg ist in nicht unerheblichem Maße auf sein Versprechen zurückzuführen, einen Anlauf zur Reform des Gesundheitssystems zu unternehmen und Krankenversicherungsschutz als gesicherten Tatbestand in den USA zu etablieren.

Die Amtseinführung erfolgte am 20.01.1993 und Clinton versprach, innerhalb von 100 Tagen einen Plan zur Reform des Gesundheitssystems vorzulegen. Obwohl die Arbeiten daran unmittelbar begannen, wurde der Entwurf des Health Security Act bis August 1993 von der primären politischen Aufgabe der Verabschiedung des Haushalts aufgehalten (s. Woodward 1994). Der Planungsprozeß

zur Erstellung des Clinton-Vorschlags wurde Ira Magaziner übertragen, einem Geschäftsfreund Clinton's. Auf Magaziner's Ratschlag hin rief Clinton die President's Task Force on Health Care Reform ins Leben. Den Vorsitz führte seine Ehefrau Hillary Rodham Clinton, Magaziner fungierte als Koordinator⁷³ (Skocpol 1996a, 50/51). Der Kern der Task Force bestand aus 13 Mitgliedern, welche 15 Gruppen bestehend aus einer Vielzahl von Gesundheitssystemexperten kreierten, die sich mit allen Aspekten des Gesundheitssystems befaßten. Diese 15 Obergruppen wiederum bildeten 40 Arbeitsgruppen, womit in der Task Force zeitweilig mehr als 500 Personen beschäftigt waren (Center for Public Integrity 1995a, 437). Die Gruppen bestanden zum großen Teil aus Regierungsangestellten verschiedener mit Gesundheitspolitik befaßter Abteilungen. Dazu kamen Gesundheitssystemtheoretiker, Akademiker und Ärzte, die für die Zeit der Task Force-Beratungen als temporäre Regierungsangestellte oder Berater von ihren eigentlichen Beschäftigungsfeldern "ausgeliehen" wurden sowie Dutzende Kongreßangestellte der Demokratischen Partei und von Gouverneuren beider Parteien gesandte Offizielle verschiedener Bundesstaaten (Skocpol 1996a, 57)⁷⁴. Mitglieder von Interessengruppen waren nicht in der Task Force repräsentiert, hatten aber in Anhörungen Gelegenheit, ihre Position darzulegen. Darüberhinaus trafen sich die Leiter der Task Force mit hunderten von Interessengruppenvertretern. Diese Gespräche wurden, wie Skocpol betont, nicht zum Zwecke politischen Bargainings geführt, sondern um Ideen und Bedenken aufzudecken, die bei Erstellung des Plans in Betracht gezogen werden sollten⁷⁵ (ebd.).

Die Task Force wurde Ende Mai 1993 offiziell aufgelöst nachdem die Treffen bereits seltener geworden waren, da herausgesickerte Informationen über mögliche Finanzierungswege für universelle Absicherung die Haushaltsberatungen gefährdeten (Starr 1994, S.XXXI). Die weiteren Arbeiten fanden in kleinen Teams unter strenger Geheimhaltung statt, um nicht durch verfrühte Bekanntmachung von Einzelheiten wichtige Stimmen im Kongreß für den Haushaltsplan des Präsidenten aufs Spiel zu setzen⁷⁶ (Skocpol 1996a, 59). Verschiedene Interessengruppen beklagten sich, daß sie aufgrund der Geheimhaltung der Arbeit ihre Gedanken zur Reform des Gesundheitssystems nicht einbringen konnten. Wie das Center for Public Integrity jedoch aufzeigte, konnten auch während dieser Zeit Verbände in Begegnungen mit Hillary Rodham Clinton, Ira

73 Die Verpflichtung von Hillary Clinton war nach außen sichtbares Zeichen, daß Bill Clinton persönlich hinter dem Reformvorhaben stand (Skocpol 1996a, 54; Center for Public Integrity 1995a, 436). Magaziner hatte weder in Politik noch im Bereich Gesundheitssystem bedeutende Erfahrung und die frühen Task Force-Treffen dienten im wesentlichen als Lehrveranstaltung für ihn (Gorlin 1996).

74 Aufgrund der Größe der gesamten Task Force standen manchmal nicht genügend Tagungsräume zur Verfügung und einzelne Untergruppen mußten ihre Beratungen gelegentlich auf Fluren abhalten (Interview mit Ezekiel Emanuel, Mitglied der Ethik-Arbeitsgruppe der Task Force).

75 Einige Interessengruppen hatten sich offensichtlich von den Beratungen versprochen, daß die Darlegung ihrer Positionen in entsprechenden Formulierungen im Health Security Act münden würde und entwickelten nach Veröffentlichung des Gesetzentwurfs im September Verbitterung, wenn sich diese Hoffnungen nicht erfüllten (s. Kosterlitz 1994c 1120). Auf der anderen Seite war Magaziner enttäuscht, als sich in einigen Fällen von ihm als versprochen angesehene Unterstützung für den Plan nicht manifestierte (s. Skocpol 1996a, 57-59).

76 Kalifornischen Abgeordnete drohten z.B., gegen den Haushalt zu stimmen, als angeblich Steuern auf Wein zur Finanzierung der Gesundheitsreform in Betracht gezogen wurden (Skocpol 1996a, 59).

Magaziner oder anderen Regierungsvertretern ihre Position darlegen. Bis zum September 1993 fanden Treffen mit Vertretern von mehr als 1.100 Gruppen statt und das Clinton-Team war bemüht, die einflußreichsten Interessengruppen zu besänftigen, noch bevor der endgültige Plan aufgestellt wurde. Es wurden verschiedene Konzessionen an spezielle Interessen gemacht, um Konsens für den Entwurf zu bilden (Center for Public Integrity 1995a, 440/441).

Obwohl die Task Force durch den Ausschluß von Interessengruppenvertretern an den eigentlichen Beratungen den Anschein gab, frei vom Einfluß der Gesundheitsindustrie zu sein, spielte diese eine Rolle. Gerichtsdokumente eines Prozesses, der von der Association of American Physicians and Surgeons, dem American Council for Health Care Reform sowie dem National Legal Policy Center aufgrund der Zurückhaltung von Informationen über die Task Force-Arbeit geführt wurde, machen dies deutlich. Es wurde offensichtlich, daß neben den 511 offiziellen Teilnehmern an den Arbeitsgruppen insgesamt mehr als 1.000 Personen in unterschiedlichem Umfang an den Beratungen beteiligt waren, darunter mehr als 300 Beschäftigte aus privaten Sektoren wie managed care-Unternehmen, Versicherungsindustrie und Zusammenschlüssen kleiner Unternehmen. Einige Mitglieder der Task Force arbeiteten direkt vor und direkt nach ihrer Beteiligung im privaten Sektor und verschiedene Mitglieder hatten Verbindungen zu überparteilichen Stiftungen wie der Robert Wood Johnson Foundation oder der Kaiser Family Foundation (Center for Public Integrity 1995a, 438). Obwohl registrierte Lobbyisten und offizielle Vertreter der Interessengruppen nicht beteiligt waren, konnte der private Sektor neben den offiziellen Gesprächen mit Regierungsvertretern auch auf diesem Weg Einfluß nehmen.

Nach Verabschiedung des Haushalts⁷⁷ Anfang August 1993 konnte Clinton letzte Entscheidungen zu den Ergebnissen der Task Force-Beratungen treffen und im September erschien eine erste Fassung des Health Security Act (Skocpol 1996a, 60). Die Vorstellung der Grundzüge des Plans für die breite Öffentlichkeit erfolgte in einer von Radio- und Fernsehstationen live übertragenen Rede Bill Clinton's vor beiden Häusern des Kongresses am 22.09.1993 (Rede abgedruckt in Eckholm 1993, 301-314), in der Clinton ohne auf Einzelheiten einzugehen die Charakteristiken seines Plans an sechs Grundprinzipien festmachte (s. Eckholm 1993, 305-313):

- Security - Jedem Bürger sollte unveräußerlicher Krankenversicherungsschutz zur Verfügung gestellt werden.
- Simplicity - Der Verwaltungsprozeß für Ärzte und Versicherte sollte vereinfacht werden.
- Savings - Inflation im Gesundheitswesen sollte mit dem Ziel der Senkung der Versicherungsprämien eingedämmt werden.
- Choice - Clinton sprach an, daß unter seinem Vorschlag nicht der Arbeitgeber Versicherungspläne

77 Der Kampf um den Haushalt hatte nicht nur zur Folge, daß wichtige Entscheidungen bezüglich des Health Security Act verschoben wurden, sondern ließ auch Clinton's Popularität in der Öffentlichkeit sinken. Viele vermuteten, daß er nicht in der Lage sei, den Stillstand bei Gesetzgebungsverfahren aufgrund parteipolitischer Kämpfe ("gridlock") in Washington zu brechen und den von seiner eigenen Partei dominierten Kongreß zu lenken. Durch abnehmende Popularität in der Öffentlichkeit wiederum sank Clinton's Einfluß auf führende Kongreßmitglieder (Skocpol 1996a, 82).

und damit Ärzte für seine Beschäftigten auswählt, sondern daß Versicherte selber die Wahl unter verschiedenen Plänen haben würden.

- Quality - Clinton sicherte qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ohne regionale Unterschiede zu.
- Responsibility - Jeder Beteiligte müsse Verantwortung für das Gesundheitssystem übernehmen. Leistungsanbieter durch Aufdeckung von Versicherungsbetrug oder Vermeidung unnötiger Leistungen, Versicherer durch ein Ende des Ausschlusses bestimmter Personengruppen vom Versicherungsschutz, Arbeitgeber durch Übernahme eines Teils der Versicherungsprämien (Arbeitgeberbeitrag) und junge, gesunde Versicherte durch die Bereitschaft, aufgrund generellen community ratings⁷⁸ eventuell eine höhere Versicherungsprämie als bisher zu tragen.

Nach diesen Ausführungen vor dem Kongreß hatte Clinton Umfragen zu Folge starke Unterstützung in der Öffentlichkeit (Starr 1995, 20) und moderate Republikaner sowie die Führer der Interessengruppen im Gesundheitssystem versprachen Kooperation (Skocpol 1995b, 67). Am 07.10.1993 wurde dann die erste Fassung des Health Security Act von der geringfügig abgeänderten Gesetzesvorlage gleichen Namens abgelöst und in den Kongreß eingebracht, wo sie von verschiedenen Komitees des Senats und des Repräsentantenhauses⁷⁹ aufgenommen wurde.

2.1. Die Kernpunkte des Health Security Act

Aus der vagen Idee "competition within a budget" war eine 1.342 Seiten umfassende detaillierte Gesetzesvorlage der Clinton-Administration hervorgegangen. Die Basis des Health Security Act bildeten regionale Gesundheitsallianzen (health alliances), die von den Bundesstaaten unter Aufsicht des Bundes geführt werden und als "Einkaufsgruppe" für Gesundheitsleistungen fungieren sollten. Das Ziel war, durch die Zusammenfassung großer Konsumentengruppen die Nachfragerseite gegenüber der Anbieterseite zu stärken und so Preisnachlässe auszuhandeln. Jeder US-Bürger und sich legal im Land Aufhaltende sollte Mitglied einer Allianz werden, deren Größe variieren konnte; große Städte z.B. sollten eine einzelne Allianz haben, so daß die Mitgliederzahl in die Millionen hätte gehen können. Aufgabe der Allianzen sollte sein, staatlichen Anforderungen entsprechende Versicherungspläne zuzulassen⁸⁰ und ihren Mitgliedern anzubieten sowie die Versicherungsprämien einzuziehen und an die unterschiedlichen Versicherungspläne weiterzuleiten. Darüberhinaus sollten sie sicherstellen, daß die Prämien nicht schneller als festgesetzte Limits

78 Bei community rating werden die Versicherungsprämien anhand der Kosten für eine größere Gruppe, z.B. die gesamten Versicherten eines Krankenversicherungsunternehmens, berechnet im Gegensatz zur Bestimmung der Prämie für einzelne Personen oder kleine Gruppen (wie die Beschäftigten eines Kleinunternehmens) nach deren Risikofaktoren.

79 Senat: Labor and Human Resources Committee, Finance Committee. Repräsentantenhaus: Energy and Commerce Committee, Ways and Means Committee, Education and Labor Committee.

80 Die einzelnen Allianzen sollten ein Ziellimit für die durchschnittlichen Prämien der verschiedenen Pläne einer Region festsetzen; Versicherungspläne, deren Prämien diese Limits überschreiten, sollten von der Allianz nicht zugelassen werden.

wachsen, Daten über die einzelnen Pläne sammeln und veröffentlichen sowie mit lokalen Ärzten und Krankenhäusern über Gebühren für Leistungen außerhalb von Health Maintenance Organizations (HMOs) verhandeln. Das Congressional Budget Office beschrieb die Allianzen wie folgt:

“regional alliances - as the frontline agencies responsible for orchestrating the flow of funds through the health care system - would ... combine the functions of purchasing agents, contract negotiators, welfare agencies, financial intermediaries, collectors of premiums, developers and managers of information systems and coordinators of the flow of information and money between themselves and other alliances. They would also have to implement the controls on premiums under the direction of the National Health Board. Any of these functions could be a major undertaking for an existing agency, let alone for a new agency that would have to perform them all ...”

(Congressional Budget Office 1994a, 70)

Die Unterstützer des Clinton-Plans fanden kein Beispiel bestehender Organisationen, mit denen sie die Allianzen vergleichen konnten (Skocpol 1996a, 123). In einer Umfrage im Februar 1994 gab lediglich ein Viertel der Befragten an, über die Allianzen Bescheid zu wissen, und nur 22 % unterstützten die Idee nachdem dargelegt wurde, daß mit ihnen möglicherweise die Schaffung einer Vielzahl von Regierungsagenturen verbunden sei (s. Blendon et al. 1994c, 1543).

Jede Allianz hätte drei Arten von Versicherungsplänen anbieten müssen: Eine HMO, einen Kombinationsplan und einen Versicherungsplan, der die freie Wahl unter den Leistungsanbietern gewährt (fee-for-service-Plan). Die HMO-Option wurde als kostengünstigste angesehen und sollte für die Versicherten der Allianz mit der geringsten Zuzahlung verbunden sein. Beim Kombinationsplan sollten sich die Versicherten für den größten Teil ihrer medizinischen Versorgung in einer Anbietergruppe (HMO oder PPO) einschreiben, hätten aber die Möglichkeit gehabt, gegen Übernahme von 20 % der Kosten Leistungsanbieter außerhalb dieser Gruppe aufzusuchen. Hätte der Versicherte einen fee-for-service-Plan gewählt, wäre freie Wahl unter zugelassenen Ärzten möglich gewesen, allerdings bei einem zusätzlichen Eigenanteil (pro Jahr \$ 200,- für eine Einzelperson, \$ 400,- pro Familie) über die eigentliche Versicherungsprämie hinaus sowie 20 % pro Arztbesuch oder Krankenhausaufenthalt bis zu einer Grenze von \$ 1.500,- pro Einzelperson oder \$ 3.000,- pro Familie. Jeder Versicherungsplan sollte alle Aufnahmewilligen annehmen müssen, womit eine Auswahl nach Alter oder Krankheitszustand nicht mehr möglich gewesen wäre, es sei denn ein Plan wäre überfüllt gewesen. Die Struktur der Allianzen sollte von den einzelnen Bundesstaaten festgelegt werden. Die Bundesstaaten hätten sie als private Korporationen oder staatliche Agenturen gestalten können, es mußte aber sichergestellt sein, daß Konsumenten und Arbeitgeber im Management der Allianz gleichberechtigt vertreten wären. Große Unternehmen (in der ursprünglichen Fassung Firmen mit mehr als 5.000 Beschäftigten) sollten die Möglichkeit erhalten, eine eigenen Allianz zu bilden und direkt mit Versicherungsunternehmen Versicherungspläne für ihre Beschäftigten auszuhandeln. Sie hätten jedoch das gleiche Grundleistungspaket sowie eine Auswahl an Plänen anbieten müssen. Mit dem Clinton-Entwurf wurde die politisch zweckmäßige Lösung bevorzugt, die mächtige private Versicherungsindustrie relativ in Takt zu lassen: Die eigentliche Absicherung sollte wie bisher prinzipiell durch die privaten Krankenversicherer erfolgen.

Zur Finanzierung des Systems sollten, um Versicherung umfassend und erschwinglich zu machen, Arbeitgeber durch einen Zwangsbeitrag 80 % der durchschnittlichen Prämie ihrer Region zahlen, Arbeitnehmer den Rest (je nach Versicherungsplan, den sie gewählt hätten, 20 % oder entsprechend mehr). Der Health Security Act sah universelle Absicherung vor und Selbständige, Teilzeitbeschäftigte sowie nicht in Beschäftigungsverhältnissen Stehende hätten die Prämien grundsätzlich selber tragen müssen, die Ausgaben dafür sollten vollständig steuerlich absetzbar sein. Personen, deren Einkommen unter 150 % der Armutsgrenze (1992 für eine vierköpfige Familie \$ 14.335,-) liegt, sollten ebenso wie Unternehmen mit wenigen Beschäftigten oder geringem Lohnspiegel Zuschüsse vom Bund erhalten. Um möglichst viele Versicherte innerhalb ein System zu bringen, sollten Medicare und Medicaid teilweise integriert werden. Das Medicare-System sollte prinzipiell intakt bleiben⁸¹, Medicare-Berechtigte sollten jedoch den Beitritt zu einer Allianz wählen können. Medicaid hätte weiterhin für die Anspruchsberechtigten gezahlt, die Absicherung wäre aber über die regionalen Allianzen durchgeführt worden.

Die Finanzierung sollte damit wie im bestehenden System weiterhin zu großen Teilen über Arbeitgeber erfolgen und durch staatliche Zuschüsse unterstützt werden. Darüberhinaus war vorgesehen, Einsparungen mittels einer Begrenzung der Steigerungsraten von Medicare und Medicaid sowie einer Vereinfachung der Organisationstruktur des Gesundheitssystems und Senkung der Verwaltungskosten zu erreichen. Finanzmittel sollten darüberhinaus durch eine Anhebung der Tabaksteuer aufgebracht werden. Um ein weiteres rapides Ansteigen der Gesundheitskosten zu verhindern, sollten die Steigerungsraten für Versicherungsprämien mit einer Obergrenze (angepaßt an die inflationäre, demographische und sozio-ökonomische Entwicklung) versehen werden⁸², so daß die Versicherer, um nicht im Defizit zu wirtschaften, die Preise für Leistungen hätten gering halten müssen. Darüberhinaus war eine Reform des Haftpflichtrechts für medizinische Behandlungsfehler (malpractice reform) vorgesehen, um die Entschädigungssummen und damit die Haftpflicht-Versicherungsprämien für Ärzte zu senken. Ferner sollten die Kartellbestimmungen für Mediziner gelockert werden, um Zusammenschlüsse zu erleichtern. Das finanzielle Schwungrad in Clinton's Plan war managed competition, in welchem Netzwerke von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern im Wettbewerb um Patienten stehen sollten. Die Annahme war, daß Wettbewerb innerhalb der dann unter gleichen Voraussetzungen arbeitenden Anbieter die Qualität verbessern und die Kosten drücken würde.

Jeder Versicherungsplan sollte ein Grundleistungspaket zur Verfügung stellen müssen. Darin eingeschlossen waren ärztliche Behandlung inclusive Laborleistungen; verschreibungspflichtige Arznei-

81 Wie sich auch in der Haushaltsdiskussion 1995/96 zeigen sollte, sind Sparmaßnahmen im Medicare-Programm in der Öffentlichkeit äußerst unpopulär (s. Kap. V-4.2.2.).

82 Eine anfangs vorgesehene Deckelung der Ausgaben für verschiedene Sektoren hatte sich als politisch nicht durchsetzbar erwiesen. Zudem bot z.B. die Pharmaindustrie eine freiwillige Beschränkung an, um staatlich gesetzten Preisgrenzen oder Kontrollen zu entgehen. Die Clinton-Administration ging auf diese Versprechen ein und zog sich auf die Begrenzung der Versicherungsprämien als Preiskontrollmechanismus zurück.

mittel⁸³; Krankenhausbehandlung; präventive Zahnbehandlung für Kinder⁸⁴; Brillen für Kinder; routinemäßige Überprüfung des Hörens und Sehens; 100 Tage Aufenthalt in einem Pflegeheim oder einer Rehabilitationsklinik pro Jahr als Alternative zu Krankenhausbehandlungen; häusliche Pflege als Alternative zur Hospitalisierung (Überprüfung der Berechtigung alle 60 Tage); Hospizpflege; bei psychischen Erkrankungen eine begrenzte Anzahl von Psychotherapiesitzungen sowie eine begrenzte Anzahl von Tagen in stationärem Aufenthalt; Hilfsmittel, wenn sie vorhandene Fähigkeiten unterstützen oder eine Verschlimmerung des Zustandes verhindern; physikalische, Beschäftigungs- und Sprachtherapie, wenn durch Krankheit oder Verletzung verlorengangene Fähigkeiten wiederhergestellt werden (Überprüfung der Berechtigung alle 60 Tage); präventive Leistungen (Impfungen, Krebsvorsorgeuntersuchungen, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Cholesterolvereinerung); begrenzte Leistungen für die Behandlung von Suchterkrankungen. Ferner war daran gedacht, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auszudehnen⁸⁵.

Die Aufsicht wäre einem siebenköpfigen nationalen Gesundheitsgremium (National Health Board) zugefallen, dessen Mitglieder vom Präsidenten nach Beratung und Zustimmung des Senats ernannt werden sollten. Das nationale Gesundheitsgremium hätte u.a. folgende Aufgaben gehabt: Nähere Bestimmung des Grundleistungspakets und Sicherstellung, daß die Leistungen für die gesamte Bevölkerung zugänglich wären; Überwachung der Einhaltung der Prämiendeckung; Errichtung und Durchführung eines Programms zur Verbesserung der Qualität, der Angemessenheit und des Zugangs zu Gesundheitsleistungen; Entwicklung von Standards für die Errichtung eines nationalen Gesundheitsinformationssystems zur Qualitätsbewertung; Erstellung eines Katalogs von Grundanforderungen an die Gesundheitssysteme in den Bundesstaaten und Überwachung der Einhaltung; Entwicklung von Indikatoren zur Bewertung der Leistungsqualität der verschiedenen Versicherungspläne und Veröffentlichung der Resultate, um die Konsumenteninformation zu verbessern; Einführung eines Komitees zur Überwachung von Arzneimittelpreisen.

Das von der Clinton-Administration angestrebte System gliederte sich in drei Ebenen: Die nationale Ebene, die Ebene der Bundesstaaten und die Ebene der regionalen Allianzen. Die Bundesregierung sollte für Kostenbegrenzungen zuständig sein, das Grundleistungspaket festlegen sowie Subventionen für Versicherungsprämien geben. Die Regierungen der Bundesstaaten sollten regionale Gesundheitsallianzen errichten, an der Finanzierung der Subventionsleistungen beteiligt werden und die Ausgestaltung des Systems im jeweiligen Bundesstaat bestimmen. Unter anderem war den Bundesstaaten im Health Security Act die Möglichkeit eingeräumt, ein single payer-System

83 Der Einschluß von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln war insbesondere für Medicare-Berechtigte interessant, die Medikamente aus eigener Tasche bezahlen oder Zusatzversicherungen abschließen müssen.

84 Für Erwachsene ab dem Jahr 2000 vorgesehen.

85 Diese Leistung ist wie die Aufnahme der verschreibungspflichtigen Arzneimittel ein "Bonbon" für die Älteren, mit dem man die Zustimmung ihrer einflußreichen Interessenverbände erlangen wollte, welche durch vorgesehene Einsparungen bei Medicare verstimmt waren.

zu errichten⁸⁶. Auf der regionalen Ebene sollten die Allianzen Preisverhandlungen mit den Leistungsanbietern führen sowie den Versicherten und Arbeitgebern Versicherungspläne anbieten.

2.2. Analyse des Entstehungsprozesses

Ebenso wie noch in seinen Vorstellungen Anfang 1992 (s. Tabelle 2, S. 39) beharrte Clinton auf universeller Absicherung mit Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der Krankenversicherung, im Health Security Act nicht mehr mittels play-or-pay, sondern Arbeitgeberzwangsbeitrag. Beibehalten wurde auch die Fundierung des Systems auf privaten Versicherungsunternehmen. Bill Clinton's Health Care Plan Anfang 1992 sah eine reduzierte Anzahl privater Versicherer vor und auch durch den vorgesehenen Wettbewerb unter Versicherungsplänen im Health Security Act wäre es zu einer Ausdünnung gekommen, da nicht alle Krankenversicherungsunternehmen unter den neuen Bedingungen lebensfähig gewesen wären. Fallengelassen wurden lediglich die Anfang 1992 angestrebten Budgets, die von einer Deckelung der Versicherungsprämien ersetzt wurden.

Das Clinton-Team hatte einen Mittelweg zur Erreichung umfassenden Versicherungsschutzes gewählt, der die Differenzen zwischen Verfechtern einer marktorientierten Lösung sowie Vertretern eines staatlich gesteuerten Gesundheitssystems zu überbrücken suchte (s. dazu Kosterlitz 1993h, 2274). Die von Reformgegnern angebrachte Kritik, es handele sich um einen liberalen (linken), regierungszentrierten Vorschlag, trifft nicht zu. Der Plan baute auf der bestehenden Organisationsstruktur auf, nahm die Absicherung über den Arbeitsplatz als Grundlage und wollte Reformen, die im privaten und öffentlichen Bereich des Gesundheitssystems in der Entwicklung waren, auf nationaler Ebene ausbauen. Mit dem Health Security Act wurde der Ausbau privater managed care angestrebt. "Managed competition within a budget" zur Kostenkontrolle bei gleichzeitiger Einführung universeller Absicherung war kein linker Vorschlag, sondern ein Kompromiß zwischen liberalen Vorstellungen und konservativen, marktorientierten Annäherungen⁸⁷. Das Clinton-Team hatte versucht, auf allen Ebenen einen Mittelweg zu finden: Zwischen Republikanern und Demokraten, konservativen und liberalen Seiten innerhalb der Demokratischen Partei und im Kongreß, Unternehmern mit Kosteninteressen und durchschnittlichen Bürgern mit Sicherheitsinteressen. Clinton wollte das Gesundheitssystem reformieren ohne das Haushaltsdefizit auszudehnen oder neue, unbegrenzte Ansprüche zu schaffen (Skocpol 1996a, 17). Der Vorschlag war an die erfolgreiche Sozialversicherungs-Gesetzgebung während des New Deal angelehnt, was sich auch bewußt in der Auswahl der Terminologie widerspiegelte: Health Security Act - Social Security Act of 1935, Health Security card - Social Security card, da Social Security breite Zustimmung über Klassen- und Abstammungsgrenzen

86 Auf Drängen der Bundesstaaten wurden die Möglichkeiten, diese Option zu wählen, noch einfacher gestaltet als ursprünglich vorgesehen.

87 Der Clinton-Plan war "a liberal's passion to help the needy, a conservative's faith in free markets, and a politician's focus on the middle class ... The essence of the plan is a shotgun marriage between the most cherished ideas of left and right - a third way that Clinton has been trying to blaze." (Pearlstein/Priest 1993)

hinweg genießt und als verdiente Leistung und nicht als Wohlfahrtsalmosen angesehen wird (ebd., 2).

Eine wichtige Rolle bei den Entscheidungen über den Aufbau des Health Security Act hat das 1974 durch den Congressional Budget Act ins Leben gerufene Congressional Budget Office (CBO) gespielt, was den Entwurf von Beginn an unter enge finanzielle Restriktionen stellte⁸⁸.

In den 1980ern und frühen 1990ern eingeführte Richtlinien verlangten vom Gesundheitsreformplan, daß die Kosten des Entwurfs durch projizierte Einsparungen aufgehoben würden, was vom Congressional Budget Office (CBO) zu bestätigen war (Skocpol 1996a, 67). Um eine positive Beurteilung durch das Congressional Budget Office zu erlangen, sah der Health Security Act Einsparungen bei Medicare und Medicaid vor, die zum Teil für die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Nichtversicherte sowie die Übernahme neuer Leistungen wie verschreibungspflichtiger Arzneimittel und Langzeitpflege aufgewendet werden sollten. Zur Verhinderung davonlaufender Kosten sollte durch die zwangsmäßigen Allianzen der Wettbewerb gefördert und niedrigere Preise ausgehandelt werden. Das Congressional Budget Office verlangte jedoch Sicherheitsmechanismen, falls die Allianzen sowie Marktkräfte nicht in der Lage wären, Kosten in Schach zu halten. Eine Deckelung der Prämien wurde gegenüber den 1992 von Clinton befürworteten globalen Ausgabenlimits bevorzugt, da sie weniger nach big government aussahen und viele moderate Abgeordnete im Kongreß sowie zahlreiche Interessengruppen sich gegen direkte Preiskontrollen oder globale Budgets wandten (Skocpol 1996a, 69/70).

Während die Clinton-Pläne davon ausgingen, daß der Health Security Act auf längere Sicht gesehen das nationale Haushaltsdefizit verringern würde, berechnete das Congressional Budget Office eine Vergrößerung um \$ 74 Milliarden über sechs Jahre. Als Ursache sah das CBO hauptsächlich eine Unterschätzung der Subventionen an Arbeitgeber sowie der durchschnittlichen zu erwartenden Krankenversicherungsprämie bei Implementation des Vorschlags. Die nationalen Gesundheitsausgaben wären demgegenüber gefallen und die gesteigerte Nachfrage nach medizinischen Leistungen aufgrund universeller Versicherung wäre durch die Begrenzung der Prämiensteigerungsrate sowie die Reduzierung der Medicare-Ausgaben aufgewogen worden (Congressional Budget Office 1994a, 26-36). Trotz eines zwangsweisen Arbeitgeberbeitrags wären nach Einschätzung des Congressional Budget Office die Ausgaben für Unternehmen in ihrer Gesamtheit aufgrund der Prämienbegrenzung sowie der Subventionen für bestimmte Arbeitgeber gesunken. Da Krankenversicherungskosten in den meisten Fällen durch entsprechend geringere Löhne auf die Beschäftigten umverlagert sind, hätten bei einer Umsetzung des Plans die Einsparungen in Form von höheren Entgelten an die Arbeitnehmer weitergegeben werden können (ebd., 53-56). Geringere Kostenprojektionen hätten durch die rigorose Beschränkung von Leistungsansprüchen

88 Das CBO begann bereits einige Zeit vor der Wahl Clinton's zum Präsidenten mit Untersuchungen zu Kostenkontrollfragen im Gesundheitswesen aufgrund des Einflusses der Gesundheitskosten auf den Bundeshaushalt sowie die naheliegende Vermutung, daß in absehbarer Zeit eine Vielzahl von Gesetzesvorschlägen zu beurteilen wären (White 1995b, 202). Zum CBO s. auch Novak 1994, 349/350; Bilheimer/Reischauer 1995, White 1995b, 200-202; Congressional Budget Office 1993.

erreicht werden können, aber mit der umfangreichen Gestaltung des Leistungspakets wollte die Clinton-Administration Mittelklasse-Amerikaner ansprechen. Außerdem wurde angenommen, daß das Ursprungspaket auf dem Weg durch den Kongreß vermindert würde, so daß bei Zugrundelegung umfangreicher Leistungen selbst das reduzierte Paket immer noch attraktiv für die Mittelklasse wäre (Skocpol 1996a, 65/66).

Auf der Finanzierungsseite war der single payer-Ansatz und die Steuern, die zur seiner Finanzierung hätten aufgebracht werden müssen, bereits vom Tisch, als Hillary Rodham Clinton und Ira Magaziner die Task Force gebildet haben. Dazu trug bei, daß der Präsident nicht zuerst für ein Haushaltsgesetz kämpfen, welches u.a. Steuererhöhungen beinhaltete, und unmittelbar danach eine zweite massive Steuererhöhung anstreben konnte (Rockman 1995, 399). Mit Rücksicht auf die Unterstützung für ein single payer-System unter einem bedeutenden Teil demokratischer Abgeordneter wurde jedoch auf umfassende Versicherungspflicht als einem Grundpfeiler des Vorschlags nicht abgewichen. Mit Blick auf diesen Flügel der demokratischen Partei wurde auch die Option für single payer-Versuche in den Bundesstaaten aufgenommen (Navarro 1995b, 199). Mit dem Ausschluß eines nationalen single payer-Systems blieb damit als einzige Möglichkeit zur Erreichung universeller Absicherung ohne großes öffentliches Programm und neue Steuern nur ein Arbeitgeberzwangsbeitrag. Obwohl das Clinton-Team hoffte, daß das Congressional Budget Office den Arbeitgeberanteil nicht als Steuer einstufen würde, brachte das CBO im Februar 1994 schließlich einen Bericht heraus, der den Arbeitgeberbeitrag mit Steuern gleichsetzte (s. Congressional Budget Office 1994a), was Gegnern der Reform zu einem wichtigen Zeitpunkt neue Ansatzpunkte gab (Skocpol 1996a, 67/68).

Bereits vor Einbringung des Health Security Act in den Kongreß im Oktober 1993 war der Einfluß von Interessengruppen sichtbar. Um möglichst breite Unterstützung oder zumindest Duldung für das Vorhaben zu erlangen, waren wesentliche Teile des Entwurfs mit Blick auf mögliche Einwände betroffener Gruppen sowie erwartete politische Schwierigkeiten gestaltet. Diesem Kompromißbildungsprozeß sind wesentliche Steuerungsinstrumente zum Opfer gefallen. So war ursprünglich daran gedacht, sowohl ein globales Limit für die Gesundheitsausgaben festzulegen als auch Lohn- und Preiskontrollen für Ärzte, Krankenhäuser und andere Teile der privaten Gesundheitsindustrie zu setzen (Gosselin 1993a; Neuffer 1993). Die Pharmaindustrie reagierte auf diese Vorhaben, indem 17 große Arzneimittelhersteller freiwillige Preisbeschränkungen anboten, um staatlichen Preiskontrollen zu entgehen (Pear 1993a). Der Widerstand aus den Reihen der Interessengruppen zusammen mit der Warnung von Mitgliedern der republikanischen Partei vor einer "Rationierung von Gesundheitsleistungen" führte dazu, daß auf Deckelungen im Leistungsbereich verzichtet und statt dessen lediglich ein Limit für die Steigerungsraten von Versicherungsprämien⁸⁹ vorgesehen wurde (s. Clymer 1993c). Damit wären Regulierungsaufgaben an den privaten Sektor gegangen, ohne gleichzeitig die notwendigen Machtbefugnisse zur Durchsetzung zur Verfügung zu stellen. Die Regierung verband dennoch mit diesem Schritt die Hoffnung, daß eine Kostenkontrolle über den Markt erfolgt wäre, wenn Versicherungsunternehmen auf ein Niedrighalten der Kosten für Leistun-

89 Die Prämien sollten der Inflationsrate angepaßt und gemäß demographischen Entwicklungen korrigiert werden.

gen gedrängt hätten.

Im Verlauf der Diskussion wurden auch größere Steuerungskompetenzen für das nationale Gesundheitsgremium (National Health Board) und die einzelnen Allianzen fallengelassen. Während das nationale Gesundheitsgremium ursprünglich als unabhängige Organisation institutionalisiert werden sollte, wurde es im Health Security Act dem Präsidenten zur Rechenschaft verpflichtet (Pear 1993b). Die Befugnisse des Gremiums gegenüber den Bundesstaaten wurden beschnitten, womit Zentralisierungsversuche geschwächt wurden. Darüberhinaus gelang es denjenigen Bundesstaaten, die an der Implementation eines single payer-Systems interessiert waren, die Optionen zur Errichtung eines solchen zu erleichtern (Washington Post 1993a), ein Punkt, der bei der Clinton-Administration mit Blick auf den linken Flügel der Demokratischen Partei wie angesprochen auf offene Türen stieß. Der Dezentralisationsprozeß wäre damit jedoch weiter verstärkt worden. Die Regulierungsfunktion der Allianzen wurde geschwächt, indem die ursprünglich vorgesehene Regelung, pro Allianz höchstens drei fee-for-service-Pläne zuzulassen, aufgrund des Einflusses der American Medical Association und Konsumentengruppen (Washington Post 1993b) fallengelassen wurde. Ferner erfuhr die Bestimmung, Versicherungspläne mit Prämien über 20 % der Durchschnittsprämien aus der Allianz herauszunehmen, dahingehend eine Änderung, daß dies nicht durch staatliche Bestimmung, sondern auf "eigene Verantwortung" der betroffenen Allianz erfolgen sollte (ebd.), womit ein weiterer Teil der staatlichen Steuerungskompetenzen beschnitten wurde.

Die Senkung der Steigerungsraten der Medicare- und Medicaidausgaben stieß auf Widerstand von Konsumentengruppen, insbesondere der einflußreichen Interessenorganisationen der Älteren (vor allem der American Association of Retired Persons) und die vorgesehenen Einsparungen wurden wiederholt nach unten hin korrigiert. Auf Steuern zur Teilfinanzierung wurde mit Ausnahme einer geplanten Tabaksteuer verzichtet: Eine Besteuerung der Gesundheitsindustrie (Neuffer 1993) war ebenso wie eine nationale Mehrwertsteuer (Kranish 1993) oder eine Steuer auf Alkohol (Pincus /Hilzenrath 1993) ausgeschlossen worden⁹⁰.

Um die Kostenschätzungen des Entwurfs, die von vorneherein unter scharfer Kritik standen, einzuschränken, wurden Begrenzungen bei den vorgesehenen Leistungen vorgenommen. So wurde z.B. auf eine Gleichstellung der psychischen mit den physischen Erkrankungen verzichtet und die Leistungsgewährung bei psychischen Krankheiten begrenzt; auch wurden die zahnärztlichen Leistungen für Erwachsene auf Notfälle beschränkt. Um der Kritik von Republikanern und konservativen Demokraten in Finanzierungsfragen entgegenzuwirken, war außerdem ein Limit für die Regierungssubventionen gesetzt worden (Toner 1993b) sowie dem Kongreß die Entscheidung über die Verfahrensweise anvertraut, falls die tatsächlichen Kosten bei einer Umsetzung des Plans die

90 Bei der Ablehnung einer nationalen Mehrwertsteuer verließ man sich auf Umfrageergebnisse, welche diese Steuern als unpopulär auswiesen (Berke 1993). Auf eine Alkoholsteuer wurde verzichtet, da die geläufigen Konsumgüter Bier und Wein nicht hätten ausgenommen werden können (Pincus/Hilzenrath 1993).

Schätzungen überstiegen hätten⁹¹ (Clymer 1993b).

Deutlich sichtbar im Clinton-Entwurf ist der Einfluß, den Interessengruppen bereits vor Beginn des eigentlichen Gesetzgebungsverfahrens ausgeübt hatten. Um die Unterstützung der Interessenvertretungen der Älteren zu gewinnen, wurde die Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Arzneimittel⁹² sowie ein Einstieg in die Langzeitpflege in den Entwurf aufgenommen. Als Anreiz für Ärzte waren Änderungen im Haftpflichtrecht für Behandlungsfehler sowie ein Ausschluß von den Kartellregeln vorgesehen, was Zusammenschlüsse erleichtern sollte (allerdings hätte dieser Ausschluß nicht für Preisverhandlungen gegolten, Knox 1993). Außerdem hätten alle Versicherungspläne ihren Mitgliedern die Option einräumen müssen, Ärzte außerhalb des Planes aufsuchen zu können (Pear 1993c) bei zumindest teilweiser Kostenübernahme. Besondere Bemühungen hatten stattgefunden, die Unterstützung oder zumindest Duldung der Unternehmerschaft sicherzustellen. Für Arbeitgeber mit weniger als 50 Beschäftigten⁹³ waren staatliche Subventionen für die Prämienzahlung sowie eine Belastungsgrenze in den Entwurf aufgenommen worden. Darüber hinaus sollten die Prämienzahlungen für Vorruheständler zu 80 % von der Bundesregierung übernommen werden⁹⁴, was insbesondere große Unternehmen ansprechen sollte, die zum Teil nicht unerhebliche Mittel für diesen Zweck aufwenden. Von einer vorgesehenen Besteuerung zusätzlicher Arbeitgeberkrankenversicherungsleistungen waren bereits existierende Leistungen aufgrund des Einflusses von Unternehmergruppen und Gewerkschaften ausgenommen worden (Gosselin/Neuffer 1993). Das Zurechtschneiden weiter Teile des Entwurfs auf die jeweils betroffenen Interessengruppen erwies sich jedoch für die politische Durchsetzung des Plans als nicht erfolgreich.

3. DIE MOBILISIERUNG DER GEGNER EINER STRUKTURREFORM

Die Interessengruppen hatten bereits der Task Force ihre Bedenken mitteilen und vor Offiziellmachung des Clinton-Plans ihre Mitglieder mobilisieren können. Unmittelbar nach Veröffentlichung des Entwurfs im September 1993 aktivierten die Reformgegner ihre bundesweiten Lobbyingapparate, Pressekonferenzen zu geben und Kongreßabgeordnete an der "Heimatfront" zu bearbeiten, um im Kongreß Veränderungen der Regierungspläne zu erreichen. Sich besonders bedroht sehende Vereinigungen wie die Health Insurance Association of America (eine bedeutende Vereinigung von

91 Im Bereich von Medicare und social security werden Defizite automatisch von der Bundesregierung übernommen.

92 Nach einer Studie der National Association of Retail Druggists und der National Association of Chain Drugstores wären die in Höhe von \$ 68 Milliarden geschätzten Kosten für die Übernahme von Arzneimitteln teilweise durch die Verminderung in der Anzahl der Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte ausgeglichen worden (Pear 1994c).

93 Die Grenze von 50 Beschäftigten war in der Diskussion und eine Erweiterung auf bis zu 75 Arbeitnehmer war ins Auge gefaßt worden.

94 Da die erwartete Unterstützung großer Unternehmen ausblieb, wurde gedroht, die Kostenübernahme der Krankenversicherungsprämien für Vorruheständler auf 20 bis 30 % zu kürzen (Gosselin 1993b).

Versicherungsunternehmen) initiierten weitreichende Public Relations-Kampagnen, um die Öffentlichkeit zu beeinflussen. Die Gesundheitsreformdebatte wurde schnell zur "most heavily lobbied legislative initiative in recent U.S. history" und hunderte von Interessengruppen gaben insgesamt mehr als \$ 100 Mio., um den Ausgang der Diskussion zu beeinflussen (Center for Public Integrity 1995a, 411). Anfangs waren weder die öffentliche Meinung noch politische Beobachter wesentlich von den Beschwerden der vielen Gruppen, deren finanzielle Interessen auf dem Spiel standen, berührt. Es gab jedoch sehr früh schon Anzeichen einer ernsthafteren ideologischen Opposition durch den rechten Flügel der Republikanischen Partei, welche insbesondere auf die Regierungsrolle im Clinton-Entwurf abzielte (s. Johnson/Broder 1996, S.XI; Skocpol 1996a) und die zusammen mit den Einwänden der Interessengruppen die Diskussion schnell in eine neue Richtung lenkten. Die Debatte entfernte sich von der Notwendigkeit einer Reform zur Absicherung eines größeren Teils der Bevölkerung sowie Reduzierung der Kosten. Statt dessen gelang es den Reformgegnern, gesteigerten Regierungseinfluß im Gesundheitssystem zu dämonisieren mit dem Ziel, die bestehenden Strukturprinzipien beizubehalten und den Markteinfluß weiter zu vergrößern.

3.1. Die Versicherungsindustrie

1956 wurde als Vertretung kommerzieller Krankenversicherungsunternehmen die Health Insurance Association of America (HIAA) gegründet, welche ca. 270 Mitgliedsunternehmen hat (Ramsey 1995, 230). Mit dem Akutwerden des Themas Krankenversicherungsreform nach der Wahl Wofford's in Pennsylvania zeigte sich die Health Insurance Association of America mit ihrer Campaign to Insure All Americans marktorientierten Reformansätzen wie dem Bush-Plan gegenüber positiv⁹⁵, lehnte aber tiefgreifende Reformen wie Arbeitgeber-Zwangsbeitrag oder ein öffentlich finanziertes System ab (s. Kosterlitz 1992a). Von der Idee einer Zusammenfassung der Nachfragermacht in Gesundheitsallianzen wie im Health Security Act Clinton's vorgesehen fühlten sich viele kleinere Versicherungsunternehmen bedroht und befürchteten, vom Markt gedrängt zu werden.

Die großen Versicherer dagegen versprachen sich aufgrund der Betonung von managed care und HMOs in einer möglichen Reform Gewinne und versuchten, ihre Marktanteile abzustecken. Dies brachte sie in Unstimmigkeiten mit der HIAA und fünf große Versicherungsunternehmen - Aetna, Travelers, CIGNA, Prudential, Metropolitan Life (Blanton 1993) - verließen die Vereinigung und bildeten die Alliance for Managed Competition (s. National Journal 1992, 2529; Kosterlitz 1994a, 106; Center for Public Integrity 1995b, 598), deren einzige Aufgabe darin bestand, Lobbying zur Gesundheitsreform zu betreiben⁹⁶ (Center for Public Integrity 1995b, 596). Die Allianz beschäftigte

95 Viele kleine Versicherer, die jedwede neue Regulierung ablehnten, verließen daraufhin die Vereinigung und bildeten den Council for Affordable Health Insurance. Der Council schloß sich mit Health Care Solutions zusammen, einem vom Golden Rule Insurance-Unternehmen gegründeten Forschungsinstitut. Health Care Solutions promovierte u.a. medical savings accounts, welche in der Reformdiskussion 1996 im Zusammenhang mit Golden Rule eine Rolle gespielt haben (s. Kap. III-4.1.) (s.Kosterlitz 1992b).

96 Gary Fendler, Vertreter für Aetna."This is a very loose association. Its only purpose is to work on health care reform" (Center for Public Integrity 1995b, 602).

nicht nur ehemalige Kongreßangehörige und vormalige Angestellte (staff members) der an der Gesundheitsgesetzgebung beteiligten Komitees Ways and Means sowie Energy and Commerce des Repräsentantenhauses, sondern Vertreter der Versicherungsunternehmen waren auch an den Diskussionen der Jackson Hole Group beteiligt (Toner 1993a), an deren managed competition-Vorstellungen sich der Clinton-Plan anlehnte. Der Jackson Hole Group wurde vorgeworfen, in Richtung großer Versicherer und anderer Unternehmensinteressen, die von Reformen profitieren könnten, zu tendieren und ein Zugpferd für deren Augenmerke zu sein (s. Toner 1993a; Priest 1993a; Center for Public Integrity 1995b, 596/597)⁹⁷. Darüberhinaus erhielten Kongreßangehörige, die zur Wiederwahl standen, erhebliche Finanzmittel für ihre Kampagnen von den political action committees (PACs)⁹⁸ der großen Versicherer sowie Spenden durch Beschäftigte der Unternehmen (Center for Public Integrity 1995b, 597/598 sowie 604-607). Ferner haben die Versicherer ihre Mitarbeiter aufgefordert, ihre jeweiligen Senatoren und Repräsentantenhausabgeordneten direkt anzusprechen und die Interessen der Unternehmen zu bekräftigen (ebd., 607/608).

Vor einer Anhörung des Senate Labor and Human Resources Committee äußerte sich ein Vertreter der Alliance for Managed Competition zu deren Einwänden:

”There are just two problems that I see with the administration’s proposal that I would just like to highlight: one is premium caps, which I am sure does not surprise you, and the other is the unnecessarily large and overly regulatory health alliances.”

Der Vertreter der Allianz war der Ansicht, der Versicherungsmarkt könne allein durch die Akzentuierung von managed care die Preise unter Kontrolle halten (J.W. McLane, Testimony before the Senate Labor and Human Resources Committee, Center for Public Integrity 1995b, 600). Nach anfänglicher Befürwortung des Clinton-Plans (Birnbaum 1993) wechselte die Alliance for Managed Competition ins Cooper-Lager⁹⁹ mit dessen mehr marktorientiertem managed competition-Vorschlag (s. Tab. 5 S. 78) und gab erhebliche Geldsummen an Cooper’s Wahlkampftopf (s. Center for Public Integrity 1995b, 594/595).

Mit der Abspaltung der fünf großen Versicherungsunternehmen vertrat die Health Insurance Association of America (HIAA) nur noch Krankenversicherer, deren Mitgliedschaft ca. ein Drittel der 180 Mio. Besitzer privater Krankenversicherungsverträge ausmachte (Center for Public Integrity 1995b, 609). Dennoch erlangte die Organisation erheblichen Einfluß in der Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems. Ihr Lobbyingapparat gegen Veränderungen war bereits vor

97 Health Security Act = Insurance Industry Preservation Act (Toner 1993a).

98 Political action committees (PACs) werden von Interessengruppen, politischen Institutionen oder anderen Gruppierungen gegründet, um Geld aufzubringen und an Wahlkampagnen von Politikern weiter zu geben. Während angesichts steigender Wahlkampfkosten der mögliche Einfluß der Kontributionen durch PACs auf politische Entscheidungen selbst von einigen Abgeordneten als prekär angesehen wird, betrachten andere die Organisationen als Möglichkeit für ordinäre Bürger, durch Geldspenden am politischen Prozeß teilzunehmen (s. Oleszek 1989, 41/42).

99 Die fünf großen Versicherungsunternehmen gehören zum Business Roundtable, der sich, offensichtlich auch unter dem Einfluß der Versicherungsunternehmen, für den Cooper-Plan ausgesprochen hatte (Carroll 1994).

Vorstellung des Clinton-Plans in Stellung und mit der Ernennung des gerade wiedergewählten, langjährigen republikanischen Kongreßmitgliedes Willis D. Gradison, der zu diesem Zwecke von seinem Kongreßposten zurücktrat, zum Vorsitzenden der HIAA wurden die Verbindungen nach Washington noch verstärkt (s. Kosterlitz/Novak 1993; Toner 1994c)¹⁰⁰. Der plötzliche Wechsel Bill Gradison's vom Kongreß zur HIAA als dessen oberster Lobbyist kam äußerst überraschend und die HIAA "scored a coup in luring Gradison, who seemed likely to bring the group stature and clout with Congress and the White House and to promote greater unity within the industry than had his ... predecessor ..." (Kosterlitz 1994a, 107). Vor einer Anhörung der Health Care Task Force lehnte Gradison drei Elemente des Clinton-Plans ab: pflichtmäßige Allianzen, reines community rating¹⁰¹ sowie Prämiendeckelung (Center for Public Integrity 1995b, 610).

Die Health Insurance Association of America deutete anfangs Kompromißbereitschaft gegenüber der Clinton-Administration an und umfaßte sogar eine Beendigung der Versicherungsverweigerung für Personen mit hohem Krankheitsrisiko sowie höherer Prämien für solche Versicherten (s. Kosterlitz 1994a, 107). Besorgt war die Organisation jedoch hinsichtlich der Nachfragerallianzen und einer möglichen Begrenzung des jährlichen Prämienwachstums sowie einer Einheitsprämie für alle Versicherten. Als die HIAA hier keine Konzessionen erhielt, startete sie eine aggressive Kampagne, in der eine Reform grundsätzlich befürwortet wurde (Jehl 1993), Limits für die Steigerung von Versicherungsprämien aber zurückgewiesen und die Befürchtungen von Teilen der Bevölkerung vor einem Verlust der Wahlfreiheit verstärkt wurden (Coalition for Health Insurance Choices o.J.). Nach außen hin sichtbarstes Mittel der Health Insurance Association waren die Anfang September 1993 gestarteten berühmten "Harry and Louise"¹⁰² Fernsehanzeigen. Bei "Harry und Louise" handelte es sich um ein Mittelklassepaar, welches die ihrer Ansicht nach negativen Aspekte des Clinton-Vorschlags ansprach wie Bürokratie, höhere Prämien für jüngere Personen aufgrund community rating, Auswahl persönlicher Krankenversicherungspläne durch Regierungsangestellte u.a.m. Die Clinton-Administration und insbesondere Hillary Rodham Clinton reagierten mit Gegenattacken, in denen die Versicherungsindustrie durch ihre Risikoselektion als Hauptverantwortlicher der gegenwärtigen Krise beschrieben und das bereits negative Bild der Industrie in der Öffentlichkeit

100 Z.B. hatte Gradison mit Dan Rostenkowski, dem Vorsitzenden des Ways and Means Committee im Repräsentantenhaus, eine Übereinstimmung geschlossen, nach der Rostenkowski Teile des Reformvorschlages, welche die Versicherungsindustrie getroffen hätte, in seinem Komitee abändern würde. Im Gegenzug wollte die HIAA ihre TV-Spots nicht in Bundesstaaten laufen lassen, die für die Wiederwahl einiger Komiteemitglieder wichtig waren. Kurz nach Abschluß des Abkommens mußte Rostenkowski jedoch den Vorsitz des Komitees aufgrund einer gerichtlichen Anklage aufgeben und der neue Vorsitzende, Sam Gibbons, fühlte sich nicht an das Abkommen gebunden, woraufhin die HIAA ihre negative Kampagne wieder aufnahm (Center for Public Integrity 1995b, 612-613). Gradison versuchte, auch vom Clinton-Team Konzessionen zu erlangen, erreichte aber keine Absprachen (ebd., 613).

101 Die Versicherungsindustrie stellte sich community rating mit dem Argument entgegen, daß kleine Versicherungsunternehmen mit Versicherten in höheren Risikostufen die Kosten nicht tragen könnten. Community rating würde Verzerrungen in der Versicherungswirtschaft hervorrufen. Die Versicherer schlugen vor, die community rating- Pools zu verkleinern und so demographische und geographische Anpassungen zu ermöglichen (Center for Public Integrity 1995a, 449). Im Endeffekt wiesen alle Kongreßkomitees nach Lobbying durch die Versicherungsindustrie ein striktes community rating-System zurück (ebd., 450).

102 s. dazu Kosterlitz 1994d, 1542; Carroll 1994; Hall Jamieson 1994.

genutzt wurde.

Es war zum einen ungewöhnlich, daß eine Interessengruppe sich einer Policy des Präsidenten so direkt und offen mittels Fernsehspots entgegenstellt und zum anderen, daß eine First Lady einen spezifischen Industriezweig so direkt angreift. Die Konfrontation ging durch alle Medien und obwohl die HIAA ihre Spots nur in ausgewählten Gebieten laufen ließ, erhielt sie "freie" Werbung auf nationaler Ebene (Center for Public Integrity, 1995a, 442/443). Diese und andere negative Anzeigen verunsicherten die Öffentlichkeit hinsichtlich des Clinton-Vorschlags (Skocpol 1996a, 136-138). Es ist weitverbreitete Ansicht, daß die "Harry and Louise" TV-Spots der HIAA ausschlaggebend für das Sinken öffentlicher Unterstützung für den Clinton-Plan um 18 % innerhalb von sechs Monaten waren. Bis zum März 1994 hatten die HIAA und ihre Mitgliederunternehmen mindestens \$ 15 Mio. für ihre Gegenkampagne verwendet (Center for Public Integrity 1995b, 609).

Zu den öffentlichen Kampagnen der Health Insurance Association of America kamen die weniger sichtbaren Bemühungen der Vereinigung und anderer, gegen eine Reform eingestellter Interessengruppen, zur Unterlaufung von Clinton's Plänen, die sich in Mobilmachung der Basis der Organisationen zur Beeinflussung von Öffentlichkeit und Kongreßmitgliedern auf regionaler Ebene äußerten (Skocpol 1996a, 138). So unterstützte die HIAA finanziell die Coalition for Health Insurance Choices (CHIC), die es sich zur Aufgabe machte, lokale Führer innerhalb der Unternehmerschaft, insbesondere solche mit Verbindungen zu Kongreßmitgliedern, zu umwerben und öffentliche Informationsveranstaltungen zu halten (s. Kosterlitz 1994a, 107/108, 110).

3.2. Die Ärzteschaft

Die American Medical Association (AMA) hat eine lange Geschichte von organisiertem, gut finanziertem Widerstand gegen Gesundheitssystemreformen, der sich in der Ablehnung von Regierungseingriffen in die medizinische Praxisausübung manifestierte, es sei denn, die Eingriffe dienten dem Schutz des ärztlichen Status als alleinige Ausüßer von Medizin oder der Finanzierung medizinischer Forschung (Ramsey 1995, 95). Die Situation der AMA in den 1990ern hatte sich jedoch gegenüber vorangegangenen Dekaden verändert. Sie vertritt mit 290.000 Mitgliedern nur noch etwa 41 % der Ärzteschaft und die Bildung anderer Ärztevereinigungen wie des American College of Physicians (80.000 Mitglieder) oder der American Academy of Family Physicians (72.000 Mitglieder) greift das Machtmonopol der AMA an und spaltete die Stimme der ärztlichen Profession bezüglich einer Gesundheitssystemreform (s. dazu Feder 1993). Darüberhinaus ist die Mitgliedschaft der American Medical Association in sich aufgrund verschärfter ökonomischer Gegebenheiten entzweit, was zu Unstimmigkeiten innerhalb der AMA bezüglich der Bewertung des Clinton-Plans führte (s. Priest /Weisskopf 1993).

In der Diskussion um die hohen Kosten im amerikanischen Gesundheitswesen Ende der 1980er/Anfang der 1990er fanden auch immer wieder die Steigerungsraten ärztlicher Einkommen Erwähnung.

Das durchschnittliche jährliche ärztliche Einkommen stieg von \$ 48.000 1973 auf \$ 170.000 1991 . Angesichts dieser Tatsache sowie dem historischen Ruf der AMA, Gegner jedweden Reformversuchs zu sein, hatte die American Medical Association bereits 1990 mit "Health Access America" ihren Vorschlag zur Reform des Gesundheitssystems unterbreitet (s. Tab. 3, S. 40). Die Probleme der steigenden Kosten im Gesundheitswesen und der hohen Zahl der Nichtversicherten wurden aufgegriffen und zur Lösung Maßnahmen angeregt, die auch der Clinton-Plan anschnitt (u.a. Versicherungspflicht für alle Beschäftigten mit Arbeitgeberpflichtbeitrag, Grundleistungspaket, Reform des Versicherungsmarktes unter Beibehaltung privater Absicherung, s. AMA 1990). Zum Clinton-Plan äußerte sich James Todd, Vizepräsident der AMA im Oktober 1993 vor einem Kongreßkomitee:

"The need for reform is now. The President has provided a good foundation from which to start. We have found him to be responsive to some of the concerns which we have raised; we need to go forward with the President, with this committee, and with the Congress and get it done."

(Clymer 1993a)

Um die Unterstützung der AMA zu erlangen, hatte die Clinton-Administration der Interessenorganisation erhebliche Zugeständnisse gemacht wie Prämiendeckung anstelle genereller Preiskontrollen oder Umgestaltung der Reform des ärztlichen Haftpflichtrechts (malpractice reform) an AMA-Vorstellungen¹⁰³ (Center for Public Integrity 1995b, 616). Nach anfänglicher vorsichtiger Unterstützung der Reformvorschläge (Reuters 1993) reagierte die AMA jedoch auf Kritik aus Reihen ihrer Mitgliedschaft, welche die Position der Interessenvertretung als zu nachgiebig empfand. In einem Brief an alle Ärzte und Medizinstudenten wurden die nach Ansicht der AMA negativen Aspekte des Clinton-Vorschlags hervorgehoben, insbesondere zu große Kontrollmacht der Allianzen und des nationalen Gesundheitsgremiums, Möglichkeit zur Etablierung eines single payer-Systems in Bundesstaaten, Ausgabenlimits, ungenügende Haftpflichtreform, unzulängliche Reform der Kartellbestimmungen für Ärzte, zu geringe Mitbestimmungsrolle der AMA (AMA 1993) sowie der größere Einfluß, der Krankenschwestern unter dem Clinton-Plan zugedacht war (Anders 1993; Center for Public Integrity 1995b, 617). Im Dezember 1993 distanzierte sich die AMA von der Idee eines Arbeitgeberpflichtbeitrages (Boston Globe 1993), nachdem auf nationaler Ebene die Repräsentantenhaus-Republikaner unter Führung von Newt Gingrich in Briefen an alle Mitglieder des Delegiertenhauses der AMA deren Position angegriffen hatten (s. Schick 1995, 242; Pear 1994e) und auf lokaler Ebene die National Federation of Independent Business Ärzte, die selber oft Kleinunternehmer sind, und Ärztevertretungen beeinflußt hatte (Skocpol 1996a, 161/162). In einem überraschenden Schritt stellte sich die Organisation dann Ende Mai 1994 hinter den single payer-Vorschlag des liberalen Demokraten Paul Wellstone, obwohl single payer-Optionen für die Bundesstaaten noch im September 1993 von der Organisation abgelehnt worden waren (s. Priest 1994a; Center for Public Integrity 1995b, 616). Die Führung der American Medical Association war offensichtlich zu der Schlußfolgerung gekommen, daß dieser Vorschlag der Ärzteschaft die größte

103 Vizepräsident Al Gore zu einer Versammlung von AMA-Mitgliedern: "Help us control skyrocketing health care costs in return for medical malpractice reform and relief from burdensome paperwork." (Priest 1993c).

Unabhängigkeit in der Ausgestaltung ihrer Praxisausübung gewähren würde.

In Abgrenzung zur Stellung der American Medical Association hatten sich zehn Ärzteorganisationen, deren Mitgliederbestand insgesamt den der AMA überstieg, zugunsten des Clinton-Plans ausgesprochen¹⁰⁴ (Pear 1993f), konnten jedoch nie den politischen und öffentlichen Einfluß der traditionellen ärztlichen Interessenorganisation erreichen.

3.3. Die Pharmaindustrie

Nach einem Senatsreport vom Februar 1994 stiegen Arzneimittelpreise durchschnittlich 15,5 % schneller als die Inflationsrate in anderen Produktionssektoren, wogegen Pharmahersteller argumentierten, daß Forschung und Entwicklung kostenintensiv seien (Center for Public Integrity 1995b, 620). In Interviews mit dem Center for Public Integrity zur Gesundheitssystemreform hatten viele Arzneimittelhersteller universelle Absicherung sowie die Aufnahme von Arzneimitteln in ein Standardleistungspaket unterstützt. Der große Teil der Firmen wandte sich gegen Preiskontrollen sowie die Einführung eines National Health Board, von dem negative Auswirkungen auf Forschung und Entwicklung befürchtet wurden (ebd., 621).

Die Task Force untersuchte verschiedene Mechanismen zur Arzneimittelpreiskontrolle, u.a. die Forderung an Pharmahersteller, Arzneimittel in den USA zu gleichen Preisen wie im Ausland zu verkaufen, Einfrieren der Preise und Errichtung eines Bundesgremiums zur Übersicht der Preispolitik sowie Einführung von Kriterien zum Preisanstieg (s. Priest 1993b). Nach heftigem Lobbying durch die Pharmaindustrie und Versprechen auf freiwillige Kostenkontrollen wurde der Gedanke an Preiskontrollen im Mai 1993 aufgegeben. Durch den Health Security Act sollte das National Health Board die Aufgabe übernehmen, Preise für neue Arzneimittel zu überprüfen, hätte aber keine Macht gehabt, diese gegebenenfalls zu reduzieren. Dagegen hätte der Minister/die Ministerin für Health and Human Services neue Arzneimittel nicht in die Medicare-Liste aufnehmen können, wenn er/sie das Medikament für zu teuer befand. Darüberhinaus sollten Pharmafirmen Medicare einen Rabatt von 17 % auf Arzneimittel mit Markennamen gewähren. Diese Bestimmungen wurden von den Kongreßkomitees übernommen, nur im Ways and Means Committee konnten Lobbyisten erreichen, daß auch die Generikaindustrie Medicare einen Rabatt in Höhe von 10 % hätte einräumen müssen (s. Weisskopf 1994; Center for Public Integrity 1995a, 447/448).

104 Zu den zehn Organisationen gehörten: American Society of Internal Medicine, American Academy of Family Physicians, American Adademy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, American College of Physicians, American College of Preventive Medicine, American Medical Women's Association, American Thoracic Society, National Hispanic Medical Association, National Medical Association (Pear 1993f).

3.4. Die Unternehmerschaft

Arbeitgeber standen in ihrer überwiegenden Mehrheit staatlichen Interventionen im Gesundheitssystem eher skeptisch gegenüber, waren aber übereinstimmend daran interessiert, die Gesundheitskosten unter Kontrolle zu bringen, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Die Reaktionen der Unternehmerschaft auf die Reformdiskussion waren gemischt. Viele Arbeitgeber befürchteten, durch die neuen organisatorischen Regelungen im Clinton-Plan als Prämienzahler die Kontrolle über ihre Ausgaben zu verlieren (Case 1994). Während einige Unternehmer sich einem Arbeitgeberbeitrag mit der Drohung des Verlustes von Arbeitsplätzen gegenüberstellten (Gosselin/Farrell 1993), Unternehmensbankrotte aufgrund der neuen Kosten voraussagten oder ihre eigenen Versicherungspläne beibehalten und sich nicht den Allianzen anschließen wollten (Freudenheim 1993a), bewerteten andere die Vorschläge positiver, da sie eine Senkung der hohen Versicherungsprämien erwarteten oder, wenn es sich um große Unternehmen handelte, mit spürbaren Erleichterung bei den Versicherungskosten für Vorruehändler rechneten. Der Widerstand der Unternehmerschaft gegen Arbeitgeberbeiträge hatte die Clinton-Administration veranlaßt, auf eine freiwillige Regelung zurückzuweichen: Erst wenn universelle Absicherung auf freiwilliger Basis nicht bis zu einem bestimmten Termin erreicht worden wäre, hätten Individuen oder Arbeitgeber zwangsweise Krankenversicherungsschutz erwerben müssen, in Härtefällen mit staatlicher Subvention. Im Juni 1994 deutete die Clinton-Administration ihre Bereitwilligkeit an, den ins Auge gefaßten Termin 01.01.1998 durch den unbestimmten Begriff "reasonable period" zu ersetzen (Center for Public Integrity 1995b, 623).

Im Lobbying-Prozeß gegen den Clinton-Plan erwies sich unter den Unternehmerorganisationen die National Federation of Independent Business (NFIB) am einflußreichsten¹⁰⁵. Dieser aus mehr als 550.000 Mitgliedern bestehende Zusammenschluß kleiner Unternehmen (Ramsey 1995, 333/334) mit republikanischer Orientierung schloß sich im Verlauf der Debatte noch näher an den konservativen Republikaner Newt Gingrich und ihm ideologisch nahestehende Organisationen an und verwendete erhebliche Geldmittel sowohl im Kampf gegen die Reform des Gesundheitssystems als auch für Wahlkämpfe konservativer Republikaner im Wahlkampf 1994 (s. Skocpol 1996a, 157). Viele Mitglieder der National Federation of Independent Business waren prinzipiell gegen einen Arbeitgeberbeitrag eingestellt und bereits 1991 hatte eine große Zahl Kleinunternehmer in einer Umfrage zu verstehen gegeben, daß sie Geldmittel für den Widerstand gegen derartige Regelungen bereit stellen würden (Skocpol 1996a, 156/157; s. dazu auch Judis 1995, 68). Der Verband arbeitete daher vehement gegen eine mögliche Umsetzung entsprechender Bestimmungen. John Motley von der NFIB in einem Interview mit dem Center for Public Integrity:

"I see us in a position, us the business community, the opposing force, in a position of controlling between 55 and 60 votes in the Senate ... Not controlling, but you know, having. And I do think we

105 Die National Federation of Independent Business (NFIB) war unter den Unternehmensvereinigungen und Unternehmen, die bereits 1991 die Healthcare Equity Action League (HEAL) gegründet hatten. Das Bündnis unterstützte die Idee von managed competition und wandte sich gegen Arbeitgeberzwangsbeiträge, Arbeitgebersteuern auf Löhne und Gehälter, globale Deckelung und Preiskontrollen (Center for Public Integrity 1995b, 624/625).

probably have a majority in the House...”
(Center for Public Integrity 1995a, 416).

An Anhörungen der Health Care Task Force nahm die National Federation of Independent Business aus eigener Entscheidung nicht teil. Auch versuchte die Organisation erst gar nicht, verschiedene Kongreßkomitees zu beeinflussen, bei denen keine Erfolgchancen gesehen wurden, sondern konzentrierte ihre Bemühungen auf das Energy and Commerce Committee des Repräsentantenhauses, welches letztendlich keinen Vorschlag hervorbringen konnte, teilweise weil eine Einigung über Arbeitgeberbeiträge nicht zustande kam (s. Lewis 1994; Center for Public Integrity 1995b, 625).

Auch hinsichtlich anderer wesentlicher Interessenorganisationen der Unternehmerschaft waren die Bemühungen der Clinton-Administration wenig erfolgreich, insofern sich das Chamber of Commerce, der Business Roundtable sowie die National Association of Manufacturers öffentlich für den Cooper-Plan aussprachen, den mehr marktorientierten managed competition-Vorschlag (s. Tab. 5, S. 78). Das Chamber of Commerce ist mit über 200.000 Mitgliedern die größte Vertretung von Unternehmerinteressen in den USA. 96 % der Mitglieder beschäftigen weniger als 100 Arbeitnehmer (Ramsey 1995, 181/182). Das Chamber hatte ursprünglich Arbeitgeberbeiträge unterstützt und war an der Entwicklung der Finanzierungsmechanismen des Clinton-Plans beteiligt (Center for Public Integrity 1995b, 624). Der Vorsitzende des Gesundheitskomitees des Chamber gab vor seiner Stellungnahme vor dem Ways and Means Committee des Repräsentantenhauses eine Kopie seiner Rede ab, die Unterstützung für eine Kompromißversion einer Gesundheitsreform signalisierte und die graduelle Einführung eines Arbeitgeberbeitrages befürwortete. Als konservative Republikaner von der geplanten Rede vor dem Kongreß-Komitee erfuhren, veranlaßten sie Mitglieder des Chamber of Commerce, der Führung ihren Unwillen über Arbeitgeberbeiträge kund zu tun, so daß die Rede neu geschrieben und Arbeitgeberbeiträge abgelehnt wurden (s. Judis 1995, 68/69; Schick 1995, 243)

Auch die National Federation of Independent Business (NFIB) hat erheblichen, wenn auch indirekten, Einfluß auf die Stellung des Chamber of Commerce gehabt. So ist die Unterstützung des Cooper-Vorschlags durch das Chamber of Commerce auf den Einfluß der NFIB zurückzuführen, welche in der Lage war, ihre Truppen wie niemals vorher zu mobilisieren, um das Vorhaben zu bekämpfen (Case 1994). Die National Federation of Independent Business hatte monatelang eine effektive Kampagne gegen Arbeitgeberbeiträge geführt, aufgrund derer bestimmte Mitgliedsunternehmen des Chamber of Commerce die Führung der Organisation derart unter Druck setzten, daß die Handelskammer ihre Haltung bezüglich Arbeitgeberbeiträgen umkehrte, die Unterstützung für universelle Absicherung zurücknahm (s. Judis 1995, 69) und den Cooper-Vorschlag umfaßte¹⁰⁶ (Center for Public Integrity 1995b, 622-624; s. auch Rich/Devroy 1994).

Der Business Roundtable, welcher ca. 200 der größten Unternehmen der USA vertritt, begründete

106 Das Chamber of Commerce unterstützte unabhängig von einem bestimmten Plan Qualitätsprüfung von Versicherungsplänen, Nachfragerpools, Reform des Entschädigungsrechts bei ärztlichen Behandlungsfehlern (malpractice reform) sowie die steuerliche Absetzbarkeit von Versicherungskosten für Selbständige (Center for Public Integrity 1995b, 623).

seinen Schritt in Richtung Cooper-Plan damit, daß dieser Vorschlag auf Marktmechanismen anstelle von Regulation aufgebaut sei (Center for Public Integrity 1995b, 623). Die Ablehnung des Clinton-Plans durch die Organisation kam jedoch nicht überraschend, da entscheidende Komitees des Business Roundtable unter der Leitung führender Angehöriger der Prudential Versicherungsgesellschaft standen (s. dazu Judis 1995, 69/70; Skocpol 1996a, 157/158). Ebenso wie das Chamber of Commerce und der Business Roundtable hatte sich im Februar 1994 auch die National Association of Manufacturers, die mehr als 12.000 Unternehmen vertritt (Ramsey 1995, 303), hinter den Cooper-Plan gestellt. Allerdings waren die Abstimmungen in den Gremien der Verbände nicht einstimmig ausgefallen und einige große Unternehmen wie General Motors, Ford oder General Electric hatten sich von den Entscheidungen distanziert (Clymer 1994a; Pear 1994b; Uchitelle 1994).

3.5. Die Republikanische Partei und der Einfluß der anti-government Ideologie

Auf Kongreßebene sahen sich die Reformer nicht nur einer Republikanischen Partei gegenüber, die einen Anteil am Entscheidungsprozeß haben und Konzessionen bezüglich des Ausgangs der Diskussion erreichen wollte, sondern neben verhandlungsbereiten Abgeordneten stellte sich mit dem rechten Flügel der Partei eine tiefere ideologische Opposition den von Clinton angestrebten Veränderungen gegenüber. Anfang der 1990er war in der Republikanischen Partei eine konservative, anti-government Bewegung auf dem Vormarsch, die entschlossen war, die Regierung wieder zu übernehmen und Bundesprogramme zu kürzen oder zu eliminieren. Was der Bewegung noch fehlte, war ein Angriffspunkt, mit dem die Mittelklasse umworben werden konnte und lokale Gruppierungen, die eine anti-government Politik vertraten, vereinigt würden (Skocpol 1996a, S.XIII). Mit Clinton's Plan zur Reformierung des Gesundheitssystems bot sich dem rechten Flügel der Republikanischen Partei und angegliederten Vereinigungen dieser Angriffspunkt. Der damalige republikanische Whip¹⁰⁷ des Repräsentantenhauses Newt Gingrich und der konservative Republikaner Dick Armey stellten sich von Beginn an gegen eine Reform. Schienen sie zuerst nur Randerscheinungen zu sein, wurden sie bald, wie Skocpol schreibt:

“...forerunners of a burgeoning right-wing crusade - a campaign to counter not only the Clinton Health Security plan but also the premise that America faced a “health care crisis” and needed any sort of comprehensive reform through government legislation. In late 1993, insurgent antigovernment Republicans realized that their ideological fortunes within their own party, as well as the Republican partisan interest in weakening the Democrats as a prelude to winning control of Congress and the presidency, could be splendidly served by first demonizing and then totally defeating the Clinton plan, along with any compromise variant devised by congressional Democratic leaders.”

(Skocpol 1996a, 144/145)

107 Jede der beiden Parteien (Demokraten und Republikaner) hat je einen Whip (“Einpeitscher”) im Senat und im Repräsentantenhaus. Ihre/Seine Aufgabe besteht darin, die Teilnahme an Sitzungen sicher zu stellen sowie die Parteimitglieder vor Abstimmungen in eine möglichst einheitliche Linie zu bringen.

Gegen Ende 1993 realisierten Republikaner des rechten Flügels, daß ihr ideologisches Schicksal innerhalb ihrer Partei und das gemeinsame republikanische Interesse an der Schwächung der Demokraten als Vorspiel zur Übernahme des Kongresses und der Präsidentschaft hervorragend durch die Dämonisierung und anschließende völlige Besiegung des Clinton-Plans unterstützt werden konnte (Skocpol 1995b, 76). Gingrich hielt die Blockierung des Clinton-Plans für das entscheidende Mittel, den Werdegang des Landes umzugestalten. Eine Umsetzung der Vorstellungen Clinton's oder Teile davon hätte in den Augen Gingrich's und seiner Verbündeten das Ende des American marketplace bedeutet und zu einem sozialen Wohlfahrtsstaat mit größerer Abhängigkeit von Regierungsprogrammen sowie einer Vermehrung der Wählerstimmen für Demokraten geführt. Die Gingrich-Allianz wollte stattdessen nach Übernahme des Kongresses die Abhängigkeit von steuerfinanzierten demokratischen Regierungsprogrammen brechen, liberale Wählergruppierungen zerstören und das Gedeihen einer unternehmerfreundlichen Nation mit minimaler Regierungsrolle und möglichst wenigen Steuern fördern (Johnson/Broder 1996, 11/12).

Das Republican National Committee hat der Kritik der Health Insurance Association of America sowie der National Federation of Independent Business Rückhalt gegeben und eine eigene Anzeigenkampagne gegen den Clinton-Plan ins Leben gerufen. Kritisiert wurden vor allem Arbeitgeberbeiträge, potentielle Preisfestlegung, Rationierung von Gesundheitsleistungen, höhere Steuern sowie der eventuelle Verlust von Arbeitsplätzen in kleineren Unternehmen (Center for Public Integrity 1996, 22/23). Ideologisch unterstützt wurde die Anti-Gesundheitsreform-Polemik vom im November 1993 ins Leben gerufenen Project for the Republican Future unter dem Vorsitz von William Kristol, welcher die mögliche Durchsetzung einer Gesundheitsreform als Bedrohung für die Republikanische Partei ansah, da die Demokraten in einem solchen Fall wieder als "generous protector of middle-class interests" angesehen würden. Kristol war der Ansicht, daß eine "aggressive and uncompromising counterstrategy" der Republikaner letztendlich den Plan zu Fall bringen könnte, wenn es gelang, die amerikanische Mittelklasse davon zu überzeugen, daß es keine nationale Krise des Gesundheitssystems gäbe und zwangsweise Gesundheitsallianzen sowie Preiskontrollen durch die Regierung den Charakter, die Qualität und den Erfindungsreichtum des amerikanischen Medizinsystems zerstören würden (s. Skocpol 1995b, 76), mit dem die meisten Amerikaner Umfragen zufolge zufrieden waren. Die Strategie zur Beeinflussung der Mittelklasse sei, Angst vor Verminderung der persönlichen Behandlungsqualität durch den Clinton-Entwurf zu erzeugen. Die Zurückweisung des Vorschlag durch den Kongreß und die Öffentlichkeit wäre sowohl ein Rückschlag für Clinton als auch Beweis, daß der demokratische Wohlfahrtsstaat-Liberalismus weiterhin auf dem Rückzug sei. Kristol äußerte sich im November 1993 in einem Interview mit der Zeitschrift der konservativen Heritage Foundation, Policy Review, wie folgt:

"We want to use the health care debate as a model for routing contemporary liberalism and advancing an aggressive conservative activist agenda. The health care plan is, as Clinton himself has said, the centerpiece of his presidency and the centerpiece of contemporary liberalism's domestic agenda. It is important that it be defeated not only because it would be bad for health care in this country, but because it could be the key to unraveling Clintonism, and thereby laying the groundwork for a counter-offensive on behalf of the conservative reform agenda. We have the

opportunity to turn the health care debate into liberalism's Afghanistan - the over-reaching that exposes liberalism's weaknesses and causes its collapse ... The goal over the next several months should not be simply to wound the proposal, to nitpick the numbers or criticize some of the most onerous provisions, but to defeat the Clinton plan root and branch ... Mr. Clinton's health care proposal is a huge political opportunity for Republicans and conservatives. It gives us a chance to delegitimize contemporary liberalism in a way that normal policy debates don't..."

(Policy Review 1994, 15; s. auch Moffit 1994).

Die Stimmen moderater Republikaner wie Bob Packwood, David Durenberg oder John Chafee wurden von konservativen Ideologen der Partei zurückgedrängt (s. dazu Kosterlitz 1994e, 1945; Farrell/Gosselin 1994). Einflußreichstes Parteimitglied im Kongreß war Bob Dole, damaliger Minderheitsführer im Senat (zu Dole's Haltung s. Martin 1997; Rubin 1994a, 23), welcher sich nach der Präsentation des Health Security Act zur Zusammenarbeit bereit zeigte, um universelle Absicherung zu erlangen. Als der konservative Flügel innerhalb der Republikanischen Partei die Oberhand gewann, wich Dole, der Ambitionen auf die Präsidentschaftskandidatur seiner Partei hatte, von seiner Kompromißhaltung ab und schloß sich Anfang 1994 für kurze Zeit sogar der Ideologie Kristol's an und leugnete eine Krise des Gesundheitssystems ab. Ebenso wie andere Mitglieder seiner Partei sprach er von "Problemen", die sich durch minimale Eingriffe würden beheben lassen (Gosselin 1994a; Lawrence 1994). Dole ließ diese Position später wieder fallen und arbeitete an der main-stream-coalition (s. S. 82) mit, deren Bemühungen aber letztendlich zu keinem Ergebnis führten.

Auf der Seite der Parteibasis nahm die Christian Coalition den Kampf gegen den Clinton-Plan auf. Gegründet 1989 unter der Direktorschaft von Ralph Reed vertritt das Bündnis einen Standpunkt gewisser "pro-family values"¹⁰⁸ und verbreitet seine Position vor allem während kirchlicher Aktivitäten, wodurch ein erheblicher Teil der Bevölkerung sowie einflußreiche Gemeindemitglieder erreicht wurden. Im Laufe des Jahres 1994 versammelte der konservative Gegenangriff immer mehr Alliierte und die anti-government Konservativen innerhalb der Republikanischen Partei erhielten zunehmend Ressourcen und Unterstützung¹⁰⁹. Sowohl moderate Republikaner als auch Führer von

108 Die Christian Coalition will nach eigenen Aussagen die nach Meinung ihrer Mitglieder hoch angesehenen Werte der Nachkriegsära wieder herstellen wie militärische Stärke, moralische Fundierung der Gesellschaft und US-amerikanische Vorreiterposition für den Rest der Welt. Reed schreibt: "The America envisioned by religious conservatives ... encompasses much of what was good about America for most of the history of the republic and adds to this some more recent gains. As the foundation: marriages that work and a far greater proportion of intact two-parent families. Lower taxes, less bureaucracy, leaner government programs. A thriving, expanding economy with less job-killing government regulation ... Greater empowerment of private citizens to free themselves from dependency on government programs ..." (Reed 1994a, 3). Diese anti-regulatorische, gegen Regierungsprogramme eingestellte Position richtete sich naturgemäß gegen Reformvorschläge im Gesundheitssystembereich, welche staatliche Eingriffe ermutigten, wie z.B. der Clinton-Plan oder single-payer-Entwürfe. S. auch Reed 1994b; Perry 1994; Seib 1993.

109 Ideologen und konservative Forschungsinstitute attackierten den Plan; Kleinunternehmer, die National Federation of Independent Business u.a. mobilisierten gegen Arbeitgeber-Pflichtbeiträge (Skocpol 1995b, 76); Radio Talk Show-Moderatoren des rechten Flügels bezogen Stellung gegen den Plan und erreichten mit ihren Programmen Millionen von Hörern (Limbaugh 1993, insb. 151ff; Egan 1995). Auch rechte christliche Gruppierungen, die mit den Clintons bereits um kulturelle Themen im Zwiespalt standen, widmeten substantielle Ressourcen im Kampf gegen eine Gesundheitsreform (Toner 1994b)

kompromißbereiten Interessengruppen, die anfangs zu Verhandlungen bereit waren, wichen angesichts des Drucks von ihrer Kooperationsbereitschaft ab (Skocpol 1995b, 73).

Die ideologische Auseinandersetzung um die zukünftige politische Struktur der Vereinigten Staaten – Beibehaltung oder Ausbau staatlicher Verantwortlichkeit gegenüber weitgehender Abkehr von staatlichen Eingriffen – machte auch deutlich, daß in der US-amerikanischen Gesellschaft noch nicht geklärt ist, ob der Schutz vor den finanziellen Folgen von Krankheit ein Recht für die gesamte Bevölkerung und damit den Staatsaufgaben zuzurechnen ist, oder ob die Vorsorge dafür in die Verantwortung des Einzelnen fällt. Die Ablehnung eines mit stärkerer Staatskontrolle versehenen Systems war Grundlage der Reden republikanischer Abgeordneter und Stellungnahmen politischer Beobachter¹¹⁰ sowie der Anzeigen von Versicherungsunternehmen, der American Medical Association und konservativer Gruppierungen. Die Befürworter eines Mittelweges in der Gesundheitsdebatte sowie die Anhänger eines single payer-Systems wurden wie in vorangegangenen Jahrzehnten mit der Metapher „sozialistischer Medizin“ versehen. Die Reformgegner argumentierten mit der Gefahr zusätzlichen Bürokratismus, der Beschränkung lebensrettender medizinischer Innovationen und einer eventuell notwendig werdenden Rationalisierung von Gesundheitsleistungen.

4. DIE STELLUNG DER BEFÜRWORDER STRUKTURELLER REFORMEN

Anders als den Gegnern struktureller Reformen, welche das Streben nach Verhinderung des Clinton-Plans vereinigte, gelang es den Befürwortern nie, sich hinter einer einheitlichen Position zusammen zu schließen. Einflußreiche Bürgerorganisationen, die mittels weitverbreiteter Informationskampagnen das öffentliche Meinungsbild beeinflussen können, waren zwischen single payer-Vorstellungen und dem Clinton-Entwurf gespalten. Gruppierungen wie Citizen Action, Consumer Union und Families USA standen prinzipiell für ein single payer-System, unterstützten in ihren Informationsbroschüren aber Clinton's Vorstellungen. Families USA begründete dies damit, daß Clinton's Entwurf die besten Erfolgchancen auf wirkliche Reform versprach (Center for Public Integrity 1996, 30,31). Public Citizen hat ebenso wie Physicians for a National Health Program nie die Unterstützung für ein single payer-System aufgegeben und Zeitungsanzeigen gegen den Clinton-Plan sowie die großen Versicherungsunternehmen und deren pekuniäres Interesse an managed competition finanziert (Center for Public Integrity 1996, 30). Andere Gruppen wie die Kaiser Family Foundation und die League of Women Voters waren überparteiliche Organisationen, die den Clinton-Plan zwar unterstützten und dessen Ziele propagierten, den Plan aber nicht namentlich nennen durften (Skocpol 1996a, 97).

Auf seiten beruflicher Interessenvertretungen standen öffentlich für den Clinton-Plan die American Nurses Association, da er die Rolle von Krankenschwestern gegenüber Ärzten gestärkt hätte (s. Haggerty 1993) sowie zehn Arztgruppen, die sich von der Kritik der American Medical Association am Plan distanziert hatten (s. Pear 1993f). Die einflußreichsten Gruppierungen im Lager der Strukture-

110 P. Peterson 1993, 144ff; Skocpol 1995c, 295.

former waren die Gewerkschaften und die American Association of Retired Persons (AARP).

4.1. Die Strategie der Demokratischen Partei

Das Democratic National Committee (DNC) hatte zur Promotion des Clinton-Plans eine überparteiliche Stiftung, die National Health Care Campaign, gegründet, welche Geld von Unternehmen, Gewerkschaften und anderen Organisationen für eine Werbekampagne zugunsten des Clinton-Plans aufbringen sollte (s. Priest/Devroy 1993). Diese Art von Promotion für den Health Security Act kam schnell unter heftige Kritik und die Stiftung wurde vom DNC wieder fallen gelassen. Stattdessen startete das Democratic National Committee selber eine Werbekampagne, was wiederum von Mitgliedern der Organisation kritisiert wurde, welche die Finanzmittel des DNC ihrem eigentlichen Verwendungszweck zugewendet sehen wollten, der Unterstützung von Wahlkämpfen demokratischer Politiker (Center for Public Integrity 1996, 21). Dennoch begann das Democratic National Committee im April 1994 eine Anzeigenserie und sendete ab Juli 1994 TV-Spots gegen die "Harry and Louise"-Werbefilme (s. Kap. II-3.1.) der Health Insurance Association of America (s. New York Times 1994a), die jedoch wenig einflußreich waren. Nachdem ersichtlich geworden war, daß die Bemühungen des DNC wenig Erfolg zeigten, wurde das Health Care Reform Project zur weiteren Promotion des Clinton-Plans gebildet, eine Koalition aus verschiedenen Gruppen wie der American Association of Retired Persons (AARP), Families USA sowie einiger Gewerkschaften (Center for Public Integrity 1996, 24). Die Kampagnen der Reformgegner konnten dennoch nicht aufgewogen werden.

In der Demokratischen Partei an sich konnte nie Einigung auf und Unterstützung für den Clinton-Plan oder einen anderen Vorschlag erlangt werden. Die Partei ist homogen und ihre Abgeordneten rangieren von unternehmerfreundlich bis liberal, d.h. dem linken politischen Spektrum zugehörig. Der "Hyperpluralismus" durch die Vervielfältigung von Interessengruppen hat auch die Unterschiede zwischen den Abgeordneten verschärft (s. Rauch 1994, Kap.3). Der Großteil der demokratischen Abgeordneten hatte langjährige Verbindungen zu bestimmten Interessenvertretungen, auf dessen Geldmittel sie für ihre Wahlkampagnen angewiesen waren (Skocpol 1996a, 100), was die Parteisolidarität überlagerte. Im Kongreß kursierten von demokratischer Seite neben dem Health Security Act Clinton's der single payer-Entwurf durch die Abgeordneten Wellstone und McDermott sowie auf der rechten Seite der Cooper-Vorschlag. Obwohl single payer-Advokaten im Ernstfall augenscheinlich bereit waren, für den Clinton-Plan zu stimmen, da er universelle Absicherung versprach und den Bundesstaaten Experimente mit single payer-Modellen einräumte, unterstützten Teile der Parteibasis in den Wahlkreisen nach wie vor den Wellstone/McDermott-Vorschlag, was öffentliche Unterstützung für den Clinton-Plan zusätzlich untergrub (ebd., 103). Vom Cooper-Plan andererseits fühlten sich insbesondere konservative Demokraten angezogen, deren Wahlkreis eine Vielzahl kleiner Unternehmen umfaßte, was die Demokratische Partei weiter spaltete (ebd., 104). Für die Durchsetzung eines Reformentwurfs kam erschwerend hinzu, daß einzelne führende Demokraten den Politikprozeß komplizierten. So hatte Senator Daniel Patrick Moynihan, Vorsitzender des Senate

Finance Committee, seine eigene Meinung und niemand wußte, wie das Komitee hinsichtlich der vorliegenden Reformentwürfe handeln würde. Diese Unsicherheit hatte Einfluß auf den gesamten Gesetzgebungsgang (ebd., 101).

Das Weiße Haus trug nicht genügend dazu bei, die Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Demokratischen Partei zu bereinigen. Während einer Zeit, zu der die Augen der Clinton-Administration auf die Promotion des Health Security Act hätten gerichtet sein sollen, bestimmten andere Themen den Zeitplan: Die Gesetzgebung zur Reduzierung des Haushaltsdefizits, das North American Free Trade Agreement (NAFTA), Krisen in Somalia, Haiti und Bosnien, ein Eklat in der Abteilung für Dienstreisen des Weißen Hauses sowie ab Mitte Dezember 1993 der Whitewater-Skandal, welcher insbesondere von republikanischer Seite gegen die Clintons und den Clinton-Vorschlag benutzt wurde (Center for Public Integrity 1995a, 444).

4.2. Die Arbeitnehmervertretungen

Die größte Gewerkschaftsorganisation der USA, die American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO), vertritt als Dachverband 87 Gewerkschaften mit insgesamt 14 Mio. Mitgliedern und stand bezüglich einer Reform des Gesundheitssystems hinter universeller Absicherung mit grundlegender Finanzierung durch den Arbeitgeber (Center for Public Integrity 1996, 27). Im Zusammenhang mit der Durchsetzung des North American Free Trade Agreement (NAFTA) im Kongreß, von dem Arbeitnehmervertreter einen Verlust amerikanischer Arbeitsplätze befürchteten, kam es jedoch zu Unstimmigkeiten mit der Clinton-Administration. Gewerkschaftsführer hatten gedroht, die finanzielle Unterstützung für die Wahlkampfkampagnen der Demokratischen Partei einzustellen und gegen jene demokratischen Abgeordneten zu kämpfen, die NAFTA unterstützten. Aufgrund der Streitigkeiten um das Handelsabkommen konzentrierte sich die AFL-CIO im Herbst 1993 auf den Widerstand gegen NAFTA und die Verärgerung der Organisation gegenüber Präsident Clinton schlug sich auf die Unterstützung für den Health Security Act nieder, so daß von dieser Seite den bereits auf Hochtouren laufenden negativen Kampagnen der Reformgegner anfangs nichts entgegengehalten wurde.

Einige Wochen nach der Verabschiedung von NAFTA traf sich der Präsident der AFL-CIO, Lane Kirkland, mit Clinton und man versuchte, den Streit hinter sich zu lassen. Die Gewerkschaftsvereinigung unterstützte dann in der Folge den Clinton-Plan¹¹¹. Innerhalb der AFL-CIO gab es zwar Unstimmigkeiten über die zukünftige Gestaltung des Gesundheitssystems, da einige Mitglieds-Gewerkschaften ein single payer-System anstrebten; dennoch konnte die AFL-CIO in einem nach

¹¹¹ Navarro vertritt die Meinung, die AFL-CIO hätte den Clinton-Plan umfaßt und ein single payer-System aufgegeben, um durch eine Versicherungspflicht über Arbeitgeberzwangsbeitrag die Verhandlungen um Krankenversicherung aus dem Bargaining-Prozeß zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern herauszunehmen (s. Navarro 1995b, 199). Dieses Argument greift jedoch nicht, da auch bei Umsetzung eines single payer-Systems Krankenversicherungsschutz nicht mehr Thema der Gewerkschaften-Arbeitgeber-Verhandlungen gewesen wären.

außen hin geschlossenen Bild für den Clinton-Plan eintreten, da für alle Mitgliedsgewerkschaften klar war, wer ihr Gegner war (Center for Public Integrity 1996, 28). Die AFL-CIO strahlte im Zusammenhang mit der Gesundheitsreformdebatte keine eigenen TV-Spots aus, sondern gab erhebliche Geldsummen an das Democratic National Committee sowie das Health Care Reform Project für deren Werbekampagnen (ebd., 27). Die Gewerkschaftsorganisation stellte \$ 10 Mio. zur Unterstützung des Clinton-Plans zur Verfügung, was die bis dahin größte, von der Gewerkschaftsvereinigung auf ein einzelnes Thema verwendete Geldsumme ausmachte (Kilborn 1994).

4.3. Die American Association of Retired Persons (AARP)

Die American Association of Retired Persons (AARP) ist die führende Interessenvertretung Älterer. Sie hat mit 33 Mio. Mitgliedern doppelt so viele Angehörige wie die AFL-CIO und verfügt über den fünffachen Haushalt (Center for Public Integrity 1996, 27). Auf gesundheitspolitischer Ebene unterstützt die AARP Zugang zu umfassenden, finanzierbaren medizinischen Leistungen und tritt für ein nationales Krankenversicherungssystem ein (Ramsey 1995, 34). Das besondere Augenmerk der Organisation richtet sich naturgemäß auf die Interessen von Senioren, so daß in erster Linie für die Verbesserung der Medicare-Leistungen, die Kontrolle von Arzneimittelkosten sowie die Erleichterung des Zugangs zu Langzeitpflege gekämpft wird (Center for Public Integrity 1996, 24). Die AARP strebt die Ausdehnung von Präventivleistungen an, eine Deckelung der Eigenbeteiligungen sowie den Schutz von Personen über 65 mit geringem Einkommen (ebd., 26). Während des ersten Jahres der Clinton-Administration hat das Weiße Haus eng mit der AARP zusammen gearbeitet und John Rother, Direktor der AARP, wurde Leiter des Health Care Reform Project (ebd., 24).

Bereits bei der Erstellung des Health Security Act war das Clinton-Team bemüht gewesen, die Unterstützung der American Association of Retired Persons zu erlangen, daher die Aufnahme der Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Langzeitpflege in den Gesetzentwurf. Obwohl die Interessenorganisation der Senioren ein Vertreter universeller Krankenversicherung war, umfaßte sie nicht offiziell den Clinton-Plan, hielt ihn jedoch am erfolgversprechendsten, die Ziele der AARP hinsichtlich einer Gesundheitsreform zu erreichen (Pear 1994c). Diese Zurückhaltung wurde von den Medien als Ablehnung des Vorschlags dargestellt. John Rother dazu:

”The story got out of control from our point of view ... we said, ‘Well, your plan is the strongest and most realistic’. It wasn’t an endorsement, but you [the White House] could’ve easily said we welcome their support ... Instead, it’s either ‘you’re with us or you’re against us’. The press picked that up and the press ran the story —Refuse to Endorse— which was not the truth at all ... my board was in complete shock because what they thought they were doing was very positive and the story that came out was negative.”

(Center for Public Integrity 1996, 25)

Die Distanz der AARP ist auf die Erfahrung ihrer Führung mit dem Medicare Catastrophic Coverage

Act 1988¹¹² zurückzuführen, welchen die AARP unterstützt hat, der jedoch nach heftigen Protesten wohlhabender Senioren vom Kongreß zurückgenommen wurde. Zudem führte das Bekanntwerden von Medicare-Kürzungen durch den Health Security Act zu sinkender Unterstützung des Plans unter älteren Amerikanern, so daß die AARP in der Diskussion lediglich grobe Reformziele umfaßte (Skocpol 1996a, 93/94). Zu bedenken ist aber auch, daß die AARP eine Übereinkunft mit der Prudential Versicherungsgesellschaft hat, im Rahmen derer sie ihren Mitgliedern Prudential's Zusatzversicherung zu Medicare anbietet und für den Einzug und die Weiterleitung der Versicherungsprämien 4 % derselben erhält. 1991 nahm die AARP so \$ 100 Mio. ein (Center for Public Integrity 1996, 24) und hat damit ein nicht unerhebliches Eigeninteresse am Fortbestand dieser Art Zusatzversicherung (s. auch New York Times 1996c).

Auf seiten der Befürworter umfassender Reformen standen damit eine Demokratische Partei, welche die Mehrheit im Kongreß hatte und den Präsidenten stellte, sich aber aufgrund unüberwindbarer Differenzen hinsichtlich der Zielvorstellungen nicht hinter einen einzelnen Entwurf stellen konnte und statt dessen zur weiteren Fragmentierung und Konfusion der Diskussion beitrug (s. Toner 1994a); das Weiße Haus, welches zu entscheidenden Zeitpunkten vorrangig mit anderen Themen beschäftigt war; eine im Gegensatz zu europäischen Ländern wenig einflußreiche Gewerkschaftsbewegung; die American Nurses Association; Bürgerbewegungen wie Citizen Action, Families USA und Consumer Union; sowie eine zwar einflußreiche, aber sich ambivalent zeigende American Association of Retired Persons.

5. DER EINFLUß VON LOBBYING

Die Gesetzesentwürfe zur Reform des Gesundheitssystems mußten zwei Senats- und drei Repräsentantenhauskomitees mit zahlreichen Unterkomitees passieren, und sowohl der Senat als auch das Repräsentantenhaus mußten sich auf jeweils einen Vorschlag einigen. Differenzen zwischen den Versionen der beiden Häuser hätten sodann beseitigt werden müssen, bevor ein zusammengefaßter Kompromißvorschlag dem Präsidenten zur Unterzeichnung hätte vorgelegt werden können (s. Abb.6, S. 83). In dieser Struktur haben Interessengruppen unzählige Möglichkeiten, auf den Gesetzgebungsprozeß einzuwirken, was angesichts einer zu großen Teilen auf privaten Mitteln basierenden Wahlkampffinanzierung in den USA um so größere Bedeutung besitzt. Aufgrund immer teurer werdender Kampagnen sind Politiker zunehmend auf Gelder von political action committees (PACs) angewiesen. PACs werden von Interessengruppen und anderen Organisationen allein zum Zweck der Spendeneinnahme und -weitergabe gebildet und erhalten ihre Mittel zum überwiegenden Teil durch Unternehmensvertreter oder Amerikaner der oberen Mittelschicht. Gleichzeitig haben die USA eine niedrige Wahlbeteiligung zu verzeichnen mit überproportionalen

112 Mit dem Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988 sollten die hohen Eigenbeteiligungen für Ältere mit geringem Einkommen abgemildert werden. Die Finanzierung erfolgte durch eine höhere Prämienbelastung finanziell besser gestellter Medicare-Versicherter, was unter diesen heftigen Widerstand hervorrief. Der Kongreß widerrief daraufhin das Gesetz.

Raten von Nichtwählern unter den niedrigen Einkommensgruppen¹¹³ (s. Clymer 1996k). Damit verschiebt sich policy-making immer mehr in Richtung privilegierter Gruppierungen (s. dazu Valelly 1990, 140ff; Ganz 1994, 100ff; Dreyfuss 1994, 42ff). In Washington existieren eine Vielzahl von Interessenorganisationen und Forschungsgruppen¹¹⁴, die Einfluß auf jeden Schritt der Gesetzgebung nehmen. Entgegen der Rechtfertigung von Politikern, daß die Beeinflussungen durch Interessengruppen sich gegenseitig aufheben, da sie von allen Seiten des Spektrums kommen, kann davon ausgegangen werden, daß das Verhalten von Abgeordneten im Diskussionsprozeß zur Gesundheitssystemreform wesentlich durch Lobbying beeinflusst wurde (s. Kemper/ Novak 1992).

Während Ärztevereinigungen, Versicherungsunternehmen, Pharmahersteller und andere Organisationen schon lange die Quelle beträchtlicher Geldsummen für Kongreßkampagnen waren, stiegen 1993 mit der ernsthaften Ankündigung einer Reform des Gesundheitssystems diese Lobbymittel stark an. Von Januar bis Oktober 1993 gingen schätzungsweise \$ 8,4 Mio. an Mitglieder des Kongresses. Hauptempfänger waren Politiker, die entscheidende Positionen in den an der Reform beteiligten Komitees innehatten (Lewis 1993)¹¹⁵. Das Center for Public Integrity hat in seiner Untersuchung über 650 Gruppierungen identifiziert, die zusammen mehr als \$ 100 Mio. in Lobbyingbemühungen zur Beeinflussung des Ausgangs der Gesundheitssystemreformdebatte verwendet haben (Center for Public Integrity 1996, 42).

Neben finanziellen Spenden oder der Finanzierung von Reisen zu "Informationsveranstaltungen" der Interessenorganisationen (s. Center for Public Integrity 1996, 33ff) spielt auch die "revolving door"-Politik eine Rolle, d.h. Abgeordnete oder Beschäftigte (staff members) der mit Gesundheitssystemfragen befaßten Kongreßkomitees erhalten nach Ende ihrer Amtszeit Stellungen im medizinisch-industriellen Komplex. So besteht der Großteil der Lobbyisten der Gesundheitsindustrie aus Personen, die vormals im Kongreß beschäftigt waren und weiterhin enge Verbindungen dorthin haben (s. auch Kemper/Novak 1992, 12; Navarro 1995b, 194). Mindestens 80 ehemalige Amtsträger aus dem Kongreß- und Verwaltungsbereich sind durch die "revolving door" gegangen (Center for Public Integrity 1995a, 414).

Lobbying durch Interessenvertretungen ist Bestandteil des Politikgeschehens. Mit der Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens 1993/94 zeigte die Beeinflussung der Legislative jedoch neue Dimensionen. Zum einen hatte die Kombination von unmittelbarer Mobilisation der Organisationsbasen und Nutzung öffentlicher Medien außergewöhnliche Effektivität (Center for Public

113 1992 wählten 47 % der Wahlberechtigten mit jährlichem Familieneinkommen zwischen \$ 10.000,- und \$ 14.999,- gegenüber 80 % mit jährlichem Familieneinkommen von \$ 50.000,- oder mehr (s. Clymer 1996k).

114 Das National Journal listete 1991 in einem Verzeichnis der bekanntesten Organisationen in Washington D.C. 328 Interessengruppen, 98 Forschungsgruppen, 288 gewerbliche Vereinigungen sowie 682 Unternehmenshauptquartiere auf (zur Ausbreitung von Interessenvertretungen s. Judis 1992).

115 Das Center for Public Integrity kam zu vergleichbaren Zahlen. Danach erhielten von 1993 bis Anfang 1994 Mitglieder der fünf an der Gesundheitsreform beteiligten Kongreßkomitees \$ 8.240.694,- von political action committees am Gesundheitssystem beteiligter Interessengruppen (Center for Public Integrity 1995a, 413).

Integrity 1995a, 419). Zum anderen erwiesen sich einige Gruppierungen als so stark, daß sie andere Stimmen nahezu vom Entscheidungsprozeß verdrängten. Ira Magaziner, Vorsitzender der Health Care Task Force Clinton's:

"When you look at money and power around the health care reform issue, it is concentrated among a few very large, well-heeled interests who want to maintain the status quo. Consumer groups and various public interests groups have nowhere near as much clout, pull, reach or money."

(Center for Public Integrity 1996, 43)

6. DIE FEHLGESCHLAGENE SUCHE NACH EINEM KOMPROMIß IM KONGREß

Was die Durchsetzbarkeit des Clinton-Plans erheblich erschwerte und zur Konfusion der Diskussion beitrug, war die Einbringung einer Vielzahl von Alternativvorschlägen in den Kongreß. Die Mitglieder der Demokratischen Partei waren zwischen dem Clinton-Plan sowie Entwürfen aus ihrem rechten (Cooper-Plan) und linken Flügel (McDermott-Vorschlag) gespalten (s. Tab. 5).

McDermott legte einen single payer-Plan vor, der universelle Versicherungspflicht in einem steuerfinanzierten System bei Auflösung von Medicare und Medicaid vorsah. Sowohl dem Bund als auch den einzelnen Staaten waren erhebliche Steuerkapazitäten hinsichtlich der Festsetzung von Budgets und der Kontrolle von Leistungsstandards zugedacht (zu single payer-Vorschlägen s. Kosterlitz 1993c, S.845; Connolly 1994a, 24ff).

Der Cooper-Plan hatte bereits 1992 Grundzüge angenommen (Kosterlitz 1992c; Center for Public Integrity 1995a, 444,445), als die Task Force Clinton's an der Erstellung des Health Security Act arbeitete. Advokaten eines mehr marktorientierten Modells von managed competition unter Führung des demokratischen Kongreßabgeordneten Jim Cooper formulierten einen Alternativvorschlag zum Clinton-Plan, der keine universelle Absicherung anstrebte, sondern Krankenversicherung auf freiwilliger Basis ohne Finanzierungsverpflichtung der Arbeitgeber vorsah. Hinsichtlich der Kontrolle des Systems sprach der Entwurf vage lediglich eine Deckelung von Teilen des Medicaid-Programms an, eine populäre Maßnahme, die in mehreren Vorschlägen auftauchte. Insbesondere konservative Demokraten aus Wahlkreisen mit einer Vielzahl kleiner Unternehmen umfaßten den Cooper-Plan und Jim Cooper selbst strebte einen Senatssitz für Tennessee an¹¹⁶ (s. Stout/Rogers 1993). Durch den Verzicht auf Prämien deckelung wären den Versicherungskosten für gesundheitlich Beeinträchtigte keine Grenzen gesetzt gewesen. Vorgesehene Subventionen für Personen mit geringem Einkommen hätten zwar zum Ausgleich beigetragen, nicht aber zur Kontrolle der Kosten. Dieser Entwurf war Anlaufpunkt für Unternehmer, Versicherer und Interessengruppen in der Gesundheitsindustrie, die zwar Interesse an einer Reform bekunden wollten, aber gegen Kostenkontrolle oder Mittel zur universellen Absicherung waren (Skocpol 1996a, 104).

Eine Analyse des Congressional Budget Office kam zu dem Schluß, daß durch den Cooper-Plan zwar 15 Mio. bisher nicht versicherte Personen Krankenversicherungsschutz erlangen würden,

116 Cooper wurde in der Wahl von einem konservativen Republikaner geschlagen (Skocpol 1996a, 105).

damit aber 24 Mio. weiterhin nicht abgesichert wären. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen würden sich bis 2004 um bis zu zwei Prozent im Vergleich zu den Kosten bei Beibehaltung des

Tabelle 5: Reformentwürfe von demokratischer Seite

	Health Security Act, Clinton H.R. 3600; S 1757	American Health Security Act of 1993, McDermott H.R. 1200; S 491	Managed Competition Act of 1993, Cooper/Breaux H.R.3222; S 1579
Organisationsstruktur	Individueller Anspruch durch pflichtmäßigen Abschluß privater Versicherungsverträge über regionale health alliances, große Unternehmen können eigene Allianzen bilden. Subventionen für Personen mit geringem Einkommen und kleinere Unternehmen.	Individueller Anspruch durch obligatorische Aufnahme in einem staatlich verwalteten Programm	Freiwillige Absicherung durch private Versicherungsverträge über purchasing cooperatives oder große Arbeitgeber. Arbeitgeber müssen Versicherungspläne anbieten, aber keine Zahlungen übernehmen. Subventionen für Personen mit geringem Einkommen.
Finanzierung	Arbeitgeber 80 % der Prämie des Grundleistungspakets, Arbeitnehmer den Rest. Ferner Reduzierung der Medicare- und Medicaidsteigerungsraten, Steuern für große Unternehmen, die eine eigene Allianz bilden, und Erhöhung der Tabaksteuer	Diverse Steuererhöhungen sowie Auflösung von Medicare und Medicaid	Individuelle Prämienzahlungen, freiwillige Arbeitgeberzahlungen sowie Reduzierung der Medicare- und Medicaidsteigerungsraten
Leistungen	Differenziert beschriebenes Grundleistungspaket	Differenziert beschriebenes Leistungspaket, umfangreicher als im Clinton-Plan	Grob umschriebenes Grundleistungspaket, weniger umfangreich als im Clinton-Plan
Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> -Limit für Steigerungsraten von Versicherungsprämien -Limit für staatliche Subventionsausgaben -Stärkung der Nachfragermacht durch Allianzen -Berichtigung des Wettbewerbs durch Beendigung der Risikoselektion von Versicherungsunternehmen -National Health Board zur Bestimmung des Grundleistungspakets, Überwachung der Prämiendeckung sowie Kontrolle der Einhaltung von Grundanforderungen in den Bundesstaaten -Förderung der ärztlichen Grundversorgung durch diverse Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> -Staatliches Budget für Gesundheitsausgaben -Aushandlungen von Budgets zwischen Leistungsanbietern und Bundesstaaten -National Health Board zur Festlegung von Leistungsstandards und Unterstützung der Bundesstaaten in der Budgetsetzung -Errichtung diverser Kommissionen mit Kontrollfunktionen -Förderung der ärztlichen Grundversorgung durch verschiedene Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> -Limits für Subventionen -Stärkung der Nachfragermacht durch Kooperativen -Berichtigung des Wettbewerbs durch Verminderung der Risikoselektion von Versicherungsunternehmen -Health Care Standards Commission, die das Leistungspaket festlegen sowie die Faktoren zum Risikoausgleich bestimmen soll -Förderung der ärztlichen Grundversorgung - Erleichterung des Zugangs durch Reformierung des Versicherungsmarktes und Steuererleichterungen

Tabelle 6: Reformentwürfe aus den Reihen der Republikanischen Partei

	Health Equity and Access Reform Today Act, Chafee/Thomas H.R.3704; S 1770;	Affordable Health Care Now Act, Michel H.R. 3080; S 1533	Consumer Choice Health Security Act, Stearns/Nickles H.R. 3698; S1743
Organisationsstruktur	Individueller Anspruch durch pflichtmäßigen Abschluß privater Versicherungsverträge über purchasing cooperatives, Unternehmen ab 100 Beschäftigten können eigene Kooperativen bilden. Subventionen für Personen mit geringem Einkommen.	Freiwilliger Abschluß privater Versicherung, jeder Arbeitgeber muß einen Grundplan anbieten, aber keine Zahlungen übernehmen. Ausdehnung des Medicaidprogramms.	Freiwilliger Abschluß privater Versicherung, finanzielle Strafe bei Nichtabschluß. Neuverteilung der Medicaidmittel, um den Berechtigtenkreis auszudehnen.
Finanzierung	Individuelle Prämienzahlungen, freiwillige Arbeitgeberzahlungen sowie Reduzierung der Medicare- und Medicaidsteigerungsraten	Individuelle Prämienzahlungen, freiwillige Arbeitgeberzahlungen sowie Reduzierung der Medicare- und Medicaidsteigerungsraten	Individuelle Prämienzahlungen sowie Reduzierung der Medicare- und Medicaidsteigerungsraten
Leistungen	Grob umschriebenes Grundleistungspaket, weniger umfangreich als im Clinton-Plan	Kein Grundleistungspaket, grob umschriebene Minimalanforderungen an Leistungen von Versicherungsplänen	Grob umschriebene Leistungsansprüche, wesentlich eingeschränkter als im Clinton-Plan
Steuerung	-Deckelung der Medicaid-Steigerungsrate -Stärkung der Nachfragermacht durch Kooperativen -Berichtigung des Wettbewerbs durch Beendigung der Risikoselektion von Versicherungsunternehmen -Health Standards Commission, die Leistungen sowie Kostenbeteiligungen vorschlagen soll -Steuererleichterungen für Mediziner, die ärztliche Grundversorgung in unterversorgten Gebieten praktizieren	-Deckelung von Teilen des Medicaid-Programms -Errichtung eines Office of Private Health Care Coverage	Deckelung von Teilen des Medicaid-Programms

Status Quo verringern. Demgegenüber berechnete das Congressional Budget Office einen Fehlbetrag bei den Subventionen für Personen mit geringem Einkommen in Höhe von \$ 35 Milliarden für fünf Jahre (Congressional Budget Office 1994b, 19-21, 25).

Der Cooper-Plan ähnelte in seinen Strukturmechanismen mehr dem Reigen republikanischer, markt-orientierter Vorschläge, deren wichtigste in Tabelle 6 dargelegt sind. Als Schlüssel zur Kostenkontrolle und Ausdehnung des versicherten Personenkreises wurde eine Reorganisation des bestehenden Versicherungsmarktes als ausreichend betrachtet. Theoretisch sollte durch die Abmilderung von Wettbewerbsungleichheiten Versicherten ermöglicht werden, Preise für Versicherungspläne zu vergleichen und kostenbewußte Entscheidungen zu treffen. Ferner sollten mittels eines verstärkten Wettbewerbs zwischen Versicherungsunternehmen Kosten stabilisiert werden, was letztendlich

Versicherungsschutz für mehr Personen erschwinglich machen sollte (s. Rubin 1994b, 887).

Bei den Vorschlägen von republikanischer Seite sah allein der Chafee-Plan universelle Absicherung vor, jedoch ohne pflichtmäßige, sondern lediglich freiwillige Arbeitgeberbeteiligung. Ebenso wie der Clinton- und der Cooper-Plan sollte die Versicherung prinzipiell über Nachfragerzusammenschlüsse (alliances/cooperatives) erfolgen. Wesentliche Steuerungsinstrumente des Chafee-Vorschlags waren die Stärkung der Nachfragermacht durch Kooperativen sowie die vorgesehene Beendigung der Risikoselektion von Versicherungsunternehmen. Michel und Stearns/Nickles dagegen wollten das bestehende System nahezu unangetastet lassen und als Regulierung nur Teile des Medicaid-Programms deckeln. Diese Vorschläge sowie der Cooper-Plan hatten gemeinsam, daß sie lediglich im bestehenden System die Marktkräfte korrigierend wirken lassen wollten, z.B. durch Stärkung der Nachfragermacht oder Ausgleich des Wettbewerbs unter Versicherungsunternehmen. Deckelungen waren einzig im Medicaidbereich vorgesehen und hätten eine Personengruppe getroffen, die wenig oder keinen Einfluß auf politische Entscheidungen hat. Das populäre Medicare-Programm wurde nicht angetastet. Die Einbringung verbindlicher Steuerungsmechanismen wie Budgets oder Prämiendeckung in das Gesundheitssystem und damit eine stärkere Regierungsbeteiligung wurden abgelehnt.

Aus den unterschiedlichen Reformvorschlägen hatten vier der fünf beteiligten Kongreßkomitees in ihren Beratungen Kompromißentwürfe entwickelt (s. Tabelle 7). Lediglich im Energy and Commerce Committee des Repräsentantenhauses war eine Einigung nicht zustande gekommen, offensichtlich aufgrund der umstrittenen Arbeitgeberbeteiligung an der Finanzierung (Donovan 1994b)¹¹⁷. In Bezug auf die Schlüsselemente des Clinton-Plans - universelle Absicherung, Arbeitgeberbeitrag, Allianzen und Kostenkontrolle durch Prämienlimits - waren die Komitees zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangt (s. Rubin 1994f, 1868/1869). Das Human Resources Committee des Senats sowie die Komitees Ways and Means und Education and Labor im Repräsentantenhaus umfaßten universelle Absicherung mit überwiegender Finanzierung durch den Arbeitgeber. Das Education and Labor Committee verabschiedete noch einen zweiten Entwurf, der ein single payer-System zur Grundlage hatte. Die drei Komitees griffen außerdem auf eine Begrenzung der Prämiensteigerungsraten zurück. Das Finance Committee des Senats, welches als einziges Komitee einen Plan mit bedeutender überparteilicher Unterstützung umfaßte, konnte seinen Vorschlag nur verabschieden, nachdem universelle Absicherung, zwangsweise Arbeitgeberbeiträge und Kostenkontrollen

117 Das Energy and Commerce Committee des Repräsentantenhauses unter dem Vorsitz von John Dingell arbeitete an einem Kompromiß, der universelle Absicherung vorsah, aber auf Gesundheitsallianzen sowie einen Arbeitgeberbeitrag für kleine Unternehmen verzichtete (Rubin/Donovan/Glover 1994, 892). Die National Federation of Independent Business, (NFIB), die jegliche Arbeitgeberbeteiligung in die Finanzierung ablehnte, aktivierte ihre Mitglieder und setzte gemeinsam mit konservativen Republikanern insbesondere das demokratische Komitee-Mitglied Jim Slattery unter Druck, der sich zur Gouverneurswahl in Kansas gestellt hatte und die Kleinunternehmer in diesem Staat nicht verärgern wollte. Dem Komitee fehlte letztendlich eine Stimme zur Verabschiedung eines Kompromißvorschlags (s. dazu Martin 1997).

fallengelassen wurden¹¹⁸. Die Gesundheitsallianzen wurden im Endeffekt von allen Komitees auf freiwillige Basis gestellt (Rubin 1994f, 1868/1869; Center for Public Integrity 1995a, 447).

Tabelle 7: Ergebnisse der Komitee-Beratungen im Vergleich mit den Schlüsselementen des Clinton-Vorschlags

	Univ. Absicherung	Arbeitgeberbeitrag	Allianzen	Prämienlimits
Clinton	1998	Arbeitgeber 80 %, Steuererleichterungen für bestimmte Firmen	Jeder bis auf Firmen mit mehr als 5000 Beschäftigten	Nach 2000 Prämienanstieg auf Inflationsrate begrenzt
Senate Finance Committee	95 % der Bevölkerung bis 2002	./.	Bildung von freiwilligen Versicherungspools ermöglicht	./.
Senate Human Resources Committee	1998	Arbeitgeber 80 %, bestimmte Firmen ausgenommen	Jeder Bundesstaat muß mind. eine Allianz gründen, Mitgliedschaft ist freiwillig	Ab 2000 Prämienanstieg auf Inflationsrate begrenzt
House Ways and Means Committee	1998	Arbeitgeber 80 %, Steuererleichterungen für bestimmte Firmen	Bundesstaaten können Allianzen mit Beitrittspflicht errichten, Firmen mit mehr als 5000 Beschäftigten müssen nicht beitreten	Versch. Kontrollmaßnahmen in Bundesstaaten, die bis 2001 den Anstieg der Gesundheitsausgaben nicht an das Wachstum des BSP angeglichen haben
House Education and Labor Committee	1998	Arbeitgeber 80 %, Steuererleichterungen für bestimmte Firmen	Bundesstaaten gründen consumer purchasing cooperatives mit frw. Beitritt oder Beitrittspflicht	Nach 2000 Prämienanstieg auf Inflationsrate begrenzt

Die Gesetzesvorschläge der Komitees gingen an die Führung des Senats und des Repräsentantenhauses, um zusammengefügt und dann dem gesamten Senat bzw. Repräsentantenhaus zur Diskussion und Abstimmung vorgestellt zu werden (Center for Public Integrity 1995a, 445). Die Differenzen zwischen den hier verabschiedeten Gesetzesvorlagen hätten dann in einem Konferenz-Komitee bestehend aus Senats- und Repräsentantenhausmitgliedern geklärt werden müssen und der bereinigte Vorschlag hätte erneut den Vollversammlungen zur Abstimmung vorgelegt werden müssen. Nach Verabschiedung der nun einheitlichen Gesetzesvorlage wäre diese dem Präsidenten zur Unterschrift vorgelegt worden, welcher gegebenenfalls von seinem Veto-Recht hätte Gebrauch machen können (zum Gesetzgebungsgang s. Abb. 6).

118 Das Senate Finance Committee hielt Arbeitgeberbeiträge bis 2002 zurück, falls bis dahin nicht 95 % der Bevölkerung abgesichert seien und eine nationale Kommission Möglichkeiten zur Absicherung der Nichtversicherten überprüft hätte (Center for Public Integrity 1995a, 448/449).

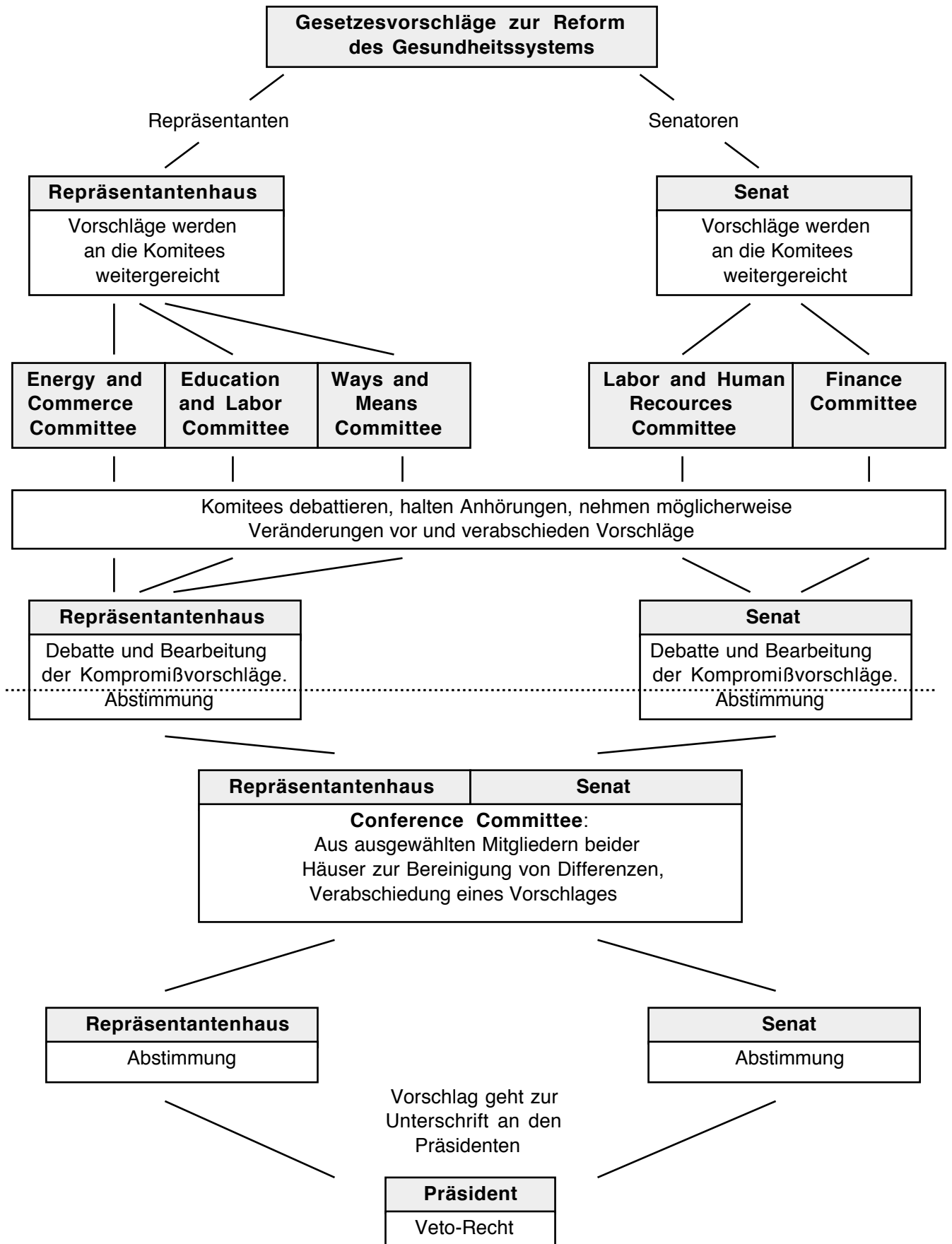
Die Reformgesetzgebung ging an die Leitung beider Häuser, wurde jedoch letztendlich weder im Senat noch im Repräsentantenhaus zur Abstimmung vorgelegt. Sowohl für die Senats- als auch die Repräsentantenhausführung war klar, daß die Vorschläge der drei Komitees, die Clinton's Forderung nach universeller Absicherung erfüllten, in den Vollversammlungen nicht genügend Stimmen zur Verabschiedung hatten. Wesentlichster Streitpunkt war die zwangsweise Einbindung von Arbeitgebern in die Finanzierung (Donovan 1994a, 1792). Auf der Grundlage der Komitee-Arbeiten wurden neue Pläne erstellt (s. Tabelle 8), die breitere Koalitionen hinter sich vereinigen sollten. Die Repräsentantenhausführung stellte schließlich einen Vorschlag vor, der sich weitgehend auf den Entwurf des Ways and Means Committee stützte und universelle Absicherung sowie eine 80 %-ige Finanzierung durch Arbeitgeber umfaßte. Anstelle der Gesundheitsallianzen war die Bildung eines neuen Regierungsprogramms - Medicare Teil C - geplant. Darüberhinaus sah der Entwurf die Beendigung des Ausschlusses von Vorerkrankungen sowie zumindest teilweises community rating vor (Rubin 1994g, 2142-2144; Congressional Quarterly 1994c). Der Vorschlag, der von der Senatsleitung kam, wollte 95 % aller US-Amerikaner bis zum Jahr 2000 krankenversichert haben, vorläufig ohne Arbeitgeber in die Finanzierung einzubinden. Auch der Senatsentwurf beinhaltete die Beendigung des Ausschlusses von Vorerkrankungen durch Versicherungsunternehmen und hätte darüberhinaus die Übertragbarkeit einer bestehenden Versicherung bei Arbeitsplatzwechsel verfügt.

Daneben arbeitete eine von Senator John Chafee (Republikaner) und Senator John Breaux (Demokrat) geführte, sogenannte "mainstream coalition" an einem Kompromißvorschlag (s. Tabelle 8), in dem auf universelle Absicherung verzichtet wurde, jedoch Regierungssubventionen für 20 Mio. Nichtversicherte vorgesehen waren (s. Gosselin 1994b) und die Übertragbarkeit einer bestehenden Krankenversicherung bei Arbeitsplatzwechsel sowie die Beendigung des Ausschlusses von Vorerkrankungen festgelegt werden sollten (Rubin 1994m)¹¹⁹. Die Gruppe hatte eine dreiseitige Zusammenfassung ihres Vorschlages an alle Senatsmitglieder geschickt, um ihren Plan zu erklären und nach dreiwöchigen Verhandlungen mit George Mitchell, dem demokratischen Senatsvorsitzenden, waren einige Mittelwege gefunden worden¹²⁰. Dennoch waren die Bemühungen letztendlich nicht erfolgreich, da Mitchell und Chafee davon ausgehen mußten, nicht genügend republikanische Senatoren zur Brechung einer republikanischen Blockade im Senat bewegen zu können und zudem viele Demokraten, sowohl konservative als auch liberale, Ablehnung gegen Elemente des "mainstream"-Vorschlags ausgedrückt hatten (Clymer 1994c).

119 Senator Chafee zufolge zielte er auch bei Nichtverabschiedung seines Vorschlags darauf ab, eine Grundlage für die Debatte im folgenden Jahr (1995) zu geben (Cloud 1994b, 2693).

120 Bundesstaaten hätten ein single payer-System errichten können (Zugeständnis an Liberale), die größten Arbeitgeber hätten jedoch ausgenommen werden können; die Flexibilität der Bundesstaaten sollte gestärkt werden, indem die Bundesregierung zu schnellem Handeln bei der Genehmigung von Demonstrationsprojekten und einen Verzicht auf gesetzlich geregelte Krankenversicherungsleistungen für Angestellte des Bundes aufgefordert worden wäre; Erhöhung der Unterstützung für medizinische Ausbildung ("Bonbon" für Sen. Daniel Patrick Moynihan, Vorsitzender des Finance Committee des Senats, dessen Wahlkreis New York ein Hauptsitz medizinischer Ausbildungsinstitutionen ist); Möglichkeit zur Teilnahme von Individuen am Federal Employee Health Benefits Program (Clymer, 1994c).

Abbildung 6: Potentieller Weg der Gesundheitssystemreform-Legislatur



Trotz wesentlicher Verwässerung oder Aufgabe der Kernpunkte des Clinton-Plans kündigte der demokratische Mehrheitsführer des Senats George Mitchell daher am 26.09.1994 das Ende der Kongreßdiskussionen für die Legislaturperiode an und erklärte folglich die Reformbemühungen offiziell für gescheitert. Eine entscheidende Rolle hatte dabei auch gespielt, daß Bob Dole (damaliger republikanischer Minderheitsführer im Senat) und Newt Gingrich (damaliger republikanischer Minderheitsführer im Repräsentantenhaus) Clinton am 20.09.1994 auf einer überparteilichen Konferenz gewarnt haben, daß er die Unterstützung der Republikaner für den Rest seiner Agenda, insbesondere das GATT-Abkommen (General Agreement on Tariffs and Trade), verlieren würde, wenn er die Gesundheitsreform für jenes Jahr nicht aufgäbe (Clymer 1994e; Cloud 1994b, 2693). Gingrich und Dole waren bereit, ein von Republikanern im Senat und Repräsentantenhaus unterstütztes Handelsabkommen (Priest 1994b), für das die Republikanische Partei seit den 1980ern gekämpft hat (Clymer 1994b), in der Auseinandersetzung um die zukünftige Ausgestaltung des Gesundheitssystems fallen zu lassen. Für die Clinton-Administration wiederum war GATT wichtig, da Zusagen an ausländische Staatsführer gemacht worden waren (ebd.). Diese Warnung traf zusammen mit der Mitteilung Senator Chafees, daß zu wenig Republikaner bereit wären, gegen die Obstruktionspolitik ihrer eigenen Partei bezüglich der Gesundheitsreform zu stimmen (Clymer 1994f) und die Demokraten alleine nicht genügend Stimmen stellten. Konservative Republikaner hatten mit allen Mitteln versucht, eine Debatte oder Abstimmung vor den Vollversammlungen zu verhindern, um nicht offiziell als Verantwortliche für das Ende der Reformdiskussion zu erscheinen (Cloud 1994b, 2693)¹²¹.

7. GRÜNDE FÜR DAS ZERBRECHEN DER REFORMBEMÜHUNGEN

Zu Beginn der Reformdiskussion positive Anzeichen hatten sich im Verlauf der Debatte als beugsam erwiesen. Obwohl 1992/93 die große Mehrheit der Bevölkerung wollte, daß die Bundesregierung und Clinton eine Lösung der Gesundheitskrise finden (s. dazu Yankelovich 1995, 11), war gleichzeitig das Vertrauen in die Bundesregierung auf einem Tiefpunkt (Skocpol 1996a, 109 Tab. 1; Blendon/Brodie/Benson 1995, 12-13). Historisch als Reformgegner bekannte Interessengruppen standen Veränderungen nicht mehr ablehnend gegenüber, jedoch nur solange ihr Teil des Kuchens nicht angegriffen wurde. Im Kongreß zeigte sich die überwiegende Mehrheit zunächst reformwillig, der rechte Flügel konnte jedoch letztendlich die Oberhand gewinnen und sein bereits vor Einbringung des Health Security Act in den Kongreß gesetztes Ziel erreichen, eine Reform um jeden Preis zu verhindern, um eigene ideologische Vorstellungen umzusetzen.

121 Senator Edward Kennedy (Demokrat, Massachusetts), Senator Harris Wofford (Demokrat, Pennsylvania) und andere wollten einige der verbleibenden Senatssitzungstage mit einer Debatte um Gesundheitssystemreform verbringen, um die unterschiedlichen Positionen der Abgeordneten darzustellen und den Wählern zu verdeutlichen, daß Demokraten im Gegensatz zu Republikanern für eine Ausweitung von Krankenversicherung waren. Auch die Mitglieder der "mainstream-coalition" wollten eine Debatte, um über ihren Vorschlag zu diskutieren und ihn zum Startpunkt für das nächste Legislaturjahr zu machen (Clymer, 1994d). Weitere Diskussionen oder gar eine Testabstimmung, wie von einigen Demokraten zur Veranschaulichung republikanischer Opposition gefordert (Clymer 1994e), fanden jedoch nicht mehr statt.

Tabelle 8: Kompromißentwürfe der Repräsentantenhaus- und Senatsleitung sowie der “mainstream coalition”

	Vorsitz des Repräsentantenhauses (Richard A. Gephardt, Demokrat), 29.07.94, H.R. 3600	Vorsitzender des Senats (George J. Mitchell, Demokrat), 02.08.94 S 2357	“Mainstream coalition” im Senat (John H. Chafee, Republikaner/ John B. Breaux, Demokrat)
Universelle Absicherung	Universelle Absicherung bis zum Jahr 1999	95 % aller US-Amerikaner bis zum Jahr 2000	93 % aller US-Amerikaner bis zum Jahr 2001
Organisationsstruktur	Arbeitgeber müssen Versicherung anbieten; Kleinunternehmer können ihre Beschäftigten im neuen Medicare-Programm C versichern, welches auch für Arbeitslose, geringverdienende Familien und Teilzeitbeschäftigte zuständig sein soll. Bundesunterstützung für Unternehmen mit bis zu 50 Beschäftigten und geringen Löhnen sowie Personen mit geringem Einkommen. Bundesstaaten können single payer-System einführen	Arbeitgeber müssen Versicherung anbieten, aber vorläufig nicht bezahlen; Unternehmen mit weniger als 500 Beschäftigten können Versicherung durch health insurance purchasing cooperatives erwerben. Subventionen für Personen mit geringem Einkommen. Bundesstaaten können single payer-System einführen.	Arbeitgeber müssen Versicherung anbieten, aber nicht bezahlen. Frw. health insurance cooperatives. Bundesunterstützung für Personen mit geringem Einkommen. Bundesstaaten können single payer-System einführen.
Finanzierung	Arbeitgeber 80 % der Prämie, Arbeitnehmer 20 %; beginnend für große Unternehmen 1997, für Arbeitgeber mit weniger als 100 Beschäftigten 1999. Ferner Anhebung der Tabaksteuer, 2 %-ige Steuer auf Versicherungsprämien und Verlangsamung der Medicaid-Steigerungsrate.	Verlangsamung der Medicare-Steigerungsrate, weitgehende Eliminierung von Medicaid. Anhebung der Tabaksteuer, Anhebung der Steuer für bestimmte Munitionsarten, 1,75 %-ige Steuer auf Versicherungsprämien. Falls die angestrebte Absicherung bis zum Jahr 2000 nicht erreicht ist, eventuell Einbindung der Arbeitgeber in die Finanzierung.	Kürzungen bei Medicare und Medicaid. Anhebung der Prämien für Teile des Medicare-Programms für Ältere mit höherem Einkommen. Anhebung der Tabaksteuer, Einschränkung der Absetzbarkeit teurer Versicherungspläne von der Unternehmenssteuer.
Kostenkontrolle	Prinzipiell Verstärkung des Wettbewerbs; falls innerhalb von fünf Jahren keine Erfolge sichtbar sind, setzt die Bundesregierung Gebührensätze für Ärzte und Krankenhäuser in den Staaten fest, in denen die Gesundheitsausgaben Ziele des Bundes überschreiten. Im neuen Medicare-Programm C Begrenzung der Gebührensätze.	25 %-ige Steuer auf Versicherungspläne, deren Kosten schneller als vorgegeben steigen. Verlangsamung der Medicare-Steigerungsrate. Deckelung öffentlicher Programme.	Begrenzung der Absetzbarkeit der Arbeitgeberzahlungen von der Unternehmenssteuer, Begrenzung der Entschädigungssummen für Behandlungsfehler.
Veränderungen im Versicherungsmarkt	Versicherungsunternehmen können die Versicherung nicht aufgrund bestehender Erkrankungen abweisen; die Prämien für Gruppenversicherungen bis zu 100 Personen müssen auf der Grundlage der Versicherungskosten für alle versicherten Personen in einem bestimmten Gebiet berechnet werden.	Versicherungsunternehmen können die Versicherung nicht aufgrund bestehender Erkrankungen abweisen; Versicherung kann bei Arbeitsplatzwechsel beibehalten werden; Versicherungspolizen können in jedem Fall erneuert werden. Versicherer müssen die Prämien auf der Grundlage aller versicherten Personen berechnen.	Versicherungsunternehmen können die Versicherung nicht aufgrund bestehender Erkrankungen abweisen; Versicherung kann bei Arbeitsplatzwechsel beibehalten werden; Verminderung der Differenzen in den Versicherungsprämien durch die Bundesregierung.

Diese und andere Faktoren verhinderten, ähnlich wie in der Geschichte US-amerikanischer Sozialpolitik bereits wiederholt gesehen, eine Reform und führten dazu, daß die Diskussion um eine Neugestaltung des Krankenversicherungssystems nicht zu einem Wahrzeichen amerikanischer Sozialpolitik geworden war, sondern möglicherweise einen Wendepunkt markiert (Skocpol 1996a, 171) mit weiterem Rückzug des Staates aus sozialen Sicherungsprogrammen.

7.1. Die Bedeutung des institutionellen Aufbaus der Legislatur

Umstritten ist, welche Rolle der institutionelle Aufbau des US-amerikanischen Legislatorsystems (s. Abb. 6, S. 83) beim Scheitern der Reformdebatte eingenommen hat. Während auf der einen Seite Institutionen die zentrale Rolle beim Mißlingen des Reformvorhabens eingeräumt wird (Steinmo/Watts 1995), die Bildung von Mehrheitskoalitionen durch die institutionelle Fragmentation des Kongresses als äußerst schwierig und unvorhersehbar dargestellt wird (Peterson 1995) und Morone sogar davon ausgeht, daß die Organisation des politischen Prozesses in den USA aus sich selbst heraus Stillstand bewirkt (Morone 1995, 394, Morone 1994, 220; Steinmo /Watts 1995, 329ff), sehen andere Autoren die Institutionen nur als eine Ursache unter vielen (s. White 1995a; S. R. Smith 1995). Gegen die zentrale Relevanz des institutionellen Aufbaus spricht, daß andere Gesetze im Gesundheitsbereich¹²² auch gegen den Widerstand von Interessengruppen den Kongreß passieren konnten (White 1995a, 377). Dem kann jedoch entgegen gehalten werden, daß in solchen Fällen die Leistungsanbieter weitreichendere Eingriffe befürchteten und daher das augenscheinlich kleinere Übel akzeptierten. Obwohl die Institutionen des Kongresses nicht alleine für das Scheitern der Reformdiskussion verantwortlich gemacht werden können, bilden sie die Grundlage für eine Erklärung, da die Gestaltung politischer Institutionen die Organisation der Interessengruppen formt sowie deren Zugang, Einfluß und Policy-Positionen, die sie einnehmen (s. dazu Immergut 1992; Steinmo/Watts 1995, 336). Ihre Beschaffenheit liefert Einfallstore für Reformgegner und verstärkt andere Hinderungsgründe.

Das politische System der USA gibt der Legislatur und einzelnen Abgeordneten im internationalen Vergleich der industrialisierten Nationen gesehen erhebliche Autorität (s. dazu Cutler 1980; MacGregor Burns 1982, insb. Kap.4 und 5; S.R. Smith 1995, 386) und durch die Fragmentation politischer Macht erhielten Reformgegner zahlreiche Chancen, Pläne zur Neugestaltung des Krankenversicherungssystems anzugreifen. Nationale Politiker, und damit auch die Komitee-Mitglieder, können als relativ parteiunabhängige politische Unternehmer gesehen werden (Steinmo/Watts 1995, 330), die mehr ihrem Wahlkreis, der öffentlichen Meinung und ihren Wahlkampfkontributoren verbunden sind als einer Partei, einem Parteivorsitzenden oder dem Präsidenten¹²³. Vorsitzende von Kongreßko-

122 Z.B. Prospective Payment System, Änderungen in der Medicare-Vergütung, Volume Performance Standard für Ärzte.

123 Die Parteiloyalität ist in den Vereinigten Staaten zu einem großen Teil aufgehoben. In der Debatte um das North American Free Trade Agreement (NAFTA) z.B. hatten republikanische Politiker mit einem demokratischen Weißen Haus gegen Spitzenpolitiker der Partei des Präsidenten und gegen die größte traditionelle Anhängerschaft der Demokratischen Partei, die Arbeiterorganisationen,

mittees, die Reformen zurückhaltend gegenüberstanden, waren in der Lage, den Gesetzgebungsgang erheblich zu verzögern oder zu blockieren (s. Steinmo/Watts 1995, 339ff). Darüber hinaus bestand aufgrund umfangreicher Wahlkampfkontributionen an Parlamentarier ein enges Abhängigkeitsverhältnis zwischen denselben und Interessengruppen. Möglichst jedes Komitee-Mitglied wollte während der Reformdiskussion die Person sein, die Deals mit oder Zugeständnisse an Interessengruppen machte (Skocpol 1996a, 101). Die Interessengruppen konnten damit Komitee-Mitglieder sowohl direkt erreichen als auch indirekt durch Aktivierung ihrer Mitglieder in den Wahlkreisen der Abgeordneten.

Erschwerend kam hinzu, daß im Kongreß die Republikaner nach der Wahl eines demokratischen Präsidenten enger zusammen standen. Die Demokraten hingegen waren seit vier Jahrzehnten in der Mehrheit und sahen sich fester verankert, als ein gerade gewählter Präsident (Skocpol 1996a, 101). Der Kongreß stand nie unter Clinton's Herrschaft, da es ihm bei der Wahl 1992 in vielen Wahlbezirken von Abgeordneten der demokratischen Partei nicht gelungen war, eine Mehrheit zu erzielen.

7.2. Die Rolle der Interessengruppen im Zusammenhang mit anti-government Ideologie

Jedes Gesetzgebungsverfahren ist mit Lobbying betroffener Interessengruppen verbunden. Die Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems 1993/94 hob sich jedoch in so fern ab, als die Kombination von Mobilisierung der Organisationsbasen und Nutzung der Medien Radio und Fernsehen durch die Reformgegner weitaus effektiver und erschreckender war als jemals vorher gesehen (Center for Public Integrity 1995a, 419). Die Angriffe der Opponenten waren auch deshalb so erfolgreich, weil Gesundheitssystemreform den anti-government Konservativen des rechten Flügels einen idealen ideologischen Angriffspunkt bot. Clinton's Health Security Act war mit der Regulation über "competition within a budget" ein schlüssiger Entwurf für einen New Democrat, wurde aber von seinen Förderern unzureichend erläutert. Der gut organisierte rechte Flügel, der in den frühen 1990ern bereits darauf wartete, die Demokratische Partei zu besiegen und das soziale Sicherungsnetz zu demontieren, fand hier eine bundesstaatliche Initiative, die als bedrohlich für die US-amerikanische Mittelklasse porträtiert werden konnte (Skocpol 1996a, 171/172).

zusammengearbeitet, um einen Handelspakt durchzusetzen, der ursprünglich von einem republikanischen Präsidenten ausgehandelt worden war. Im Endeffekt hatten Republikaner 56 % der Stimmen für das Abkommen gestellt (Shribman 1993). Im Fall der Gesundheitsreformgesetzgebung war Clinton auf überparteiliche Zusammenarbeit angewiesen, zumal ein Fraktionszwang in den USA fehlt und die Mitglieder der Demokratischen Partei in Anhänger seines Plans, des Cooper- sowie eines single payer-Plans gespalten waren. Bei der damaligen Sitzverteilung im Senat von 56 Demokraten und 44 Republikaner benötigte die Regierung vier Stimmen aus den Reihen der Republikanischen Partei, um einen Stillstand des Gesetzgebungsverfahrens zu verhindern (zum Gesetzgebungsverfahren s. Oleszek 1989, 160-173, 218-219). Beim eigentlichen Abstimmungsverfahren im Senat und im Repräsentantenhaus (Mehrheit von 81 Sitzen für die Demokratische Partei) war zudem nicht unwahrscheinlich, daß zumindest ein Teil der liberalen Demokraten den single payer-Vorschlag McDermott's unterstützt hätte (im Januar 1994 hatten sich 94 Demokraten hinter diesen gestellt).

Bereits vor Bekanntgabe des Clinton-Plans hatten Gruppen, die von umfassenden Reformen des Gesundheitssystems Nachteile zu erwarten hatten, ihren Lobbying-Apparat mobilisiert und Geldmittel aufgebracht, um ernsthafte Reformbemühungen zu verhindern. Auf Kongreßebene nutzte der rechte Flügel der Republikanischen Partei, insbesondere Newt Gingrich und mit der Wahl 1992 neu in den Kongreß gekommene Abgeordnete, welche die Rolle der Bundesregierung vermindern wollten, die Offensive gegen Veränderungen im Krankenversicherungssystem, um ihren Einfluß innerhalb der Republikanischen Partei und in der Wählerschaft zu vergrößern. Gingrich war überzeugt, daß seine Partei die Mehrheit im Kongreß gewinnen konnte, indem sie der Clinton-Administration jeden legislativen Sieg verweigerte (s. Clift/Brazaitis 1996). Die Angriffe der Interessengruppen und des rechten Flügels verstärkten sich im Verlauf des Jahres 1994 gegenseitig (Skocpol 1996a, 133). Damit wurde zum einen der Gesetzgebungsprozeß im Kongreß verzögert, ein Kurs, der nachweislich von Ratgebern der Republikanischen Partei wie William Kristol und Bill McInturff empfohlen wurde (Rockman 1995, 402). Zum anderen verloren umfassende Reformentwürfe seit Februar 1994 zunehmend an öffentlicher Unterstützung und konnten keinen Boden mehr gut machen (s. Jacobs/Shapiro 1995, 418). Stichhaltigste Erklärung für den Verlust öffentlicher Unterstützung ist, daß zu diesem Zeitpunkt das demagogische Lobbying spezieller Interessen sowie der republikanische Obstruktionismus gegen eine Gesundheitsreform Fuß gefaßt und Einfluß auf Mittelklasse-Amerikaner genommen hatten (vgl. New York Times 1994b und Skocpol 1996a, 74/75).

Im nachhinein äußerte sich Bob Dole, daß die Republikanische Partei mit ihrem Blockierverhalten lediglich auf die Wünsche der Wählerschaft reagiert habe (Bob Dole bei Gosselin 1994c), welche verstanden hätte, daß die Vorschläge zu teuer, zu bürokratisch und zu komplex seien (New York Times 1994b). Der republikanische Strategist Bill Kristol wies Clinton die Schuld am Scheitern der Diskussion zu, welcher das Mißtrauen in der Öffentlichkeit gegenüber Regierungskontrolle stark unterschätzt hätte. Die Wendung gegen den Clinton-Plan wäre erfolgt, als klar wurde, daß die Wahlfreiheit unter Ärzten und die Qualität der ärztlichen Versorgung der Mittelklasse eingeschränkt würden (New York Times 1994b).

Der Erfolg der Bemühungen verschiedener, gegen eine Reform eingestellter Interessengruppen ist auf die Kombination ihrer Anzeigen, direkter Anschreiben an Bürger, Lobbying in Washington und Aktivierung des Mitgliederbestands der Verbände und nahestehender Vereinigungen zurückzuführen. Die Gesundheitsreform war "the most heavily lobbied legislative initiative in recent U.S. history". 1993/94 gaben hunderte von Interessengruppen zusammen mehr als \$ 100 Mio. aus, um dieses Thema zu beeinflussen (Center for Public Integrity 1995a, 411). Dabei ist zu bedenken, daß viele der Interessengruppen Reformen im Gesundheitssystem wollten, jedoch nicht auf eigene Kosten (s. dazu Kosterlitz 1993a, 99; Kosterlitz 1994b, 412ff). Die American Medical Association war für universelle Absicherung, aber gegen Kostenkontrollen und Regulationen, die managed care begünstigt hätten. Auch die Alliance for Managed Competition (der Zusammenschluß fünf großer Versicherungsunternehmen) sprach sich zugunsten universeller Absicherung aus, aber gegen Prämiendeckung oder Nachfragerallianzen. Viele kleine Unternehmen bekämpften einen Arbeitgeberzwangsbeitrag, während andere eine geringe Beteiligung akzeptiert hätten. Zahlreiche große

und mittlere Unternehmen standen für Regulierungen, welche Krankenversicherungskosten senken sollten, lehnten aber sowohl ein umfangreiches Standardleistungspaket als auch die Verpflichtung großer Unternehmen in die Allianzen ab (s. dazu Martin 1993; Martin 1997; Skocpol 1996a, 141/142). Die vielen Verzögerungen in der Vorantreibung des Gesetzes hatten den Interessengruppen ausreichend Gelegenheit gegeben, Washington zu mobilisieren und in der Mitgliedschaft ihrer eigenen Vereinigungen Zweifel und Angst zu schüren.

Angesichts von Veränderungen in der internationalen Wirtschaftsstruktur erfolgte der Widerstand um so vehementer. Das seit den 1920ern bestehende System der sozialen Absicherung über den Arbeitgeber wurde durch den öffentlichen Sektor, welcher Lücken füllte, lediglich ergänzt. Die Veränderungen in der internationalen Ökonomie mit zunehmender Konkurrenz für die wirtschaftlichen Weltmächte bewirken, daß Firmen mehr Teilzeitkräfte einstellen oder Teile der Produktion /Dienstleistung von Kontraktunternehmen durchführen lassen, die ihren Beschäftigten keine soziale Sicherung bieten. "The corporate welfare state is coming to an end" (Morone 1995, 395/396) und mandatorische Krankenversicherung wird von Unternehmern unter diesen Umständen strikter abgelehnt (s. auch Case 1994).

Dem vereinigten Konzert rechter Konservativer und reformabgeneigter Interessengruppen konnten die Reformbefürworter nur wenig entgegenhalten, da sie im Gegensatz zu ihren Kontrahenten unzureichend vorbereitet waren. Die Unterstützer des Clinton-Plans (Democratic National Committee, AFL-CIO, Health Care Reform Project u.a.) standen den negativen Kampagnen relativ tatenlos gegenüber und selbst ein Gegenspot des Democratic National Committee gegen die "Harry and Louise"-Werbefilme war wenig beeindruckend (Center for Public Integrity 1995a, 443/444). Es gelang den Reformern nicht, ihre Vorschläge selbst zu definieren, bevor es die Gegner getan hatten, die so managed competition leicht Negatives zuordnen konnten: "Tax and Spend, Big Government, Federal Bureaucracy Run Amok, Destruction of American Medicine", historische konservative Schlagworte gegen eine Reform des Gesundheitssystems. Viele Aussagen waren falsch, aber wirksam, da die öffentliche Unterstützung für den Plan rapide sank (Morone 1995, 392). Es war aber mehr als der alte Skeptizismus an der Rolle der Regierung am Werk, da die Rhetorik radikaler war und mehr auf Trennung der Gesellschaft ausgerichtet war. Hintenherum wurde verstanden die Frage in die Diskussion eingebracht, warum die Mittelklasse mit den "undeserving" teilen sollte und Gesundheitsrisiken wurden mit verantwortlichem und unverantwortlichem Verhalten vermischt. "Long-standing images of solidarity and cross-subsidizations, the essential ingredients for any health care reform, are cracking under the strains of an increasingly divided society" (Morone 1995, 393).

7.3. Der Meinungsumschwung in der Öffentlichkeit

Die Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems in den USA wurde nicht nur in der elitären Ebene eines engen Kreises von fachlich versierten Politikern, im Medizinsystem Beschäftigten

sowie Vertretern der Arbeiter- und Unternehmerschaft geführt¹²⁴, sondern das Thema gehörte lange Zeit zu den wichtigsten innenpolitischen Problemen in den Augen der Öffentlichkeit, was unzweifelhaft zur Agendasetzung des Themas beigetragen hatte¹²⁵ (Jacobs 1993, 634; Jacobs /Shapiro 1995, 418). Der Einfluß der Öffentlichkeit auf die Policy-Formulierung selbst war jedoch wesentlich eingeschränkter und überwiegend auf die Identifizierung von Basisprinzipien wie "allgemeine Absicherung" beschränkt (Jacobs/Shapiro 1995, 412). Brodie/Blendon gehen davon aus, daß zur Zeit der Kompromißsuche im Kongreß die Öffentlichkeit über die Art einer Reform geteilt und mehr über mögliche persönliche negative Folgen besorgt war. Diese Signale hätten einem bereits zurückhaltenden Kongreß vermittelt, daß ein Verzögern des Prozesses für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung akzeptabel war (Brodie/Blendon 1995, 408). Tatsächlich wurde jedoch die öffentliche Meinung größtenteils durch die Diskussion innerhalb der Eliten sowie die von Politikern und Interessengruppen¹²⁶ herausgegebenen Informationen geformt. Die Verschiebung der öffentlichen Meinung in Richtung Konservatismus und Zurückhaltung gegenüber tiefgreifenden Reformversuchen war das Echo auf politische Strategien der Reformgegner (s. Jacobs/Shapiro 1995, 413).

Der überwiegende Teil der amerikanischen Bevölkerung war zwar der Ansicht, daß das Gesundheitssystem in einer Krise war und mit Hilfe der Bundesregierung reformiert werden müsse, aber es gab keine Übereinstimmung über den einzuschlagenden Weg (s. Brodie/Blendon 1995). Amerikaner sahen Reformbedarf, waren jedoch mit ihrer eigenen Absicherung zufrieden und wollten Problemlösungen, welche die Finanzierungs- und Leistungsform ihrer eigenen Versicherung nicht veränderten (Wiener 1995, 46). Universelle Absicherung war in der Öffentlichkeit der populärste Aspekt einer Gesundheitsreform und 65 % glaubten, die Bundesregierung solle dies sicherstellen (s. dazu Blendon et al. 1994c, 1540; Schlesinger/Tae-ku 1993; Jacobs/Shapiro 1994). Zudem gab eine Mehrheit sowohl mäßigen Steuererhöhungen als auch Arbeitgeberzwangsbeiträgen zur Finanzierung universeller Absicherung Rückendeckung (Blendon/Brodie/Benson 1995, 15-17; Koretz 1994, 23). Diese Unterstützung nahm während der Debatte 1993/94 nach den heftigen parteipolitischen Kämpfen ab (Blendon/Brodie/Benson 1995; Jacobs/Shapiro 1995), wobei das konfuse Stimmungsbild der Öffentlichkeit angesichts der langwierigen politischen Diskussion nicht überraschend kam (Skocpol 1996a, 13). Im nachhinein bot dann das "Öffentlichkeits-Argument" für die politisch Verantwortlichen eine bequeme Entschuldigung für das Fehlschlagen der Reformbe-

124 Gerade für die Thematik einer Gesundheitsreform in den Vereinigten Staaten kann die Haltung der Bevölkerung nicht unbeachtet bleiben. Während bisher die konventionelle Annahme dahin ging, daß die Öffentlichkeit keinen Einfluß auf eine bestimmte Policy hat, gibt es inzwischen Ausführungen, daß die öffentliche Meinung unter bestimmten Bedingungen detaillierte Entscheidungen beeinflussen kann (Jacobs 1993, 638). Für den Bereich des Gesundheitssystems trifft dies um so mehr zu, als davon jeder direkt in einem entscheidenden Teil seines persönlichen Lebenskreises betroffen ist und ein unmittelbares Interesse an medizinischer Versorgung hat.

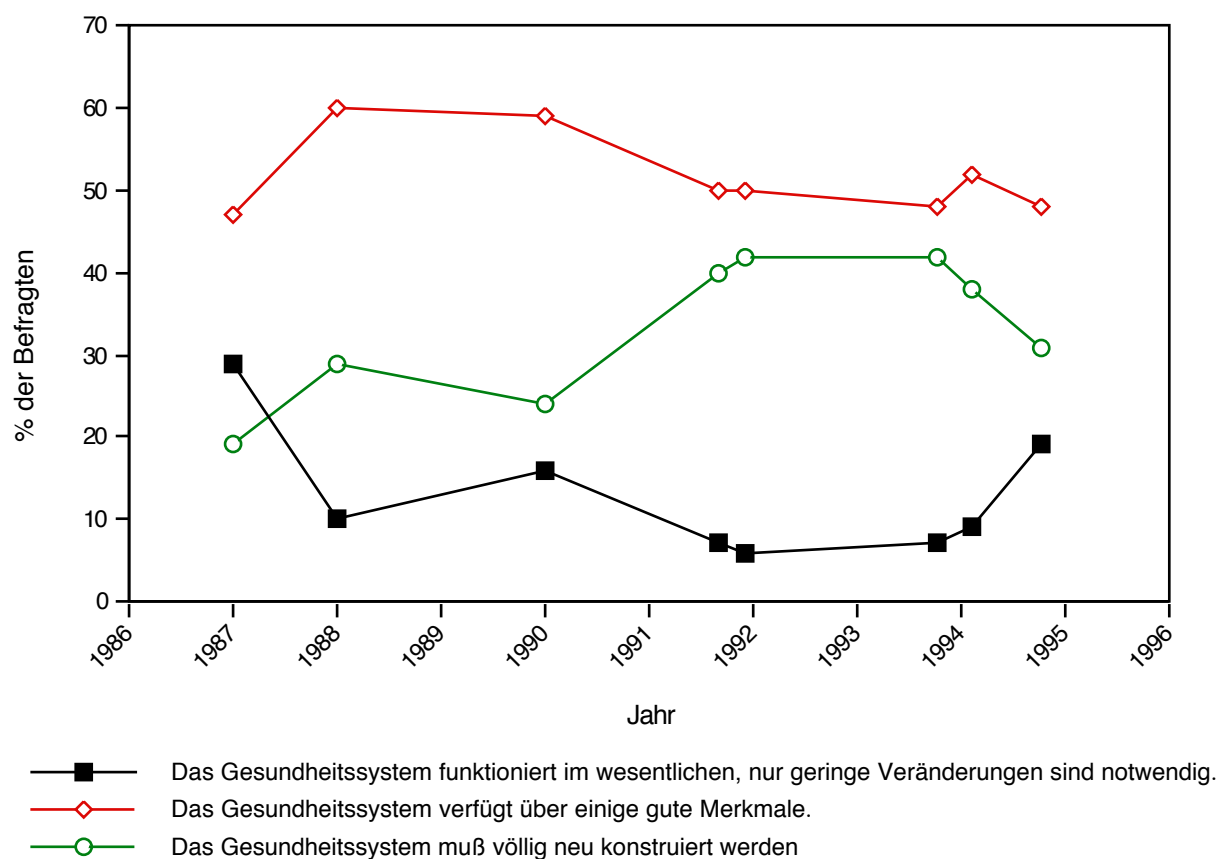
125 Zwischen 1982 und 1991 stieg der Anteil der Amerikaner, die fundamentale Veränderungen oder einen kompletten Neubau des Gesundheitssystems als notwendig erachteten, von 75 auf 92 % (Navarro 1995b, 186).

126 Die Öffentlichkeit hätte durch die Verwendung von Prämiengeldern für die Anzeigenkampagnen der Versicherungsindustrie aufgebracht sein müssen, hat aber die Verbindung nicht gezogen.

mühungen (ebd.,13/14).

Die Reformgegner hatten einen wichtigen Ansatzpunkt für sich: Das Vertrauen in die Bundesregierung war 1993/94 auf einem Tiefpunkt (s. Skocpol 1996a, 109, Fig.1; Blendon/Brodie/Benson 1995). Bereits 1992 glaubten 80 % der Bevölkerung, daß die Regierung zugunsten einiger weniger einflußreicher Interessen geführt wird (Navarro 1995b, 185) und eine überwältigende Mehrheit war der Ansicht, daß der Kongreß keine gute Arbeit leisten würde (Randon Hershey 1993, 164). Darüberhinaus war die Clinton-Administration bei der Ausarbeitung ihres Entwurfs gezwungen, aufgrund der politischen Unantastbarkeit neuer Steuern und außerordentlicher Beschränkung der

Abbildung 7: Meinung der Öffentlichkeit zum Gesundheitssystem¹²⁷



Quelle: Jacobs/Shapiro 1995, 417 Tab. 2

öffentlichen Haushalte in der Post-Reagan-Ära so große Bedeutung auf finanzielle Restriktionen zu

127 S. auch Harris 1994. Auch in einer Umfrage durch NBC News/ Wall Street Journal erfolgte der Meinungsumschwung zwischen September 1993 und April 1994. Während im Januar 1990 36 % der Befragten der Ansicht waren, fundamentale Veränderungen im Gesundheitssystem seien notwendig, waren es im September 1993 50 %. Im April 1994 war diese Zahl wieder auf 39 % abgesunken (American Enterprise 1994, 109).

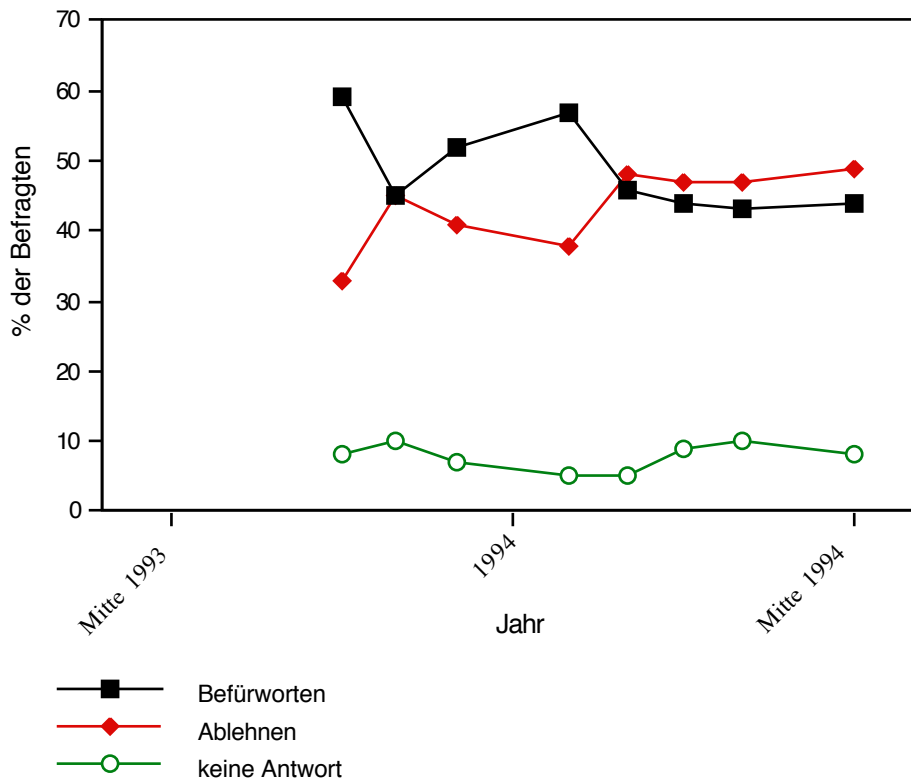
legen, daß der Health Security Act letztendlich mit umfangreichen Regulationen gekoppelt schien, ohne weit gestreute unmittelbare Vergünstigungen für die Mittelklasse zu bieten¹²⁸ (Skocpol 1996a, 166). Ansatzpunkt für Reformgegner war auch die Betonung auf managed care im Clinton-Plan, da diese Art der Leistungserbringung wenig Anziehungskraft auf den Großteil der Bevölkerung hatte (s. Blendon/Stelzer Hyams/Benson 1993, 2576). Obwohl der Clinton-Plan managed care von hoher Qualität zusicherte und darüberhinaus die Wahl eines traditionellen fee-for-service-Plans bot, ging diese Tatsache in der ideologischen Auseinandersetzung unter und die Health Insurance Association of America (HIAA) sowie konservative Republikaner schürten die Angst vor Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung sowie einer Reduzierung der Behandlungsqualität (s. Skocpol 1996a, 168-171).

In der Mitte der Gesundheitsreformdebatte verschoben sich zudem objektive Faktoren. Die Rezession ging zurück, was die Angst vor Verlust des Versicherungsschutzes in der Mittelklasse verringerte. Die Steigerungsrate der Arbeitgeberprämien für Krankenversicherung sank; es gab Anzeichen, daß sich die Gesundheitsindustrie von innen heraus ohne Regierungseingriff zumindest hinsichtlich der Kostenfrage korrigierte. Zu den ideologischen Argumenten der Reformgegner kamen somit reale Veränderungen und die Notwendigkeit einer Reform schien zurückgegangen zu sein. Diese Trends machten es für Amerikaner einfacher, skeptischer zu sein (Brodie/Blendon 1995, 407). Die Abbildungen 7 bis 9 machen deutlich, daß der Umschwung Anfang 1994 erfolgte. Während Ende 1991 bis Ende 1993 der Anteil der Personen, die einen völligen Neubau des Gesundheitssystems für notwendig hielten, auf einem Höchststand war, sank dieser Anteil Anfang 1994 rapide. Zum gleichen Zeitpunkt stieg die Zahl der Befragten, die lediglich geringe Veränderungen wollten (s. Abb. 7).

Die Reformgegner waren erfolgreich darin, unter der Vielzahl von Vorschlägen besonders die Vorstellungen der Administration als negativ auszugliedern. In einer Umfrage vom März 1994 waren 45 % der Befragten gegen den Clinton-Entwurf, 37 % dafür. Wurden lediglich die Grundstrukturen des Plans genannt, ohne ihn als Clinton-Plan zu bezeichnen, wurde er von 76 % der Befragten unterstützt (s. Stout 1994; Skocpol 1996a, 98). Der Clinton-Plan wurde nach seiner Veröffentlichung am 22. September 1993 von der Mehrzahl der Befragten befürwortet (s. Abb. 8). Ein leichter Einbruch war im Oktober 1993 zu verzeichnen, insgesamt konnte die positive Resonanz jedoch bis ins Jahr 1994 hinein beibehalten werden. Ende Februar 1994 waren erstmals mehr ablehnende als befürwortende Stimmen zu verzeichnen und dieses Meinungsbild hielt bis zum Ende der Reformdiskussion an. Ein ähnliches, wenn auch zeitlich um einige Monate vorverlagertes Bild ergab sich auf die Frage, ob der Clinton-Plan für die Befragten fair sei (s. Abb. 9). Ende September 1993 hielten ihn 51 % für fair im Gegensatz zu 21 %, die den Vorschlag als nicht fair bezeichneten. Hier erfolgte

128 Skocpol's Theorie zufolge sind Amerikaner zwar bereit, höhere Steuern für Regierungsprogramme zu zahlen, jedoch nur, wenn große Teile der Bevölkerung, und nicht nur die Armen, davon profitieren (s. Skocpol 1995c, 270/271).

Abbildung 8: Eindruck der Öffentlichkeit zum Clinton-Plan

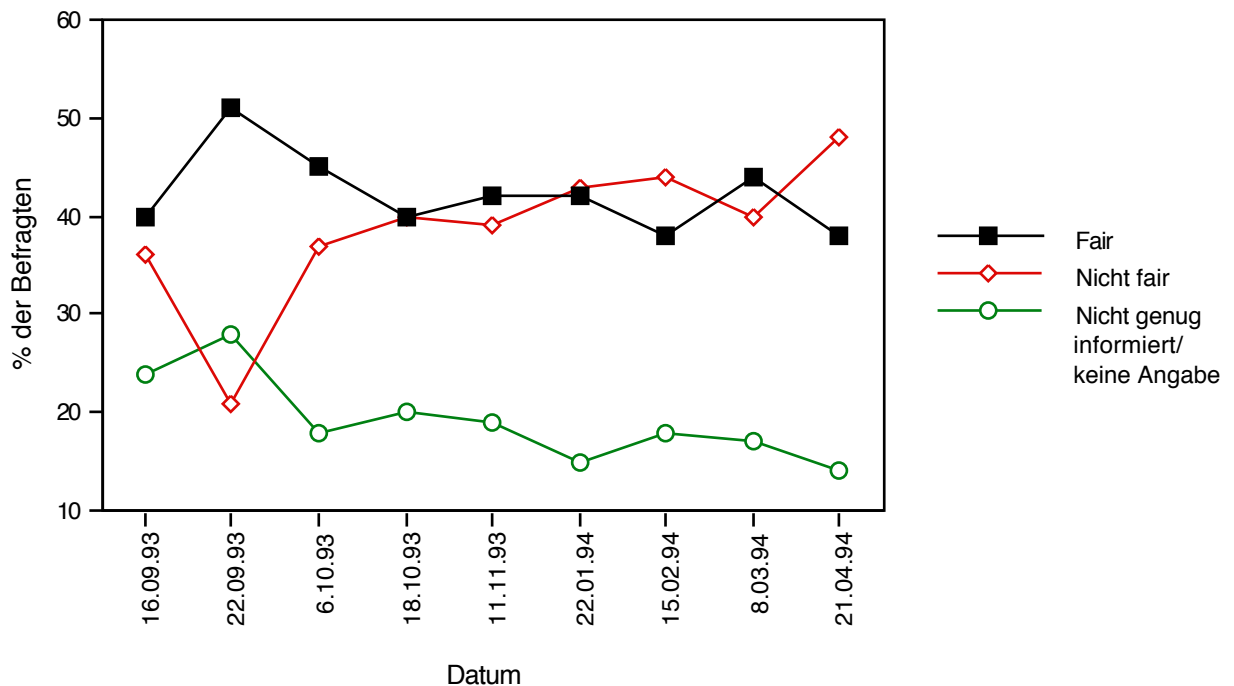


Quelle: Jacobs/Shapiro 1995, 418 Tab.3

der Meinungsumschwung bereits im folgenden Monat und der Vorschlag der Administration konnte seine Popularität nicht wieder gewinnen.

Das Mißtrauen gegenüber Regierungseingriffen entstand nicht erst mit der Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems Anfang der 1990er, sondern hat weiter zurückliegende Ursprünge (zum folgenden Absatz s. Skocpol 1996a, 174-177). Für Jahrzehnte nach dem New Deal griffen rechte Republikaner die expandierende Bundesregierung an. Diese Offensiven konnten aber die liberale Ordnung nicht übertreffen, da die Programme des "big government" (insbesondere Social Security und Medicare) überaus populär waren. Schließlich entdeckten anti-government Konservative in den 1970ern eine bessere Strategie: die Kritik an hohen Steuern sowie den Politikern und Bürokraten, die sie in angeblich verschwenderischer Weise verschleuderten, eine Behauptung, die zum Wahlsieg Reagan's 1980 beitrug. Als Reagan die Präsidentschaft erlangte, wurden Steuerkürzungen auf nationaler Ebene umgesetzt und mit dem Angebotsargument gerechtfertigt; Steuererleichterungen würden privates Investment derart fördern, daß die staatlichen Einnahmen zunehmen. Stattdessen stieg die Staatsverschuldung enorm an. Reagan's 1981 in Kraft getretenen Einkommenssteuerkürzungen führten zum Geldmangel bundesstaatlicher Programme, was diese Programme ineffektiv und unfähig erscheinen ließ. Dies wiederum schürte den Zynismus

Abbildung 9: Ist der Clinton-Plan fair



Quelle: Jacobs/Shapiro 1995, 420 Tab.6

der Wählerschaft bezüglich der Fähigkeiten der Bundesregierung und dem Wert regierungsstaatlicher Programme. Demokraten und moderate Republikaner, die diese Leistungen in Platz halten wollten, griffen auf größere Regulierung zurück und boten damit konservativen Republikanern neue Angriffspunkte gegen ineffektive Regierungsprogramme (s. Brinkley 1994). Reagan's politisches Vermächtnis war ein sich haltendes Unzufriedenheitsgefühl mit der Regierung und sein politisches Erbe eine mit einer unzureichenden Steuergrundlage ausgestattete Bundesregierung. Als Clinton 1992 nach der Reagan/Bush-Ära Präsident wurde, war zum einen das Mißtrauen gegenüber der Bundesregierung auf einem Höchstpunkt und zum anderen die Haushaltslage überaus angespannt (s. Brinkley 1994).

“Reagan's revenge was a double bind, and it delivered a double whammy. In order to avoid a highly visible role for the federal government while still extending health coverage and dealing with the problem of the deficit, the Clinton planners substituted regulations for revenues, and governmental indirection for an out-front public presence in health care financing.”

(Skocpol 1996a, 177)

Ein Kritikpunkt an dieser Argumentationskette ist, daß möglicherweise die Politik des New Deal nicht gestorben ist, weil Reagan gewählt wurde, sondern daß Reagan gewählt wurde, weil der New Deal tot war und das Scheitern der Reformbemühungen 1994 demzufolge nicht auf “Reagan's revenge”, sondern den Wunsch der Wählerschaft zurückzuführen ist (Merry 1996). Dem können jedoch zahlreiche Umfrageergebnisse entgegengehalten werden, in denen die Mehrheit der Befragten

Strukturveränderungen im Gesundheitssystem befürwortet haben und höhere Steuern im Gegenzug für gesicherte Krankenversicherung in Kauf genommen hätten (s. z.B. Marmor/Goldberg 1995, 493; Jacobs/Shapiro 1995, 419 Tab. 5; Navarro 1995a). Der Umschwung in der öffentlichen Meinung kam erst, nachdem die ideologischen Angriffe vom rechten Flügel zusammen mit den negativen Kampagnen einiger Interessengruppen zum Tragen kamen und die in den Reagan/Bush-Jahren geschürte Abneigung gegen Regierungseingriffe die Oberhand gewann.

7.4. Fehler der Administration

Der Einfluß der Reformgegner bei ungenügender Gegenwehr der Reformbefürworter wurde durch Mißgriffe der Administration verschärft (s. Kosterlitz 1994c). Von seiten des Weißen Hauses wurde lange Zeit wenig unternommen, eine den Vorstellungen Clinton's entsprechende Gesundheitsreform zu propagieren. Erst im Frühling 1994 liefen die Kampagnen für den Clinton-Plan auf Hochtouren (s. dazu Jehl 1994; Ifill 1994), aber zu diesem Zeitpunkt war das öffentliche Momentum wie oben gesehen bereits verloren. Der Grund für die relative Vernachlässigung der Gesundheitssystemreform war, daß andere drängende Themen die Agenda Ende 1993/Anfang 1994 bestimmten. Die USA waren in Ereignisse in Somalia, Bosnien und Haiti verwickelt und auf der nationalen Tagesordnung versuchte Clinton, NAFTA (North American Free Trade Agreement) gegen Teile seiner eigenen Partei, die Gewerkschaften und erhebliche Teile der Öffentlichkeit durch den Kongreß zu bekommen¹²⁹. Zudem hatte die Whitewater-Affäre an der Glaubwürdigkeit der Clintons gezerrt. Darüberhinaus vermittelte Bill Clinton eine ambivalente Haltung. Während er in seiner State of the Union Address vom 25.01.94 dem Kongreß drohte: "...If you send me legislation that does not guarantee every American private health insurance that can never be taken away, you will force me to take this pen, veto the legislation, and we'll come right back here and start all over again." (State of the Union Address by the President, 25.01.94), deutete er ansonsten wiederholt Kompromißbereitschaft hinsichtlich aller Punkte des Health Security Act an.

Die Bereitschaft zur Verhandlung war jedoch vielen Mitgliedern des Kongresses nach der Veröffentlichung des Planes nicht klar; der Umfang des Entwurfs vermittelte den Eindruck, daß die Regierung unverrückbare Vorstellungen hatte. Und während die Clintons ständig von Kompromiß sprachen, haben sie gelegentlich ihre Kritiker scharf angegriffen (Clymer 1994g). Insbesondere Hillary Rodham Clinton¹³⁰ und Ira Magaziner hatten sich die Pharmaindustrie und andere Interessengruppen zum Feind gemacht, deren Wohlwollen letztendlich zur Durchsetzung der Reform im Kongreß notwendig

129 Das internationale Abkommen beruhte auf jahrelangen Vorarbeiten und mußte vor Ende 1993 verabschiedet werden. NAFTA wurde von den meisten Republikanern und New Democrats aufgrund seiner Idee des freien Handels unterstützt, aber linke Demokraten, die meisten Gewerkschaften sowie erhebliche Teile der Öffentlichkeit fürchteten, daß amerikanische Unternehmen ihre Produktion in Billiglohnländer, insbesondere das nahegelegene Mexiko, auslagern würden (s. Skocpol 1996a, 78).

130 Die Beauftragung Hillary Clinton's durch den Präsidenten als Leiterin der Task Force wurde oft als taktischer Fehler dargestellt (s. Umfrageergebnis in gleichem Artikel). Gegner hatten damit die Gelegenheit anzuklagen, daß das Gesundheitssystem von jemandem reformiert werden sollte, der nicht einmal gewählt war (Wines/Pear 1996).

gewesen wäre (New York Times 1994b). Die Gelegenheit, von Anfang an eine breite Koalition zur Unterstützung des Plans zu bilden, wurde verpaßt (Martin 1995, 434).

Zu wirklicher überparteilicher Zusammenarbeit zeigte sich die Administration erst im Sommer 1994 bereit. Zu diesem Zeitpunkt war der Clinton-Plan bereits so zerrissen, daß er wenig politische Hebelkraft hatte (Wines/Pears 1996) und Republikaner inzwischen das Thema übernommen hatten (Clift/Brazaitis 1996). Die Regierung hatte die Probleme negativer Werbefeldzüge nicht vorhergesehen und die Chance verpaßt, eigene Anzeigenkampagnen zur Vorinformation laufen zu lassen. Hillary Clinton sagte im nachhinein, sie hätte unterschätzt, wie erfolgreich die Attacken darin waren, substantiell falsche, aber politisch effektive Botschaften zu vermitteln. Außerdem wäre sie nicht auf die Geldmenge vorbereitet gewesen, die der Opposition sofort zur Verfügung gestanden hätte (Clymer 1994g).

KAPITEL III

DAS BUNDESPOLITISCHE FELD NACH DER CLINTON-DEBATTE: DIE DISKUSSION UM EIN EINGESCHRÄNKTES VERSICHERUNGS- GESETZ

1. DIE NEUBELEBUNG EINER KRANKENVERSICHERUNGSREFORM

Im Frühjahr 1995 griffen die republikanische Senatorin Nancy Kassebaum (Kansas) und der demokratische Senator Edward Kennedy (Massachusetts)¹³¹ das Thema Gesundheitsreform wieder auf (s. Oliphant 1996a) und brachten einen begrenzten Reformgesetzentwurf im Senat ein. Ursprung der neuen Gesetzesvorlage war die gescheiterte Clinton-Initiative, aus der die beiden Senatoren zwei Elemente herausgezogen hatten: Übertragbarkeit einer bestehenden Krankenversicherung bei Arbeitsplatzwechsel oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses sowie Unterbindung des Ausschlusses von Vorerkrankungen von der Leistungspflicht.

Bisher verloren krankenversicherte Beschäftigte bei Arbeitsplatzwechsel ihren Versicherungsschutz, wenn ihr neuer Arbeitgeber keine Absicherung anbot oder sie keine Beschäftigung aufnahmen¹³². Wurde Krankenversicherung durch den neuen Arbeitgeber zur Verfügung gestellt, waren bestehende Erkrankungen oft von der Leistungspflicht des neuen Versicherungsunternehmens ausgenommen. Die von Kassebaum und Kennedy herausgegriffenen Punkte waren schon 1993/94 als Mißstände für bereits Versicherte identifiziert worden und eine Bereinigung traf bei allen Seiten auf Zustimmung. Umfassendere Reformvorhaben wurden nicht ins Auge gefaßt, da seit der Clinton-Debatte sowohl der Präsident als auch Abgeordnete beider Parteien überzeugt waren, daß Fortschritte nur in kleinen Schritten erreicht werden könnten (Broder 1996). Während sich die Diskussion Anfang der 1990er um das Recht auf universelle Gesundheitsabsicherung drehte, ging es 1996 um universelle Zugangsmöglichkeit zu Krankenversicherung.

Herausragendes politisches Momentum erlangte der Kassebaum/Kennedy-Entwurf jedoch erst 1996 durch die besonderen politischen Umstände eines Wahljahres, in welchem sowohl Demokraten als auch Republikaner greifbare Taten suchen. Das Thema Gesundheitsreform sprach 1996

131 Kassebaum und Kennedy waren Senatoren oppositioneller Parteien, haben aber jahrelang im Labor and Human Resources Committee des Senats zusammen gearbeitet (Rubin 1996), dessen Vorsitz Kassebaum nach der Wahl 1994 von Kennedy übernahm. Kennedy war als langjähriger Propagator für umfassende Krankenversicherung 1995 auf die minimalistische Annäherung umgestiegen, um die Chancen zur Verbesserung der offenkundigsten Mißstände im Gesundheitssystem zu beheben (Black 1996e).

132 Durch den Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1985 (COBRA) können Arbeitnehmer, die ihren Arbeitsplatz aufgeben oder verlieren, ihre Krankenversicherung für bis zu 18 Monate weiterführen unter Zahlung der Gruppenprämie plus 2 %. Das Gesetz findet nur auf Arbeitnehmer in Unternehmen mit 20 oder mehr Beschäftigten Anwendung.

Wähler und Politiker weiterhin gleichermaßen an (Pear 1996h) und neben der Demokratischen Partei war auch das Interesse der Republikaner groß, die seit der Übernahme beider Häuser des Kongresses 1994 an Popularität eingebüßt hatten. Bob Dole, damaliger Mehrheitsführer des Senats und Anwärter auf die republikanische Nominierung zum Präsidentschaftskandidaten, sowie eine wachsende Zahl republikanischer Repräsentantenhausmitglieder wollten vor der Präsidentschaftswahl 1996 die Besorgnis der Öffentlichkeit über unsicheren Krankenversicherungsschutz dämpfen. Populäres Mittel dafür schien ein begrenztes Versicherungsgesetz zu sein (Black 1996d). Wie zur Zeit der Diskussion 1993/94 hatten Republikaner und Demokraten jedoch große Schwierigkeiten, einen gemeinsamen Weg zu definieren und jeder versuchte, das Thema für seinen politischen Vorteil auszubeuten. Damit wurden in der Debatte legislative Taktiken fast genauso wichtig wie die Kernpunkte der Gesetzesvorlage (Pear 1996h).

2. DER GESETZENTWURF DES SENATS

Der Kassebaum/Kennedy-Entwurf (Health Insurance Reform Act of 1995 - S 1028; s. auch Langdon 1996c, S.618/619; Clymer 1996a) wollte Gruppenversicherungen (group health plans)¹³³ prinzipiell für alle nachsuchenden Arbeitgeber verfügbar machen; daher wurde von Versicherern verlangt, an alle Arbeitgeber Gruppenversicherungen in Märkten zu verkaufen, in denen sie bereits Versicherungen anbieten. Ausnahmen sollten nur zugelassen werden, wenn die finanzielle Sicherheit des Versicherers oder seine Möglichkeit, bereits Versicherte zu versorgen, durch die Aufnahme eines weiteren Arbeitgebers gefährdet würden. Darüberhinaus sollten bestehende Gruppen- oder individuelle Versicherungen erneuert werden müssen, es sei denn es lag Betrug von seiten des Versicherungsnehmers oder Nichtzahlung der Prämie vor.

Durch "group to individual portability" sollte die Weiterführung einer Krankenversicherung bei Arbeitsplatzaufgabe oder Arbeitsplatzwechsel zu einem Unternehmen, welches keine Krankenversicherungsleistungen bietet, ermöglicht werden; Versicherer, die im Individualversicherungsmarkt arbeiten, sollten jede nachfragende Person aufnehmen müssen, die drei Kriterien erfüllt:

1. Versicherung in einem Gruppenplan für mindestens 18 Monate;
2. zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Anspruch auf Versicherung in einem Gruppenplan;
3. COBRA-Absicherung (s. Fußnote 158) ist ausgeschöpft.

Durch "group to group portability" sollten Vorerkrankungen, die in den sechs Monaten vor Abschluß des Versicherungsvertrages behandelt oder diagnostiziert wurden, in Gruppenversicherungen längstens zwölf Monate von der Leistungspflicht ausgeschlossen werden können; der Zwölf-

133 Unter einem group health plan ist die Versicherung zu verstehen, die ein Arbeitgeber für seine Beschäftigten oder eine Gewerkschaft für ihre Mitglieder abschließt im Gegensatz zu einer Individualversicherung, die eine Einzelperson oder Familie mit einem Versicherungsunternehmen eingeht. Versicherer zögern bisweilen, Gruppenversicherungen für Kleinunternehmen verfügbar zu machen, da im Falle schwerwiegender Erkrankung eines Arbeitnehmers die Differenz zwischen Prämieinnahmen und Kosten schnell zu groß wird.

Monats-Zeitraum sollte sich um die Monate durchgehender Versicherung vor Abschluß des Vertrages verringern. Zusätzlich wäre es Versicherern verboten worden, Arbeitnehmer oder Familienangehörige aufgrund ihres Gesundheitszustandes von einem Gruppenplan auszuschließen.

Das General Accounting Office schätzte, daß eine Implementation des Kassebaum/Kennedy-Entwurfs 21 bis 25 Mio. Beschäftigten helfen würde, die andernfalls ihre Absicherung verlieren könnten oder ihren Arbeitsplatz aufgrund möglichen Verlustes ihrer Krankenversicherung nicht wechseln (job-lock) (Langdon 1996c, 616; s. auch Broder 1996; Clymer 1996c).

Der Kassebaum/Kennedy-Entwurf wurde am 02.08.95 einstimmig vom Labor and Human Resources Committee des Senats angenommen (J. Gray 1996; Langdon 1996c). Die "group-to-individual-portability" war jedoch auf strikte Opposition der Versicherungsindustrie getroffen und die Health Insurance Association of America (HIAA) bekämpfte den Vorschlag (Langdon 1996a, 618/619). Konservative republikanische Senatoren bezogen mit Versicherern Stellung bezüglich deren Besorgnis über die Einschränkung ihrer Gestaltungsmöglichkeiten von Versicherungsplänen und verzögerten die weiteren Beratungen des Entwurfs im Senat (Pear 1996a; Langdon 1996a, 619/620; Werber Serafini 1996a, 378). Erst als Präsident Clinton in seiner State of the Union Address vom 23.01.96 den Senat zur Verabschiedung des Gesetzes aufrief und die Medien das Blockadeverhalten aufgriffen (Langdon 1996c, 619/620), erhielt der legislative Prozeß neues Momentum. Der republikanische Mehrheitsführer im Senat Bob Dole schaltete sich ein und versuchte blockierende Senatoren dazu zu bewegen, den Gesetzgebungsgang fortschreiten zu lassen (Clymer 1996a). Der Druck auf die Opponenten wurde so groß, daß schließlich die Senatsdiskussion für Ende April 1996 festgelegt werden konnte (Langdon 1996a, 619/620; Werber Serafini 1996a, 378; J. Gray 1996).

Während der Debatte im Senat versuchten sowohl Republikaner als auch Demokraten, Zusätze in den Gesetzesentwurf einzubringen. Kassebaum und Kennedy kämpften jedoch hinter der Bühne intensiv für den Schutz ihres Entwurfs. Kassebaum war zwar bereit, Zusätze wie Erhöhung der steuerlichen Absetzbarkeit der Krankenversicherungsprämien Selbständiger sowie die Verschärfung der Strafen für Betrug in öffentlichen Programmen (Medicaid, Medicare) in der späteren Diskussion mit dem Repräsentantenhaus zu akzeptieren. Sie konnte die Zusätze aber nicht offiziell als Teil des Senatsentwurfs billigen, da sonst möglicherweise die zerbrechliche überparteiliche Koalition aus Senatoren und Interessengruppen, die auf der "Reinheit" des Entwurfs basierte, auseinander gefallen wäre. Kassebaum: "The lessons of the past are clear...If you try too much, we will fail to do anything" (Black 1996e). Mitglieder der Kassebaum-Koalition hatten versprochen, keine eigenen Ergänzungen einzubringen, solange der Entwurf frei von Zusätzen bliebe (Langdon 1996f).

Insbesondere medical savings accounts (MSAs), welche konservative Republikaner in den Kassebaum/Kennedy-Entwurf einbringen wollten (Pear 1996k) und die bei den Verhandlungen zwischen Senat und Repräsentantenhaus später erhebliche Bedeutung erhielten (s. Kap. III-4.1.), nahmen als

Streitpunkt Gestalt an. Ein medical savings account kann zusammen mit Versicherungsplänen mit hohem Selbstbehalt bei einem privaten Versicherungsunternehmen eingerichtet werden. Die auf dem medical savings account angesammelten steuerfreien Geldsummen können zur Begleichung medizinischer Ausgaben verwendet werden oder der Kapitalansammlung dienen, wenn die eingezahlten Beträge die Ausgaben übersteigen¹³⁴. Ein Versuch zur Einführung von medical savings accounts (MSAs) im Rahmen des Haushaltsgesetzes war 1995 von Clinton mit einem Veto belegt worden und Republikaner versuchten nun über den Kassebaum/Kennedy-Entwurf erneut, MSAs zu implementieren (Langdon 1996r, 2200; Samuelson 1996).

Im April brachte Bob Dole, republikanischer Mehrheitsführer des Senats und Aspirant für die Nominierung zum Präsidentschaftskandidaten der Republikanischen Partei, einen Zusatz einschließlich MSAs ein. Um mehr Senatoren von Kassebaum's "Reinheitsstrategie" abzubringen, hatte Dole zudem eine Reihe von Steuerprovisionen in seinen Gesetzesnachtrag eingebaut, darunter die auch bei Demokraten populäre Anhebung der steuerlichen Absetzbarkeit der Krankenversicherungsprämien Selbständiger von 30 auf 80 % (Langdon 1996g, 1049) und Steuererleichterungen für Langzeitpflege (Black 1996e). Ferner sollte mit dem Zusatz die steuerfreie Entnahme von Beträgen aus einer Lebensversicherung für Personen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen ermöglicht sowie die Maßnahmen gegen Betrug im Medicare-Programm verschärft werden (Pear 1996 l). Während die steuerlichen Erleichterungen für Langzeitpflege und die Krankenversicherung Selbständiger in einer Senatsabstimmung am 18.04.96 angenommen wurden, konnten medical savings accounts von Kassebaum und Kennedy zurückgewiesen werden. Bei einem Abstimmungsergebnis von 52:46 hatten fünf Republikaner mit allen Demokraten dagegen gestimmt (Langdon 1996g, 1050; Rubin 1996, 1171; Black 1996e).

Dole wußte, daß er in den Konferenzverhandlungen zwischen Senat und Repräsentantenhaus einen weiteren Anlauf unternehmen konnte, MSAs in das Gesetz einzugliedern (Langdon 1996i, 1170). Er mußte jedoch gerade in Hinsicht auf seine Rolle als möglicher republikanischer Präsidentschaftskandidat im weiteren abwägen, durch sein Beharren eventuell für das Scheitern des Gesamtvorschlages verantwortlich gemacht zu werden, oder auf MSAs zu verzichten und gemeinsam mit Clinton, der ein Veto angedroht hatte, Punkte für die Verabschiedung zu bekommen (Langdon 1996j, 1170; Black 1996e; Langdon 1996f).

Die Senatoren Pete Domenici (Republikaner) und Paul Wellstone (Demokrat) brachten einen Zusatzartikel ein, welcher Leistungsansprüche für psychische Erkrankungen in gleichem Umfang wie für physische zusicherte¹³⁵ (Oliphant 1996a). In einem überraschenden Schritt nahm der Senat am 18.04.96 die Ergänzung in den Kassebaum/Kennedy-Vorschlag auf (Pear, 1996m). Am 23.04.96 wurde der Entwurf schließlich unter Einschluß der Gleichstellung psychischer Erkrankungen sowie

134 Ausführungen zu medical savings accounts s. Goodmann/Musgrave 1992; Pauly 1994; Pauly/Goodman 1995; Gramm 1994; Chollet 1995; Health Care Savings Plan Act of 1995 - H.R. 354.

135 Bisher schränkte der überwiegende Teil der Versicherungspläne Leistungen wie stationäre Aufenthalte oder Therapiesitzungen bei psychischen Erkrankungen wesentlich ein.

Steuererleichterungen für Langzeitpflege und die Krankenversicherung Selbständiger aber ohne medical savings accounts einstimmig (100:0) vom Senat verabschiedet.

3. DER GESETZENTWURF DES REPRÄSENTANTENHAUSES

Im Repräsentantenhaus befanden sich in verschiedenen Komitees mehrere Entwürfe zur Krankenversicherungsreform, die von der republikanischen Führung unter Newt Gingrich in einem Gesetzesvorschlag zusammengefaßt wurden¹³⁶ (Langdon 1996a, 616; Langdon 1996c, 619). Daneben lag eine Repräsentantenhaus-Version des Senatsvorschlags vor, der von einer republikanischen Abgeordneten eingebracht worden war (Black 1996m). Obwohl dieser Entwurf 186 Sponsoren unter den 435 Abgeordneten hatte (Reuters 1996b), wurde er von der Repräsentantenhausführung ignoriert (Langdon 1996a, 620).

Ebenso wie im Senat bestand auch im Repräsentantenhaus Einigkeit über die Bestimmungen zur Übertragbarkeit einer bestehenden Krankenversicherung sowie die Begrenzung des Ausschlusses von Vorerkrankungen von der Leistungspflicht. Umstritten waren jedoch über diese Regelungen hinausgehende Zusätze im Repräsentantenhausentwurf, insbesondere medical savings accounts (MSAs), die Erleichterung der Bildung von purchasing pools für Kleinunternehmen durch die Ausnahme von einzelstaatlicher Regulierung sowie eine Begrenzung der Entschädigungssummen für ärztliche Behandlungsfehler (malpractice reform). Obwohl Newt Gingrich selber 1994 der Clinton-Administration gezeigt hatte, daß die Chancen zur Verabschiedung einer Gesundheitsreform rapide sinken, wenn der Entwurf komplizierter wird (Pear 1996h), hielt die Repräsentantenhausführung an den Erweiterungen fest, um ihren Vorschlag von der Senatsversion abzuheben. Daneben argumentierte sie, daß nur bei Eingliederung der Zusätze die Unterstützung neugewählter, konservativer Republikaner zu gewinnen sei und sie zudem ein Mittel zur Kostenbegrenzung darstellten (Pear 1996h).

Der Reformvorschlag (Health Coverage Availability Act of 1996 - H.R. 3103) passierte das Repräsentantenhaus am 28.03.1996 mit einem Abstimmungsergebnis von 267 zu 151; unter den

136 Basisvorlage war ein Entwurf von Bill Thomas (Republikaner aus Kalifornien, H.R. 1610), welcher group-to-group portability für Arbeitnehmer in Betrieben mit 20 oder mehr Beschäftigten garantierte und den Ausschluß oder die Einschränkung der Absicherung neuer Beschäftigter in Gruppenplänen verhinderte. Dazu kam eine Vorlage von Harris W. Fawell (Republikaner aus Illinois, H.R. 995), welche ebenfalls die Übertragbarkeit einer Krankenversicherung im Gruppenversicherungsmarkt bei Arbeitsplatzwechsel sicher stellte. Darüberhinaus sollte mit dem Fawell-Entwurf die Bildung von purchasing cooperatives von Kleinunternehmen entgegen einzelstaatlichen Bestimmungen ermöglicht werden und ERISA auf solche Nachfragerzusammenschlüsse ausgedehnt werden. Der Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA) schließt Firmen, welche die Krankheitskosten ihrer Beschäftigten selber tragen (self-insurance) von einzelstaatlicher Krankenversicherungsregulation aus. Desweiteren wurden für den Vorschlag der Repräsentantenhausführung group-to-individual portability durch das Commerce Committee adressiert und die Reform des ärztlichen Haftpflichtrechts durch das Judiciary Committee (Langdon 1996a, 616; Langdon 1996c, 619).

Befürwortern des republikanischen Entwurfs befanden sich 38 Demokraten (Pear 1996i)¹³⁷. Die Gesetzesvorlage enthielt neben den Basisregelungen folgende Zusätze:

- Uneingeschränkte Verfügbarkeit von medical savings accounts bei Ergänzung durch Versicherungspläne mit hohem Selbstbehalt
- Stufenweise Erhöhung der steuerlichen Absetzbarkeit von Krankenversicherungsprämien für Selbständige auf 50 % bis zum Jahr 2003¹³⁸
- Ermöglichung der vorzeitigen Entnahme von Beträgen aus Lebensversicherungen ohne steuerliche Nachteile für lebensbedrohlich Erkrankte
- Ermutigung zur Bildung von purchasing pools kleiner Unternehmen durch Ausnahme von einzelstaatlicher Regulierung
- Begrenzung der Entschädigungssumme für "nicht-ökonomische" Schäden (Schmerzen) bei medizinischen Behandlungsfehlern auf \$ 250.000,- (malpractice reform)
- Steuererleichterungen für Langzeitpflege

Der Versuch, die Gleichstellung der Leistungsansprüche bei psychischen Erkrankungen in den Repräsentantenhausentwurf einzugliedern, wurde bereits während der Beratungen im Commerce Committee von führenden Republikanern verhindert (Langdon 1996i, 1172).

Während das Weiße Haus den Senatsvorschlag begrüßt hatte, bezeichnete es den Entwurf der Führung des Repräsentantenhauses als "wholesale experimentation with health insurance" (Ass. Press 1996e). Medical savings accounts wurden zurückgewiesen, da sie reiche und gesunde Individuen zum Verlassen des allgemeinen Versichertenpools ermutigen und die Kosten für die verbleibenden Versicherten hochtreiben würden. Die Regierung kritisierte auch die Begrenzung der Entschädigungen für Behandlungsfehler, welche die Republikaner als Mittel zur Eindämmung der Gesundheitskosten sahen¹³⁹; der demokratische Abgeordnete Pete Stark (Kalifornien) bezeichnete die Begrenzung als "payoff to the American Medical Association", die lange solche Beschränkungen verlangt hatte¹⁴⁰. Darüberhinaus erklärten das Weiße Haus und die National Association of Insurance

137 Ein Gegenvorschlag des demokratischen Abgeordneten Dingell erzielte keinen Erfolg. Der Entwurf entsprach prinzipiell dem Senatsentwurf, bot aber zusätzlich einen Anreiz für republikanische Abgeordnete: Die steuerliche Absetzbarkeit der Krankenversicherungsprämien für Selbständige sollten auf 80 % angehoben werden gegenüber 50 % im Vorschlag der Repräsentantenhausführung. Dennoch stimmten nur zehn republikanische Abgeordnete für den Vorschlag und der Entwurf war damit vom Repräsentantenhaus abgelehnt (Langdon 1996d, 881).

138 Bisher konnten Selbständige 30 % der Krankenversicherungskosten für sich selbst, Ehepartner und Abhängige absetzen; ein Haushaltsentwurf, der im Dezember 1995 von Clinton aus anderen Gründen abgelehnt wurde (s. Kap. V-4.2.2.), hätte die Absetzung auf 50 % angehoben; Republikaner im Repräsentantenhaus wollten eine ähnliche Regelung in ihrem Versicherungsgesetz sehen (Pear 1996f).

139 Republikaner sagten durch diese Maßnahme Kosteneinsparungen voraus, da momentan als Schutz gegen gerichtliche Anklagen mehr Untersuchungen als notwendig von Ärzten und Krankenhäusern veranlaßt würden; Kritiker meinen, daß der Vorschlag die Möglichkeit zur Kompensation für geschädigte Patienten erheblich begrenzen würde (Pear 1996i).

140 Clinton hatte in seinem Health Security Act eine Vielzahl solcher "payoffs".

Commissioners, die staatliche Versicherungsbeauftragte repräsentiert, daß das Gesetz die Autorität der Bundesstaaten zur Regulierung von Krankenversicherung unterlaufen würde und damit Konsumenten weniger Schutz gäbe (Pear 1996v). Demokraten sagten voraus, daß die Zusatzartikel in den Verhandlungen mit dem Senat keinen Bestand haben würden. Führende Republikaner deuteten verschiedentlich an, die Zusätze in Diskussion mit Clinton sowie dem Senat verteidigen zu wollen, aber nicht den Gesamtvorschlag an einem Beharren auf den Bestimmungen scheitern zu lassen (s. Ass. Press 1996e; Pear 1996i; Reuters 1996b; Ass. Press 1996c; Langdon 1996d, 881).

4. STRITTIGE ZUSÄTZE

Im Senat war es Kassebaum und Kennedy gelungen, ihren Vorschlag weitgehend frei von Zusätzen zu halten und so eine Verabschiedung ohne Gegenstimmen zu erreichen. Demokraten vermuteten, daß es durch die Aufnahme von Zusätzen im Entwurf der Repräsentantenhausführung Absicht der Republikaner war, die Legislation zu sabotieren. Die republikanische Führung rechtfertigte ihre Schritte jedoch damit, daß die Zusätze für eine Passage des Gesetzes notwendig seien, um Konservative versöhnlich zu stimmen und Vorsitzende von Komitees zufrieden zu stellen, die den einen oder anderen Bereich als unbedingt notwendig erachteten (Pear 1996f). Mit Verabschiedung der Gesetzesvorlagen im Senat und Repräsentantenhaus zeichneten sich die drei wesentlichen Differenzpunkte ab: Medical savings accounts, die Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen sowie die Förderung von purchasing pools kleiner Unternehmen durch weitgehenden Ausschluß von einzelstaatlicher Regulation.

4.1. Medical savings accounts

Die Republikaner im Repräsentantenhaus hatten bereits mehrmals gegen die Opposition der Demokraten erfolglos versucht, medical savings accounts (MSAs) als Mittel zur Reform des Krankenversicherungssystems durchzusetzen. Durch den Einschluß der Option in Kassebaum/Kennedy's Reformentwurf wurde der Druck auf die Demokratische Partei verstärkt, welche vor die Entscheidung gestellt war, MSAs zu billigen oder das populäre Gesetz scheitern zu lassen (Kosterlitz 1996).

MSAs sind ein relativ unerprobtes Konzept¹⁴¹, dessen Aufstieg zu einem public policy-Instrument

141 In Singapore wurde 1984 das ursprünglich von den Briten installierte überwiegend öffentliche, aus Steuermitteln finanzierte Gesundheitswesen reformiert und medical savings accounts wurden in großem Umfang implementiert. Sie bilden in der Form von "Medisave" die Grundpfeiler des neuen Systems und werden ergänzt durch "Medifund", ein Versicherungsprogramm für extrem hohe medizinische Ausgaben (catastrophic insurance) und "Medishield", welches die medizinische Versorgung einkommensschwacher Personen übernimmt. Zwei Studien des Systems kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während Massaro/Wong feststellen, daß die Einführung von medical savings accounts wesentlich zur Kontrolle der Gesundheitskosten in Singapore beigetragen hat (Massaro/Wong 1995, 269), schließt Hsiao, daß selbst angesichts unzulänglicher Daten die Kosten schneller angestiegen sind als vor der Einführung von medical savings accounts (Hsiao 1995, 264-266). Gemeinsam ist den Autoren die Schlußfolgerung, daß die offensichtliche Funktionalität des Systems darauf zurückzuführen ist, daß der

auf mehrere Faktoren zurückzuführen ist (s. Kosterlitz 1996). Mit ihrer Betonung von individueller Verantwortung und freier Entscheidungsmöglichkeit für Versicherte wirkt diese Option im gegenwärtigen Strom US-amerikanischer Politik anziehend auf Konservative, aber auch auf einige Demokraten. Eine Umsetzung von MSAs in großem Rahmen würde eine nationale Krankenversicherung bei deren möglicher Neudiskussion verhindern, da medical savings accounts eine Individualisierung im Versicherungsmarkt bewirken würden. Verstärkend kam hinzu, daß 1996 ein Präsidentschaftswahljahr war, in welchem Konservative MSAs als Möglichkeit begrüßt haben, sich von Clinton und seinem gescheiterten Reformplan abzuheben. Gerade für den voraussichtlichen republikanischen Präsidentschaftskandidaten Bob Dole, damals noch Mehrheitsführer im Senat, boten sie eine Möglichkeit, der Legislation seinen Stempel aufzudrücken und nicht Clinton allein den Verdienst zu überlassen (Pear 1996 l).

Nach Ansicht der Demokraten waren für die Popularisierung von MSAs innerhalb der Republikanischen Partei die Wahlkampfkontributionen der Golden Rule Insurance Co. ausschlaggebend und sogar einige Republikaner gaben zu, daß Geld eine Rolle spielte (s. Kosterlitz 1996; Langdon 1996d, 880). Golden Rule kämpfte bereits seit Jahren für die steuerliche Begünstigung von MSAs (Stone 1996, 545), da das Unternehmen catastrophic health insurance vermarktet. Hierbei handelt es sich um Versicherungspläne mit hohem Selbstbehalt, d.h. weniger kostenintensive Behandlungen müssen im allgemeinen von den Versicherten bezahlt werden und erst nach Ausschöpfung des Selbstbehalts, der mehrere tausend Dollar pro Jahr betragen kann, springt die Versicherung ein. Zur Abdeckung der hohen Eigenbeteiligung kann der Versicherte beim Versicherungsunternehmen ein medical savings account einrichten. Entsprechende Versicherungsunternehmen hätten durch eine Implementation des ursprünglichen Kassebaum/Kennedy-Gesetzes, das den Versicherungsmarkt für alle Nachfager weiter öffnet, viel zu verlieren gehabt, da sie bisher Versicherte mit Gesundheitsrisiko vermieden haben. Insbesondere Golden Rule hatte die Reputation, aufgrund strikter Risikoselektion zu florieren¹⁴² (Stone 1996, 539). Durch Aufnahme von MSAs in das Gesetz hätten diese Versicherer überwiegend Personen in gutem Gesundheitszustand angezogen, die darauf spekulieren, Geld auf ihrem medical savings account ansparen zu können. Golden Rule gab erhebliche Wahlkampfkontributionen, die nahezu ausschließlich an republikanische Politiker gingen; dazu kam ein ständiger Fluß von Informationsmaterial, das medical savings accounts anpries (Ass.

Markt nicht sich selbst überlassen wurde, sondern der Staat aktiv in allen Bereichen interveniert (Massaro/Wong 1995, 271; Hsiao 1995, 265). Für die Anwendung von medical savings accounts in den USA werden damit Zweifel an der Theorie konservativer Republikaner bestärkt, die Konten an sich würden zur Senkung der Kosten beitragen und einen Rückzug des Staates aus dem Gesundheitssystem ermöglichen.

142 Der Kassebaum/Kennedy-Vorschlag schränkte die Möglichkeiten für Versicherer ein, Personen mit Vorerkrankungen auszugliedern. Golden Rule verweigerte nach eigenen Angaben von J. Patrick Rooney, dem Vorsitzenden des Unternehmens, manchmal solchen Personen die Absicherung oder verlangt höhere Prämien. Ein Vertreter von Golden Rule, John Whelan, sagte 1994 vor dem Kongreß: "To provide health coverage to people for a medical condition which has already occurred may be charitable; it is not the business of insurance." Golden Rule hat sich Bemühungen in mehreren Staaten widersetzt, Krankenversicherung an alle Antragssteller zu verkaufen und Prämienunterschiede zu begrenzen. New Hampshire State Senator Jeanne Shaheen (Demokratin): "Golden Rule represents everything that is wrong with health care in America" (Pear 1996k).

Press 1996g). Dazu die Repräsentantenhausabgerodnete Cynthia A. McKinney (Demokratin aus Georgia):

“Why medical savings accounts? Just follow the money. The Golden Rule Insurance Company has given more than \$ 1.4 million to the GOP, and coincidentally, Golden Rule just happens to be the premier company peddling medical savings accounts.”¹⁴³

(Pear 1996k)

\$ 117.000,- allein gingen an Gopac, ein political action committee, welches vormals unter der Kontrolle von Newt Gingrich stand (Pear 1996k; Stone 1996, 540). Der Vorsitzende von Golden Rule, J. Patrick Rooney, konnte zusammen mit Gingrich und anderen Schlüsselmitgliedern des Repräsentantenhauses seine Idee vorantreiben (Black 1996d).

Neben J. Patrick Rooney sowie Newt Gingrich und anderen führenden Republikanern unterstützten noch einige konservative Forschungsinstitute wie das Center for Policy Analysis die Konten. Ferner wurden sie von der American Medical Association begrüßt, welche die Option offensichtlich als letztes Mittel ansah, fee-for-service-Vergütung zu bewahren (Warsh 1996), und der Business Coalition for Affordable Health Care, die ca.1,7 Mio. Unternehmen repräsentiert (Pear 1996 l). Die Befürworter von medical savings accounts gehen davon aus, daß damit Konsumenten eine breitere Auswahl unter Krankenversicherungsoptionen geboten wird. Ferner würden starke Anreize zur Kostenkontrolle gegeben, da Versicherte bei der Inanspruchnahme von Leistungen direkt auf ihre eigenen Ersparnisse im MSA zurückgreifen müßten¹⁴⁴ (Pear 1996k; Langdon 1996g, 1049). Dieser wirtschaftlichere Weg zum Erwerb von Krankenversicherung würde letztendlich mehr Personen in den Genuß von Absicherung bringen (Langdon 1996d, 880). Gleichzeitig würde den Versicherten mehr Kontrolle über den Gebrauch des für Gesundheitsausgaben zurückgelegten Geldes gewährt werden (Pear 1996k) und jeder seine Gesundheitsversorgung auf die eigenen Bedürfnisse mit freier Auswahl unter den Leistungsanbietern zuschneiden können (Clymer 1996f; Pear 1996r). Nach Ansicht der Befürworter von MSAs bieten sie Absicherung, ohne Versicherte in managed care oder Regierungsabsicherung zu drängen (New York Times 1996d). Bill Archer (Republikaner), Vorsitzender des Ways and Means Committee des Repräsentantenhauses:

“Medical savings accounts represent a new and exciting innovation in health insurance that I believe will become highly popular with the American people.”

(Langdon 1996q, 2122)

Gleichzeitig wäre durch die weitere Individualisierung des Versicherungsmarktes ein Bollwerk gegen die Übernahme des Gesundheitssystems durch die Regierung geschaffen (Pear 1996r).

Opponenten sind der Ansicht, daß medical savings accounts nur reiche und gesunde Personen ansprechen, die genügend überschüssiges Einkommen haben, welches sie in den Konten

143 Rooney selber gab einen Betrag von \$ 1,1 Mio. an (Pear 1996k).

144 Dabei ist zu bedenken, daß Individuen nicht viel dazu beitragen können, ihre Gesundheitsausgaben zu kontrollieren, da die meisten Entscheidungen von Ärzten getroffen werden (Clymer 1996d). Das Argument, MSAs würden Versicherte kostenbewußter machen, ist durch verschiedene Studien widerlegt (Kosterlitz 1996).

deponieren können. Kranke Personen könnten durch MSAs ihr Einkommen nicht vermehren, da die eingelagerten Beträge für die Begleichung medizinischer Rechnungen aufgewendet werden müssen¹⁴⁵. Finanziell schlechter gestellte Versicherte würden zudem ihre Konten mit geringerer Wahrscheinlichkeit angreifen, um Präventivleistungen in Anspruch zu nehmen, sondern warten, bis sie ernsthaft erkrankt sind (Langdon 1996g, 1049), so daß medical savings accounts in ihrer Reinform die Inanspruchnahme präventiver Leistungen entmutigen. Außerdem würden MSAs eine Verschiebung im Versicherungsmarkt bewirken: Gesunde und reiche Personen würden die Versicherungspläne mit hohem Selbstbehalt wählen, was eine größere Konzentration von kranken und armen Versicherten in den traditionellen Pläne zur Folge hätte, in welchen dann die Prämien steigen (Langdon 1996o). Das Office of Management and Budget des Weißen Hauses erklärte im März 1996 in einer Stellungnahme:

“Medical savings accounts will provide a tax break for the healthiest and wealthiest individuals ... and attract them out of the general health insurance market, potentially raising premiums for all other people.”

(Pear 1996 l; Langdon 1996d, 880)

Dieser Effekt könnte verstärkt werden, wenn Arbeitgeber aus Kostengesichtspunkten konventionelle Versicherungsarten aufgeben und nur noch Pläne mit hohem Selbstbehalt und daher geringeren Prämien anbieten sowie eventuell einige Zahlungen in medical savings accounts übernehmen (Clymer 1996d).

Medical savings accounts waren zu einem “article of faith” konservativer Republikaner geworden, da sie in die republikanische Ideologie von individueller Verantwortlichkeit und freiem Markt fallen. Sie sollen US-Amerikanern das Recht geben, den Umfang ihres Krankenversicherungsschutzes selber festzulegen (Ass. Press 1996g). Tieferliegender Grund für die Promotion von medical savings accounts war die strukturelle Richtungsänderung des Krankenversicherungssystems, die mit deren Einführung in die Wege geleitet bzw. durch deren Nichteinführung (vorläufig) abgewendet würde: Die weitere Abkehr von einem sozialstaatlichen Sicherungssystem hin zu Eigenverantwortung der Versicherten und Herrschaft des freien Marktes mit geringstmöglicher staatlicher Regulation. Durch die Diskussion um MSAs wurde deutlich, daß selbst mit minimalistischen Schritten anstelle einer umfassenden Reform die zukünftige Richtung des Gesundheitssystems festgelegt werden kann. Aufgrund dieses ideologischen Hintergrundes entwickelten sich medical savings accounts zum wesentlichen Streitpunkt bei der Verabschiedung des Gesetzes.

4.2. Die Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen

Leistungen für psychische Erkrankungen werden von Versicherungsunternehmen mit wesentlich

145 Die Vertreter von medical savings accounts argumentieren gegen den Vorwurf, daß von ihnen nur reiche, gesunde Personen profitieren würden, daß entsprechende Versicherungspläne unbegrenzten Schutz gegen “catastrophic medical expenses” nach dem Selbstbehalt gäben, wohingegen konventionelle Versicherungen oftmals ein auf die Lebenszeit des Versicherten bezogenes, finanzielles Anspruchslimit haben (Pear 1996k).

mehr Beschränkungen hinsichtlich der Anzahl zur Verfügung gestellter stationärer Aufenthaltstage und ambulanter Therapiesitzungen belegt als Leistungen für physische Leiden. Experten gehen davon aus, daß die Restriktionen Patienten verletzen und im Endeffekt zu höheren Kosten führen, wenn psychische Erkrankungen unbehandelt bleiben (Stein 1996e). Anfang 1996 boten weniger als 2 % der Arbeitgeber innerhalb ihrer Krankenversicherungspläne Absicherung bei psychischen Erkrankungen, die anderen Gesundheitsleistungen gleichgestellt war (Pear 1996q). Nach dem Scheitern der Clinton-Initiative waren anscheinend viele Parlamentarier in ihren Wahlkreisen damit konfrontiert worden, welche Folgen die Nichtabsicherung solcher Krankheiten haben kann (Pear 1996m) und eine Regelung zu deren Gleichbehandlung wurde in den Senatsvorschlag aufgenommen.

Sofort nach Aufnahme der Bestimmung haben viele Unternehmergruppen ihre Unterstützung für den Senatsentwurf zurückgenommen. Es hat sich eine einflußreiche Koalition, der u.a. das Chamber of Commerce und die National Association of Manufacturers angehörten, gebildet, welche eine Festschreibung der Gleichstellung von psychischen Erkrankungen im Konferenzkomitee zwischen Senat und Repräsentantenhaus verhindern wollte. Nach Ansicht der Unternehmerschaft und auch der Versicherungsindustrie würde die Provision die Krankenversicherungskosten in die Höhe treiben und einige Arbeitgeber zwingen, Krankenversicherung für ihre Beschäftigten zu streichen (Pear 1996o; Stein 1996e; Langdon 1996i, 1172). Unternehmergruppen gingen von potentiellen Prämien erhöhungen zwischen 8 und 11 % aus (Bass 1996).

Demgegenüber werden nach praktischen Erfahrungen einiger großer Korporationen die Kosten durch die gleichwertige Absicherung gesenkt und nicht erhöht; z.B. haben Bell South Corp., Conoco und Xerox umfassende mental health-Pläne, welche Prävention betonen und die Leistungserbringung überwachen. Für Conoco waren sechs Jahre nach der Implementation die Kosten rapide gesunken, da Beschäftigte von Anfang an Hilfe suchen können und nicht zu einem späteren Zeitpunkt teurere Behandlung in Anspruch nehmen müssen (Bass 1996). Mittels neuer Arten der Kostenkontrolle durch managed care ist es nach Meinung einiger Experten aus finanzieller Sicht möglich geworden, psychische mit physischen Erkrankungen gleichzustellen. Eine neue Industrie von spezialisierten managed care-Unternehmen überwacht Psychiater und Psychologen und betont Alternativen zu Hospitalisierung, so daß Leistungen zu vorhersehbaren Kosten zur Verfügung gestellt werden können. Durch diese Versicherungsunternehmen wurde psychiatrische Behandlung in den letzten fünf Jahren fundamental verändert¹⁴⁶. Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire und Rhode Island haben Gesetze, welche die gleiche Absicherung für psychische und physische Erkrankungen verlangen. Die meisten großen Firmen sind jedoch aufgrund von ERISA (s. Fußnote 136) ausgenommen. In Maryland war nach Inkrafttreten des Gesetzes 1994 die Inanspruchnahme von Leistungen nur leicht angestiegen und auch in Minnesota hatte sich die Befürchtung

146 Unternehmer haben Leistungen bei psychischen Erkrankungen zum Teil deswegen begrenzt, weil sie in den 1980ern die Erfahrung gemacht hatten, daß die Kosten schneller stiegen als für andere Behandlungen. Psychiatrische Krankenhäuser umwarben aggressiv Patienten, die über ihren Arbeitsplatz versichert waren. Durch die managed care-Versicherungsunternehmen hat sich dies jedoch geändert (Pear 1996p).

nicht bewahrheitet, daß eine Flut von Ansprüchen geschaffen würde (s. Pear 1996p).

Das Congressional Budget Office (CBO) kam in seiner Beurteilung der Provision jedoch zu dem Schluß, daß die Versicherungsprämien bei Implementation anfangs um 4 % steigen würden. Obwohl das CBO nicht mit Bestimmtheit voraussagte, wie Arbeitgeber reagieren würden, wäre mit der Kürzung anderer Leistungen oder völliger Aufgabe des Versicherungsschutzes zu rechnen, so daß sich der Prämienanteil der Arbeitgeber nur um 1,6 % erhöhen würde. Dieser Prämienanstieg würde an Arbeitnehmer durch geringere Lohnsteigerungen weitergegeben werden, was wiederum Auswirkungen auf die staatlichen Steuereinnahmen hätte. Das Congressional Budget Office sagte eine Verringerung von \$ 9,3 Milliarden über die ersten neun Jahre und von \$ 2 Milliarden für jedes weitere Jahr voraus (Pear 1996o). In einem Bericht an das Committee on Economic and Educational Opportunities des Repräsentantenhauses vom 13.05.96 gab das CBO außerdem bekannt, daß nach seinen Schätzungen bis zu 800.000 Personen (400.000 Arbeitnehmer und 400.000 Familienangehörige) ihren Krankenversicherungsschutz verlieren könnten, wenn durch die Gleichstellung der Leistungsansprüche bei psychischen Erkrankungen die Versicherungsprämien ansteigen würden (Pear 1996q) und einige Arbeitgeber die Absicherung generell aufgäben¹⁴⁷. Angesichts der Prognosen des Congressional Budget Office sanken die Chancen der Durchsetzung der Regelung im Konferenzkomitee, zumal im Vorschlag des Repräsentantenhauses eine entsprechende Provision nicht aufgenommen war.

Bei Betrachtung des Kostenarguments stellt sich die Frage, wie betroffene Individuen bei Auftreten einer ernsthaften psychischen Erkrankung die finanzielle Belastung tragen sollen, wenn es zufolge der Opponenten der Regelung einer Risikogemeinschaft mit Umverteilungsprozeß nicht möglich ist, die Finanzierung zu übernehmen. Durch die Freiwilligkeit der Arbeitgeberbeteiligung in einem Krankenversicherungssystem, welches zum überwiegenden Teil an den Arbeitsplatz gebunden ist, bestimmen sich Leistungsansprüche nicht nach Notwendigkeitsgesichtspunkten sondern danach, was Arbeitgeber freiwillig bereit sind, an Arbeitnehmerschutz zu übernehmen. Für die nichtabgedeckten Kosten müssen Individuen aus eigener Tasche bezahlen oder auf öffentliche Finanzierungsstellen zurückgreifen, womit letztendlich die Kosten über Steuern der Gemeinschaft auferlegt werden.

4.3. Die Bildung von Nachfragerzusammenschlüssen - purchasing pools

Clinton's Health Security Act von 1993 hatte den Zusammenschluß der Nachfrager zur Aushandlung von Krankenversicherungsverträgen in purchasing pools unter staatlicher Oberaufsicht vorgesehen,

¹⁴⁷ Kostenanalysen privater Versicherungsstatistiker prognostizierten eine Prämiensteigerung von 3,2 %. Gemäß einer Studie der Firma Cooper & Lybrand würden \$ 5,5 Milliarden an Aufwendungen für psychische Erkrankungen eingespart werden, da der öffentliche Sektor geringere Ausgaben hätte und die Markteffizienz im privaten Sektor größer würde. Auch Staatsbedienstete gingen davon aus, daß die Kosten staatlicher Agenturen, und damit die Kosten für Steuerzahler, sinken würden, da bisher öffentliche Gesundheitsagenturen für die Behandlung ernsthaft Erkrankter aufkommen müssen, die ihre private Absicherung für psychische Leiden ausgeschöpft haben (Bass 1996).

was damals auf scharfe Kritik der Republikaner gestoßen war. Die Repräsentantenhausversion zur Gesundheitssystemreform 1996 offerierte solche Pools für Kleinunternehmen, wollte sie jedoch durch die Ausnahme von ERISA der Regierungskontrolle entziehen. Der Senatsvorschlag erleichterte zwar einen Zusammenschluß durch die Überlagerung behindernder einzelstaatlicher Gesetzgebung, beharrte aber auf strikter nationalstaatlicher Regulation der Pools.

Große Unternehmen umgehen einzelstaatliche Regulierung durch self-insurance, d.h. das Unternehmen ist für die medizinischen Rechnungen seiner Beschäftigten verantwortlich, selbst wenn für die Ausführung der Versicherung ein Krankenversicherer eingeschaltet wird. Der Grundgedanke hinter deren Ausnahme von einzelstaatlicher Regulation war, daß Großbetriebe oft Arbeitnehmer aus mehreren Bundesstaaten beschäftigen und es teuer und schwierig sei, sich Gesetzen verschiedener Bundesstaaten anzupassen. Prinzipiell steht die Möglichkeit zur "Selbstversicherung" allen Unternehmen unabhängig von ihrer Größe offen, aber nur wenige Kleinunternehmen machen davon Gebrauch, da schwerwiegende Erkrankungen eines Beschäftigten sie finanziell ruinieren können. Bei der Bildung von purchasing pools könnten diese Zusammenschlüsse Beschäftigte aus mehreren Bundesstaaten haben. Mit der Möglichkeit der Vereinigung kleiner Unternehmen zum Erwerb von Krankenversicherung stellt sich die grundlegende Frage, ob es gerecht ist, große Unternehmen von einzelstaatlicher Regelung auszunehmen, aber nicht Kleinunternehmer, die sich sonst nicht in der Lage sehen, self-insurance durchzuführen (Werber Serafini 1996c).

Kleinunternehmer und ihre Interessenorganisationen wie die National Federation of Independent Business, die sich augenscheinlich als Organisator anbieten wollte, halten purchasing pools für essentiell, Krankenversicherungskosten unter Kontrolle zu bekommen und ihre Lobbyisten haben seit Jahren für eine solche Regelung gekämpft. Führende Republikaner stehen auf seiten der Unternehmerschaft, müssen aber gleichzeitig die Gouverneure beschwichtigen, welche eine Ausnahme von einzelstaatlicher Regulierung¹⁴⁸ ablehnen (Werber Serafini 1996c; s.auch Langdon 1996d). Gegner der Ausnahme der purchasing pools von einzelstaatlicher Regulation wie die Clinton-Administration, die Health Insurance Association of America, die National Association of Insurance Commissioners sowie die National Conference of State Legislatures sind der Ansicht, daß Konsumentenschutz hinsichtlich Zahlungsfähigkeit und Leistungsangebot nicht sicher gestellt ist (Langdon 1996d; Langdon 1996i, 1172; Pear 1996i).

Wie im Falle der medical savings accounts spielt auch hier die grundlegende Richtungsänderung des Krankenversicherungssystems eine Rolle: Durch die Bildung von Nachfragerzusammenschlüssen, die von einzelstaatlicher Regulation ausgenommen sind, würden möglicherweise Millionen von Arbeitnehmern aus öffentlich geförderten Versichertenpools entfernt werden (Pear 1996i) und ein weiterer Teil des Systems würde staatlichem Einfluß entzogen.

148 Einzelstaatliche Gesetze erzwingen oft die Aufnahme bestimmter Leistungen in Versicherungspläne. Kleinunternehmer argumentieren, daß dies Krankenversicherung für sie zu teuer macht. Durch die Ausnahme von solcher Regulierung würden die Versicherungskosten sinken und mehr Arbeitgeber könnten Krankenversicherung anbieten (Langdon 1996i, 1172), allerdings in Plänen von möglicherweise geringerer Qualität.

5. DER KOMPROMIßBILDUNGSPROZEß

Die Arbeit des Konferenzkomitees von Senat und Repräsentantenhaus war bereits blockiert, bevor die Diskussion um die strittigen Punkte aufgenommen werden konnte. Dem Mehrheitsführer im Senat unterliegt die Befugnis, die Teilnehmer aus den Reihen des Senats für Konferenzkomitees zu bestimmen. Bob Dole hatte versucht, seine Position auszunutzen und Republikaner auszuwählen, die medical savings accounts favorisierten¹⁴⁹ (Black 1996g). Zusammen mit den Vertretern des Repräsentantenhauses, in dessen Vorschlag MSAs eingebunden waren, hätte deren Etablierung im Kompromißentwurf des Konferenzkomitees festgelegt werden können. Senator Edward Kennedy (Demokrat aus Massachusetts) drohte jedoch mit einer Blockade der von Dole geplanten Berufungen unter dem Gesichtspunkt, daß die Senatsvertreter die Stellung des Senats zu repräsentieren haben (Langdon 1996j, 1535), welcher medical savings accounts während seiner Diskussion um das Versicherungsgesetz mit knapper Mehrheit abgelehnt hatte. Von Kennedy eingebrachte Alternativbenennungen wurden wiederum von der Gegenseite abgelehnt (Clymer 1996e).

Obwohl Republikaner die Mehrheit im Senat hatten, war Kennedy's Drohung von Einfluß, da ein einzelner Senator den Senat in parlamentarische Verwicklungen binden kann, indem er einen Einwand einbringt. Kennedy hätte für jede Berufung eine Abstimmung erzwingen und so die reguläre Arbeit des Senats zeitlich beeinträchtigen können, was sich auf die Verabschiedung anderer Gesetze ausgewirkt hätte und auf den Mehrheitsführer Bob Dole zurückgefallen wäre. Dole hatte noch versucht, den Vorsitzenden des Finance Committee im Senat William Roth und den Vorsitzenden des Ways and Means Committee im Repräsentantenhaus Bill Archer mit einer Kompromißbildung zu beauftragen, aber die informellen Gespräche waren Anfang Juni 1996 nach Angaben Kennedy's zusammengebrochen (Black 1996g) und der Fortgang des Gesetzes war vorläufig zum Stillstand gebracht.

Während der Blockierung der Auswahl von Teilnehmern für das Konferenzkomitee haben sich Republikaner, hauptsächlich enge Mitarbeiter von Senatoren und Abgeordneten, informell beraten und zudem regelmäßig mit Vertretern von Versicherungsunternehmen, Ärzteguppen und der Unternehmerschaft getroffen (Langdon 1996j, 1538). Im Verlauf dieser Zeit wurde innerhalb der Republikanischen Partei Einigung darüber erzielt, die purchasing pools für Kleinunternehmer mit

149 Einigkeit bestand darüber, daß Mitglieder aus dem Labor and Human Resources Committee (produzierte den Entwurf) und dem Finance Committee (beteiligt, weil Dole steuerbezogene Zusätze eingebracht hatte, die in den Entwurf aufgenommen wurden) des Senats teilnehmen sollten. Sowohl die Vorsitzende des Labor Committee Nancy Kassebaum (Republikanerin aus Kansas) als auch der an dritter Stelle stehende Republikaner im Finance Committee John H. Chafee (Republikaner aus Rhode Island) lehnten medical savings accounts ab. Bei einem normalen Auswahlverfahren von drei Republikanern und zwei Demokraten von jedem Komitee hätten die vier Demokraten mit Kassebaum und Chafee gegen die Option stimmen können. Dole schlug vor, nur drei Teilnehmer aus dem Finance Committee zu nehmen (zwei Republikaner und einen Demokraten) und so Chafee zu umgehen. Die beiden Republikaner aus dem Finance Committee hätten für MSAs gestimmt und die 3:2 Opposition des Labor Committee ausgeglichen. Zusätzlich schlug Dole vor, drei Teilnehmer aus dem Judiciary Committee, das über keinen Teil des Gesetzes Jurisdiktion hatte, zu berufen, dessen zwei Republikaner ihm dann insgesamt sechs Stimmen für medical savings accounts geliefert hätten (Clymer 1996d).

Befreiung von staatlicher Regulation¹⁵⁰ sowie die Begrenzung der Entschädigungssummen für Behandlungsfehler (malpractice reform) fallen zu lassen. Auch die im Senatsentwurf enthaltene Gleichstellung von psychischen Erkrankungen sollte aufgegeben werden¹⁵¹ und statt dessen Gelder für regionale psychiatrische Zentren (community mental health centers) sowie eine Zwei-Jahres-Studie über die Absicherung von psychischen Krankheiten zur Verfügung gestellt werden (Langdon 1996 I; Clymer 1996g). Hintergrund dieser Einigungen war offensichtlich das Vorhaben Dole's, aus dem Senat zu resignieren und sich dem Präsidentschaftswahlkampf zu widmen. Er setzte sich vehement für eine Übereinkunft ein, um vor seinem Abgang einen legislativen Sieg zu erreichen. Gleichzeitig zeigten sich die Abgeordneten nachgiebiger, da Dole verhandlungsbereiter als sein wahrscheinlicher Nachfolger Trent Lott galt (Langdon 1996 I).

Weiterhin Uneinigkeit bestand jedoch innerhalb der Republikanischen Partei über medical savings accounts. Während einige Republikaner um jeden Preis darauf bestanden, wollten andere nicht das Gesetz an dem Zusatz scheitern lassen (Clymer 1996g). Kassebaum hat eine eingeschränktere Option angeboten, aber die Republikaner des Repräsentantenhauses haben offensichtlich eine Verwässerung ihrer Regelung zurückgewiesen (Langdon 1996 I). Sie schlugen statt dessen vor, die Konten für alle Beschäftigten in Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten zugänglich zu machen, womit ca. 2/3 der Arbeitnehmerschaft zugangsberechtigt gewesen wäre, und die Option innerhalb einiger Jahre auf alle Personen auszudehnen (Black 1996i).

Am 10.06.96, einen Tag vor Dole's Abgang aus dem Senat, kam es zu einer Einigung innerhalb der Republikanischen Partei. Medical savings accounts sollten auf Beschäftigte in Kleinunternehmen sowie Selbständige begrenzt werden, insgesamt ca. 30 Mio. Personen. Die Höchstgrenze für Selbstbehalte in den zu Grunde liegenden Versicherungsplänen sollte pro Jahr bei \$ 5.000,- für Einzelpersonen und \$ 7.500,- für Familien liegen. Nach den Selbsthalten sollten Versicherte nicht mehr als 30 % ihrer medizinischen Ausgaben tragen müssen. Eine unabhängige Organisation sollte eine zweijährige Studie über die Auswirkungen durchführen und ab 01.01.2000 wäre die gesamte Bevölkerung zugangsberechtigt geworden, wenn nicht der Kongreß die Ausdehnung stoppte (Langdon 1996o; Clymer 1996h). Dole's imminenter Abgang aus dem Senat hatte anscheinend auch hier den Stillstand innerhalb der Republikanischen Partei gebrochen. Die Republikaner wollten Dole helfen, Anerkennung für die Verabschiedung des Gesetzes unter Einschluß von MSAs zu erhalten anstelle Schuld für ein Scheitern zu bekommen (Langdon 1996o).

Während andere Zusätze, die in den Reihen der Republikaner populär waren und auf der Wunschliste mächtiger Interessengruppen standen, aufgegeben wurden (purchasing pools, Begrenzung

150 Mit Herausnahme der Regelung aus dem Repräsentantenhausvorschlag wurde nach Druck von Lobbyisten der Kleinunternehmen auch die Senatsversion mit deren strikterer staatlicher Regulation für die Zusammenschlüsse fallengelassen (Langdon 1996n, 1677).

151 Die für die Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen eintretenden Senatoren sagten am 12.06.96, daß sie bereit sind, ihr Ziel der vollen Gleichbehandlung während dieses Gesetzgebungsverfahrens aufzugeben, aber dann ihren Kampf weiter führen wollten (Boston Globe 1996g).

der Haftpflichtsumme bei Behandlungsfehlern, Gleichstellung von psychischen Erkrankungen), wurde an medical savings accounts festgehalten, obwohl diese Regelung der am meisten umstrittene Zusatz des Gesetzes war. Der finanzielle Einfluß der Golden Rule Insurance Co. und der Versuch Bob Dole's, dem Gesetz seinen Stempel aufzudrücken, reicht hier als Erklärung nicht aus. Eine möglicherweise langwierige Auseinandersetzung mit den Demokraten sowie ein Veto Clinton's wurde in Kauf genommen, da sich mit MSAs die Möglichkeit bot, das Gesundheitssystem in Richtung der von konservativen Republikanern angestrebten Abkehr von staatlich beeinflussten Sozialleistungen zu lenken.

Nach der Einigung innerhalb der Republikanischen Partei rückte die Kompromißsuche mit den Demokraten in den Mittelpunkt. Mit der Verständigung über medical savings accounts war die Republikanerin Nancy Kassebaum von ihrer "Reinheitsstrategie" abgegangen¹⁵². Ihre Zustimmung zu einem Test von MSAs in großem Umfang hatte zusammen mit dem Verzicht Bill Archer's, Vorsitzender des Ways and Means Committee des Repräsentantenhauses, auf deren uneingeschränkte Einführung den Weg für den Kompromiß innerhalb der Republikanischen Partei frei gemacht (Langdon 1996n, 1677). Solange Kassebaum mit dem Demokraten Kennedy zusammen gestanden hatte, konnten Demokraten den Republikanern die Verzögerung des Gesetzes anlasten. Nun jedoch wuchs der Druck auf die Kongreßdemokraten und den Präsidenten (ebd.).

Demokraten wollten im Gegenzug zum republikanischen Vorschlag MSAs für einen kleineren Personenkreis zugänglich machen und bei Auslaufen des Pilotprojekts im Jahr 2000 eine automatische Abstimmung des Kongresses festschreiben anstelle der automatischen Ausdehnung des Projekts, falls der Kongreß nicht abstimmt (Langdon 1996n, 1678; Langdon 1996 I; Boston Globe 1996e). Führende Kongreßrepublikaner beschuldigten Senator Edward Kennedy, alleinverantwortlich für die Blockade des Versicherungsgesetzes zu sein mit einer "geheimen Agenda zur Sozialisierung der amerikanischen Medizin"¹⁵³. Obwohl Kennedy nicht direkt an den Verhandlungen zwischen dem Weißen Haus und Schlüssel-Republikanern beteiligt war, wurde er von Regierungsoffiziellen, die seine Vorbehalte gegen medical savings accounts teilten, regelmäßig konsultiert (Black 1996j).

Kennedy und die Clinton-Administration hatten informell mehrere Vorschläge mit medical savings accounts als Demonstrationsprojekt unterbreitet¹⁵⁴ (s. Black 1996g; Cohen 1996; Clymer 1996f), bestanden aber auf einer Begrenzung, um eine Eliminierung bei negativen Auswirkungen zu ermöglichen. Demgegenüber betonten Republikaner die Notwendigkeit eines größeren Umfangs,

152 Anfangs hatte Kassebaum getrennt vom Rest der Republikanischen Partei Wege gesucht, die auch Kennedy zufrieden stellen würden (Cohen 1996).

153 Stellungnahme der Business Coalition for Affordable Health Care (war 1993 aus dem Boden gestampft worden, um gegen den Clinton-Plan Lobbying zu betreiben): "Sen. Kennedy is killing health care reform today to socialize American medicine tomorrow" (Black 1996j).

154 Clinton selber hatte Republikanern einen detaillierten Vorschlag für einen begrenzten Test der Konten über drei Jahre in vier Regionen übersandt, die Republikaner lehnten jedoch Begrenzungen ab (Pear 1996r).

um verlässliche Daten zu erlangen (Langdon 1996p). Über einer ausgedehnten Einführung von MSAs lag jedoch die Drohung eines Präsidentenvetos (Clymer 1996g).

Trent Lott, der nach dem Rücktritt Dole's am 12.06.96 zum neuen Mehrheitsführer im Senat gewählt worden war, legte einen Kompromißvorschlag zu MSAs vor, in welchem er auf einige Bedenken der Demokraten einging: Selbständige wurden aus dem Pilotprojekt herausgenommen und eine verbindliche Abstimmung des Kongresses nach Ablauf von drei Jahren aufgenommen. Demgegenüber wurde der potentielle Versichertenpool des ursprünglichen Repräsentantenhausentwurfs ausgedehnt auf Firmen mit 100 oder weniger Beschäftigten (Langdon 1996p). Lott versuchte augenscheinlich ein Tauschgeschäft zu erreichen, da er auch einen neuen Vorschlag zur umstrittenen Erhöhung des Mindestlohns machte und dabei Provisionen aufhob, welche von Demokraten bekämpft wurden (s. Ass. Press 1996h).

Obwohl Demokraten nach außen hin weiter versuchten, medical savings accounts aus der Gesetzesvorlage zu streichen, suchten sie nach Gemeinsamkeiten mit den Republikanern, die zur Verabschiedung des Gesetzes führen konnten. Dies sollte ermöglichen, daß Clinton mit einer, wenn auch minimalen, Gesundheitsreform in den Wahlkampf gehen konnte. Innerhalb der Demokratischen Partei ging die Diskussion nicht mehr um die Etablierung von MSAs an sich, sondern um Konsumentenschutz und die Höhe der Selbstbehalte bei Einführung der Option für Selbständige und Beschäftigte in Kleinunternehmen (Ass. Press 1996j). Auch wollten viele Kongreßmitglieder potentiellen Wählern in ihrem Wahlkreis Ergebnisse vorzeigen können (Pear 1996t) und der Druck zu einer Verständigung vor Beginn der Sommerpause im August 1996 wurde immer größer.

Kennedy und Archer einigten sich schließlich am 25.07.96 auf einen Kompromiß zu medical savings accounts, was den Weg zur Bildung des Konferenzkomitees freimachte. Die Übereinkunft sah ein auf 750.000 medical savings accounts begrenztes Demonstrationsprojekt vor, welches vier Jahre laufen soll. Danach muß der Kongreß tätig werden, um das Programm auszudehnen. MSAs könnten von Selbständigen (self-employed workers), Arbeitnehmern in Unternehmen mit weniger als 50 Beschäftigten sowie Nichtversicherten errichtet werden. Vertreter des Repräsentantenhauses machten Zugeständnisse hinsichtlich des Konsumentenschutzes durch die Begrenzung der Selbstbehalte in den angeschlossenen Versicherungsplänen, die vor Einspringen der Versicherung zu leisten sind, auf höchstens \$ 2.250,- pro Jahr für Individualversicherungen (minimaler Selbstbehalt \$ 1.500,-) und höchstens \$4.500,- für Familienversicherungen (minimaler Selbstbehalt \$3.000,-). Eigenbeteiligungen nach Aktivwerden der Versicherung bei Arztbesuchen, Arzneimitteln oder anderen Leistungen wurden auf \$ 3.000,- jährlich für Individuen und \$ 5.500,- für Familien begrenzt. Während die Bundesregierung steuerliche Anreize zur Errichtung von medical savings accounts geben soll, wurde gleichzeitig die Geldmenge begrenzt, welche durch die Konten von der Steuer ausgenommen wird: 65 % des Selbstbehaltes für Individuen und 75 % für Familien (Pear 1996t; Langdon 1996q, 2122/2123).

Bei der Einigung zwischen Republikanern und Demokraten war als zusätzliches Druckmittel ein

“Tauschgeschäft” ausgehandelt worden. Im Gegenzug zu Kennedy’s Blockade der Auswahl von Konferenzteilnehmern hatte der Republikaner Don Nickles die Berufung von Senatoren zur Aushandlung einer Erhöhung des Minimallohns (ein Steckenpferd Kennedy’s) von \$ 4,25 pro Stunde auf \$ 5,15 blockiert (Black 1996k; Pear 1996t). Mit Kennedy’s Aufgabe der Verzögerung des Konferenzkomitees wurde von den Republikanern der Weg für Verhandlungen bezüglich des Minimallohns frei gemacht (Langdon 1996q, 2123).

In den Verhandlungen des Konferenzkomitees wurden einige kontroverse Bestimmungen aus den vorliegenden Reformatwürfe herausgenommen, darunter die Gleichstellung der Leistungsansprüche bei psychischen Erkrankungen, die Begrenzung der Entschädigungssummen für Behandlungsfehler (Langdon 1996r, 2197) und die Ausnahme von purchasing pools kleiner Unternehmen von einzelstaatlicher Regulation. Diese Punkte waren, wie beschrieben, von der Republikanischen Partei während derer internen Einigung aufgegeben worden. Medical savings accounts wurden in der bereits vor Eröffnung des Konferenzkomitees ausgehandelten Form übernommen. Innerhalb von wenigen Tagen wurden auch verbliebene Unstimmigkeiten über die Basispunkte des Gesetzes beigelegt. Der Repräsentantenhausvorschlag hatte von Versicherungsunternehmen nur verlangt, einen beliebigen Plan für Personen zur Verfügung zu stellen, die ihre Gruppenabsicherung verlieren. Diese Nachfrager hätten von anderen Versicherungsplänen ausgeschlossen werden können. Die Senatsvorlage dagegen forderte die Bereitstellung aller Individual-Versicherungspläne eines Versicherers¹⁵⁵. Unter dem Kompromiß müssen Versicherungsunternehmen, die für entsprechende Nachfrager die Auswahl begrenzen, ihre populärsten Pläne zur Verfügung stellen oder vergleichbare Absicherung anbieten und Subventionen zum Ausgleich höherer Prämien für Personen mit hohem Risikofaktor offerieren (Black 1996 l). Damit wurde prinzipiell die Übertragbarkeit einer bestehenden Versicherung gesichert, den Versicherungsunternehmen aber die Flexibilität über die Entscheidung zugestanden, welche Art von Plänen sie in solchen Fällen anbieten wollen. Mit dieser Regelung gab sich auch die Versicherungsindustrie zufrieden (Langdon 1996r, 2200).

Gleichzeitig mit der Einigung über das Krankenversicherungsgesetz wurde auch eine Übereinkunft über den Zeitplan zur Implementation der Anhebung des Mindestlohns erreicht¹⁵⁶ (Black 1996 l).

6. DIE VERABSCHIEDUNG DES HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996

Das Repräsentantenhaus hat der Vorlage am 01.08.1996 zugestimmt. Ein Vorstoß der Demokraten, den Vorschlag zurück ins Konferenzkomitee zwischen Senat und Repräsentantenhaus zu senden,

155 Versicherungsunternehmen, unterstützt von Archer, wollten die Möglichkeit haben, neue Policen für Personen zu schaffen, die von Gruppen- zu individueller Versicherung wechseln, da sie die Besorgnis hegten, daß Personen mit ernsthaften Erkrankungen den Markt überschwemmen werden. Kennedy befürchtete, daß diese Policen so teuer wären, daß sie unerschwinglich würden und das Versprechen der Übertragbarkeit von Versicherungsschutz damit aufgehoben würde (Clymer 1996i).

156 Gene Green (Demokrat aus Texas):“This Republican majority passes a minimum wage increase - the world has definitely turned upside down...” (Schmitt 1996).

um die Gleichstellung von Leistungen bei psychischen Erkrankungen wieder einzusetzen, wurde zurückgewiesen (Clymer 1996j). Der Senat gab seine Zustimmung am 02.08.96 (Schmitt 1996). Der Versuch des Mehrheitsführers im Senat Trent Lott, in letzter Minute eine Provision in das Gesetz zu schleusen, welche das Patent für ein Arthritis-Arzneimittel der Firma American Home Products verlängert hätte, scheiterte¹⁵⁷ (Clymer 1996j).

Der Health Insurance Portability and Accountability Act (PL 104-191/H.R. 3103) wurde am 21.08.96 von Präsident Clinton unterzeichnet. Bob Dole kommentierte die Verabschiedung des Gesetzes:

”This bill includes many of the important health insurance reforms I’ve promoted for years and should end once and for all the Clinton prescription of big government health care.”

Senator Kennedy wies darauf hin, daß “with President Clinton’s signature on this bill, the long gridlock over health reform is finally broken” und Clinton selber sprach an, daß weitere Reformschritte wie die Absicherung Arbeitsloser oder die Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen folgen müßten (Blair 1996; Purdum 1996c). Tabelle 9 gibt einen Vergleich zwischen der Vorlage des Senats, des Repräsentantenhauses und dem Health Insurance Portability and Accountability Act.

7. DIE REAKTION VON INTERESSEGRUPPEN

Der Gesetzesvorschlag wurde von den großen Versicherungsunternehmen und HMOs im allgemeinen befürwortet, da er einen Weg bot, das Vertrauen in private Versicherung zu stärken (Pear 1996f), ohne tiefgehende Eingriffe in deren Praxisausübung oder staatliche Kontrollen zu implementieren. Kleinere Versicherungsunternehmen unter Führung der Health Insurance Association of America (HIAA) dagegen wiesen den Entwurf entschieden mit dem Argument zurück, daß er erhebliche

157 Lott sagte, daß American Home Products Corporation die Verlängerung des Patents verdiene, da eine Konkurrenzfirma eine Verlängerung für ein ähnliches Produkt erhalten habe. American Home Products hat wesentliche Finanzmittel an die Republikanische Partei gegeben (Schmitt 1996). Die Verlängerung des Patents hätte zu höheren Kosten für Senioren beigetragen, da der Verkauf von Generika, die 30 bis 50 % weniger kosten, verhindert worden wäre (Reuters 1996d). Die Abgeordneten aus Pennsylvania waren daran gescheitert, das Patent der Firma zu verlängern, die hunderte von Beschäftigte in der Philadelphia-Gegend hat. Lott hängt die Provision an den Gesetzesvorschlag an, als der Kongreß mit Arbeit überladen war und die Abgeordneten in die Sommerpause gehen wollten. Solche Manöver sind im Kongreßkreislauf oft erfolgreich. Da das Konferenzkomitee im geheimen tagte, hätte Lott die Provision ohne große Aufmerksamkeit einbringen können. Wegen des Zeitfaktors war es wenig wahrscheinlich, daß große Einwände erhoben würden und Clinton hätte das Gesamtgesetz nicht aufgrund einer relativ unbedeutenden Provision fallengelassen. Senator Paul Wellstone (Demokrat aus Minnesota) sowie die Bürgergruppe Public Citizen stießen jedoch darauf. Obwohl die Provision letztendlich scheiterte, wird deutlich, wie einfach Legislation zugunsten spezieller Interessen oft durch den Kongreß gehen kann (Fritsch 1996). Das Repräsentantenhaus hatte die Gesetzesvorlage unter Einschluß der Regelung verabschiedet und der Abgeordnete Pete Stark (Demokrat aus Kalifornien) äußerte sich während der Debatte: “...an outrageous special interest handout that was inserted quietly in the hopes that no one would notice.” Im Senat drohte Wellstone, das gesamte Gesetz zu blockieren, wenn die Regelung nicht herausgeschnitten würde. Lott verzichtete auf den Zusatz und das Repräsentantenhaus verabschiedete eine Resolution, mit der die Bestimmung aus dessen Gesetzesvorlage herausgenommen wurde, bevor sie an Clinton übersandt wurde (Langdon 1996r, 2200).

Tabelle 9: Vergleich zwischen dem Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 sowie den Entwürfen des Senats- und des Repräsentantenhauses¹⁵⁸

	Health Insurance Portability and Accountability Act, unterzeichnet am 21.08.96 (PL 104-191)	Senat verabschiedete S 1028 am 23.04.96 (Kassebaum/Kennedy-Gesetz)	Repräsentantenhaus verabschiedete H.R. 3103 am 28.03.96
Verfügbarkeit von Gruppenversicherung	Versicherer, die Gruppenversicherung an Kleinunternehmen (2-50 Beschäftigte) verkaufen, müssen prinzipiell alle Arbeitgeber aufnehmen	Versicherer müssen grundsätzlich an alle Arbeitgeber Gruppenversicherungen in Märkten verkaufen, in denen sie bereits Versicherungen anbieten.	wie Senat
Verfügbarkeit individueller Versicherung	Versicherer, die individuelle Versicherungen anbieten, müssen jede Person aufnehmen, die drei Kriterien erfüllt: 1. mindestens 18 Monate vorangegangener Absicherung; 2. zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Anspruch auf Versicherung in einem Gruppenplan; 3. COBRA-Absicherung ist ausgeschöpft.	Versicherer, die individuelle Versicherungen anbieten, müssen jede Person aufnehmen, die drei Kriterien erfüllt: 1. Versicherung in einem Gruppenplan für mindestens 18 Monate; 2. zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Anspruch auf Versicherung in einem Gruppenplan; 3. COBRA-Absicherung ist ausgeschöpft.	wie Senat
Ausschluß von Vorerkrankungen	Bei Gruppenversicherungen Begrenzung des Ausschlusses von Vorerkrankungen, die in den sechs Monaten vor Abschluß des Versicherungsvertrages behandelt oder diagnostiziert wurden, von der Leistungspflicht auf 12 Monate. Der 12-Monats-Zeitraum verringert sich um die Monate durchgehender Versicherung vor Abschluß des Vertrages.	gleiche Regelung	gleiche Regelung
Erneuerung des Versicherungsvertrages	Versicherer können die Absicherung oder Erneuerung des Vertrages nicht aufgrund des Gesundheitszustandes verweigern.	gleiche Regelung	gleiche Regelung
Medical savings accounts (MSAs)	Ab 01.01.97 werden als Versuchsprojekt 750.000 MSAs zugelassen. Nach Ablauf von vier Jahren hat der Kongreß zu entscheiden, ob MSAs der gesamten Bevölkerung zugänglich gemacht werden.	-	Uneingeschränkte Verfügbarkeit von MSAs zur Ergänzung von Versicherungsplänen mit hoher Eigenbeteiligung (high deductible plans).
Selbständige	Stufenweise Erhöhung der steuerlichen Absetzbarkeit von Versicherungsprämien für Selbständige auf 80 % bis 2006.	-	Stufenweise Erhöhung der steuerlichen Absetzbarkeit von Versicherungsprämien für Selbständige auf 50 % bis 2003
Mental health coverage	-	Versicherer müssen für schwerwiegende psychische Erkrankungen die gleichen Leistungen bieten wie für physische.	-

158 S. auch Langdon 1996c, 618/619; Langdon 1996e, 881; Langdon/Rubin 1996, 2198/2199; Langdon 1996i, 1170/1171. Cobra: Durch den Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act von 1985 (COBRA) können Arbeitnehmer, die aufgrund von Kündigung oder Entlassung ihren Arbeitsplatz verlieren, ihre Krankenversicherung für bis zu 18 Monate weiterführen. Das Gesetz findet auf Arbeitnehmer in Unternehmen mit 20 oder mehr Beschäftigten Anwendung.

Auflösung von Lebensversicherungen	Chronisch oder lebensbedrohlich Erkrankte können ohne Steuerstrafen Beträge aus ihrer Lebensversicherung entnehmen.	-	gleiche Regelung
Bildung von purchasing pools	-	Überlagert einige Gesetze der Einzelstaaten, welche die Bildung von purchasing pools durch Arbeitgeber erschweren.	Ermutigt zur Bildung von purchasing pools durch die Ausnahme von Kleinunternehmen von einzelstaatlicher Regulation.
Maßnahmen gegen Betrug	Verschärfung der Strafen bei Betrug in Medicare und Medicaid	-	gleiche Regelung
Malpractice-Reform	-	-	Begrenzt die Entschädigungssumme für "nicht-ökonomische Schäden", d.h. Schmerzen, auf \$ 250.000,-.
Langzeitpflege	Behandelt Pflegeversicherung mit den gleichen steuerlichen Vorteilen wie Krankenversicherung.	-	Behandelt Pflegeversicherung mit den gleichen steuerlichen Vorteilen wie Krankenversicherung; zusätzlich wären andere Ausgaben für Langzeitpflege, die 7,5 % des zu versteuernden Einkommens übersteigen, steuerlich absetzbar.

Prämiensteigerungen nach sich ziehen würde. Nach Ansicht Bill Gradison's, Präsident der HIAA, würden sich kranke Personen oder Versicherte, die Leistungsfälle in naher Zukunft erwarten, bei Verlassen eines Gruppenplans eher weiterversichern als gesunde Personen (Langdon 1996a, 620). Die Vereinigung sagte Prämiensteigerungen von 10 bis 30 % voraus. Die American Academy of Actuaries (ein Statistiker-Zusammenschluß) dagegen ging von einer zwei bis fünf-prozentigen Prämiensteigerung über drei oder mehr Jahre aus (Langdon 1996a, 620; Boston Globe 1996a). Der Congressional Research Service schätzte die Prämiensteigerungen für individuelle Versicherungspolice auf nicht mehr als drei Prozent (Langdon 1996a, 620)¹⁵⁹.

Darüberhinaus stand die Health Insurance Association medical savings accounts ablehnend gegenüber, da sie eine Herausnahme gesunder Versicherter aus regulärer Krankenversicherung befürchtete (Black 1996d). Die Vereinigung stellte sich in der öffentlichen Diskussion jedoch neutral, da in ihren Reihen einige Anbieter und damit Unterstützer von MSAs sind (Kosterlitz 1996). Auch managed care-Unternehmen lehnten die Konten ab, da sie freie Auswahl unter den Leistungsanbietern und fee-for-service-Vergütung im Gegensatz zu den kontrollierten Netzwerken der HMOs bieten, hielten aber unter dem Druck führender Republikaner ihren Widerstand zurück (ebd.).

Einflußreiche Organisationen wie die American Medical Association, die Gewerkschaftsvereinigung AFL-CIO und die National Governors' Association unterstützten die Gesetzgebung (Black 1996c). Mit der National Association of Manufacturers, dem US Chamber of Commerce und dem Business

159 Sowohl die American Academy of Actuaries als auch der Congressional Research Service gingen davon aus, daß die Bundesstaaten erheblich höhere Prämien für Personen mit ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zulassen würden, wohingegen die HIAA Maßnahmen zur Verhinderung von Prämienunterschieden annahm, was zu einer Umverteilung der höheren Kosten auf den gesamten Versichertenkreis führen würde (Langdon 1996a, 620).

Roundtable waren auch die wesentlichen Unternehmensvertretungen auf seiten der Reform (Black 1996c; Pear 1996g); sie zogen ihre Unterstützung zwar für kurze Zeit im Angesicht der Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen zurück, beurteilten aber nach deren Herausnahme das Gesetz positiv. Die Unternehmensvertretungen sahen die Reform als Weg, das private Versicherungssystem durch Korrektur einiger auffallendster Defekte beizubehalten. Sie befürchteten, daß der Kongreß radikalere Maßnahmen durchführen würde, wenn 1996 keine moderaten Veränderungen verabschiedet worden wären (Pear 1996h).

8. DER HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 IM VERHÄLTNIS ZUR DISKUSSION UM DEN HEALTH SECURITY ACT

1993/94 hatten Unterstützer des Clinton-Plans gesagt, daß alle Bemühungen, die nicht zu einer kompletten Neugestaltung des Gesundheitssystems führen, mehr Probleme schaffen als lösen würden. Mit dem Kassebaum/Kennedy-Entwurf dagegen schlossen sich die meisten Reformer einem Weg moderater, stufenweiser Schritte zur Verbesserung der Absicherung an (Pear 1996m). Die Verabschiedung selbst minimaler Schritte wie im Health Insurance Portability and Accountability Act, PL 104-191 (Kassebaum/Kennedy-Gesetz) festgelegt wäre ohne die Erfahrungen der vorangegangenen Clinton-Debatte nicht möglich gewesen. Kassebaum und Kennedy nahmen damals an 60 Anhörungen zur Gesundheitsreform zusammen teil, haben sich mit anderen Politikern sowie Vertretern von Interessengruppen ausgetauscht und die Expertise gebildet, jene Elemente eines Gesetzentwurfs zu identifizieren, die sowohl bei Republikanern als auch Demokraten breite Unterstützung hatten. Der Erfolg des Gesetzes war Konsequenz einer Strategie, die wesentlich von der Clinton-Debatte abwich; die Schreiber des Vorschlags sorgten dafür, daß niemand den Entwurf derartig ablehnte, wie die Versicherungsindustrie und die Kleinunternehmer den Clinton-Vorschlag 1993/94 zurückgewiesen hatten¹⁶⁰. Dabei lag die enge Begrenztheit des Gesetzes, die für den Konsensus notwendig war, näher an der republikanischen Annäherung 1994 als die umfassenden Maßnahmen, die Kennedy seit 1970 verfolgt oder die Clinton ursprünglich anstrebte (Clymer 1996c). In seiner State of the Union Address 1994 hatte Clinton noch gedroht, jede Gesetzgebung mit Veto zu belegen, die nicht Krankenversicherung für jeden Bürger vorsieht. Walter A. Zelman (einer der Architekten des Clinton-Plans):

”If you had asked me about such a bill in 1992, I might have said that it was positive, but that I didn’t want it to be passed because it could be used to undermine efforts to get larger reforms...Many of us thought that the greatest threat to major health care reform was minor reform. With major reform highly unlikely, incremental reform has to be viewed as progress and should be pursued.”

(Pear 1996m).

Doch selbst ein minimalistischer Reformschritt wäre beinahe gescheitert. Während über die Basis des Kassebaum/Kennedy-Entwurfs –Übertragbarkeit– nahezu uneingeschränkte, parteiübergreifende Unterstützung bestand, herrschte hinsichtlich der darüber hinausgehenden Bestimmungen Uneinigkeit. Im Gesetzgebungsprozeß ist es Abgeordneten oder Lobbyisten durch

160 Kennedy: “... It is built on the mistakes of the past” (Black 1996f).

die Beeinflussung von Parlamentariern möglich, Zusatzartikel einzufügen, die zu Verzögerungen führen. Im Falle des Versicherungsgesetzes verminderte der Versuch der Gleichstellung von Leistungsansprüchen bei psychischen Erkrankungen die Unterstützung der Unternehmerschaft sowie Teilen der Republikanischen Partei; die Herausnahme von Nachfragerpools kleiner Unternehmen aus einzelstaatlicher Regulierung stieß auf Widerstand der Demokraten; medical savings accounts waren zwischen Senats- und Repräsentantenhausrepublikanern umstritten und entwickelten sich im folgenden zum herausragenden Hindernis bei der Einigung zwischen Demokraten und Republikanern.

Auch mußte von den Vertretern des Reformgesetzes vorsichtig abgewogen werden, welche Folgen die Implementation der Bestimmungen haben könnte, da im Bereich des Gesundheitssystems geringfügige Veränderungen unvorhersehbare Folgen haben können. So mußten die Befürchtungen der Unternehmerschaft vor möglichen Prämiensteigerungen berücksichtigt werden sowie Bedenken, daß ein Bundesgesetz Bemühungen der Einzelstaaten zur Ausdehnung von Absicherung behindern könnte (Skocpol 1996c). Das wichtigste Hindernis für das Versicherungsgesetz war jedoch ideologischer Art. So war für Senator Kennedy der "Fuß in der Tür eine gute Sache"¹⁶¹, während für Pete du Pont vom konservativen Center for Policy Analysis das Versicherungsgesetz einen "Eintritt von sozialisierter Medizin durch die Hintertür" darstellte (ebd.). Es bestand keine Einigkeit über die Richtung, in welche das Gesundheitssystem durch die minimalen Veränderungen gelenkt werden sollte. Die eine Seite strebte universelle Krankenversicherung an, während die andere staatlich regulierte Absicherung zu vermindern suchte. Das Beharren auf medical savings accounts durch konservative Republikaner weist darauf hin, daß diese Stimmen weiterhin Einfluß auf die Gestaltung des Gesundheitssystems in den USA haben werden.

Mit dem Health Insurance Portability and Accountability Act wurde 1996 eine Krankenversicherungsreform verabschiedet, welche begrenztere Veränderungen vorsah als die Vorschläge Dole's oder anderer Republikaner, die 1994 als Alternative zum Clinton-Plan angeboten wurden. Dennoch gab die Tatsache, daß überhaupt ein Gesetz verabschiedet werden konnte, Reformern die Hoffnung auf mögliche weitere Schritte in naher Zukunft. Kennedy äußerte bereits nach Verabschiedung des Entwurfs durch den Senat:

"...is proof positive that progress is again possible on health reform and that the ghosts of gridlock for the 1994 debate no longer haunt our work on health care."

(Black 1996f)

9. DIE PERSPEKTIVE DES GESETZES

Mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz wurden erstmals bundesweit verbindliche Regelungen zur

161 Stellungnahme eines Schlüsselberater Kennedy's: "It may be that ultimately the effect of our bill is to lead the government to take further steps to increase coverage and control costs of health care. My boss still wants universal coverage with cost containment, so from his point of view, the foot in the door is a good thing" (Broder 1996).

Übertragbarkeit von laufender Krankenversicherung über die COBRA-Absicherung hinaus festgesetzt. Viele Bundesstaaten regulieren bereits die Versicherungsindustrie durch garantierte Übertragbarkeit der Versicherung sowie die Begrenzung hoher Risikoprämien. Selbstversicherte (self-insured) Pläne waren jedoch durch ERISA ausgenommen. Durch den Health Insurance Portability and Accountability Act wurden nun auch die schätzungsweise 44 Mio. US-Amerikaner in solchen Plänen erfaßt (Langdon 1996a, 620). Während das Gesetz nur einen geringen Einfluß auf die Zahl der Nichtversicherten haben wird, war nach Ansicht von Befürwortern ein Schritt unternommen worden, bereits Versicherten von der Besorgnis über die finanziellen Folgen von Krankheit zu befreien (Kosterlitz 1996).

Kritiker führten an, daß es selbst bei Risikoberechnung der Prämien durch die Implementation von Übertragbarkeit und Beendigung des Ausschlusses von Vorerkrankungen zu einem Anstieg der Versicherungsprämien kommen könnte. Dies würde gesunde Personen veranlassen, die nicht bereit sind oder es nicht können, die Prämien zu tragen, die Versicherungen zu verlassen, was wiederum für die Verbleibenden die Kosten weiter steigen ließe (Broder 1996). Zudem wurde negativ angemerkt, daß durch die Abschaffung des Ausschlusses von Vorerkrankungen das Signal gegeben würde, sich der Versichertengemeinschaft und der Prämienzahlung so lange zu entziehen, bis man ernsthaft erkrankt (Kuttner 1996a).

Personen in schlechterem Gesundheitszustand haben durch das Gesetz zwar ein Recht auf Versicherung, aber Absicherung liegt möglicherweise außerhalb ihrer finanziellen Mittel. Prämienkontrollen wurden von Kassebaum und Kennedy bewußt vermieden, um den Vorschlag der Versicherungsindustrie schmackhafter zu machen. Stattdessen wurde den Einzelstaaten mehr Spielraum gegeben, notwendige Justierungen vorzunehmen (Broder 1996). Voraussagen gingen dahin, daß in absehbarer Zeit der Ruf nach Regierungskontrolle für die Verantwortlichen unüberhörbar würde (s. ebd.), aber es ist fraglich, inwieweit Korrekturen gegen Widerstand der Versicherungsindustrie und Policy des freien Marktes durchgesetzt werden können.

Der Sinn von sozialer Krankenversicherung ist, daß Gesunde und finanziell Bessergestellte die Kranken und finanziell Schwachen unterstützen. Im privaten Krankenversicherungssystem der Vereinigten Staaten findet Umverteilung jedoch nur in geringem Umfang statt und mit dem Health Insurance Portability and Accountability Act wurde durch fehlende Prämienbegrenzung sowie die Nichteinbeziehung der Nichtversicherten nur wenig dazu beigetragen, das tragende Prinzip von "Versicherung" zu stärken.

Ein Bericht des General Accounting Office vom März 1998 zeigte, daß die Inkraftsetzung des Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (PL 104-191) nicht zu den erwarteten Verbesserungen geführt hat und Personen, die ihre Gruppenversicherung verlieren, weiterhin keine Absicherung erlangen können. Versicherungsunternehmen verlangen von betroffenen Personen 140 bis 600 % mehr oder geben Konsumenten keine Informationen über die Existenz solcher Versicherungspolicen (General Accounting Office 1998). Senator Edward Kennedy reichte nach Bekanntwerden der Berichte sofort einen Gesetzentwurf ein (Affordable Health Insurance Act of 1998 - S 1804),

der die Versicherungsprämie für zugangsberechtigte Personen auf 150 % der Standardrate begrenzen soll. Bill Gradison, Präsident der Health Insurance Association of America kommentierte, daß das Gesetz Zugang und nicht Erschwinglichkeit sichern sollte und die eingetretenen Konsequenzen vorhergesagt worden waren. Der Bericht des General Accounting Office würde zudem nur einige wenige Bundesstaaten behandeln, ein Großteil hätte erfolgreich Risikopools und andere Mechanismen implementiert, welche die Kosten betreffender Policen streuen und Prämien niedrig halten (Carey 1998g).

KAPITEL IV

MANAGED CARE UND DIE TRANSFORMATION DES GESUNDHEITSSYSTEMS DER USA

1. DIE BEDEUTUNG VON MANAGED CARE IM GESUNDHEITSSYSTEM DER USA

1.1. Die Expansion von managed care

Managed care restrukturiert die traditionelle Art der Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen durch die Integration der Funktionen Versicherungs- und Leistungsbereitstellung. Versicherte haben einen Vertrag mit einer Verwaltungseinheit zur Lieferung von angemessenen Gesundheitsleistungen gegen einen festgelegten Geldbetrag. Das managed care-Unternehmen schließt Verträge mit einer begrenzten Auswahl an Ärzten, welche Leistungen für die Versicherungsgemeinschaft zur Verfügung stellen und Nutzungs- sowie Qualitätskontrollen akzeptieren (s. Kap. I-2.2.).

Seit Anfang der 1990er ist eine bemerkenswerte Expansion von managed care zu verzeichnen. Die Gründe dafür liegen in der Antwort des Marktes auf den Druck zur Kosteneindämmung sowie der Erwartung gesetzgeberischer Initiativen des Bundes und der Einzelstaaten (Gamliel et al. 1995, 132), managed care innerhalb von Medicare und Medicaid auszudehnen. Für Arbeitgeber wurde "Preis" zum entscheidenden Kriterium bei der Auswahl von Krankenversicherung für ihre Beschäftigten (Jensen et al. 1997, 134). Davon profitierten managed care-Pläne, die mittels verschiedener Kontrollmechanismen geringere Prämien als fee-for-service-Versicherungen bieten können.

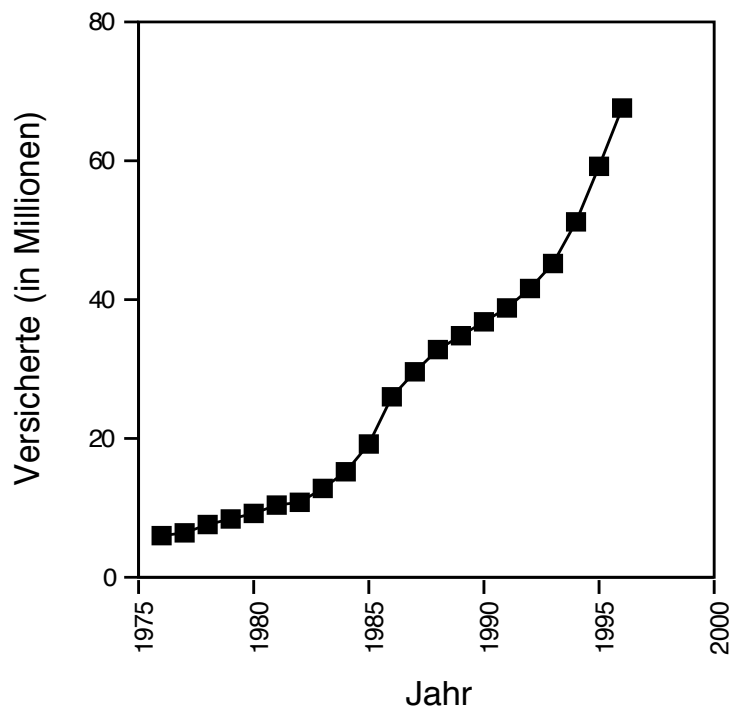
Während managed care zuerst von großen Firmen aufgegriffen wurde, ist die Abkehr von fee-for-service-Plänen in kleinen Betrieben seit kurzem genauso alltäglich (Jensen et al. 1997, 125). Die meisten Kleinunternehmen mit Krankenversicherung offerieren zwar weiterhin lediglich einen einzigen Plan, dieser ist aber inzwischen mit großer Wahrscheinlichkeit ein managed care-Plan (ebd., 127/128)¹⁶². Der rapide Wechsel auch von Kleinunternehmen zu managed care hat verschiedene Ursachen: Die meisten Krankenversicherungspläne, die von Kleinunternehmen aufgegeben wurden, erfuhren zwischen 1992 und 1993 Prämien erhöhungen, die über dem Durchschnitt lagen. Dies veranlaßte Arbeitgeber zur Suche nach billigeren Alternativen. Ferner hat traditionelle Krankenversicherung zusätzlich zur Prämie einen im Vergleich zu managed care-Plänen hohen Selbstbehalt und verursacht Versicherten höhere Kosten. Darüberhinaus spielt der allgemeine managed care-

162 Die Rate von Beschäftigten in Firmen mit weniger als 50 Arbeitnehmern, die durch traditionelle Versicherungen abgesichert sind, fiel zwischen 1993 und 1995 von 78 % auf 31 %. Während vor wenigen Jahren noch galt, daß kleine Betriebe, die ihren Beschäftigten Krankenversicherungsschutz gewährten, zum großen Teil nur einen Plan anboten und dieser ein konventioneller war (nahezu 60 % kleiner Betriebe 1993, s. Morrisey/Jensen/Morlock 1994, 152), traf diese Beschreibung 1995 nur noch auf 32 % zu (Jensen et al. 1997, 128).

Wachstumsprozeß eine Rolle insofern der Wechsel kleiner Firmen wahrscheinlicher ist, wenn managed care lokal bereits stark vertreten ist (ebd., 128).

Managed care hat sich zur dominanten Form der Leistungserbringung im US-amerikanischen Gesundheitssystem entwickelt und mehr als die Hälfte der Versicherten (Werber Serafini 1996d, 2280) erhalten ihre Gesundheitsversorgung inzwischen durch HMOs, PPOs oder ähnliche Netzwerke. Abbildung 10 veranschaulicht, daß HMOs ihre Mitgliederzahl in den letzten Jahren auf Kosten von fee-for-service erheblich vergrößern konnten. Allein der Vergleich zwischen 1994 und 1995 zeigt einen Zuwachs um annähernd 15 %. Bezogen auf den in Beschäftigungsverhältnissen stehenden Teil der Bevölkerung sind 85 % der Arbeitnehmer in den USA durch Formen von managed care krankenversichert (Pham 1998b).

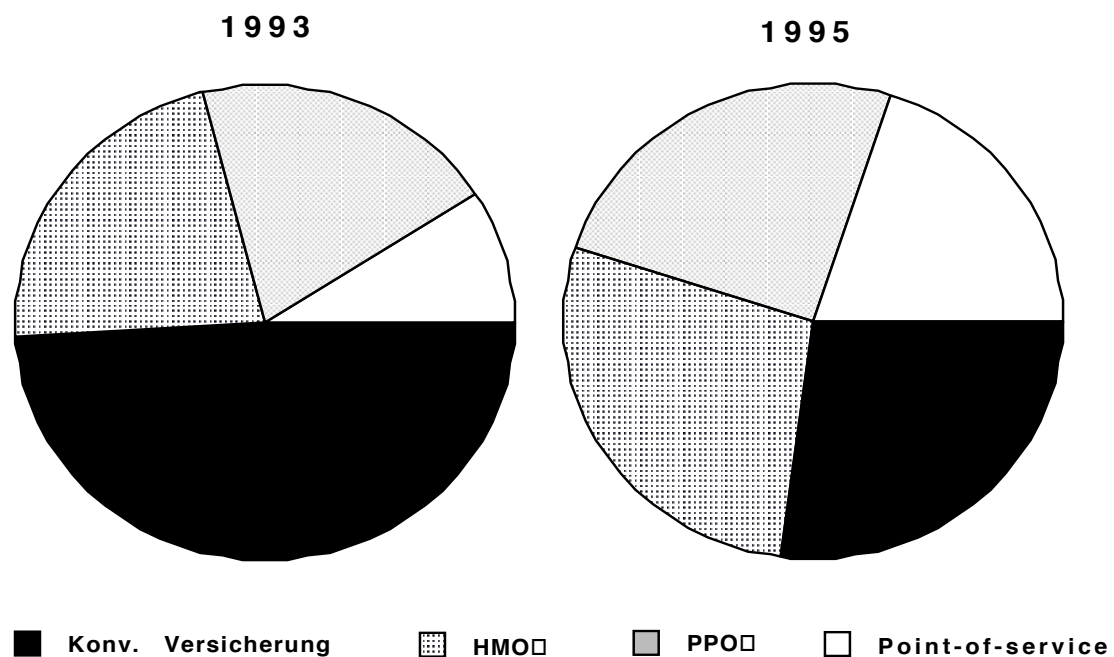
Abbildung 10: Versicherte in HMOs, 1976-1996



Quelle: American Association of Health Plans

Das größte Wachstum in den letzten Jahren erfuhren Pläne, welche ihren Versicherten die Option bieten, gegen zusätzliche Zahlungen Leistungsanbieter außerhalb des Netzwerkes aufsuchen zu können (s. Abbildung 11). Zu nennen sind hier insbesondere "point-of-service"-Pläne (Salmon 1995, 28; Jensen et al. 1997, 126).

Abbildung 11: Wachstumsraten verschiedener managed care-Arten



Quelle: Jensen et al. 1997, Exh.1, 126; Daten von KPMG Marwick/Wayne State University surveys 1993 und 1995

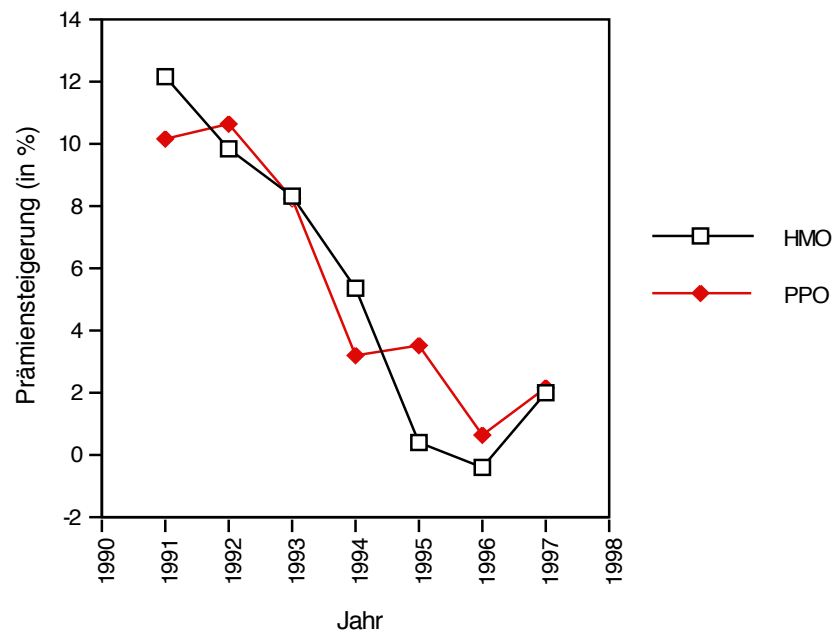
Mitgliederzahlen in managed care-Netzwerken werden weiterhin zunehmen, solange diese durch geringere Prämien für Arbeitgeber interessant sind. Darüberhinaus ist Mitgliederzuwachs aus den staatlichen Programmen gegeben: Innerhalb von Medicare wird zunehmend versucht, die Berechtigten in managed care-Versicherungen zu bringen und im Medicaid-Bereich ermöglicht es eine Änderung in der Mittelgewährung des Bundes an die Einzelstaaten diesen, ihre Medicaid-Programme zu restrukturieren und die Berechtigten vermehrt in managed care-Netzwerken zu versichern (s. Kap. V-3.1.). Hinsichtlich des Mitgliederzuwachses bezogen auf unterschiedliche managed care-Formen gehen die Voraussagen dahin, daß restriktive HMOs schrumpfen werden; für point-of-service-Pläne mit gatekeeper und der Möglichkeit, gegen Zuzahlung Anbieter außerhalb des Netzwerkes aufsuchen zu können, wird dagegen Wachstum prognostiziert (Ginsburg/Grossman 1995, 160). Nach Ansicht von Experten gibt es aber auch einen Kern der Bevölkerung, der gegen die Beschneidung der Auswahl unter Leistungsanbietern Widerstand leistet und weiterhin traditionelle Versicherungspläne wählen wird, so daß deren "Aussterben" nicht zu erwarten ist (ebd.).

1.2 Die Prämienentwicklung von managed care-Plänen

Die Prämiensteigerungen im managed care-Bereich zeigten zu Beginn der 1990er, also bereits vor Beginn der Clinton-Diskussion, eine abnehmende Tendenz (s. Abb. 12). Traditionelle Krankenversi-

cherungspläne wiesen höhere Steigerungsraten auf¹⁶³ (s. Jensen et al. 1997, Exh.5, 130), aber auch mit fallendem Verlauf. Seit 1997 ist wieder eine Zunahme des Prämienanstiegs zu verzeichnen (s. Abb. 12) und für 1998 wird für managed care-Versicherer ein Prämienanstieg von 2,5 bis 3 % prognostiziert (Pham 1998a). Ein temporärer Vergleich von Prämiensteigerungen ist jedoch für Aussagen zu den Kosten im Gesundheitssystem nur bedingt aussagekräftig, da so nichts über die Zusammensetzung erstattungsfähiger Leistungen preisgegeben wird. Die Herausnahme von Leistungen aus dem Leistungskatalog durch Arbeitgeber oder Versicherungsunternehmen sowie die Anhebung von Eigenbeteiligungen findet keine Berücksichtigung. Für Käufer von Gesundheitsleistungen, d.h. Arbeitgeber und Regierung, sind nur Prämien wichtig, Zuzahlungen und Leistungsanspruchnahme außerhalb von Versicherungsplänen, die von den Patienten selber getragen werden und auch zu den Gesundheitskosten beitragen, sind für ihr Verständnis von zu hohen Gesundheitskosten irrelevant.

Abbildung 12: Entwicklung der Prämiensteigerungen von HMOs und PPOs



Quelle: American Association of Health Plans

163 Traditionelle Versicherungspläne haben aufgrund ihres von managed care divergierenden Verhältnisses zu Leistungsanbietern weniger Möglichkeiten, Einfluß auf die Kosten zu nehmen. Die Preise für traditionelle Krankenversicherung steigen schneller, da die Nachfrage nach neuen, kostenintensiven Leistungen weniger wirksam als in managed care reguliert werden kann und zudem Ärzte und Krankenhäuser ihre geringeren Einkünfte unter managed care durch Preisauflschlag bei traditionell Versicherten wett machen. Überdies sind gerade Rentner oder Beschäftigte in schlechterem Gesundheitszustand zurückhaltend, managed care-Netzwerken beizutreten, so daß die konventionellen Pläne einen höheren Anteil Versicherter mit intensiveren Behandlungserfordernissen haben (Freudenheim 1996a). Eine Studie der American Association of Health Plans führt aus, daß einige Senioren Medicare HMOs verlassen und zu traditionellen Medicare-Versicherungsplänen wechseln, wenn sie ernsthaft erkranken und erst nach Besserung ihres Gesundheitszustandes eventuell wieder einer HMO beitreten, wodurch die traditionellen Medicare-Versicherungen mit den möglicherweise hohen Behandlungskosten belastet würden. Während die American Association of Health Plans argumentiert, daß solche Wechsel eher selten sind, sehen Kritiker belegt, daß HMOs so oft die Kostenübernahme der Behandlung teurer Erkrankungen vermeiden (Ass. Press 1997b).

HMOs haben bisher Preise niedrig gehalten, um neue Versicherte anzuziehen; mittlerweile ist jedoch der Anteil der managed care-Versicherten unter den Arbeitnehmern so hoch, daß die Prämien angehoben werden können, um die sinkenden oder stagnierenden Profite der managed care-Unternehmen zu erhöhen¹⁶⁴. Doch auch externe Faktoren haben Einfluß. So haben die Zunahme staatlicher Regulierungen und Restriktionen zur Ausweitung des Leistungsangebots, Verbesserung der Leistungsqualität und Einschränkung der Möglichkeiten von managed care zur Kostenkontrolle zur Erhöhung der Kosten beigetragen. Ferner werden Pläne populärer, die weniger Restriktionen hinsichtlich der Auswahl unter Leistungsanbietern stellen, dafür aber teurer sind (Pham 1998b).

Während die Verbreitung von managed care und die damit verbundenen Kontrollmechanismen unzweifelhaft zur Verlangsamung des Prämienanstiegs und der Arbeitgeberausgaben beigetragen haben¹⁶⁵, spielten auch andere Faktoren eine Rolle. Zum einen wirkte eine geringe Inflationsrate an einer Verlangsamung der Kostensteigerung im Gesundheitsbereich mit und zum anderen unternahmen Arbeitgeber vermehrt Schritte, ihre Krankenversicherungskosten zu senken durch vehementere Aushandlung niedrigerer Prämien, Einschränkung von Leistungen und Wahlmöglichkeiten sowie Erhöhung der Eigenbeteiligungen oder Aufgabe der Absicherung (Pham 1996a; Emanuel /Dubler 1995, 327). Managed care-Unternehmen sparen außerdem Kosten durch einen Rückzug aus dem cross-subsidizing für nichtversicherte Krankenhauspatienten¹⁶⁶, was in den entsprechenden Plänen geringere Prämien bewirkt, aber die Kosten auf Nichtversicherte, behandelnde Einrichtung sowie Regierungsstellen zurück verlegt. Prämienreduzierungen, die sich auf diese Praxis zurück verfolgen lassen, sind nicht auf gesteigerte Markteffizienz in einem System konkurrierender Versicherungspläne zurückzuführen (Wilkerson/Devers/Given 1997, 11).

Kosten wurden unzweifelhaft eingespart durch die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sowie die Aushandlung von Diskounts mit Ärzten und Krankenhäusern, was sich im Endeffekt auf die

164 Die managed care-Industrie sah sich aufgrund des starken Drucks durch Arbeitgeber nach Einschnitten im Prämienanstieg, der infolge des intensiven Wettbewerbs innerhalb der Industrie nicht ignoriert werden konnte, sinkenden Gewinnen gegenüber. Der Profit der 21 HMOs in Massachusetts z.B. sank von \$ 266 im Jahr 1994 auf \$ 95 Mio. 1995, nachdem in den vorgangenen Jahren die HMOs bundesweit unter Angriff für ihre exzessiven Gewinne gekommen waren (Stein 1996g).

165 Angesichts geringerer Prämiensteigerungsraten Mitte der 1990er stellt sich die Frage, ob niedrige Prämien ein Zeichen größerer Effizienz und das Ergebnis verstärkter Betonung auf Prävention und Verminderung unangebrachter Behandlungen durch managed care sind. Oder sind sie möglicherweise das Resultat einer Kostenverschiebung auf Nachfrager, d.h. Versicherte, denen Marktmacht fehlt und damit das Ergebnis reduzierter Absicherung, reduzierten Zugangs und reduzierter Behandlungsqualität (Wilkerson/Devers/Given 1997, 10)? Breit fundierte Studien liegen aufgrund der Aktualität des Entwicklungsprozesses bisher nicht vor und sind in bestimmten Bereichen in naher Zukunft nicht zu erwarten, da z.B. die Beurteilung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, welche im Leistungsangebot von managed care-Versicherungen besonders betont werden, einen langen Zeitraum in Anspruch nimmt. Auch die von managed care-Kritikern vermutete Korrelation zwischen geringeren Kosten durch Abnahme der Behandlungsqualität kann bisher weder wider- noch belegt werden, da sich Qualitätsstandards noch in der Entwicklung befinden.

166 Bisher haben Krankenhäuser einen Teil der Kosten für die Behandlung finanzschwacher Nichtversicherter durch einen Zuschlag auf die Vergütungssätze für versicherte Patienten umverlagert (cross-subsidizing).

Prämien ausgewirkt hat¹⁶⁷ (Ginsburg/Grossman 1995, 163; Pham 1996g). Das Potential für die Drosselung der Ausgaben in diesen Bereichen ist jedoch nicht grenzenlos und Kostendämpfung in anderen Sektoren erweist sich als schwieriger, da Gesundheitsleistungen arbeits- und kapitalintensiv sind sowie hohe Fix- und nur geringe variable Kosten haben (Weil 1995, 37). Insbesondere die Auslagen der Versicherer für Arzneimittel befinden sich in einem rasanten Aufwärtstrend (s. Pham 1998d).

Nachdem HMOs jahrelang Wege gefunden haben, Kosten zu kürzen, steigen nun die Ausgaben schneller, als neue Einsparungswege aufgetan werden können¹⁶⁸ (Pham 1996g). Um zusätzliche Einsparungen zu erzielen, müssen neue Wege zur Reduzierung von Leistungsvolumen und-intensität gefunden werden. Nach Ansicht von Experten beruht der Erfolg von Kosteneinsparungen auf der Entwicklung klinischer Informationssysteme und Anreizen für Ärzte, die Informationen als Schlüssel für klinische Entscheidungen in ihre Praxis einzufügen. Der Aufbau solcher Datensysteme und Management-Werkzeuge ist in der Anfangsphase und diese Ebene von Wettbewerb wird gegenüber Einsparungen durch reduzierte Zahlungen an Leistungsanbieter entscheidender werden (Ginsburg/Grossman 1995, 163). Ein weiteres Mittel für die nächste Runde von Kosteneinsparungen ist disease management, d.h. die Suche nach den kosteneffektivsten Wegen zur Behandlung bestimmter Erkrankungen. Dieser Schritt ist anfangs teuer, da intensive Forschung sowie der Versuch einer Verhaltensänderung von Ärzten und Patienten erforderlich ist. Auf lange Sicht gesehen kann er sich aber auszahlen, selbst wenn nicht alle Krankheiten für diese Annäherung geeignet sind (Pham 1996g).

1.3. Bemühungen zur Qualitätsevaluation

Arbeitgeber und Regierung als Zahler von Krankenversicherungsprämien verfolgen überwiegend das Konzept, daß die Steigerungsraten der Krankenversicherungskosten gesenkt werden müssen. Die Hypothese, daß durch verminderte Zahlungen an Leistungsanbieter ab einem bestimmten Punkt die Qualität der Leistungserbringung sinkt (R. Johnson 1994b, 68), wird jedoch inzwischen nicht mehr ignoriert. Schwer festzustellen ist jedoch, wieweit reine Wirtschaftlichkeitsreserven gehen und ab welchem Grad von Kosteneinsparungen es tatsächlich zu Qualitätsminderung kommt.

Viele Arbeitgeber kontrahieren nur mit Krankenversicherungsplänen, die vom National Committee

167 Jensen et al. lassen eine solche Schlußfolgerung nicht unangetastet stehen und stellen die Frage, ob tatsächlich eine Verbindung zwischen dem Wachstum von managed care und dem Rückgang der Versicherungsprämien zu ziehen ist. Sie können keine Antwort geben, weisen aber auf eine mögliche Verbindung mit den Profiten in der Krankenversicherungsindustrie hin (s. Gabel/Jensen 1992): In den letzten 30 Jahren waren zwei Jahre nach überdurchschnittlichen Gewinnen die Prämienanstiege moderat. 1993 war ein Jahr hoher Profite für Krankenversicherer und der Prämienabfall 1995 war daher unabhängig vom managed care-Wachstum vorhersehbar. In 1994 und 1995 waren die Gewinne weiterhin hoch, so daß die Prämiensteigerungen 1996/97 gering ausfielen (Jensen et al. 1997, 134).

168 Gründe für den Kostenanstieg sind u.a., daß Baby Boomer in ein Alter kommen, in dem mehr Gesundheitsprobleme auftreten sowie die Entwicklung neuer Arzneimittel und Behandlungsmethoden.

for Quality Assurance¹⁶⁹ anerkannt sind. Das unabhängige Komitee mißt die "Qualität"¹⁷⁰ von Gesundheitsversorgung und bemüht sich um Qualitätsverbesserung. Mehr als die Hälfte der HMOs und point-of-service-Pläne nimmt am Anerkennungsprozeß teil, 10 % der Bewerber erlangen keine Akkreditierung. Das National Committee for Quality Assurance achtet darauf, ob die mit einem Versicherungsunternehmen in Vertrag stehenden Ärzte ordnungsgemäß zugelassen sind und medizinische Daten korrekt verwaltet werden. Darüberhinaus wird mit dem Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) ein Programm zur Evaluation von Krankenversicherungsplänen durchgeführt, welches Präventivmaßnahmen, Zugang zu Leistungsanbietern und Leistungen sowie Behandlungsergebnisse bestimmter Erkrankungen mißt (Werber Serafini 1997g, 1035/1036). Während Kosten weiterhin Priorität in der Entscheidung von Arbeitgebern haben, gewinnt Qualität insbesondere in großen Unternehmen schnell an Gewicht¹⁷¹.

Bisher gibt es für die managed care-Industrie keine verbindlichen Qualitätsmaßstäbe oder Vergleichswerte¹⁷². Es wird jedoch zunehmend Druck durch große Arbeitgeber, staatliche Gesundheitsprogramme sowie Konsumergruppen ausgeübt, die Qualität der Versorgung gemessen am Gesundheitszustand der Versicherten als Wettbewerbsmaßstab anzulegen. Patienten, Arbeitgeber und Regierungsstellen, die mit dem Erwerb von Krankenversicherung befaßt sind, gründeten die Foundation for Accountability, um die Qualität in der Bereitsstellung von Gesundheitsleistungen zu verbessern. Ziel der Gruppe ist es, erstmals eine umfassende Serie zur Messung von Behandlungsergebnissen für bestimmte Krankheiten (outcome measures) zu erstellen (Werber Serafini 1997g, 1036). Die Herausforderung ist, daß Versicherungspläne aufgrund ihrer Qualität und nicht nur gemäß ihres Preises verglichen werden können. Managed care-Unternehmen lehnen diese outcomes measures ab, da solche Vergleiche angesichts des unterschiedlichen Versichertenklientels verschiedener Pläne unfair seien (Pläne mit jüngeren, gesünderen Versicherten gegenüber solchen mit Älteren oder einem hohen Anteil chronisch Kranker) und zudem die Kosten hochtrieben (Freudenheim 1996 I). Da die Nachfrage nach Qualitätsmaßstäben sehr groß ist, besteht die Gefahr, daß Qualitätsindikatoren ohne ausreichende Testung eingeführt werden (Emanuel/Dubler 1995, 328) und im Endeffekt wenig Nutzen bringen (Vladeck 1995). Sollten die Bemühungen aber erfolgreich sein, hätten Patienten erstmals Mittel zur Hand, die Kompetenz ihres Versicherungsplans und ihrer Ärzte zu bestimmen (s. Kritchevsky/Simmons 1991; Laffel/Berwick 1991; Emanuel/Dubler

169 Weitere Institutionen, die Qualitätsbewertungen vornehmen, sind: Foundation for Accountability, Consumer Assessment of Health Plans Study, Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organizations, Employer requests for information sowie Programme großer Unternehmen (s. Bradley 1997 für General Motors).

170 Für die Messung von "Qualität" gibt es keinen einheitlichen Maßstab; meist wird die Anzahl der zur Verfügung gestellten Vorsorgeuntersuchungen herangezogen (Cholesterin, Mammogramme, etc.) und geprüft, wieviele Patienten, die getestet werden sollten, tatsächlich getestet werden (Stein 1996b).

171 Krankenversicherungskosten werden nach einer Studie durch Foster Higgins 1998 u.a. auch aufgrund der Akzentuierung von Qualität steigen (Werber Serafini 1997g, 1036).

172 Ein Grund für das zögerliche Herangehen an diese Thematik mag darin liegen, daß die Sammlung von Informationen zur Beurteilung von Kosteneffizienz und Qualität teuer ist und von der Nutzung der Information nicht nur diejenigen profitieren, die den Aufwand des Zusammentragens hatten (Wilkerson/Devers/Given 1997, 24).

1995, 327).

Einzelne Unternehmen oder Unternehmenskoalitionen haben auf der Mikroebene begonnen, die Leistungsqualität der Pläne ihrer Beschäftigten zu analysieren. In Massachusetts hat eine vorläufige Untersuchung zum Ergebnis gehabt, daß alle wesentlichen Krankenversicherungspläne zur Zufriedenheit arbeiten (Boston Globe 1996d). Differenzen treten jedoch auf, wenn man die Erwartungen der Arbeitgeber und Gesundheitssystemexperten mit den Erwartungen der Versicherten vergleicht. Eine Studie der Massachusetts Healthcare Purchaser Group¹⁷³ z.B. kam zu dem Schluß, daß HMOs, welche die höchste Behandlungsqualität bieten, nicht automatisch am beliebtesten bei Patienten sind. Staff model-HMOs, in denen die meisten Ärzte direkt bei der HMO angestellt sind und in einer Klinik-ähnlichen Umgebung praktizieren, schnitten in der Qualität am besten ab; je enger das Netzwerk gebildet ist, desto besser im allgemeinen die Qualität. Patienten aber finden die Restriktionen lästig (Stein 1996b), was sich in ihrer Zufriedenheit ausdrückt.

Auch auf nationaler Ebene wird das Drängen auf Qualitätsmaßstäbe spürbar. Die Bundesregierung kommt für einen großen Teil der Gesundheitskosten auf und schleust immer mehr Personen durch Medicare und Medicaid in managed care. Die Verantwortung für die Kontrolle der Leistungserbringung kann von der Regierung nicht umgangen werden. Die Health Care Financing Administration bemüht sich um Qualitätsbeurteilungen und -verbesserungen im Medicare- und Medicaidbereich (Kassirer 1993); daneben führt die Agency for Health Care Policy and Research derzeit ein Gutachten durch, welches die Erfahrungen von Patienten in verschiedenen Krankenversicherungsplänen untersucht und 1998 vorgelegt werden soll. Auch das private National Committee for Quality Assurance sowie die Foundation for Accountability untersuchen Qualitätsgesichtspunkte bundesweit (Boston Globe 1996d). Die Entwicklung von nationalen Qualitätsstandards, die während der Clinton-Debatte in greifbare Nähe gerückt schien, ist jedoch in nächster Zukunft nicht zu erwarten.

Existierende Bemühungen zur Verbesserung der Verantwortlichkeit von managed care-Plänen drehen sich meist mehr um Normen zu den Leistungen der Pläne als um Charakteristiken, die verantwortliches Verhalten ermutigen könnten. Die Maßstäbe in HMO report cards oder Standards zu Industrie-interner Akkreditierung beinhalten fast ausschließlich enge Definitionen von klinischer Praxis sowie Kosten und Leistungen, die von einem einzelnen Versicherten benötigt werden. Um Qualitätsvergleiche effektiv nutzen zu können, müßte längerfristig jedoch mehr Beachtung auf die Effekte des Wachstums von managed care im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung größerer Gemeinschaften gelegt werden (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 738).

1.4 Der Konzentrationsprozeß im Gesundheitssystem

173 Die Massachusetts Healthcare Purchaser Group repräsentiert einige der größten Arbeitgeber in Massachusetts und wurde gegründet, um die Kosten medizinischer Behandlung in diesem Staat zu senken und die Qualität zu verbessern (Stein 1996b). Mitglieder sind u.a. der Boston Globe und die Regierung des Bundesstaates durch das Medicaid-Programm (Boston Globe 1996c).

Während Veränderungen im Gesundheitssystem gewöhnlich über einen langen Zeitraum stattfinden, kam es im Zusammenhang mit der Debatte um Clinton's Reformversuch zu einem Wettbewerbsstrudel, in dem alle Institutionen Angst hatten, den Anschluß zu verpassen. Der Umfang und die unvorhergesehene Geschwindigkeit der Umstrukturierungen hat Chaos für alle Beteiligten geschaffen und zwingt jeden Akteur zu Veränderungen. Untrennbar mit dem rapiden Wachstum von managed care verbunden sind die Konsolidierungen innerhalb der Gesundheitsindustrie, die bereits in den 1980ern zu verzeichnen waren, deren Umfang jedoch mit der Reformdiskussion 1993/94 erheblich zunahm.

Krankenhäuser müssen in der ökonomischen Ära¹⁷⁴ mit dem Verlangen nach Preisdiskonts durch managed care-Unternehmen Partnerschaften mit so vielen Arztgruppen, insbesondere primary care-Richtungen, wie möglich eingehen und Teil eines regionalen Netzwerkes mit anderen Institutionen werden (M. Brown 1994b, 77). Sie haben im Prozeß der Transformierung zu Marktorientiertheit weniger Patienten für weniger Tage und schrumpfen als Ergebnis. Zur gleichen Zeit müssen sie neue, teure Behandlungssysteme für das veränderte Behandlungsumfeld schaffen, um im Wettbewerb mithalten zu können. Das Zusammentreffen von gestrafften Zahlungen durch Versicherungsunternehmen und staatlichen Stellen mit internen Veränderungen wie größerer Betonung auf ambulante Behandlungen sowie hohen Kosten für die Kreation neuer Behandlungs- und Computersysteme im Rahmen von managed care zwingt Krankenhäuser dazu, nach Partnern zu suchen, um Kosten und Risiken zu teilen und sich Marktanteile bei sinkenden Einkünften zu sichern. Stationäre Einrichtungen, die vormals miteinander konkurrierten, werden zu Kollaborateuren. Von Zusammenschlüssen erhoffen sich die beteiligten Parteien, die Kosten von Leistungen und medizinischer Ausrüstung zu teilen sowie Duplizierungen zu vermeiden, was in Kostensenkungen resultieren kann (Sullivan 1996). Gleichzeitig gelangen die Beteiligten aufgrund ihrer neuen Dimension in eine stärkere Position gegenüber Versicherungsunternehmen und HMOs zur Aushandlung von Verträgen (ebd.). Ferner sollen durch die Zusammenfügung von Prestige mehr zahlende Patienten einschließlich managed care-Unternehmen angezogen werden, welche die Erreichung eines möglichst umfassenden Leistungsangebots mit möglichst wenigen Verhandlungspartnern suchen. Die Akkumulation zahlender Patienten führt im Endeffekt nicht nur zu einer Steigerung der Einkünfte aus Patientenversorgung, sondern auch zu einer Erhöhung der Mittel aus staatlichen und privaten Quellen für Forschungszwecke (E. Fein 1996a).

174 Richard L. Johnson unterteilt die bisherige Entwicklung des US-amerikanischen Gesundheitswesens in drei Phasen. Die "charitable era" begann mit dem Jahrhundertwechsel und fand ihren Abschluß kurz nach Ende des Zweiten Weltkrieges. Kennzeichnend war der Aufstieg von Krankenhäusern als allgemein anerkannte Stätten zur Behandlung von Krankheiten. Gleichzeitig galt ein Krankenhaus als Ressource einer Gemeinschaft und ließ allen Nachfragenden Hilfe zukommen, was eine gemeinnützige, non-profit Orientierung stärkte. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstand mit den Fortschritten in der Medizintechnologie die "technological era", die auf der einen Seite Krankenhäuser in technische Unternehmen umwandelte. Auf der anderen Seite wurde finanzieller Druck spürbar, der sich in der Setzung von Budgets sowie einer stärkeren Kontrolle von kostenfreien Behandlungen äußerte. Anfang der 1990er war eine dritte Phase zu identifizieren, die durch Wettbewerb und Konsolidierungen charakterisiert ist und weiterhin andauert. Die "economic era" baut auf den vorangegangenen Stufen auf und führt Akteure unter dem Stichwort "Preiskontrolle" in größeren Einheiten zusammen (s. R. Johnson 1994b; M. Brown 1994b).

Neben die Vorteile von Zusammenschlüssen wie Kostensenkung und Verbreiterung der Angebotspalette treten gerade im Krankenhausbereich mögliche schwerwiegende Nachteile. In einem konzentrierten Markt ziehen Krankenhaushäuser unter Umständen mit den Preisen an oder vernachlässigen die Qualität der Behandlung, wenn es an Konkurrenten mangelt und Sicherungsmechanismen fehlen. Zudem besteht die Gefahr, daß Patienten an bestimmte Netzwerke gekettet werden und bei schwerwiegenden Erkrankungen nicht der bestmögliche Leistungsanbieter herangezogen wird, sondern ein innerhalb des Netzwerkes Verfügbarer. Bedenken sind auch hinsichtlich der Zukunft lokaler Krankenhäuser zur Versorgung armer Bevölkerungsgruppen vorhanden, die sich bei der Suche nach Partnern aufgrund ihrer oftmals prekären finanziellen Lage im Nachteil befinden und möglicherweise leer ausgehen. Gerade für diese Institutionen ist im veränderten Wettbewerbsfeld ein Zusammenschluß jedoch oft lebenswichtig. Wenn non-profit-Krankenhäuser nicht über ihren alten Patientenbestand hinausgreifen können und neues Klientel durch neue Partner erhalten, ist ihr finanzieller Bestand sehr ungesichert (Salmon 1995, 20). Beim Ausbleiben von Zusammenschlüssen könnten diese Krankenhäuser zur Schließung gezwungen werden, was die Versorgung der Bevölkerung in bereits unterversorgten Gebieten zusätzlich bedroht.

Die Welle von Krankenhauszusammenschlüssen ist ein ungeleiteter Vorgang ohne definierte Prinzipien außer den Imperativen des Marktes. Vom Standpunkt der Institutionen bedeutet es "Überleben", vom Standpunkt der Public Policy "Kostenkontrolle" und die Folgen für Konsumenten haben sich noch nicht heraus kristallisiert (Boston Globe 1996b). Der weitaus überwiegende Teil der Verbindungen erfolgt unter finanziell starken Institutionen, was die Frage bestärkt, wie ärmere Krankenhäuser überleben werden. Gesundheitsexperten hatten zwar vorausgesagt, daß gerade in städtischen Gebieten reichere Institutionen bedrohte Krankenhäuser retten werden, es ist jedoch noch zu früh, die Gültigkeit dieser Prognose zu prüfen. Selbst wenn Krankenhäuser, die überwiegend arme Bevölkerungsteile versorgen, neue Partner finden, stellt sich die Frage, ob ihre Mission angesichts des sich schnell bundesweit entwickelnden effizienzorientierten, vom Markt getriebenen Leistungserbringungssystem tatsächlich fortgesetzt werden kann. Es ist rätselhaft, wie eine Institution Geld an einem armen Bevölkerungsteil verdienen kann, der überproportional krank ist und mehr Ressourcen in einer Zeit benötigt, in der Finanzmittel zusammenschrumpfen (Knox 1996c). Private Partner oder Aufkäufer sichern zwar zu, den öffentlichen Dienst fortzuführen, aber im privaten Markt übernimmt niemand ein garantiertes finanzielles Verlustgeschäft. Während der öffentliche Träger sich eine Erleichterung seiner finanziellen Last erhofft, erwartet das for-profit-Unternehmen Gewinn und die Ziele beider Partner stehen sich oft konträr gegenüber.

Die gleiche Strategie wird von der Versicherungsindustrie angewendet, wo ebenfalls ehemalige Konkurrenten durch den Druck des Marktes zusammen geführt werden. In einem Trend zu Zusammenlegungen streben managed care-Unternehmen nach größerer Verhandlungsmacht, um niedrigere Preise von Krankenhäusern und Arzneimittelfirmen zu erlangen (Pham 1996e; Eaton 1996), was letztendlich zu geringeren Prämien führen und als Wettbewerbsmittel um Versicherungsnehmer, insbesondere große Arbeitgeber, genutzt werden soll. Überdies versuchen Versicherer so,

ihre geographische Reichweite auszudehnen und ein weitgespanntes Netzwerk aus Leistungsanbietern zu kreieren, das anziehend auf Arbeitgeber wirkt und auch für Unternehmen attraktiv ist, deren Tätigkeitsfeld über die Grenzen eines einzelnen Bundesstaates hinaus reicht (Wilkerson/Devers/Given 1997, 17; Pham 1996d).

Konkurrenz für die Industrie kann in der Zukunft jedoch aus anderer Richtung kommen: Zusammenschlüsse von Krankenhäusern und Ärzten, die direkt mit Arbeitgebern verhandeln und den managed care-Mittelsmann ausschließen. Während in den letzten Jahren die Versicherer die Überhand hatten, da ihnen Patienteninformationen und demographische Daten zur Voraussage ihrer Kosten zur Verfügung standen, werden Ärzte und Krankenhäuser auf diesem Gebiet informierter, so daß sich die Machtbalance auf Kosten der Versicherer zu Gunsten der Leistungsanbieter wenden könnte (Freudenheim 1996e). Noch kann nicht gesagt werden, ob sich solche Gebilde in größerem Ausmaß durchsetzen können.

Sowohl im Krankenhausbereich als auch in der Versicherungsindustrie wird die Zahl der Anbieter sinken, womit jedem Akteur mehr Verhandlungsmacht zukommt. Einige Experten befürchten, daß diese Super-Korporationen zu der Übereinkunft kommen könnten, Preise zu heben und Leistungen zu senken, um ihren Gewinn zu maximieren (Alan Sager, Boston University School of Public Health, s. Pham 1996b). Der Präsident der Medical Society of New Jersey, Anthony P. Caggiano Jr., sieht den Fusionstrend, welcher das System von Versicherern über Krankenhäuser bis hin zu Arztgruppen überschwemmt, als "hostile takeover of the health profession by corporate America", in welchem das Wohlbefinden der Patienten nachrangig wird (Freudenheim 1996i). Totale vertikale Integration zwischen Versicherungsunternehmen, Krankenhäusern und Arztpraxen unter einer Obergesellschaft liegt nahe und wird bereits versucht¹⁷⁵. Bedenklich an einem solchen Übereinkommen ist, daß die Grenzen zwischen Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen verschwimmen, da die Obergesellschaft in die Position kommt, mit sich selbst als Anbieter von Gesundheitsleistungen und Mittelsmann, der Arbeitgebern und Konsumenten dient, verhandeln zu müssen; es besteht die Gefahr, daß das Unternehmen sowohl als Anbieter als auch als Versicherer Kosteneinsparungen über Pflege stellt (Freudenheim 1996d).

Andere Experten sehen für die Zukunft des Gesundheitssystems kein Feld von Giganten. Erfahrungen in anderen Industriezweigen hätten gezeigt, daß es eine Grenze für Größe gibt: "Health care is going through the consolidation that other industries did in the seventies and eighties." Zudem sind lokale Versicherungspläne im Gesundheitssystem von großer Bedeutung, da überregionale Pläne sich schlechter den medizinischen Präferenzen einer Region anpassen können. Ferner wird die Dominanz überregionaler, nationaler Unternehmen begrenzt durch die zunehmende Organisation auf lokaler Ebene von Ärzten und Krankenhäusern in Netzwerken mit finanziellem Risiko und Verantwortung über die Leistungserbringung. Darüberhinaus könnte die direkte Kontraktierung von

175 Entsprechende Bestrebungen unternimmt die for-profit Krankenhauskette Columbia/HCA durch den Ankauf sowohl von for-profit als auch non-profit-Versicherern und Krankenhäusern. Das Unternehmen gelangte durch fehlerhafte Abrechnungen mit Medicare in die Schlagzeilen und wird seither von staatlichen Kontrolleuren besonders beobachtet.

Leistungsanbietern durch Arbeitgeber die Rolle lokaler, von Leistungsanbietern offerierten Versicherungsplänen stärken¹⁷⁶ (Corrigan/Ginsburg 1997, 155).

2. DAS ÄRZTLICHE BERUFSBILD UNTER MANAGED CARE

Ärzte sind direkt nur für 20 % der Gesundheitsausgaben verantwortlich, die meisten Experten stimmen jedoch darin überein, daß ärztliche Entscheidungen indirekt 70 bis 75 % der Kosten veranlassen (Bencomo/Trejo/Calkins 1995, 12; Emanuel/Dubler 1995, 328; Fernandopulle/Chin 1995, 5), da sie an der Basis des Leistungsvolumens und des Gesundheitssystems an sich stehen. Ein großer Teil der Gesundheitspolitik sowie der Taktiken von managed care-Organisationen ist daher darauf gerichtet, ärztliches Verhalten zu verstehen und geeignete Anreize zu geben, ihre Praxisausübung zu ändern, um Policy-Ziele zu erreichen.

2.1. Veränderungen in der ärztlichen Vergütungsform

Im Zentrum aller managed care-Bemühungen steht die ärztliche Profession, welche durch die prinzipielle Entscheidungsgewalt über Leistungsarten und Erbringung oder Nichterbringung von Leistungen entscheidenden Einfluß auf die Kosten hat. Managed care-Pläne versuchen daher, Ausgaben durch die Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen zu reduzieren (Emanuel/Dubler 1995, 328). Als Mittel, Ärzte zu kostenbewußterem Verhalten zu veranlassen, dienen (s. Chan et al. 1990, 31):

- Die Erstellung von Profilen ärztlichen Handelns und Verteilung incl. einer Interpretation innerhalb der Ärzteschaft/eines begrenzten Arztkreises
- Durchführung von erzieherischen Programmen
- Etablierung von Informationssystemen zur Beobachtung ärztlicher Entscheidungen und Kostenkontrollversuchen
- Überprüfung ärztlichen Handelns durch Kollegen (peer review) und Besprechung innerhalb eines ärztlichen Zirkels (performance feedback)
- Einbindung von Ärzten in die Prioritäten von Abteilungen und Haushalten von Krankenhäusern
- Entwicklung und Nutzung von Richtlinien, Standards und Protokollen für Behandlungen
- Utilization review (s. S. 15)
- Finanzielle Belohnungen und Strafen.

Vergleiche von Leistungserbringern unter HMO-Vergütungssystemen und fee-for-service zeigen Unterschiede in der Ausübung von Medizin, Diagnoseverfahren, Überweisungen an Spezialisten, Krankenhausraten, Nutzung von nicht-ärztlichen Leistungsanbietern und anderem mehr auf (s. Luft

176 Die Zukunft direkter Kontraktierung von Leistungsanbietern durch Arbeitgeber ist ungewiß, da Betriebsleiter möglicherweise die administrativen Aufgaben scheuen (Corrigan/Ginsburg 1997, 155/156).

1981; Manning et al. 1984); bevorzugt werden die Leistungen, die unter dem jeweiligen Vergütungssystem bessere Entlohnung erfahren bzw. bei denen keine Kürzung des Einkommens zu erwarten ist¹⁷⁷ (Salmon 1995, 27).

Die überwiegende Mehrzahl der managed care-Organisationen macht mit progressiver Tendenz seit den 1980ern die Vergütung eines Arztes in Teilen von den Folgekosten seiner klinischen Entscheidungen oder der Profitabilität der Organisation abhängig (Rodwin 1993, 139ff; Hillman 1987; Gold et al. 1995a, Tab.3, 1681; Gold et al. 1995b, Tab.IV.1 S.80; Hillman/Welch/Pauly 1992). Hinsichtlich der Vergütungsform für Mediziner kam es mit der managed care-„Welle“ zu einem Anstieg des Kapitationsverfahrens und anderer „risk sharing“-Vergütungsarrangements¹⁷⁸, bei denen Ärzte mehr verdienen, wenn sie weniger Leistungen veranlassen (s. Gordon/McCall 1996). Bei Kapitationsvereinbarungen wird eine feste Summe pro Patient unabhängig von dessen Gesundheitszustand an einen primary care-Arzt gezahlt, welcher gegebenenfalls Überweisungen an Spezialisten veranlaßt, deren Bezahlung in der festgelegten Summe beinhaltet ist¹⁷⁹. Andere finanzielle Anreize zur Kosteneindämmung in HMOs sind Bonusse an Ärzte, wenn sie Ziele zur Kontrolle der Nutzung und der Kosten von Behandlungen einhalten oder die Zurückhaltung eines Teils der ärztlichen Vergütung bis zum Ende des Jahres und Auszahlung nur unter der Bedingung, daß die Ausgaben geringer als vorhergesagt ausfallen. Nach Angaben der HMO-Industrie ist es üblich, mehr als 25 % des ärztlichen Einkommens vom Erfolg bezüglich der Kontrolle des Gebrauchs und der Nutzung von Leistungen anhängig zu machen (Pear 1996s).

Durch Kapitation und Zurückhaltung von Vergütung wird ein großer Teil der Managementfunktionen auf Arztgruppen übertragen und managed care-Unternehmen verschoben zunehmend das

177 Ein ähnliches Verhalten war unter Krankenhäusern mit der Einführung von DRGs (diagnosis-related groups) im Medicare-System festzustellen. Mit dem Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982 wurde das Medicare-Vergütungssystem im Krankenhausbereich modifiziert. Während bis dahin Krankenhäuser nach einer fee-for-service-Methode bezahlt wurden, basiert das prospective payment system auf diagnosis related groups, mit denen Krankheiten in diagnostische Gruppen eingeteilt werden und die Entlassungsdiagnose eine feste Vergütung nach sich zieht, unabhängig von den benötigten Behandlungsressourcen (Assaf et al. 1993, 931). Die Änderung im Medicare-Vergütungssystem hat offensichtlich Einfluß auf die Entlassungsdiagnosen im Krankenhausbereich gehabt, da seit Einführung der diagnosis related groups bei Krankheiten mit mehreren möglichen Diagnosen vermehrt Entlassungscodes mit höherer Vergütung verwendet wurden. Dieser Fakt bezieht sich jedoch nicht nur auf Medicare-, sondern alle stationären Patienten (ebd., 934), was zu der Annahme führt, daß Krankenhäuser ihre Codierungspräzision bei Vergütungsforderungen erhöht haben. Nachweise für bewußt falsche Diagnostizierung zur Gewinnmaximierung ließen sich nicht finden (ebd., 935). Auch andere Studien kamen zu dem Ergebnis, daß die finanziellen Anreize des DRG-System einen Einfluß auf die Diagnosen hatten (s. Simborg 1981; B. Cohen et al. 1987).

178 1994 vergüteten 56 % der HMOs ihre Primärärzte nach dem Kapitationsverfahren und der weitaus überwiegende Teil hielt Anteile des Honorars zurück oder bot Bonusse als Anreiz zur Begrenzung von Überweisungen (Gold et al. 1995b, 79ff). Kapitation an sich ist in den USA keine Neuerung, sondern wurde bereits vor managed care von anderen Versicherungsarten angewendet (Dobbins 1994, 216).

179 Einige Allgemeinärzte verlangen von Spezialisten im Gegenzug zu Überweisungen Discounts. HMOs befürworten dies als Mittel zum Kostenmanagement. Patienten wissen nicht, ob eine Überweisung an einen Spezialisten auf finanziellen Überlegungen basiert ist oder auf Qualität und der beste Facharzt empfohlen wird. Aber: Überweisungen an schlechte Ärzte können Rückschlüsse für den Primärarzt bringen, wenn sich Krankheiten verschlimmern (s. Pham 1996h).

finanzielle Risiko für die gesamte Behandlung, und nicht nur die ärztlichen Leistungen, auf die mit ihnen in Vertrag stehenden Leistungsanbieter¹⁸⁰ (Wilkerson/Devers/Given 1997, 7; Robinson/Casalino 1995; Woolhandler/Himmelstein 1995, 1706). Solche "extreme-risk arrangements" wurden von Versicherungsunternehmen gesucht, da managed care mit fee-for-service-Vergütung auf der einen Seite nicht genügend Einsparungen erreichen konnte und managed care mit angestellten Ärzten und geringeren Kosten auf der anderen Seite keinen Versichertenzuwachs erzielen konnte¹⁸¹ (Woolhandler/Himmelstein 1995, 1706).

Das Wachstum von risk-sharing-Arrangements kann positive Folgen haben, wenn man es im Licht größerer Kontrolle für Ärzte über die Nutzung verfügbarer Ressourcen und eine Abschwächung externen Managements sieht (Kerr et al. 1995, 504), da Ärzte innerhalb eines festgelegten Budgets (Kapitationsbetrag) selber über die Leistungserbringung entscheiden können. Es gibt aber ausreichend Studien, welche unangemessene Behandlung reflektieren, die von der Art der Vergütung geleitet ist (Salmon 1995, 27). Unter fee-for-service liegt der finanzielle Anreiz darin, mehr Leistungen zu veranlassen, selbst wenn sie voraussichtlich nur minimale Behandlungserfolge haben, jedoch für den Leistungsanbieter profitabel sind. Bei festgelegter Vergütung oder risk-sharing-Vereinbarungen ist der Anreiz gewöhnlich umgekehrt und liegt darin, eine Leistung nicht zu erbringen, wenn ein Erfolg nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden kann, da ein Geldgewinn nicht eintreten wird bzw. sogar ein finanzieller Verlust für den Arzt folgt. Es besteht Besorgnis, daß Leistungsanbieter notwendige Prozeduren vermeiden, wenn sie zu teuer scheinen. Leistungsanbietern sollte jedoch bewußt sein, daß es bei Unterlassen erforderlicher Leistungen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt, was weitaus teurere Maßnahmen unumgänglich machen kann (Stein 1996a).

Für Patienten haben Anreize, medizinische Leistungen nicht zu erbringen, wesentlich schwerwiegendere Auswirkungen als der im fee-for-service-System beinhaltete Impuls zur "Überbehandlung" (s. Corrigan/Ginsburg 1997, 154). Bei finanzieller Belohnung für kostengünstigste Behandlung können Ärzte durch die Unterlassung von Überweisungen profitieren und selbst die meisten HMO-Manager sind der Ansicht, daß durch zu große Anreize die Behandlungsqualität leidet (s. Hillman 1991, 211-214). Zudem verlockt risk-sharing zu Risikoselektion durch Ärzte; z.B. werden Medicare-Versicherte mit geringem Gesundheitsrisiko in HMOs geschleust und Kranke in den traditionellen Medicare-Plänen belassen, die mit fee-for-service-Vergütung arbeiten. Durch die Migration werden in den traditionellen Plänen die Kosten hochgetrieben (Woolhandler/Himmelstein 1995, 1707). Mediziner, die krankere Patienten anziehen wie Ärzte von Minoritätsgruppen, in

180 Interessanterweise benutzen Arztgruppen, die mit managed care-Unternehmen risk-sharing-Arrangements und Kapitationsvergütung vereinbaren, intern gatekeeping und Präautorisierung von Leistungen zur Kontrolle der Mittelverwendung. Eine Vielzahl wendet darüber hinaus die Profilierung der Leistungsmuster ihrer Ärzte, Richtlinien sowie Erziehung in managed care-Grundlagen an (Kerr et al. 1995, 501/502).

181 Darüberhinaus ziehen HMOs mit eigenen Kliniken und darin angestellten Ärzten möglicherweise weniger Kapitalgeber an, da sie ortsgebunden und wenig flexibel sind. Die "Anmietung" von gerade benötigten Leistungserbringern in breit gestreuten Praxen scheint erfolversprechender und für HMOs gewinnträchtiger (Woolhandler/Himmelstein 1995, 1706).

Forschungskrankenhäusern oder in armen Regionen, werden von HMOs gemieden (ebd.). Ferner wird ein nach Kapitation entlohnter Arzt versuchen, nur eine begrenzte Stundenzahl pro Woche zu arbeiten, da das Honorar bei Verlängerung der Arbeitszeit nicht steigt. Konsequenz kann sein, daß Patienten längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Folge kann aber auch sein, daß Patienten mit Versicherungen ohne Kapitation bevorzugt behandelt werden, sei es durch Verzicht auf Wartezeiten bei ihnen oder direkten Zugang zum Arzt, während Patienten mit Kapitation zuerst an medizinisches Hilfspersonal verwiesen werden (R. Johnson 1994b, 69). Aufgrund der Vorwürfe ist der Trend zu "risk-sharing"-Arrangements in jüngster Zeit nicht mehr ungebrochen und einige managed care-Unternehmen suchen andere Wege, um ihre Ärzte zur effizienten Praxisausübung zu veranlassen. Leitendes Prinzip bleibt aber weiterhin, einen gewissen Grad an finanziellem Risiko bei Ärzten zu belassen, die damit quasi als Unternehmer arbeiten und so theoretisch die beste und kostengünstigste Behandlung erbringen¹⁸².

Das Prinzip von Kapitation ist die Verschiebung des Anreizes von "Leistung auf Nachfrage" zu "Leistung nach Gesundheitszustand". In der Theorie sollen durch Kapitation Ressourcen vermehrt für Präventionsmaßnahmen und Promotion gesunden Lebens verwendet werden (M. Brown 1994b, 77). Da dies jedoch langfristige Vorhaben sind, müssen dauerhafte Akteure im Versicherungsmarkt und Versichertenbestand, d.h. Verminderung von Versicherungsverwechslung, geschaffen und langfristige Verträge mit Leistungsanbietern geschlossen werden. Darüberhinaus stellen die in risk sharing-Arrangements verborgenen neuen Risiken für Patienten eine Herausforderung an Arbeitgeber und Regierungen dar, wenn qualitative Behandlung zu geringen Kosten gesucht wird (Wilkinson/Devers/Given 1997, 21/22).

182 In Connecticut z.B. ging eine HMO wieder zum fee-for-service-System über, um dem Verdacht zu entgehen, Anreize zur Zurückhaltung notwendiger Behandlungen zu geben; als Antrieb zur Kosteneinsparung behielt die HMO jedoch die Regelung bei, 20 % der ärztlichen Vergütung in einen "risk pool" zu zahlen, dessen Betrag Ende des Jahres bei Einhaltung eines bestimmten Budget ausgezahlt wird (Freudenheim 1996g).

In Boston ändert Harvard Pilgrim Health Care seine Politik gegenüber den kontraktierten Ärzten. Die HMO will ihre Gesundheitszentren in eine eigenständige Einheit umwandeln, die von den dort beschäftigten 640 Ärzten kontrolliert werden soll. Die Versicherten können sich dort behandeln lassen, oder andere vom Plan genehmigte Ärzte aufsuchen. Der Grund für Harvard Pilgrim's Schritt ist, daß die Gesundheitszentren keinen Versichertenzuwachs mehr haben, während weniger restriktive HMOs rapide wachsen. Kaiser Permanente in Kalifornien, die größte HMO in den USA, hat ähnliche Schwierigkeiten und Blue Cross/Blue Shield of Connecticut hat eine HMO mit Ärzten, die ein festes Gehalt erhalten, aufgrund wachsender finanzieller Verluste geschlossen (Stein 1996f). Harvard Pilgrim hofft, daß unter einem neuen Bezahlungssystem, dessen Einzelheiten noch nicht festgelegt sind, die Ärzte härter arbeiten und sich Patienten-freundlicher verhalten (ebd.).

Auch im Krankenhausbereich wird die ärztliche Vergütung zum Spielfeld für neue Verfahren. Die New York City Health and Hospital Corporation z.B. hat mit den Ärzten eines ihrer Krankenhäuser (Woodhull Hospital) einen neuen Vertrag ausgehandelt. Bisher haben die medizinischen Fakultäten eine festgelegte Gesamtsumme als Honorar für ihre Ärzte erhalten und den Medizinern dafür feste Gehälter unabhängig von der Anzahl der Patienten, die ein einzelner Arzt behandelte, gezahlt. Nach der neuen Vereinbarung wird Woodhull Hospital 10 % seiner Ärzte entlassen und die verbleibenden erhalten ihre Vergütung entsprechend der Anzahl der Patienten. Ein Teil des Gehalts für die nächsten zwei Jahre ist zugesichert, nach Ablauf der zwei Jahre wird voll auf Bezahlung pro Patient und Service umgestellt. Die Entlohnung der Ärzte wird damit abhängig von der Effizienz des Krankenhauses, aber angesichts der unsicheren Lage der öffentlichen Krankenhäuser in New York City empfanden viele Ärzte, daß sie diesen Schritt gehen mußten. Es ist anzunehmen, daß andere medizinische Fakultäten angesichts von Kürzungen in Medicare und des Einfalls von managed care auf die von der Health and Hospital Corporation gestellten Bedingungen eingehen werden (Rosenthal 1996b).

2.2 Die Einschränkung ärztlicher Autonomie unter managed care

Nicht nur die Vergütung von Ärzten ist Umstrukturierungen unterlegen, sondern auch die Praktizierung von Medizin an sich muß stärker an die Anforderungen von HMOs oder ähnlich arbeitenden Institutionen auf der Zahlerseite angepaßt werden und das Bild ärztlicher Berufsausübung hat sich mit der Etablierung von managed care verändert. Das Nebeneinander zweier Autoritätslinien, medizinisch und administrativ, deren Distinktion vormals nur im Krankenhausbereich von maßgeblicher Bedeutung war (O'Connor/Lanning 1992, 63/64), hat sich inzwischen auch im ambulanten Sektor zu einem entscheidenden Faktum entwickelt.

Ein wesentlicher Aspekt professioneller Autonomie ist die relative Freiheit von externer Kontrolle über die Berufsausübung (s. Reed/Evans 1987, 3279). Die Verantwortung der Ärzteschaft als Profession, ein bestimmtes Wissen, welches sie treuhänderisch für die Gesellschaft verwahrt, zu erhalten und weiter zu entwickeln (O'Connor/Lanning 1992, 66), gerät im Zeitalter von managed care in Zweifel. Bisher standen Ärzte an der Spitze der medizinischen Hierarchie durch das Recht, ihre Arbeit selber zu kontrollieren (s. Freidson 1970, Kap.2). Diese Autonomie wird jedoch durch interne und externe Faktoren bedroht.

Innerhalb der Ärzteschaft hat das Überangebot an Medizinern zu einem Konkurrenzdruck geführt und durch die zunehmende Fragmentation in Spezialgruppierungen erweist sich eine einheitliche Position als Profession schwieriger (McKinlay/Stoeckle 1988; Wolinsky 1988; Benjamin 1989; Stoeckle 1988). Die Differenzen werden verstärkt durch Ungleichheiten in der Vergütung für verschiedene Arztgruppen. Von außen versuchen Drittzahler (Arbeitgeber und Regierung), welche größere Kontrolle über ihre Beitragszahlungen erlangen wollen, sowie Versicherungsunternehmen ärztliches Handeln zu beeinflussen. Konkurrenz entsteht niedergelassenen Ärzten durch den stationären Sektor, innerhalb dessen vermehrt ambulante Praxen eingerichtet werden, sowie durch medizinisches Hilfspersonal, welches ärztliche Aufgaben übernimmt. Zu diesen Faktoren, welche den Professionsstatus aufweichen, kommen Einschnitte in die Möglichkeit zur Eigenkontrolle. Mit dem Health Care Quality Improvement Act of 1986 und dem Medicare and Medicaid Patient and Program Protection Act of 1987 wurden Informationen über inkompetente Ärzte allgemein zugänglicher gemacht und aus dem engen Kreis der Profession herausgeholt; darüberhinaus haben Gerichte aufgrund der Zunahme von Klagen gegen Behandlungsfehler einen Teil der Kontrollaufgaben übernommen (O'Connor/Lanning 1992, 66).

Ärzte müssen Käufern von Gesundheitsleistungen (Versicherern, Bund, Staaten, Arbeitgebern und Einzelpersonen) zunehmend Rechenschaft über die von ihnen verursachten Kosten geben. Kostenkontrolle wird von allen Seiten gefordert und setzt Ärzte in die Position, medizinische Erfordernisse und die Anforderungen des sich entwickelnden Systems auszubalancieren (O'Neil/Finocchio 1997, 118). McKinlay/Stoeckle argumentieren, daß ein Prozeß der Proletarianisation

begonnen hat, der eine Entkleidung professioneller Vorrechte beinhaltet und die ärztliche Profession unter die Anforderungen der Produktion im fortgeschrittenen Kapitalismus stellt (McKinlay/Stoeckle 1990, 139ff)¹⁸³.

Ein Teil ihrer Gewalt geht der medizinischen Profession insbesondere durch die Regulierung ärztlicher Praxisausübung und die Kontrolle ärztlicher Entscheidungen im Rahmen von managed care verloren. Der Einfluß der Versicherungsorganisation auf medizinische Entscheidungen nimmt zu und die Machtverschiebung von Ärzten hin zu Managern von Versicherungsunternehmen beeinflusst die Arbeit von Medizinern. Viele Versicherungsunternehmen und private Zahler haben die Idee von Kosten- und Nutzungskontrollen adoptiert und benutzen utilization management-Programme. Weniger als 5 % der utilization review-Unternehmen bestehen länger als 15 Jahre, ein Fünftel arbeitet seit weniger als fünf Jahren (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 720), womit das rapide Wachstum dieser Branche verdeutlicht wird. Unter den in einem regulatorischen Vakuum entstandenen review-Firmen (Gray 1991, 341) besteht extremer Wettbewerb und viele Unternehmen geben an, stark von den Präferenzen ihrer Klientel beeinflusst zu sein (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 734), was neutrale Entscheidungen in Frage stellt. Bei ungenügender Überwachung der Prüfer kann managed care leicht zu "micro managed" care werden, wenn gleichgültige Funktionäre mit ungenügendem Wissen über individuelle Umstände die Macht haben, in alltägliche klinische Entscheidungen einzugreifen¹⁸⁴ (Braveman/Bennett 1995, 262).

Die Ausdehnung externer Prüfverfahren unter managed care bedroht ärztliche Autorität unter mehreren Gesichtspunkten. Utilization review durch Versicherungsträger stellt die Fähigkeit der ärztlichen Profession in Frage, selber Regeln zur Praxisausübung ihrer Mitglieder fest- und durchzusetzen. Daneben lenken die bürokratischen Anforderungen der Prüfverfahren Ärzte von ihrem eigentlichen Praxisfeld ab. Letztendlich kann es zur Einschränkung auf individuelle Patienten ausgerichteter Medizin und Förderung standardisierter Behandlungen kommen

183 Erklärungsmuster zur Proletarisierung von professionals s. Haug 1976; Oppenheimer 1973; Sarfatti Larson 1980.

184 Aus Reihen der Ärzteschaft kommt die Kritik, daß externe Prüfverfahren professionelle Normen mit größerer Wahrscheinlichkeit unterminieren, wenn Prüfungen aufgrund von Marktwettbewerb stattfinden. Die American Medical Association (AMA) hat daher vorgeschlagen, daß managed care-Unternehmen zum Schutz ärztlicher Autonomie die Kontrolle ärztlicher Entscheidungen von strukturiertem medizinischem Personal durchführen lassen (Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 119/120). Mehr als 37 % von Firmen, die utilization reviews durchführen, autorisieren in erster Stufe Nicht-Mediziner, Behandlungen abzulehnen (ebd., 114). Schlesinger/Gray/Perreira 1997 haben demgegenüber festgestellt, daß die Prüforganisationen, die klinische Autonomie am stärksten beschneiden, zu einem hohen Grad auf Empfehlungen ihres medizinischen (nicht ihres nicht-medizinischen) Personals zurückgreifen (Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 119/120).

Der Code of Medical Ethics der AMA fordert, daß ärztliche Inkompetenz, die eine Gefahr für die Gesundheit von Patienten darstellt, direkt an die Zulassungsstelle des jeweiligen Bundesstaates gemeldet werden soll (s. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, Opinion 9.031, S.43). Eine ähnliche Anforderung stellt das Ethik-Manual des American College of Physicians (s. American College of Physicians 1993, 26). Firmen, die externe Prüfungen vornehmen, decken jedes Jahr bis zu 250.000 Fälle auf, in denen Behandlungen eine potentielle Gefahr für Patienten darstellen. Dennoch erfolgen entsprechende Meldungen nur selten, selbst in Prüforganisationen mit hohem Beeinflussungsgrad durch medizinisches Personal (Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 120).

(Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 107/108).

Aufgrund ihrer dominanten Position im Gesundheitssystem haben Ärzte durch die Veränderungen im System potentiell am meisten zu verlieren. Viele Ärzte und medizinische Fakultäten sehen den Wandel als Angriff auf ihre professionellen Vorrechte und Privilegien (O'Neil/Finocchio 1997, 122). Ihre Führungsposition wird auch in einem managed care-System nicht verloren gehen, aber Veränderungen in ärztlicher Ausbildung und Praxisausübung sind unausweichlich (ebd., 125). Die ärztliche Profession funktioniert gegenwärtig in einem Regelwerk, welches im späten 19. Jahrhundert etabliert wurde. Anders als Veränderungen, die in vorangegangenen Jahrzehnten stattfanden, erfordert die Entstehung integrierter Netzwerke und der veränderte Informationsfluß unter managed care eine Neuanpassung der Ziele medizinischer Arbeit und der Handhabung ärztlicher Regulation (ebd., 119). Der Umfang ärztlicher Autonomie basiert auf der Erwartung, daß Ärzte sich an ethische Normen halten und Leistungen in kompetenter Weise erbracht werden. Das Wachstum von managed care wurde direkt mit dem Vertrauensmißbrauch der ärztlichen Profession in Verbindung gebracht, der sich z.B. in der Anwendung zweifelhafter Behandlungsmethoden äußerte und durch Selbstregulation nicht behoben wird (s. Caper 1988; Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 108). Dazu kommt der Verdacht, daß das Handeln einiger Mediziner eher auf ihren finanziellen Gewinn zielt als auf Hingabe zu ihrer Arbeit beruht (O'Connor/Lanning 1992, 67) und die ärztliche Profession sich im generellen hohen Gebühren verbundener zeigt als Gleichheit, Zugang, Behandlungsqualität und Reduzierung von überflüssigen Leistungen (Braveman/Bennett 1995, 262). Letztendlich hat die Politik der HMOs gegenüber der medizinischen Profession und das Aufdecken von Wirtschaftlichkeitsreserven in diesem Bereich zu einer zunehmenden Abkehr vom gesellschaftlichen Stellenwert des Arztes als "Halbgott in Weiß" hin zu der Frage: "Why does society let these doctors be so rich anyway?" (Kilborn 1996b) geführt.

Während das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Ärzteschaft bereits seit den letzten 30 Jahren sank (s. Blendon/Stelzer Hyams/Benson 1993, 2575), hat die Aufdeckung ärztlicher Unsicherheit hinsichtlich der Kriterien für angemessene medizinische Behandlung (s. Rizzo 1993) diesen Trend vorangetrieben und die Gesellschaft scheint nicht länger bereit zu sein, der ärztlichen Profession die gleiche Autonomie wie in der Vergangenheit zu gewähren (O'Connor/Lanning 1992, 67). Die gegenwärtige Suche nach Qualitätsmaßstäben und Studien zu Ergebnissen von Behandlungen (outcomes research) ist Resultat der Realisierung, daß Ärzte oft nicht wissen, was wirkt und was nicht und es große Variationen in der Anwendung ärztlichen Wissens gibt (s. Eddy 1990). Wenn das Vertrauen in Ärzte verloren geht, wird das soziale und ökonomische System eingreifen und Alternativen zur Autonomie der Ärzte über die Definition von Qualität entwickeln. Während in der Vergangenheit solche Versuche von der Profession hartnäckig und erfolgreich bekämpft wurden, werden nun innerhalb der Ärzteschaft Stimmen laut, welche zur Erarbeitung interner Praxis-Richtlinien aufrufen, um die Autonomie der Profession, wenn schon nicht des einzelnen Arztes, zu bewahren (s. O'Connor/Lanning 1992, 67).

2.3. Managed care vom ärztlichen Blickpunkt

Ende der 1980er/Anfang der 1990er war unter Ärzten Besorgnis über die HMO-Entwicklung zu beobachten; insbesondere wurde der Verlust klinischer Autonomie, ein Rückgang in der Behandlungsqualität, Restriktionen hinsichtlich Überweisungen sowie Sinken des Einkommens erwartet (s. Meyer 1987; Fisher/Smith/Pasternak 1993, 51). Obwohl bereits damals verschiedene empirische Studien nachwiesen, daß die Behandlungsqualität in HMOs nicht schlechter ist (s. Luft 1981; Cunningham/Williamson 1980; Hornbrook/Berki 1985), nahmen weiterhin zwei Drittel der Ärzteschaft an, daß fee-for-service bessere Behandlungsqualität gewährte (Taylor/Kagay 1986; Schulz et al. 1990, 44).

Der Entschluß eines Arztes, sich einer HMO anzugliedern, erfolgte daher anfangs oft zögerlich (Topping/Fottler 1990, 371ff; Deckard 1995, 44; Taylor/Kagay 1986) und managed care-Unternehmen hatten Schwierigkeiten, Primärärzte zu rekrutieren. Es setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, daß Patienten möglicherweise bald "Besitztum" von managed care-Firmen werden und für einen Arzt nur erreichbar sind, wenn er/sie diesen Netzwerken beitrifft (M. Brown 1994b, 79). Bereits 1990 waren mehr als die Hälfte aller Ärzte in irgendeiner Form mit managed care verknüpft (Norman 1990, 89) mit steil ansteigender Tendenz (Salmon 1995, 31). Der ausschließlich nach fee-for-service vergütete Arzt ist in ländlichen Gebieten noch vertreten, aber in den Städten oder anderen Gegenden, die einen hohen Anteil HMO-Versicherter aufweisen, haben sich inzwischen nahezu alle Ärzte einem oder mehreren managed care-Netzwerken angeschlossen, was aber die Behandlung von Patienten in traditionellen Versicherungsplänen nicht ausschließt.

Im Zuge der Verbreitung von managed care-Versicherungsoptionen herrschte die Meinung vor, daß viele Ärzte die Veränderungen in der Art ihrer Praxisgestaltung mit Frustration und Unzufriedenheit sahen aufgrund der Erosion professioneller Autonomie durch eine Eskalation administrativer Regulationen sowie strengerer Überwachung medizinischer Entscheidungen durch Versicherungsträger¹⁸⁵ (s. Astrachan/Astrachan 1989; Berrien 1987b; Lewis et al. 1991; Hershey/McAloon/Bertram 1989; Alper 1987; Kralewski et al. 1987). Voraussagen gingen dahin, daß der zunehmende Einfluß von managed care gerade Primärärzte negativ treffen und sich ihre Zahl verringern würde (s. Alper 1994, 1523). Managed care würde zu geringerer Vergütung und geringerem Status im Vergleich zu Spezialisten sowie langer Arbeitszeit, risikoreichen Kontrakten, Belastung durch die gatekeeper-Rolle und Unsicherheit über die professionelle Identität führen (ebd.). Diese Voraussagen haben sich nicht bewahrheitet. Eine Verschiebung in den Entscheidungsstrukturen ist aber unzweifelhaft eingetreten. Bei aufwendigen oder nicht routinemäßigen Leistungen ist Rücksprache mit dem Versicherer vor Beginn der Behandlung erforderlich und Versicherungsunternehmen können generell ärztliche Entscheidungen durch utilization review kontrollieren. Behandlungsmethoden, die nicht im Leistungskatalog des

185 76 % praktizierender Internisten stimmten 1987/88 darin überein, daß zunehmende Regulationen die Ausübung guter Medizin schwieriger machen und nur 43 % sahen die Zukunft von Medizin positiv (Hershey/McAloon/Bertram 1989, 1748).

Versicherers enthalten sind, können meist aus finanziellen Gründen nicht in Erwägung gezogen werden. Zudem können nur Spezialisten und Krankenhäuser zur Weiterbehandlung genutzt werden, die im Leistungsanbieternetz des Versicherers integriert sind. Auch die Festsetzung von Arzneimittellisten durch HMOs, welche im Gegenzug Rabatte von Pharmafirmen erhalten, bildet eine Einschränkung der Entscheidungsfreiheit von Ärzten (s. Freudenheim 1996b). Es ist empirisch nicht untersucht, in welchem Grad unter managed care angewendete, externe Prüfverfahren die ärztliche Autonomie einschränken. Zahlreiche Studien zur subjektiven ärztlichen Zufriedenheit unter managed care liegen jedoch vor, kommen aber zu konträren Ergebnissen.

Auf der einen Seite weisen eine Reihe von Untersuchungen nach, daß die von Ärzten erwarteten negativen Folgen des Beitritts zu einer HMO hinsichtlich Zeit für Patienten, Einschnitten in der Behandlungsqualität, Bürokratie, Überweisungen sowie Verdienst zum großen Teil nicht eintreten (Schulz et al. 1990, 51; Baker/Cantor 1993, 258). Hinsichtlich der Zufriedenheit von Ärzten in Einzel- und Gruppenpraxen, Krankenhäusern und HMOs ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, in einigen Punkten entstand sogar ein positiveres Bild für HMOs als für die anderen Praxisgestaltungen (s. Stamps 1995, 29, Tab.2). Wenn sich Ärzte in HMOs weniger zufrieden zeigten als unabhängige Mediziner, ergab sich im Vergleich zu anderen angestellten Ärzten kein Unterschied (Baker/Cantor 1993, 269). Primärärzte, obwohl sie verantwortungsvolle und möglicherweise belastende gatekeeper-Funktionen haben, stehen HMOs sowohl vor als auch nach ihrem Beitritt positiver gegenüber als Spezialisten (Schulz et al. 1990, 51, 58). Übereinstimmend wird eine verstärkte Einschränkung ärztlicher Autonomie verzeichnet, wenn sich Ärzte einem managed care-Netzwerk anschließen (Schulz et al. 1990, 51; Baker/Cantor 1993, 258; Deckard 1995, 40), was jedoch nicht unbedingt einen negativen Aspekt auf die Zufriedenheit der beteiligten Ärzte hat (Baker/Cantor 1993; Topping/Fottler 1990, 372ff). Unterschiede ergeben sich, wenn verschiedene Altersstufen der befragten Ärzte berücksichtigt werden. Ältere Mediziner, die ihre Praxisausübung vor der Etablierung von Medicare und dem entstehenden Druck auf Kostendämpfung begannen, verzeichneten den höchsten Grad an Unzufriedenheit (Lewis et al. 1991, 4; s. auch Baker/Cantor 1993).

Auf der anderen Seite wird die Annahme, daß ärztliche Autonomie in einer strukturierten Organisation eingeschränkt wird und konsequenterweise die Zufriedenheit der betroffenen Mediziner sinkt, durch verschiedene Studien belegt (Dombrosk 1988; Linn et al. 1986; Lofgren/Mladenovic 1990; Riedel/Riedel 1979, 65; McCranie/Hornsby/Calvert 1982, 1113). Gerade die Unzufriedenheit mit administrativen Aufgaben sowie den zeitlichen Anforderungen der Praxis wird von Ärzten angesprochen (s. Lewis et al. 1991, 4). Wenn die Variablen der Organisationsstrukturen jedoch deutlicher differenziert werden, ergibt sich hinsichtlich der Zufriedenheit der Ärzte ein breiter gefächertes Bild. Obwohl noch eine Vielzahl von Ärzten in Einzelpraxen arbeitet und diese Form der Berufsausübung nicht verloren gehen wird, zeigt sich ein nationaler Trend hin zu mehr organisierten Praxisrahmen, oft innerhalb einer größeren Assoziation (Stamps 1995, 27). Ärzte in größeren Organisationen haben ein größeres Autonomiegefühl gegenüber Ärzten in kleinen Praxen, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, daß sie die Organisation als Puffer zu externen Regulationen sehen (Schulz/Schulz 1988, 760; Schulz/Girard/Scheckler 1992, 302).

Obwohl nicht geklärt ist, inwieweit sich die Zufriedenheit mit ihrem Beruf in einem von managed care geprägten Gesundheitssystem verändert, häufen sich aus den Reihen der ärztlichen Profession die Klagen, daß die Ausübung von Medizin sich immer mehr von klinischen Gesichtspunkten hin zu administrativen und Managemententscheidungen verlagert (Schlesinger/Gray/Perreira 1997, 107/108). Eine Studie unter Mitgliedern der Florida Medical Association belegte, daß Ärzte zwar um ihre Autonomie besorgt sind, die Mehrheit aber in der Praxis wenige Konflikte zwischen professioneller und administrativer Autorität erlebt (Deckard 1995, 45). Eine neuere Untersuchung (die allerdings keine Rückschlüsse auf ärztliche Zufriedenheit zog) zeigt jedoch, daß gerade im Fall von Behandlungen, die außerordentlich teuer, aber noch nicht genügend etabliert sind, um einen klaren Nutzenkonsens zu haben, Versicherungsunternehmen oft ärztliche Entscheidungen überstimmen. Dies trifft jedoch nicht nur auf managed care zu, sondern auch auf andere Versicherungspläne (Finkelstein et al. 1998).

Die Zufriedenheit von Ärzten kann die Behandlungsqualität, das Behandlungsergebnis sowie die Einstellung von Patienten zu ihrer medizinischen Versorgung beeinflussen (Kravitz/Linn/Shapiro 1990; Bertram et al. 1990; McCue 1982). Sie ist ein wichtiger outcome-Maßstab, aber es ist nicht klar, ab welchem Grad von Unzufriedenheit die Behandlungsqualität zu leiden beginnt (Lewis et al. 1991, 5). Weitere Forschung ist notwendig um festzustellen, wieweit der Verlust professioneller Autonomie gegangen ist, wie das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Profession gesunken ist und wie sich ärztliche Kontrolle über Arbeitsbedingungen sowie den Inhalt ärztlicher Arbeit vermindert hat (Salmon 1995, 32).

2.4. Die Reaktion von Ärzten auf Kostensenkungsdruck

Als Reaktion auf die geballte Nachfragekraft von Finanzierungsträgern sowie zur Wiedererlangung ihres Status als primäre medizinische Entscheidungsträger gegenüber managed care-Unternehmen und großen for-profit-Krankenversicherern versuchen Ärzte zunehmend, ihre Verhandlungsmacht zu bündeln. Dies war bisher durch Antimonopol-Gesetzgebung¹⁸⁶ wesentlich erschwert. Erleichterungen zugunsten der Ärzteschaft, um Versicherungsunternehmen und HMOs gestärkt gegenüber treten zu können, sind im Legislationsprozeß und 1997 wurde mit den Reformen im Medicare-Programm durch das Haushaltsgesetz ein erster Schritt in diese Richtung unternommen. Ziel der Profession ist, daß Arztgruppen direkt als Anbieter von Gesundheitsleistungen mit Käufern kontrahieren können. Mediziner argumentieren, daß sie durch die Ausschaltung von Zwischenhändlern die Kontrolle über medizinische Entscheidungen wieder erlangen und Patienteninteressen zur Priorität machen könnten; zudem würden die Gesamtprämien innerhalb des Netzes bleiben und müßten nicht zum Teil in den Verwaltungsapparat eines Versicherungsunternehmens fließen (Pear 1996j).

186 In Privatpraxen tätige Ärzte werden als Unternehmer betrachtet und fallen damit unter die Antimonopol-Gesetzgebung. Viele Mediziner sehen sich aber aufgrund ihrer Verträge mit managed care-Unternehmen ihrer Unabhängigkeit beraubt und betrachten sich als Angestellte der Organisationen (Kilborn 1996b).

Was auf den ersten Blick eine gerechtfertigte Forderung von ärztlicher Seite zu sein scheint, kann sich jedoch zu einem ungerechtfertigten Vorteil für die medizinische Profession im Preisverhandlungssystem auswirken. Würde die Möglichkeit zum freien Austausch über Vergütungen und Leistungen eingeräumt werden, besteht die Gefahr, daß Ärzte zusammenwirken, um ihre Preise gegenüber HMOs, Versicherungsunternehmen sowie individuellen Patienten zu erhöhen und ihr finanzielles Wohlbefinden über ihre Patienten stellen (New York Times 1996a).

Während gesetzliche Maßnahmen zur Erleichterung des Zusammenschlusses von Arztgruppen weiter im Entstehungsprozeß sind, versuchen Ärzte in der Praxis bereits, der Beschränkung ihres Einkommens und ihrer Unabhängigkeit entgegen zu wirken. Ein Weg ist der Anschluß an eine neue Art von Unternehmen, welche die Geschäftsangelegenheiten der beteiligten Ärzte regeln und ihre Verhandlungsmacht stärken, indem sie als Vertreter der Gesamtgruppe mit HMOs und anderen Nachfragern verhandeln. Diese Unternehmen stellen üblicherweise auch Computersysteme zur Verfügung, die Ärzten helfen, die finanziellen Risiken der Versorgung einer bestimmten Patientengruppe zu einem vereinbarten Preis zu evaluieren. Darüberhinaus werden die Praxisausgaben und andere nichtmedizinische Funktionen von den Gesellschaften kontrolliert¹⁸⁷ (Freudenheim 1996f). Die Evolution des ärztlichen Praxisbereichs hin zu organisierten und formalen ökonomischen Einheiten äußert sich auch in Zusammenschlüssen ohne den Schirm eines neuen "Verwaltungsunternehmens". In der Boston-Region z.B. haben sich 150 primary care-Ärzte zu einem Netzwerk vereinigt, welches das erste seiner Art (Fixierung auf primary care, unabhängig von Krankenhäusern) in Massachusetts ist. Die Ärzte werden weiterhin in ihren Privatpraxen arbeiten und ihre Praxen und Besitzungen nicht verschmelzen, aber als Gemeinschaft mit Versicherern verhandeln und Computersysteme sowie Management und Administration teilen. Gemäß eines Vertreters der Organisation ist jedoch die Stärkung der Verhandlungsmacht gegenüber Versicherern nicht der Hauptgrund für den Zusammenschluß gewesen, sondern die Hoffnung, größere Autonomie in der Behandlung von Patienten zu erlangen (Shao 1996).

Neben eigenständigen Arztgruppen, die größere Verhandlungsmacht suchen, tritt der Zusammenschluß von angestellten Ärzten im stationären und HMO-Bereich. Wenn mehr Ärzte Stellen mit festem Gehalt annehmen und sich die externe Bedrohung der Autonomie intensiviert, wird der Antrieb zum gewerkschaftlichen Zusammenschluß unter Ärzten größer (O'Connor/Lanning 1992, 68). Arztgewerkschaften an sich sind nichts Neues und existieren bereits seit Jahrzehnten, bemerkenswert aber ist der unverhältnismäßige Mitgliederzuwachs der letzten Jahre. Derzeit sind 5 % aller Ärzte gewerkschaftlich organisiert und Voraussagen gehen dahin, daß angesichts der Einschränkung ärztlicher Autonomie durch managed care-Organisationen diese Zahl weiter steigen wird, da sich Ärzte von ihren traditionellen Interessenvertretungen nicht aggressiv genug repräsentiert fühlen (Adelson 1997; Tye 1997b). Möglicherweise erlangen Arztgewerkschaften bei weiterem Wachstum eine Bargaining-Rolle im Zusammenspiel mit Versicherungsträgern.

187 Das bisher größte dieser Unternehmen wurde am 14.05.96 gegründet und steht in Vertrag mit 7.250 Ärzten, die 1,5 Mio. Patienten versorgen, hauptsächlich in Südkalifornien sowie im Süden und Südwesten der USA (Freudenheim 1996f).

2.5. Der Einfluß von managed care auf die Arzt-Patient-Beziehung

Die angeführten Veränderungen, mit denen sich Ärzte konfrontiert sehen, haben unweigerlich Einfluß auf den Umgang mit Patienten. Faktoren, die eine gute Arzt-Patient-Beziehung bestimmen –Wahlmöglichkeit, Kompetenz, Kommunikation, Mitgefühl, Kontinuität sowie (kein) Interessenskonflikt (Emanuel/Dubler 1995, 323)– können durch managed care positiv oder negativ beeinflusst werden. Positive Ergebnisse könnten in der Form größerer Wahlmöglichkeit, insbesondere in gegenwärtig unterversorgten Gebieten, Verbesserung des Angebots an Präventivleistungen, vermehrten Qualitätskontrollen sowie verbesserter Kommunikation und größerer Patientenzufriedenheit durch größere Nutzung von Primärärzten und medizinischem Hilfspersonal erzielt werden (Emanuel/Dubler 1995, 323; Freund 1993; Kavesh 1993). Die Zuordnung eines Primärarztes kann darüberhinaus kontinuierliche und koordinierte Behandlung sichern und geringe Zuzahlungen beseitigen finanzielle Barrieren weitgehend¹⁸⁸ (Waitzkin/Fishman 1997, 138/139).

Auf der anderen Seite könnte das Wachstum von managed care aber auch negative Folgen nach sich ziehen wie Einschränkung der Wahlmöglichkeiten durch Arbeitgeber oder der Arztauswahl durch managed care-Unternehmen, minderwertige Qualitätskontrollen, Verkürzung der mit einem einzelnen Patienten verbrachten Zeit aufgrund von Produktivitätsanforderungen, Unterbrechung der Behandlungskontinuität bei erzwungenem Versicherungsplanwechsel aus Kostengründen sowie Vergütungsmethoden, welche zu einem Weniger an Leistungen anreizen und zu einem ärztlichen Interessenkonflikt führen (Emanuel/Dubler 1995, 323).

Bereits unter fee-for-service gab es Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient (s. Waitzkin 1984; Roter/Hall 1992; Lipkin/Putnam/Lazare 1995; Waitzkin 1991) und die Ausdehnung von managed care hat augenscheinlich keinen positiven Effekt zur Folge gehabt. Studien zum Gesprächsverhalten zwischen Arzt und Patient und der daraus resultierenden Zufriedenheit von Patienten in managed care und fee-for-service fanden keinen Unterschied oder fielen sogar nachteilig für managed care aus (s. Ross Davies et al. 1986; H. Rubin et al. 1993; Emanuel/Dubler 1995; Balint/Shelton 1996; Consumer Report 1992). Neben Kommunikationsprobleme, die sich auf soziale oder kulturelle Unterschiede zwischen Arzt und Patient zurückführen lassen, treten unabhängig von der Versicherungsorganisation Faktoren, die dem Patienten meist nicht bewußt sind. Sie können die Arzt-Patient-Beziehung, die von vielen versicherten Amerikanern unabhängig von der Versicherungsart äußerst positiv bewertet wird¹⁸⁹ (Blendon et al. 1994c; Emanuel/Dubler 1995, 325), negativ beeinflussen. Versicherungsunternehmen und managed care-Pläne entmutigen oder schließen die Absicherung aus für die Inanspruchnahme bestimmter Ärzte, Leistungen oder Krankenhäuser (s. Iglehart 1992, 742; Emanuel/Dubler 1995, 325). Versicherte haben möglicherwei-

188 Die genannten möglichen Vorteile sind nicht nachgewiesen für Versichertengruppen wie Minderheiten, Arme, nicht-englisch Sprechende, Ältere und chronisch Kranke (Waitzkin/Fishman 1997, 139).

189 Für nichtversicherte Patienten ist im gegenwärtigen Gesundheitssystem eine ideale Arzt-Patient-Beziehung ausgeschlossen (Emanuel/Dubler 1995, 325).

se keine andere Wahl, da ihr Arbeitgeber den Versicherungsplan auswählt oder sie sind sich bei Vertragsabschluß der Ausgliederung bestimmter Leistungsanbieter nicht bewußt. Utilization reviews, notwendige Genehmigungen vor Beginn von Behandlungen und andere Kontrollen können die Entscheidungen von Patienten und Ärzten überstimmen. Durch das Fehlen von verlässlichen und anerkannten Maßstäben zur Qualitätskontrolle werden Patienten nicht über die Qualität ihres Arztes und ihres Behandlungssystems informiert (s. Laffel/Berwick 1992; Kritchevsky/Simmons 1991). Die Betonung auf "Gerätemedizin" bedroht gute Kommunikation und gefühlvolle Behandlung (s. Merkel/Margdis/Smith 1990; Beckman et al. 1990; Levinson/Roter 1993). Die Möglichkeit von Anklagen aufgrund von Behandlungsfehlern verleitet Ärzte, überflüssige Leistungen zu veranlassen, die möglicherweise nicht im Sinne des Patienten sind (s. Perkins et al. 1990; Localio 1993; Emanuel/Dubler 1995, 325/326).

Unter managed care wird die Arzt-Patient-Beziehung daneben durch die Zurückhaltung von Informationen mittels "gag rules" (s. Fußnote 212) untergraben, d.h. in Verträgen zwischen Versicherungsunternehmen und Ärzten aufgenommene Klauseln, welche Ärzten die Weitergabe bestimmter Informationen wie die Gestaltung von Vergütungsanreizen, nichtabgedeckte Behandlungsmethoden oder negative Aussagen über das Versicherungsunternehmen verbieten¹⁹⁰. "Gag rules" stehen dem Hippokratischen Eid konträr entgegen, der das Wohlbefinden des Patienten über alles andere stellt (Waitzkin/Fishman 1997, 145). Verträge zwischen Ärzten und managed care-Unternehmen, welche die Zurückhaltung von Informationen verlangen, machen es für Patienten unmöglich, Behandlungen informiert zuzustimmen¹⁹¹ (s. Brennan 1993, 68ff; Rodwin 1995). Wenn Patienten sich des Interessenkonflikts von Ärzten unter managed care nicht bewußt sind, bauen sie ein falsches Vertrauensverhältnis auf (Waitzkin/Fishman 1997, 146). Ist ihnen der Konflikt bewußt, geht das Vertrauen in den Arzt verloren, da dieser anscheinend als Interessenvertreter einer managed care-Organisation funktioniert.

Zudem werden Ärzte verstärkt von HMOs unter Druck gesetzt, die Anzahl der Patienten, die sie pro Zeiteinheit sehen, zu vergrößern, d.h. "produktiver" zu sein. Sie erhalten von HMOs Richtlinien über die Dauer einer Untersuchung, was zeitliche Beschränkungen auf die Kommunikation legt oder Behandlungen, die eigentlich vom Arzt selber erbracht werden müßten, hin zu medizinischem Hilfspersonal ("nurse practitioners") verlagert (Waitzkin/Fishman 1997, 141). Es besteht die Sorge, daß die Qualität der Behandlung leidet (Knox 1996b). Als weiterer Aspekt kommt "rationing by inconvenience" hinzu, wenn die geforderte Absprache von Behandlungen mit managed care-Organisationen oder utilization review-Firmen einen erheblichen Zeitaufwand bedeutet (Grumet 1989). Es existiert ein Anreiz, die Genehmigung einer Leistung nicht nachdrücklich genug gegenüber der managed care-Organisation zu verlangen (sei es aus Angst vor möglichen Folgen oder aus

190 In mehreren Bundesstaaten sind "gag rules" inzwischen verboten und auch im Kongreß liegen Gesetzesvorschläge mit entsprechenden Regelungen vor.

191 Die legale Umschreibung von "informierter Zustimmung" (informed consent) fordert, daß Ärzte ihre Patienten über Behandlungsmethoden, Risiken und Erfolge sowie Alternativen aufklären (American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs 1992, Opinion 8.08, 38; Rodwin 1995, 605; Rodwin 1993, 153).

Zeitgründen), was für den Patienten möglicherweise die Nichterbringung einer notwendigen Behandlung bedeutet (Waitzkin/Fishman 1997, 140).

Für Ärzte besteht ein ethischer und/oder finanzieller Konflikt zwischen den Interessen ihrer Patienten und denen des managed care-Systems, in dem sie als gatekeeper funktionieren. Der ethische Konflikt bleibt selbst dann bestehen, wenn der finanzielle durch das Zuhalten des Tors gelöst wird (Waitzkin/Fishman 1997, 140). Im fee-for-service-System gewinnen Ärzte, wenn sie Leistungen veranlassen, an dessen Erbringung sie selber beteiligt sind, die aber unter Umständen nicht im besten Interesse des Patienten sind (s. Mitchell/Scott 1992; Rodwin 1993, 100ff). Ärzte im managed care-System verdienen möglicherweise mehr, wenn sie weniger Leistungen veranlassen als angemessen (s. Hillmann/Pauly/Kerstein 1989; Rodwin 1993, 139ff). Systemintern wurden einige Regelungen etabliert, um Interessenskonflikte zu verringern (s. Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992), aber deren Wirksamkeit ist fraglich und bessere Wege werden weiterhin gesucht (s. Thompson 1993; Hillmann/Pauly/Kerstein 1989; Relman 1985; Rodwin 1993, 111ff).

In den letzten 40 Jahren hat sich die Arzt-Patient-Beziehung von ärztlichem Paternalismus über eine Phase, in der die Autonomie des Patienten erheblich an Bedeutung gewann, hin zu einer Verbindung entwickelt, in der die ärztliche Autorität sowie die Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten und des Arztes über die Behandlung durch außenstehende Akteure bedroht werden (Balint/Shelton 1996, 887). Entscheidungen über einen einzelnen Patienten können sich auf die Gesamtheit aller Patienten auswirken, wenn die finanziellen Ressourcen begrenzt sind (s. Brennan 1993) und Ärzte müssen einen Weg finden, ihre Verantwortlichkeit gegenüber Individuen gegen ihre Verpflichtung zur sorgfältigen Verwaltung der Ressourcen der Gesellschaft auszubalancieren (Balint/Shelton 1996, 890). Konfliktsituationen können nicht nur zwischen den Bedürfnisse des Patienten und den Regeln des Versicherers oder Drittzahlers entstehen (s. Brennan 1993, 48/49; Wolf 1994; Angell 1993), sondern abhängig von der Vergütungsform können sich auch eigene ärztliche, finanzielle Interessen mit dem Wohlbefinden eines Patienten im Widerspruch befinden (s. Hillmann 1987; Hillmann/Pauly/Kerstein 1989). „Double agents“ (Angell 1993) ist eine passende Bezeichnung für Ärzte unter managed care, weil sie nach außen hin weiter als Advokaten ihrer Patienten erscheinen, tatsächlich aber sowohl für Patienten als auch für managed care-Organisationen arbeiten und die Interessen beider Gruppen oft entgegengesetzt sind (Waitzkin/Fishman 1997, 140).

3. DER EINFLUß AUF DEN STATIONÄREN SEKTOR

Der Krankenhaussektor ist von zwei Veränderungen betroffen: Dem Trend zu horizontaler Integration und downsizing, der in den 1970ern begonnen hat, sowie den Implikationen des wachsenden Marktanteils von managed care (Corrigan/Ginsburg 1997, 152).

Schätzungen zufolge besteht ein Überangebot an Krankenhäusern und Krankenhausbetten von 25

bis 60 % des gegenwärtigen Bestandes (O'Neil/Finocchio 1997, 122; Weil 1995, 37)¹⁹². Neben strikteren Kontrollen im Medicare- und Medicaidbereich sowie Einschnitten in diesen Programmen wird der sinkende Bedarf vor allem auf die Zunahme von managed care mit dem damit verbundenen Rückgang von Krankenhausaufenthalten sowie kürzeren Verweildauern zurückgeführt. Neben der Betonung ambulanter Versorgungsstrukturen handeln managed care-Unternehmen erhebliche Diskonts mit Krankenhäusern aus, was zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven im stationären Bereich geführt hat. Diese Praxis der managed care-Unternehmen ist inzwischen auch von anderen Versicherern übernommen worden¹⁹³.

Der stetige Preisdruck auf den stationären Bereich wird voraussichtlich zur Folge haben, daß Personal entlassen wird und sich Krankenhäuser in noch größerem Umfang und noch schneller zusammenschließen, um der Verhandlungsmacht der Versicherungsunternehmen entgegen treten zu können. Schwächere Institutionen sind von Schließung bedroht, wenn sie keine finanzstarken Partner finden. Der free care-Pool, der Mittel zur Behandlung zahlungsunfähiger Personen durch einen Aufschlag auf die Pflegesätze versicherter Patienten bereit stellt, wird weiter erodiert werden, da "Überzahlungen" durch Versicherer eingeschränkt werden oder ganz unterbleiben (Pham 1996f).

3.1. Der Sonderfall öffentlicher und Lehrkrankenhäuser

Der Wettbewerb setzt vor allem die öffentlichen Krankenhäuser unter Spannung, die zu einem größeren Teil als private Einrichtungen arme Patienten behandeln (Curry et al. 1994, 34).

Die Tradition öffentlicher Krankenhäuser ist untrennbar mit dem Armenhaus verbunden, eine im 17. Jahrhundert aus Großbritannien übernommene Institution, die eigens für Personen geschaffen wurde, die als "Fehlschläge der Gesellschaft" galten. Aus dieser Zeit resultiert das Vorurteil, daß die Zustände dort schlechter als in anderen stationären Einrichtungen sind, da die Patienten es nicht besser verdienen (Friedman 1987a, 1438). In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erhielten öffentliche Hospitäler ihre eigene Identität unabhängig von Armenhäusern; gleichzeitig entstanden private Krankenhäuser. Krankenhäuser wurden zum besten Ort, Behandlung zu erhalten und waren

192 Zwei voneinander unabhängige Untersuchungen zur Situation in New York City z.B. haben zum Ergebnis gehabt, daß zwischen ein Drittel und der Hälfte aller Krankenhausbetten zum Jahrhundertwechsel nicht mehr vorhanden sein und mindestens 15 der 78 Krankenhäuser schließen werden (Rosenthal 1996a). Obwohl klar ist, daß momentan zu viele Krankenhausbetten zur Verfügung stehen, wird befürchtet, daß von den Schließungen hauptsächlich ärmere Regionen der Stadt betroffen sein werden, die bereits jetzt eine Unterversorgung an medizinischer Betreuung aufweisen, da die stationären Einrichtungen hier durch den großen Anteil nichtversicherter Patienten finanziell geschwächt sind (ebd.). In ländlichen Regionen müssen Anwohner bei Krankenhaus-Schließungen auf weit entfernte Krankenhäuser ausweichen mit möglichen negativen Konsequenzen in Notfällen. Public Policy müßte berücksichtigen, daß der Gesundheitssektor kein Wirtschaftssektor wie andere ist und Unterversorgung fatale Folgen haben kann.

193 Blue Cross/Blue Shield of Massachusetts z.B. hatte 1996 30 % und mehr Diskont von Krankenhäusern verlangt (Knox 1996a).

nicht mehr letzte Zuflucht, wenn keine anderen Möglichkeiten vorhanden waren. Daß öffentliche Krankenhäuser weiterhin neben privaten Einrichtungen Bestand hatten liegt an ihrer Funktion als Wohlfahrtseinrichtung:

”The municipal hospital performed the function of keeping everyone’s conscience clear in terms of health care for the lower classes. Once hospital care was understood to be socially desirable, and, indeed, very important, could society really say that those without funds should go without it? The answer was, ‘No. We have a municipal hospital as our grand act of charity’.”

(Rothman zitiert nach Friedman 1987a, 1443)

Der Ruf als Leistungserbringer für die “undeserving poor” verfolgt öffentliche Krankenhäuser in den USA bis in die heutige Zeit und die Imageprobleme durch die Vergangenheit als Armenhaus versperren oft den Blick auf exzellente Spezialabteilungen und ambulante Behandlungen sowie ihre Rolle in der medizinischen Ausbildung (Friedman 1987c, 1856).

Mit der Etablierung von Medicare und Medicaid sahen öffentliche Krankenhäuser zwar gesicherte Vergütungen, aber ein erheblicher Teil der nun versicherten Patienten wandte sich an andere Einrichtungen (s. Friedman 1987a, 1444). Darüberhinaus sanken insbesondere die Medicaid-Vergütungsraten nach anfänglicher zufriedenstellender Bezahlung schnell, was die Behandlung solcher Versicherter oft zu einem Minus-Geschäft macht. Überlastung, Unterfinanzierung und nichterstattete Kosten für “freie” Behandlung haben im überwiegenden Teil der öffentlichen Krankenhäuser bereits vor Jahren zu einer Krise geführt (Curry et al. 1994, 34), welche die finanzielle Stabilität bedroht und die Kapazität der öffentlichen Institutionen in Frage stellt, allen Behandlung zukommen zu lassen, die sie benötigen (Friedman 1987b; Gage et al. 1991). Dabei haben gerade die zahlungsunfähigen Patienten dieser Krankenhäuser oft besondere Gesundheitsbedürfnisse, allein schon durch die Tatsache, daß sie auf kein strukturiertes Behandlungsnetz und regelmäßige Behandlungen zurückgreifen können und sich dadurch in schlechterem Gesundheitszustand befinden. Für Routine-Behandlungen müssen Notfallräume aufgesucht werden und private Krankenhäuser weisen diese Patienten aufgrund ihrer Zahlungsunfähigkeit häufig an öffentliche Institutionen weiter (Friedman 1987b; Friedman 1987c). Auch benötigen Patienten öffentlicher Krankenhäuser zu einem größeren Teil soziale Hilfeleistungen und verbleiben länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus, da andernfalls keine angemessene Nachbehandlung erfolgen kann (Gage et al. 1991, 29). Zudem versorgen diese Einrichtungen einen großen Teil der Obdachlosen, HIV-Infizierten, Inhaftierten und Opfer von Gewaltverbrechen (Gage et al. 1991, 30+Kap.5/6; Curry et al. 1994, 36), die hohe Leistungsanforderungen verbunden mit meist unzureichenden finanziellen Ressourcen haben. Sowohl für nichtversicherte als auch für versicherte Patienten spielen öffentliche Krankenhäuser eine entscheidende Rolle als “provider of last resort” oder lebenslanger “Familienarzt” (Gage et al. 1991, Kap.3).

Vom wettbewerbpolitischen Gesichtspunkt her sind öffentliche Krankenhäuser als gemeinnützige Institutionen in einem privaten Gesundheitsmarkt ein Anachronismus (Friedman 1987a, 1438). Ihr Bestehen wird für bestimmte Bevölkerungsgruppen in einem von Wettbewerb und for-profit charakterisierten System, in dem Geld für die Versorgung zahlungsunfähiger Nichtversicherter immer

knapper wird, von entscheidender Bedeutung sein, gleichzeitig scheinen öffentliche Haushalte nicht bereit zu sein, ausreichend Geldmittel zur Verfügung zu stellen.

Akademische Lehrkrankenhäuser, die oft exzellente medizinische Behandlung bieten und wesentlich zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden beitragen, befinden sich in einer ähnlich schwierigen Lage, da sie die Finanzierung ihrer Grundfunktionen Lehre, Forschung und Behandlung zahlungsunfähiger Patienten durch das Wachstum von managed care und die damit verbundene Verstärkung des Wettbewerbs nicht länger auf versicherte Patienten umschichten können. Zu diesem Druck kommt eine Verminderung der Medicare-Zahlungen für den Lehrbereich (Iglehart 1993; Corrigan/Ginsburg 1997, 153). Lehrkrankenhäuser sind in einem von Preiswettbewerb bestimmten Markt für Investoren nur bedingt attraktiv. Sie werden lediglich als "Flaggschiff" erworben, um das Image der aufkaufenden Institution aufzuwerten und zur vertikalen Integration beizutragen (Perspectives 1985). Das langfristige Überleben solcher Arrangements steht in Frage (Anderson et al. 1985). Betrachtet man die Funktion von Lehrkrankenhäusern als "soziales Gut", müssen andere Wege für ihre langfristige Finanzierung gefunden werden.

3.2. Die Anpassung an managed care

Öffentliche Krankenhäuser haben anfangs nur zögerlich Maßnahmen ergriffen, Leistungen und Strukturen in Antwort auf managed care zu ändern. Die Entwicklung Krankenhaus-eigener managed care-Programme mit der Verfügbarkeit von persönlichen Primärärzten, einem Netz assoziierter primary care-Praxen sowie Koordination der Behandlung befindet sich noch in der Aufbauphase (Chan et al. 1990; Gage et al. 1991, 88f; Curry et al. 1994, 38). Weitere Anpassung an die Bedürfnisse von managed care in öffentlichen Krankenhäusern ist unabwendbar. Stationäre Einrichtungen befinden sich in einem doppelten Finanzdruck durch Kostenkontrolle von managed care-Versicherern sowie sinkenden Patienteneinnahmen aufgrund verringerter und verkürzter Krankenhausaufenthalte. Nicht nur privat versicherte Patienten in Krankenhäusern sind in wachsender Zahl an managed care gebunden, auch Personen mit Medicare- und Medicaidanspruch werden von diesen Programmen zunehmend in managed care-Netzwerke gedrängt. Es ist ein vor einigen Jahren noch unvorstellbar gewesener Wettbewerb um geringverdienende Patienten, d.h. Medicaid-Berechtigte, ausgebrochen, die nun im Zeichen des Kampfes um Bettenbelegung eine gesicherte Einkommensquelle darstellen. Das Leistungsangebot stationärer Einrichtungen muß auf managed care zugeschnitten werden, um Einnahmequellen durch eine Ausdehnung des potentiellen Patientenkreises zu sichern. Insbesondere öffentliche Krankenhäuser müssen um privat versicherte managed care-Patienten werben, um einen Ausgleich im Patientenmix zu schaffen (Curry et al. 1994, 38).

Die augenfälligste Veränderung im stationären Bereich im Zusammenhang mit dem rapiden Anstieg von managed care ist die Konsolidierung des Krankenhauswesens durch Zusammenschlüsse von Institutionen, mit denen Krankenhäuser dem Preisdruck eigene Verhandlungsmacht entgegen zu

setzen suchen¹⁹⁴. Aufgrund der Überkapazität an Krankenhausbetten können Versicherungspläne erhebliche Diskonts verlangen, ohne Fixkosten durch den Erwerb und die Aufrechterhaltung von stationären Institutionen zu haben (Ginsburg/Grossman 1995, 161). Krankenhäuser und andere Institutionen wiederum, die feststehende Einrichtungen haben, sind auf Verträge mit managed care-Unternehmen angewiesen und müssen geforderten Diskonts nachgeben (M. Brown 1994b, 76). Die "merger mania" hat nicht nur zur Vereinigung von Einrichtungen auf horizontaler Ebene geführt, sondern ebenso zu vertikaler Integration, mit denen der Anforderung von managed care nach weitgefächerter Versorgung in einem strukturierten Netz nachgekommen wird. Die Suche nach Partnern verbindet private Anbieter im stationären Sektor mit öffentlichen und drängt gemeinnützige Krankenhäuser dazu, sich das Wettbewerbsverhalten des freien Marktes anzueignen.

Der Akkumulationstrend, der bereits in den 1980ern begonnen hatte, wurde von der Clinton-Debatte wesentlich beschleunigt, da ein staatlich reguliertes managed care-Gesundheitssystem (im Clinton-Plan managed competition betitelt) in greifbare Nähe gerückt war und sich die Leistungsanbieter im stationären Bereich auf dessen Umsetzung vorbereiteten. Die Welle der Fusionen hat die gesamten USA erfaßt und ist das Utensil der Krankenhäuser, sich den Anforderungen des managed care-Marktes sowie sinkenden Medicare- und Medicaideinnahmen entgegen zu stellen. Die Zusammenschlüsse können in der Zusammenlegung von Labordiensten, Austausch medizinischer Informationen per Computer, gemeinsamer Anschaffung neuer medizin-technischer Ausrüstungen, gemeinsamem Waschdienst. u.ä. liegen, aber auch volle Verschmelzungen des gesamten Krankenhausbetriebes oder anderer angeschlossener Institutionen wie Rehabilitationszentren, Pflegeheimen sowie Spezialeinrichtungen sein.

4. DER WERDEGANG VON KOSTENFREIER BEHANDLUNG - FREE CARE

Free care hat historisch gesehen einen wichtigen Platz im US-amerikanischen Gesundheitswesen (s. Stevens 1989; Vogel 1980; Rosner 1982) und über lange Zeit haben es Krankenhäuser in den USA auf sich genommen, einige Lücken des Gesundheitssystems zu füllen, indem sie unentgeltliche Behandlung zur Verfügung stellen¹⁹⁵. Obwohl free care, zumindest in Notfällen, von allen

194 Ein weiterer Lösungsweg, der von Krankenhäusern ergriffen wird, ist Personaleinsparung. Dieser Schritt kann sich als gefährlich erweisen, wenn aufgrund von downsizing statt ausgebildeter nur angelernte Krankenschwestern in Bedarfszeiten verwendet werden und so die Qualität der Behandlung gefährdet wird (s. Gordon 1996). Beispiele unsachgemäßer Behandlung sind bekannt. Angesichts der überwiegend auf finanziellen Aspekten beruhenden Wettbewerbssituation beschreiten aber sowohl Anbieter im privaten als auch öffentlichen Bereich diesen Weg. Die Bereinigung des Überangebots an Krankenhausbetten wird zu Arbeitsplatzverlusten für viele Krankenschwestern führen. Neue Arbeitsgebiete, die sich im ambulanten Bereich auf tun, werden sowohl von Krankenschwestern als auch von Ärzten und anderen Arbeitskräften im Medizinbereich nachgesucht (O'Neil/Finocchio 1997, 123). Die Vereinigungen der Krankenschwestern und -pfleger reagierten auf Veränderungen im Behandlungsbild durch managed care mit Versuchen, alte Praktiken zu bewahren. Argument dahinter ist, das öffentliche Gemeinwohl zu schützen. Ihnen wird jedoch vorgeworfen, tatsächlich den Status Quo der Profession bewahren zu wollen (O'Neil/Finocchio 1997, 124), ähnlich wie die Ärzteschaft.

195 Boston City Hospital z.B. behandelte fast 56.000 zahlungsunfähige Patienten pro Jahr (Knox 1996c).

stationären Einrichtungen erbracht werden muß, erfolgt die Versorgung zahlungsunfähiger Nichtversicherter zum großen Teil in öffentlichen Krankenhäusern¹⁹⁶ (Lewin/Eckels/Miller 1988; Sloan/Morrissey/Valvona 1988; Gray 1986, 99ff; Norton/Staiger 1994, 181f; Weil 1995, 36). "Cream skimming" spielt dabei eine erhebliche Rolle: Private Krankenhäuser finden Wege, zahlungsunfähige Patienten und unrentable Leistungen zu größeren Teilen den öffentlichen Einrichtungen zu überlassen. Die Auswahl geeigneter Patienten wird sichergestellt durch die Niederlassung in wohlhabenden Gebieten, die Einforderung eines Bargeldbetrages vor Beginn der Behandlung, Verzicht auf Notfall- und psychiatrische Abteilungen, die als Eingangstor für Nichtversicherte gelten, sowie die Handhabung von Aufnahmeverfahren durch "kooperatives" Personal (Eisenberg 1986, 1017; Mann et al. 1995, 264)¹⁹⁷.

Während der Clinton-Debatte haben viele Abgeordnete Pläne unterstützt, die keine universelle Absicherung anstrebten. Ihrer Ansicht nach ist eine Krise im Zugang zu notwendigen Leistungen aufgrund dieses Sicherheitsnetzes selbst für Nichtversicherte nicht existent (Mann et al. 1995, 270). Angesichts von Wettbewerb im managed care-System sowie sinkender Bereitschaft öffentlicher Verantwortlicher, Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen, gerät das durch (öffentliche) Krankenhäuser bereit gestellte, zerbrechliche Sicherheitsnetz zunehmend in Bedrängnis¹⁹⁸. Neben Spenden, die jedoch keinen entscheidenden oder festen Teil an den Einnahmen eines Krankenhauses darstellen, ist ein Aufschlag auf den Pflegesatz zahlender Patienten die traditionelle Geldquelle für die Behandlung Nichtversicherter und die Finanzierung unrentabler Leistungen sowie nicht voll kompensierter medizinischer Forschung und Ausbildung (cross-subsidizing, "Robin Hood financing") (Gray 1991, 35). Dieses Prinzip wird durch Trends sowohl auf der Nachfrager- als auch der Anbieterseite bedroht: Trotz Bemühungen zur Ausdehnung von Krankenversicherung auf größere Bevölkerungskreise steigt die Zahl der Nichtversicherten aufgrund von Veränderungen in der Arbeitswelt; zunehmender Preiswettbewerb im stationären Sektor durch das Wachstum von managed care zwingt Krankenhäuser zu Preiskürzungen und senkt damit ihre Einnahmen; Medicaid-

196 Die Umschichtung von Geldmitteln von privaten Krankenhäusern zu öffentlichen Institutionen als Ausgleich wird unter dem Gesichtspunkt kritisiert, daß bei sinkender Finanzierung durch Drittzahler (Arbeitgeber, Versicherungsunternehmen, Staat) möglicherweise die finanzielle Existenz der privaten Krankenhäuser auf dem Spiel steht und ein öffentliches Problem vom öffentlichen Sektor adressiert werden sollte (s. Friedman 1987c, 1850), zumal gemeineigene Krankenhäuser für die Versorgung Nichtversicherter durch Steuerbefreiung "bezahlt" würden.

197 Young/Desai/VanDeusen 1997 untersuchten die Bereitstellung von kostenfreier Behandlung in Krankenhäusern, die von gemeinnütziger in for-profit Hand gingen. Signifikante Unterschiede in der Menge von uncompensated care vor und nach dem Besitzerwechsel wurden nicht gefunden (Young/Desai/VanDeusen 1997, 139). Untersuchungen solcher Art sind jedoch relativ neu. Beim Übergang in for-profit-Hand muß der neue Besitzer meist zusichern, kostenfreie Behandlung für einen bestimmten Zeitraum weiter zur Verfügung zu stellen und Studien zur Situation nach Ablauf solcher Zeiträume liegen noch nicht vor.

198 Auf Schwierigkeiten stößt auch die Bereitstellung kostenfreier Behandlung durch niedergelassene Ärzte. In einer Umfrage des American College of Physicians gaben 55 % der Befragten an, zahlungsunfähige, nichtversicherte Patienten ohne Vergütung zu behandeln; 59 % stellten reduzierte Vergütung in Rechnung und nur 4 % behandelten solche Patienten nicht. 43 % wiesen einige solcher Patienten an öffentliche Krankenhäuser oder Kliniken weiter (Lewis et al. 1991, 4). Durch steigenden Effizienzdruck der Versicherungsunternehmen sehen sich Ärzte aber genötigt, mehr Patienten pro Zeiteinheit zu sehen, was ihnen weniger Zeit für kostenfreie Behandlung läßt (Corrigan/Ginsburg 1997, 154/155).

Programme in den Bundesstaaten gehen zu managed care über und verstärken so den Preisdruck; Medicare-Vergütungsraten werden weiter gestrafft (Mann et al. 1995, 263/264)¹⁹⁹. Neben die Renitenz von managed care-Unternehmen, für andere Patienten als ihre Versicherten zu zahlen²⁰⁰, tritt die Möglichkeit für Arbeitgeber, durch ERISA (s. Fußnote 136) ermöglichte self-insurance-Optionen zu wählen, die Verbindung zu traditionellen Krankenversicherungen abzubrechen und sich damit auch aus dem Umschichtungsverfahren zurückzuziehen (Salmon 1995, 16). Mehr als die Hälfte der über ihren Arbeitsplatz krankenversicherten US-Amerikaner sind in self-insurance-Programmen (Dobbins 1994, 216).

Zahlreiche Krankenhäuser sehen sich kaum noch in der Lage, kostenfreie Behandlung für die steigende Zahl der Nichtversicherten zur Verfügung zu stellen. Viele Bundesstaaten sind eingesprungen und erstatten den Institutionen einen Teil der Kosten, aber andere müssen das Problem erst noch angehen. Gesundheitssystemexperten sehen hier eine sich abzeichnende Krise, speziell für Krankenhäuser in städtischen und armen ländlichen Gebieten²⁰¹.

Der Markt kann Krankenhäuser zu einem gewissen Grad effizienter machen, aber es ist unrealistisch zu erwarten, daß Marktkräfte für die Behandlung von Nichtversicherten aufkommen werden (Preston 1996a). Finden öffentliche Krankenhäuser Partner oder Aufkäufer im privaten Sektor, müssen sich diese meist zur Aufrechterhaltung von free care verpflichten. Die vom jeweiligen Bundesstaat

199 In der Studie von Mann et al. 1995 wurde untersucht, welchen Einfluß finanzieller Druck auf die Bereitstellung von uncompensated care in privaten Krankenhäusern in Kalifornien 1980 bis 1989 hatte. Dabei wurde unterschieden nach den Effekten von Medicare, Medi-Cal (Kaliforniens managed care Medicaid-Teil) sowie Wettbewerb. In den ersten Jahren des Medicare prospective payment systems war in den Erstattungsraten ein Ausgleichsfaktor für regionale Kostenunterschiede enthalten, so daß Krankenhäuser nahezu alle Kosten für Medicare-Patienten zurückerhielten. Nach 1986 jedoch erhielten Krankenhäuser weniger Geld von Medicare und 1989 deckten Medicare-Zahlungen nur noch 88,8 % der Kosten für Medicare-Patienten (Mann et al. 1995, 266). Die Kostenerstattung unter Medi-Cal fiel von 92,6 % 1980 über 81,9 % 1982 auf 57 % 1989 (ebd., 266/267). Von 1980 bis 1989 stieg die Anzahl der Versicherten in managed care Plänen in Kalifornien von weniger als 20 % auf mehr als 80 % (ebd., 267). Zur gleichen Zeit trugen mehrere Faktoren zur verstärkten Nachfrage nach uncompensated care bei: Von 1979 bis 1989 stieg der Anteil der Nichtversicherten an der Gesamtbevölkerung Kaliforniens um 69 %, von 3,5 Mio. auf 5,9 Mio.; gleichzeitig stiegen die durchschnittlichen Kosten pro Krankenhaustag von \$ 422 1980 auf \$ 820 1989. Obwohl die Bereitstellung von uncompensated care in privaten Krankenhäusern stieg, konnte nicht Schritt gehalten werden.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß durch den finanziellen Druck von Medicare prospective payment system, Medi-Cal sowie Wettbewerb die privaten Krankenhäuser in Kalifornien zwischen 1980 und 1989 36 % weniger uncompensated care geleistet haben als ohne diesen Druck möglich gewesen wäre (Mann et al. 1995, 268). Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, daß die finanziellen Einschränkungen, die Krankenhäusern in den 1980ern zur Vergrößerung der Effizienz und Verlangsamung der Krankenhauskostensteigerungsrate auferlegt wurden, die Möglichkeiten zur Bereitstellung von kostenfreier Behandlung unterhöhlen. Damit wird der Zugang zu ärztlicher Behandlung für arme Bevölkerungsgruppen gefährdet, solange keine alternativen Finanzierungsquellen gefunden werden oder universelle Krankenversicherung eingeführt wird (ebd., 269).

200 Versicherer verteidigen sich und argumentieren, daß sie immer noch für free care zahlen, nur nicht mehr in explizit bereitgestellten Summen. Krankenhaus-Vertreter halten dagegen, daß Versicherer nur noch wenig, wenn überhaupt, einzahlen (Stein 1996d).

201 Viele Lehrkrankenhäuser sind in armen Gebieten, so daß vorgesehene Kürzungen von einzelstaatlichen und Bundesmitteln für medizinische Ausbildung diese Krankenhäuser hart treffen, da ein Großteil der Behandlung von Medizinstudenten durchgeführt wird (Preston 1996a).

auferlegte Verpflichtung ist jedoch nahezu immer zeitlich begrenzt, meist auf einige Jahre (J. Sullivan 1996; Pham 1996c). Aufgrund der Aktualität der Thematik können Aussagen über die Zukunft von free care nach Ablauf des festgelegten Zeitraums noch nicht getroffen werden. Alle mit for-profit-Gesellschaften affilierten Institutionen werden jedoch gewinnorientierter arbeiten müssen, was weniger Platz für zahlungsunfähige Patienten läßt.

Da Arbeitgeber und Versicherungsunternehmen sich zunehmend von der Kostenlast der Versorgung Nichtversicherter befreien, wird der Ruf nach neuen Finanzierungswegen im Krankenhaussektor laut. Zugrunde liegende Frage ist, ob "soziale Probleme" (z.B. ungenügende vorgeburtliche Versorgung und die Folgen, Langzeitpflege, Gesundheitsprobleme unter armen Nichtversicherten, Lebensstile) in den Verantwortungsbereich des Gesundheitssystems fallen (M. Brown 1994b, 80). Viele Krankenhäuser betrachten mittlerweile die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung für die Armen nicht als ihre Aufgabe, sondern als gesellschaftliches Problem, welches in die Verantwortung des Staates fällt (Preston 1996a).

Verschiedene Staaten suchen neue Wege, ihren free care pool aufrecht zu halten. Neben der Übernahme eines Teils der Kosten durch den Staatshaushalt gehen Vorschläge oft dahin, die Zahlungen der Versicherungsunternehmen in den Pool gesetzlich festzulegen (Halbfinger 1996; Lee 1996) oder die Gebühren von Ärzten und Krankenhäusern mit einer "Steuer" für Versicherungsunternehmen zu belegen (E. Fein 1996c) bzw. Krankenversicherungsprämien zu besteuern (Stein 1996h), was Arbeitgeber wieder stärker in die Finanzierung einbeziehen würde. Allerdings versucht jeder Akteur, der in die Verantwortung genommen werden soll, die Verpflichtung abzustoßen. Oft wird auch die Ausdehnung von Medicaid auf einen größeren Personenkreis oder die Schaffung eines eigenständigen managed care-Netzwerkes für Nichtversicherte in Betracht gezogen (Preston 1996b; Stein 1996d). Solche Lösungswege sehen sich dem geringsten Widerstand von Akteuren im Gesundheitssystem gegenüber, da hier überwiegend öffentliche Haushalte zur Finanzierung verpflichtet würden. Aufgrund der Unpopularität von Steuererhöhungen stehen öffentliche Mittel jedoch nur begrenzt zur Verfügung, was derartige Lösungen unsicher macht. Ein weiterer Weg ist die Umverteilung innerhalb des Sozialsystems, wie ihn z.B. New Jersey beschreitet. Dort werden Mittel aus dem Arbeitslosenfonds an Krankenhäuser umgeschichtet (Preston 1996b).

Für das US-Gesundheitssystem wird die Frage immer dringlicher, wie ein weitgehend dem Markt überlassenes System beim Fehlen von Versicherungspflicht mit der weiter wachsenden Personengruppe der Nichtversicherten umgeht.

5. DIE EXPANSION VON FOR-PROFIT IM GESUNDHEITSSYSTEM

Innerhalb der Institutionen im Gesundheitssystem begann in der Mitte der 1980er Jahre eine Welle der Umwandlungen von gemeinnützigem (non-profit), steuerbefreitem Status zu for-profit aufgrund der Aufhebung einer Reihe einzelstaatlicher Gesetze, die den Besitz von HMOs durch Aktiengesell-

schaften verboten hatten sowie strikteren Anforderungen an die Klassifizierung als non-profit durch die föderale Steuerbehörde. Dazu kam die Einstellung von Bundeszuschüssen an gemeinnützige Versicherungspläne sowie die Annahme unter HMOs, daß der Zugang zu Kapital notwendig sei, um zu expandieren (s. Houck/Mueller 1986, 43/44; Ginsberg/Buchholtz 1990). Akteure, die an den Veränderungen im Gesundheitssystem teilnehmen wollen, benötigen erhebliche finanzielle Mittel zur eigenen Ausdehnung, dem Aufkauf von anderen Institutionen sowie zum Aufbau/Ausbau von Informationssystemen. For-profit-Unternehmen sind hier im Vorteil, da sie mehr Möglichkeiten haben, Kapital zu beschaffen. Non-profit-Organisationen sind durch die Bestimmung, ihre Überschüsse nur innerhalb des Unternehmens verwenden zu dürfen, möglicherweise im Nachteil, was den Übergang vieler managed care-Pläne zum for-profit Status erklärt (Ginsburg/Grossman 1995, 160ff). Von den 1983 als non-profit arbeitenden HMOs waren 1987 bereits ca. ein Viertel zu for-profit-Unternehmen umgewandelt worden (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 709). 1995 waren insgesamt drei Viertel aller HMO-Pläne, zu denen 84 % der HMO-Versicherten gehören, in der Hand von Aktiengesellschaften und die bemerkenswerten Zuwachsraten der Versichertenzahlen im managed care-Bereich sind überwiegend unter den for-profit-Ketten zu verzeichnen (Salmon 1995, 28)²⁰².

For-profit-Umwandlungen beschränken sich nicht nur auf Versicherungsgesellschaften, sondern die Lawine der Änderungen umfaßt auch andere Institutionen im Gesundheitswesen. Im stationären Sektor kam es bereits in den 1970ern zu einem Wachstum von Krankenhaus-Unternehmen in der Hand von Aktiengesellschaften (investor-owned), innerhalb derer wiederum ein Trend zu multi-institutionellen Systemen zu verzeichnen war (Relman 1980, 963; Pattison/Katz 1983, 347). Die Entwicklung beschleunigte sich in den folgenden Jahren, da aufgrund fortschreitender Medizintechnologie und steigender Nachfrage nach Leistungen die Gewinnspannen groß sind. Von den ca. 6.500 Krankenhäusern in den USA waren 1996 mehr als 1.300 im Besitz von Aktienunternehmen und diese Tendenz ist weiter steigend (E. Fein 1996b).

Die Ausdehnung von for-profit im Gesundheitssystem hat Fortschritte gebracht, insofern Primärmedizin die angemessene zentrale Rolle in der Patientenversorgung erhalten hat, wenn auch nicht aus rein medizinischen Gesichtspunkten. Versicherungsunternehmen fördern aus Kostengründen die Nutzung von primary care, um teurere Behandlungen durch Spezialisten zu verringern. Darüberhinaus stoßen kostenintensive und risikoreiche Prozeduren, deren Erfolg nicht wissenschaftlich nachgewiesen ist, auf größeren Widerstand, was wiederum, im Idealfall nach sorgfältiger Abwägung, zu Kostenersparnissen führen kann²⁰³ (Hiatt 1996). Verfechter von for-profit argumentieren ferner, daß hier dem Patienten als Konsumenten in einem Dienstleistungsbereich mehr Aufmerksamkeit

202 Ausführungen zu den Charakteristiken von for-profit und non-profit s. Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 712ff.

203 Auf der anderen Seite aber steht gerade die Leistungsverweigerung für solche Prozeduren im Spannungsfeld der Kritik, wenn eine Chance besteht, Krankheitssymptome abzumildern oder gar Leben zu verlängern, die Kosten-Nutzen-Abwägung des Versicherungsunternehmens aber zu einer negativen Entscheidung kommt. Dieses Problem betrifft jedoch nicht nur for-profit-Unternehmen, sondern auch non-profit-Versicherungspläne.

geschenkt würde als in non-profit-Einrichtungen, die keine Verbindung zwischen der Zufriedenheit des Patienten und einem finanziellen Gewinn sehen. Außerdem würden Leistungen effizienter erbracht werden, da Investoren finanzielles Interesse an der Profitabilität der Organisation haben (s. Yoder 1986, 21ff). Als Pluspunkt wird auch angeführt, daß Institutionen in der Hand von Aktiengesellschaften Kapital für die Schaffung von Leistungseinrichtungen möglicherweise schneller zur Verfügung stellen oder in Regionen anbieten können, wo diese Einrichtungen sonst nicht geschaffen worden wären, da öffentliche Gelder fehlen (Gray 1991, 332). Andererseits macht der Rückgriff auf Investoren die Verfügbarkeit kapitalintensiver Gesundheitsleistungen weniger verlässlich als das Vertrauen auf non-profit-Institutionen, wenn es sich um Leistungen mit unsicherer Rentabilität handelt (ebd., 333).

Als Nachteile von non-profit werden genannt, daß Manager hier keine finanziellen Anreize haben, Marktsignalen zu folgen und so von einem entscheidenden Faktor isoliert sind, der im for-profit-Sektor für Effizienz sorgt. Zudem besteht keine Notwendigkeit, die Größe des Unternehmens selbst bei entsprechenden Marktsignalen zu verringern (Hansmann 1996; Grundfest 1996). Vertreter von for-profit argumentieren, daß non-profit "gefangenes Kapital" bedeutet, da non-profit Unternehmen ihre Gewinne nicht außerhalb des Unternehmens verwenden dürfen. Dieses "gefangene Kapital" würde eine erhebliche Beeinträchtigung der Effizienz bedeuten (s. Dixit/Pindyck 1994, Part IV.+V.) und die Lebensfähigkeit des non-profit Sektors in Frage stellen (Grundfest 1996, 271). Die nachteiligen Konsequenzen wären am signifikantesten in Zeiten rapider technologischer und demographischer Veränderungen, wie momentan im Gesundheitssektor, da dann freie Verfügbarkeit am wertvollsten ist (ebd., 272).

Auf der entgegengesetzten Seite steht, daß eines der Hauptprobleme des US-Gesundheitssystems, die weiter zunehmende Zahl der Nicht- oder unzureichend Versicherten, nicht auf der Agenda des gewinnorientierten Sektors steht und for-profit-Organisationen keine Initiative haben, Lösungswege zu suchen (Hiatt 1996)²⁰⁴. Desweiteren sind for-profit-Institutionen gezwungen, Profite zu erwirtschaften, die für Investoren befriedigend sind, da Aktienbesitzer immer die Möglichkeit haben, ihr Geld in gewinnbringenderen Bereichen anzulegen. Ein Mittel dazu kann das Halten gesunder Versicherter, von denen geringe Leistungsanspruchnahme erwartet wird, und die Ausgliederung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen sein (Gray 1991, 333; Hiatt 1996). Trotz möglicher Risikoselektion ist belegt, daß for-profit-Institutionen im Gesundheitsbereich, seien es HMOs oder Krankenhäuser, teurer sind als ihre non-profit Konkurrenten (s. Schlesinger/Blumenthal/Schlesinger 1986; Watt et al. 1986; Pattison/Katz 1983; Gray 1991, Kap.5; Woolhandler/Himmelstein 1997).

Befürworter von for-profit-Krankenhäusern argumentieren, daß diese Institutionen aufgrund eines zentralisierten Managements Leistungen effizienter zur Verfügung stellen könnten aber Preise

204 Ein weiteres Problem der gegenwärtigen Szenerie kann sich im Hinblick auf Lehrkrankenhäuser ergeben, welche zur medizinischen Forschung beitragen und daher teuer und auf den ersten Blick nicht rentabel sind. Wenn solche Institutionen unter die Kontrolle des for-profit-Sektors fallen stellt sich die Frage, ob Investoren diese "Ineffizienz" dulden werden (Hiatt 1996).

höher veranschlagen müßten, da sie zusätzliche Ausgaben durch Steuern haben (Watt et al. 1986, 89). Eine Studie von Watt et al. 1986 kam jedoch zu dem Ergebnis, daß die Kosten pro Patient in Krankenhäusern, die sich im Besitz von Investoren befinden, signifikant höher waren als in non-profit-Institutionen, wobei nahezu der gesamte Unterschied auf Zusatzleistungen wie Medikamente und medizinische Bedarfsmittel entfiel²⁰⁵; darüberhinaus waren die allgemeinen Betriebskosten wesentlich höher (ebd., 91). Selbst nach Berücksichtigung und Elimination der Werte für Steuerzahlungen der Investor-Krankenhäuser sowie Kontributionen und öffentliche Mittel an non-profit Institutionen, welche deren notwendige Einnahmen vermindern, sind Investor-Krankenhäuser für Zahler teurer (ebd., 92). Während Steuerzahlungen Einfluß auf den höheren Preis haben, war ein größerer Teil des Unterschiedes auf andere Faktoren wie Maximierung des Nettoeinkommens zurückzuführen (ebd., 95). Auch andere Studien kommen zu dem Ergebnis, daß in for-profit-Institutionen Kosten und Preise höher sind sowie Marketing- und Preisstrategien aggressiver genutzt werden, um Profitabilität und Wachstum zu maximieren (s. z.B. Pattison/Katz 1983; Institute of Medicine 1986, Part I Kap.4; Renn et al. 1985; Woolhandler/Himmelstein 1997; Sorrentino 1989; Sear 1991)

Für eine Gemeinschaft wichtige oder nutzvollere Leistungen sind nicht notwendigerweise profitabel, d.h. für for-profit-Unternehmen interessant, wenn sie ein öffentliches Gut darstellen, stark von Nichtversicherten genutzt werden, die Nachfrage nur gering oder die Vergütung inadäquat ist (Gray 1991, 328/329). Wenn HMOs, die Verträge mit Krankenhäusern abschließen, oder Kapitalvereinigungen, die stationäre Einrichtungen aufkaufen, aus Spezialabteilungen keinen Profit ziehen können, werden solche Abteilungen eventuell vernachlässigt oder aufgegeben. Dies wirkt sich zum einen auf die Versorgung der Bevölkerung in der entsprechenden Region aus, hat aber zum anderen auch Folgen auf die Ausbildung von Spezialisten. Die Reduzierung von Kosten durch die Herabsetzung von ärztlichen Fertigkeiten geht wiederum zu Lasten der Qualität. Eine 90- 95%ige Billigung von HMOs und for-profit-Krankenhäusern wird erreicht, da es 95 % der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, von alleine oder mit Hilfe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln besser geht. Für die 5 % der Patienten, deren Gesundheitszustand nicht so einfach wieder hergestellt werden kann, können negative Folgeeffekte entstehen, wenn die Verwaltung von Krankenhäusern und die ärztliche Ausbildung nach Profitgesichtspunkten erfolgt (Lettvin 1996).

Besondere Besorgnis besteht darüber, ob gemeinnützige Krankenhäuser, die von for-profit-Firmen aufgekauft werden, langfristig ihren Anteil an gemeinnützigen Leistungen beibehalten werden (s. Stein/Pham 1996). Non-profit-Krankenhäuser schließen sich for-profit-Unternehmen an, um finanzielle Ressourcen für das Bestehen in der zunehmend wettbewerbsorientierten Industrie zu erlangen. Korporationen sehen mit dem Erwerb von non-profit-Einrichtungen eine Möglichkeit zur Ausdehnung ihres Marktanteils und Ausbau ihres Leistungsanbieterangebots (G. Young/Desai/VanDeusen 1997, 137). Der Vorwurf an Krankenhäuser im Besitz von Investoren ist,

205 Dieser Umstand legt die Vermutung nahe, daß Investor-Krankenhäuser die deutlich sichtbaren Kosten für Zimmer und Essen der Konkurrenz anpassen, während auf die weniger sichtbaren Zusatzkosten Aufschläge erfolgen (Watt et al. 1986, 95).

daß sie vorwiegend zahlungsfähige Patienten wählen und weniger komplexe Krankheitsfälle bevorzugen sowie ihre Leistungen teurer veranschlagen, um höhere Gewinne zu erzielen (s. Relman 1983a; Watt et al. 1986, 89). Während für for-profit-Unternehmen Gewinnmaximierung oberstes Ziel ist, sind für non-profit-Institutionen theoretisch ethische Grundsätze zentral; die Preisgestaltung erfolgt bisher weniger aggressiv, mehr unprofitable Leistungen werden angeboten und solche Institutionen reagieren besser auf die Bedürfnisse nichtversicherter Patienten. Die Sicherung dieser Zielvorstellungen erfolgt durch die Anforderung, daß non-profit-Einrichtungen ihren steuerbefreiten Status²⁰⁶ durch die Erbringung bestimmter karitativer Leistungen rechtfertigen müssen (Gray 1991, 332). Non-profit-Krankenhäuser setzen mit geringerer Wahrscheinlichkeit als ihre for-profit-Gegenstücke die Preise bis zu der Grenze herauf, die der Markt tragen kann.

Durch Entscheidungen der föderalen Steuerbehörde 1969 sowie des Bundesgerichtshofs in den 1970ern und 1980ern wurde der non-profit-Status auf Bundesebene nicht länger an die Behandlung zahlungsunfähiger Patienten gebunden, sondern auf eine breitere Fundierung von "community benefit" gestellt. Gleichzeitig wurde jedoch nur skizzenhaft umschrieben, was darunter zu verstehen ist (s. Schramm 1988; Gray 1992, 8ff; Hall/Colombo 1991, 317ff) und insbesondere die Einordnung neuer managed care-Formen stößt hier auf Schwierigkeiten (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 699). Mit der Transformation des Gesundheitssystems in den 1990ern hat sich die Rolle von non-profit-Leistungsanbietern verändert, da sie nicht länger überwiegend "Wohlfahrtsdienste" leisten, sondern ebenso wie for-profit-Institutionen zunehmend Gewinnmaximierung betonen müssen, eine breite Basis zahlender Patienten haben sowie im managed care-System dazu übergehen, Anbieter- und Administratorfunktionen zu kombinieren. Auch non-profit-Organisationen werden in den gegenwärtigen Wettbewerbsstrudel hineingezogen und es ist deutlicher als jemals zuvor, daß Gesundheitsversorgung in den USA ein Unternehmensbereich ist (Salmon 1995, 12/13; Salmon 1990, 8ff). In der Diskussion um non-profit-Status wird daher zunehmend die Frage diskutiert, ob Unterscheidungen der Leistungsanbieter nach Besitzumsverhältnissen weiter von Bedeutung und der Unterstützung durch Public Policy würdig ist (Schlesinger/Gray/Bradley 1996, 698; Potter/Longest Jr. 1994; Schlesinger/Blumenthal/Schlesinger 1986; Hansmann 1996, 255; Salmon 1995, 12/13)²⁰⁷.

206 For-profit-Institutionen sehen sich selbst im Nachteil gegenüber dem steuerbefreiten Status von non-profit-Institutionen (Gray 1991, 334).

207 Theorien zur Rolle des non-profit Sektor in der US-amerikanischen Gesellschaft s. Ben-Ner/Van Hoomissen 1993; Gui 1993; Hansmann 1987; Douglas 1987; Weisbrod 1988.

KAPITEL V

STAATLICHE GESUNDHEITSPOLITIK NACH DER CLINTON-DEBATTE

1. DIE REGULATION DER MANAGED CARE-INDUSTRIE DURCH DEN BUND UND DIE STAATEN

Opponenten einer Neuordnung des Gesundheitssystems waren nach der Niederlage des Clinton-Reformversuchs 1994 weiterhin überzeugt, daß marktwirtschaftliche Kräfte das Zwillingproblem aus Zugang zu Gesundheitsversorgung und Kosteneindämmung lösen könnten. Inzwischen ist es trotz der Übernahme des Kongresses durch die Republikanische Partei und einer damit verbundenen Innenpolitik, die sich mehr an antiregulatorischen Prinzipien ausrichtet, klar geworden, daß der private Markt durch Selbstregulation keine zufriedenstellende Antwort bieten kann. Die Reaktion der managed care-Industrie auf Kostensenkungsdruck hat eine Vielzahl von Mißbräuchen produziert. Der Gesundheitsindustrie wird vorgeworfen, Profite vor Patienten zu stellen und den Arzt zum finanziellen Partner der Kosteneindämmung zu Lasten von Patienten zu machen (Kuttner 1996b). Managed care-Versicherte, obwohl grundsätzlich zufrieden mit ihren Versicherungsplänen, haben wesentlich mehr Angst als fee-for-service-Versicherte, daß ihnen im Falle ernsthafter Erkrankung keine ausreichende Behandlung zur Verfügung gestellt wird (Kaiser Family Foundation/Harvard University 1997). Berichte über Einzelschicksale durch die Ablehnung von Kostenübernahmen unter managed care werden von weiten Teilen der Bevölkerung als alltägliche Geschehnisse angesehen²⁰⁸ (Werber Serafini 1997r, 2509).

Eine Fülle von Beschwerden durch managed care-Versicherte an Abgeordnete und Senatoren sowie Kampagnen von Konsumerorganisationen (Waitzkin/Fishman 1997, 154) haben die Parlamente in den Bundesstaaten veranlaßt, die Füllung des Gesetzesvakuaums anzugehen, in welchem die managed care-Industrie arbeitet. Als direkte Folge wurde auch auf Bundesebene mit der Implementation von Regulierungsmaßnahmen begonnen. Abgesehen von Mißständen im System der Leistungserbringung an sich sind bundesweite Eingriffe auch aufgrund der Flut von Zusammenschlüssen zwischen managed care-Unternehmen notwendig geworden. Multistaatliche HMOs oder selbstversicherte (self-insured) Firmen, welche die Verwaltung ihrer Versicherung von managed care-Netzwerken durchführen lassen und aufgrund von ERISA von einzelstaatlicher Regulierung ausgeklammert sind (s. Fußnote 136), können nur mittels nationaler Regelungen erfaßt werden.

208 Möglicherweise ist das Mißtrauen gegenüber managed care auch darauf zurückzuführen, daß sowohl individuelle Pläne als auch die managed care-Industrie als Ganzes die legale Verantwortung für die Beeinträchtigung der Gesundheit von Versicherten, für die sie verantwortlich sind, von sich weisen und sich nicht zur Zahlung von Entschädigungen bereit finden (Havighurst 1997, 125).

1.1. Managed care-Gesetzgebung in den Bundesstaaten

In Antwort auf die Besorgnis von Verbrauchern wurden allein in der ersten Hälfte 1996 mehr als 1.000 Gesetzesvorlagen in den Parlamenten der Bundesstaaten eingebracht und in 33 Staaten wurden in diesem Zeitraum Gesetze verabschiedet, welche die managed care-Industrie betreffen (Families USA 1996, 1). In jedem Bundesstaat ist inzwischen mindestens ein managed care-Gesetz implementiert (Langdon 1997d, 634). Das Augenmerk richtet sich dabei auf Bedenken, ob managed care-Unternehmen Kostenkontrollmaßnahmen über die Gesundheitsversorgung stellen (Freudenheim 1996g). Der Großteil der Bundesstaaten verabschiedete Gesetze, die einzelne Problembereiche herausgreifen und nur wenige Staaten implementierten breiter gefächerte managed care-Gesetzgebung (Families USA 1996, 2).

Als prominenteste Probleme, die bisher von den Bundesstaaten angegangen wurden, sind zu nennen:

Krankenhausverweildauer

Entscheidungen über Leistungen unter managed care werden unter Umständen nicht vom behandelnden Arzt getroffen, sondern von einem utilization reviewer. Einige HMOs benutzen Standards, die von Milliman und Robertson, einem privaten Unternehmen, entwickelt wurden. Als weit diskutiertes Beispiel ist dort ein Krankenhausaufenthalt von sechs bis zwölf Stunden nach regulärer Entbindung festgelegt²⁰⁹. Die Bedenken gegenüber sogenannten "drive-through-deliveries" wurden von den Staaten erstmals 1995 angegangen. 1995 und in der ersten Hälfte 1996 haben 25 Staaten einen stationären Minimalaufenthalt nach Entbindung festgeschrieben, meist 48 Stunden nach regulärer und 96 Stunden nach Kaiserschnitt²¹⁰ (Families USA 1996, 15). Inzwischen wurde auch vom Kongreß gegen den Einspruch der managed care-Industrie sowie Lobbyisten der Unternehmerschaft (Freudenheim 1996g) ein entsprechendes Gesetz für die gesamte Nation verbindlich verabschiedet.

Zugang zu Spezialisten

15 bis 25 % der HMO-Versicherten sind unzufrieden mit ihren Zugangsmöglichkeiten zu Spezialisten. Die Möglichkeit, einen Spezialisten als Primärarzt zu wählen, kann insbesondere für chronisch Kranke wichtig sein, aber auch für Frauen, die einen Großteil ihrer Behandlungen von einem Gynäkologen erhalten. Das Institute of Medicine beschrieb 1997, daß sich primary care durch den Umfang, Charakter und die Integration der bereitgestellten Leistungen definiert. Nicht die Spezialrichtung des Arztes, sondern die Leistungen an sich liefern demzufolge die

209 Milliman Robertson-Standard für die Dauer von Krankenhausaufenthalten weiterer Behandlungen: Tonsillektomie: sechs bis zwölf Stunden; vollständige Mastektomie: ein Tag; Entfernung der Gallenblase: ein Tag; doppelter Bypass am Herzen: vier Tage; Herzinfarkt: vier Tage (Families USA 1996, 14).

210 In zwölf Bundesstaaten konnten managed care-Lobbyisten erreichen, daß vom 48-stündigen Aufenthalt abgewichen werden kann, wenn Mutter und Arzt zustimmen und die HMO eine Krankenschwester zum Hausbesuch sendet (Freudenheim 1996g).

Definition für primary care (Families USA 1996, 4). In 20 Staaten wurden in den ersten sechs Monaten 1996 Gesetze verabschiedet, die entweder Gynäkologen als Primärärzte zulassen oder direkten Zugang (ohne Überweisung) zu ihnen gewähren. Vier Staaten verlangen von HMOs, point-of-service-Optionen²¹¹ für alle oder einen Teil ihrer Versicherten zugänglich zu machen. Darüberhinaus werden in einigen Staaten Gesetze beraten, die den Zugang zu Spezialisten für Behinderte oder Personen mit chronischen Erkrankungen erleichtern sollen (s. Families USA 1996, 5/6).

“Gag rules”

In Verträgen vieler HMOs mit Ärzten ist geregelt, daß die Leistungsanbieter bestimmte Informationen nicht an ihre Patienten weitergeben dürfen (“gag rules”)²¹². HMOs argumentieren, daß herabsetzende Bemerkungen über den Versicherer verhindert werden sollen (Families USA 1996, 15). Ins Augenmerk der Öffentlichkeit gelangte insbesondere das Verbot, vor Kontaktierung der HMO dem Patienten über angestrebte Überweisungen oder alternative Behandlungsmethoden, die nicht im Leistungskatalog der entsprechenden HMO enthalten sind, Auskunft zu geben. 1995 und in der ersten Hälfte von 1996 haben 15 Staaten “anti-gag”-Regelungen erlassen, die jedwede Strafen für Leistungsanbieter verbieten, wenn sie Patienten über Behandlungsoptionen und Geschäftspraktiken der HMO hinsichtlich finanzieller Anreize informieren oder sich gegenüber der HMO für die Patienten einsetzen (ebd., 16)²¹³.

Ausdehnung der Informationsweitergabe von HMOs an Versicherte und prospektive Versicherte

HMO-Versicherte und potentielle Versicherte können relativ wenig Informationen über die Arbeitsweise der Versicherungspläne sowie die Leistungsqualität erlangen und die Auskünfte, die von Angestellten der Pläne auf Anfrage hin gegeben werden, sind oft vage oder sogar inkorrekt. Nahezu alle Bundesstaaten verlangen von HMOs die Weitergabe bestimmter Informationen und 1995/1996 legten eine Reihe von Staaten neue Veröffentlichungsrichtlinien fest, darunter Auskunft über Überweisungs- und utilization review-Praktiken, angewendete Vergütungsarten, Datenschutz, Behandlungskriterien für bestimmte Erkrankungen und anderes mehr (Families USA 1996, 23).

211 Point-of-service erlaubt es managed care-Versicherten, Behandlungen von Leistungsanbietern außerhalb des Netzwerkes zu erhalten gegen Zahlung einer zusätzlichen Prämie oder Abschluß einer Zusatzversicherung (Families USA, 5), s. Kap. I-2.2.).

212 Beispiele für “gag rules” (Families USA 1996, 16; s. auch Woolhandler/Himmelstein 1995):
“Physicians shall agree not to take any action or make any communication which undermines or could undermine the confidence of enrollees, potential enrollees, their employers, their unions, or the public in [the HMO] or the quality of [the HMOs] coverage ... Physicians shall keep the Proprietary Information [payment rates, utilization review procedures, etc.] and this Agreement strictly confidential.”
“Effective immediately, all [the HMO] participation providers must telephone the Preadmission Review Department ... before an admission occurs and before conveying the possibility of admission to the plan member.”

213 Im Kongreß war und ist “gag rule”-Regulierung Bestandteil verschiedener Gesetzesentwürfe, konnte aber bisher nicht verabschiedet werden.

Notfallbehandlungen

HMOs verlangen oft von Versicherten, in Notfällen vor Aufsuchen eines Krankenhauses mit ihrem primary care-Arzt oder dem Versicherungsunternehmen Rücksprache zu halten, um die Behandlung genehmigen zu lassen, oder der behandelnde Notfallarzt ist verpflichtet, vom Versicherungsunternehmen die Bewilligung der Behandlung einzuholen. Bei Unterlassen wird die Kostenübernahme verweigert, wenn sich im nachhinein herausstellt, daß keine lebensbedrohliche Situation vorlag. Die Gesetzgebungen in mehreren Bundesstaaten zu diesem Problem verbieten HMOs, vorherige Genehmigungen zu verlangen, wenn ein "kluger Laie" (prudent layperson), der ein durchschnittliches Wissen über Medizin und Gesundheit hat, in vergleichbaren Umständen eine Notfallbehandlung für erforderlich gehalten hätte (Families USA 1996, 3; Freudenheim 1996g).

Utilization review

Ärzte kritisieren an diesen Überprüfungen (s. Kap. I-2.2.), daß Überweisungen oder beantragte Leistungen in ungerechtfertigter Weise abgelehnt werden, daß die Prüfer nicht die notwendige Ausbildung haben, daß festgelegte Kriterien zugrunde gelegt werden, die nicht auf Einzelfälle angewendet werden können, daß erheblicher Zeitaufwand damit verbunden ist und daß zeitliche Verzögerungen in notwendigen Behandlungen die Folge sind. Sechs Staaten haben detaillierte Anforderungen an utilization reviews festgelegt (Families USA 1996, 9) und so den Prüfverfahren zumindest innerhalb des entsprechenden Bundesstaates einheitliche Rahmenbedingungen gegeben.

1.2. Einzelstaaten als Vorbild der managed care-Regulierung für den Bund

Der Bund richtet sein Augenmerk hinsichtlich managed care-Gesetzgebung auf die Einzelstaaten (s. Langdon 1997d, 634), die hier, wie auch in anderen Bereichen, Versuchslaboratorien und Vorreiter für nationale Regelungen sind. Zu bedenken ist aber, daß die meisten von Bundesstaaten implementierten Gesetze noch zu neu sind, um Aussagen über ihre Effektivität machen zu können (Werber Serafini 1996d, 2283). Zudem können nicht alle Eingriffe als Vorbild dienen. Im Bereich von Medicaid managed care z.B. spielt oft der Haushalt des Bundesstaates eine größere Rolle als die unvoreingenommene Beurteilung von Erfolgen und negativen Aspekten. Außerdem fehlen einzelstaatlichen Regulierungsmaßnahmen manchmal die entsprechenden Mittel zur Durchsetzung (Families USA 1996, 26).

Ein Aufschub von Regulation des privaten Versicherungssektors durch den Bund ist bedeutungsvoll, da self-insured-Pläne aufgrund von ERISA von einzelstaatlicher Gesetzgebung ausgenommen sind. Immer mehr Betriebe, die self-insurance durchführen, kontraktieren für die Verwaltung ihrer Krankenversicherung managed care-Unternehmen; den Beschäftigten steht wesentlich weniger Patientenschutz zur Verfügung als Arbeitnehmern in Firmen, deren Absicherung unter einzelstaatliche Versicherungsgesetze fällt (Langdon 1997c, 640). Gleichzeitig setzt Regulation, die möglicherweise höhere Kosten verursacht, andere Firmen in Nachteil (Werber

Serafini 1996d, 2283). 1995 waren 48 Mio. Arbeitnehmer von den einzelstaatlichen Regulationen ausgenommen (Carey 1997n, 2911) und nur Bundesgesetze können auch diesen Versicherten Schutz bieten.

Für den Großteil der von Bundesstaaten inzwischen vorrangig geregelten Bereiche liegen nun auch in beiden Häusern des Kongresses Gesetzesvorlagen vor und zwei Regelungen sind bereits implementiert: 1996 wurde ein stationärer Mindestaufenthalts nach Entbindung von 48 Stunden (Kaiserschnitt 96 Stunden)²¹⁴ sowie die Gleichstellung psychischer mit physischen Erkrankungen hinsichtlich Kostenübernahmeansprüchen bundesweit festgelegt (Werber Serafini 1996d, 2280). Die Regulierungen könnten Hinweis darauf sein, daß weitere Eingriffe des Bundes folgen, wenn die managed care-Industrie bekannte Mißstände nicht selbst behebt (s. ebd., 2283)²¹⁵.

Die Gesetzesvorschläge im Kongreß zur managed care-Regulation reichen von punktuellen Eingriffen bis hin zu umfangreichen Regulierungen. Am lebhaftesten diskutiert wird ein Entwurf der Republikaner Charlie Norwood (Repräsentantenhausabgeordneter aus Georgia) und Alfonse D'Amato (Senator aus New York) (H.R. 1415, S 644; s. dazu auch Carey 1997o, 2910; Carey 1998f, 671; Stone 1998a, 15)²¹⁶. Darin geregelt sind u.a.:

- Die Erleichterung des Zugangs zu Notfallbehandlungen,
- Berufungsmöglichkeiten für Patienten bei einem außenstehenden Gremium, wenn Leistungen verweigert werden,
- Ermöglichung der Inanspruchnahme von Leistungsanbietern außerhalb des Netzwerkes bei teilweiser Übernahme der Kosten durch den Versicherungsplan, die innerhalb des Netzwerkes entstanden wären,
- Zulassung von Klagen gegen Versicherungspläne unter den Gesetzen der Bundesstaaten zur Verfolgung von Behandlungsfehlern, dazu Änderung von ERISA.

Ein weiterer umfassender Reformvorschlag, der Standardregulationen für Krankenversicherungspläne setzen soll (S 353, HR 820), wurde von den Demokraten Edward Kennedy (Senator aus Massachusetts) und John Dingell (Repräsentantenhausabgeordneter aus Michigan) eingebracht (s. auch Langdon 1997c, 635, 637; Carey 1997o, 2910). Der Vorschlag umfaßt u.a. folgende Verordnungen:

- Versicherer sollen die Kosten für Notfallbehandlungen übernehmen, wenn ein 'intelligenter Laie'

214 Die American Association of Health Plans führte an, daß Patientinnen Anspruch auf einen zweiten stationären Aufenthaltstag nach Entbindung hatten, Ärzte jedoch den Administrationsaufwand der Beantragung scheuten (s. Werber Serafini 1996d, 2282).

215 Für die Versicherung von Medicaid- und Medicare-Berechtigten wurden managed care-Unternehmen weitere Anforderungen auferlegt, die sich eng an die im Kongreß aufgeworfenen Problembereiche anlehnen. So dürfen seit Februar 1997 für diese Patienten die stationären Aufenthaltstage bei Mastektomie nicht begrenzt und "gag rules" nicht angewendet werden. Bereits im März 1996 wurden Vergütungsmethoden untersagt, welche die Unterlassung von Behandlungen fördern und die finanziellen Verluste für Ärzte bei Überweisung an Spezialisten wurden begrenzt (Langdon 1997c, 640).

216 Der Norwood/D'Amato-Vorschlag hat 220 Kosponsoren im Repräsentantenhaus, darunter 89 Republikaner; im Senat unterstützen zwei Demokraten und zwei Republikaner den Entwurf (Carey 1998c, 444).

(“prudent layperson”) in einer ähnlichen Situation Notfallmaßnahmen für erforderlich gehalten hätte,

- Versicherer sollen Qualitätskontrollstandards einrichten, welche u.a. Verfahren für die Auswahl von Ärzten, die Handhabung von Beschwerden der Versicherten sowie Effizienzprüfungen festlegen,
- Streitigkeiten mit Versicherungsunternehmen müßten innerhalb eines zeitlichen Rahmens gelöst werden,
- Frauen könnten als Primärarzt einen Gynäkologen wählen,
- Zugang zu Spezialisten und Leistungszentren bei chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen ohne zusätzliche Kosten für Patienten, wenn ihr Plan keinen Vertrag mit entsprechenden Leistungsanbietern hat,
- Versicherer dürften den mit ihnen in Vertrag stehenden Ärzten nicht verbieten, Patienten bestimmte Informationen wie Auskunft über alternative Behandlungsmethoden zu geben (Verbot von “gag rules”) oder Ärzten Vergütungsanreize für die Begrenzung notwendiger Behandlungen gewähren.

Neben diesen umfangreichen Gesetzesentwürfen liegen Vorlagen vor, die einzelne Bereiche der Absicherung unter managed care herausgreifen, so die Kostenübernahme für Notfallbehandlungen und den Zugang zu Spezialisten, die Handhabung von Berufungsverfahren bei Leistungsverweigerung, ein stationärer Mindestaufenthalt bei Mastektomie, das Verbot von “gag rules” oder die Privathaltung von medizinischen Akten (Mintz 1997a, 638; Carey 1997o, 2910).

Gesetzliche Eingriffe in die managed care-Industrie sind nicht unumstritten und hier zeichnet sich die klassische Debatte zwischen Regulation und freiem Markt ab. Sollte die Bundesregierung in eine schnell wachsende Industrie eingreifen, die teilweise aufgrund ihrer innovativen Nutzung des freien Marktes erfolgreich ist? Auf der anderen Seite häufen sich die Beschwerden von Versicherten und Patientenadvokaten, die Leistungsverweigerungen aus reinen Kostengründen zitieren und Regulation durch den Bund verlangen (Langdon 1997e). Obwohl das Thema hoch in der Wählermeinung steht, ist die Promotion stärkerer Regulation der managed care-Industrie für die Republikanische Partei daher ambivalent. Der Großteil der Republikaner im Kongreß hat seit der Machtübernahme 1994 darauf hingearbeitet, Regulierungen durch den Bund abzubauen. Diese “Anti-Regulationsprinzipien” müssen mit dem Wunsch der Wähler nach Taten in Einklang gebracht werden. Eine einheitliche Front innerhalb der Republikanischen Partei ist nicht existent. Während einige Republikaner führende Unterstützer von Regulationsvorschlägen sind (Langdon 1997c, 640), bekämpfen andere jedwede managed care-Gesetzgebung aus genereller Opposition zu föderalen Steuerungsmaßnahmen (Werber Serafini 1996d, 2281) und halten eine Selbstregulierung der managed care-Industrie für möglich (Langdon 1997c, 633). Die fortlaufende Debatte im Kongreß dreht sich um die Rolle der Regierung im Marktsystem, wobei die ideologischen Streitigkeiten der Clinton-Diskussion von 1993/94 sowie der Auseinandersetzungen um Medicare während des Wahlkampfes 1996 (s. Kap. V-4.2.2.) wiederbelebt werden (Langdon 1997c, 633). Es bleibt abzuwarten, ob neben den

bereits implementierten Eingriffen weitere Maßnahmen durchgesetzt werden können²¹⁷.

1.3. Die Arbeit der Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care System

Zur Klärung der Frage, inwieweit Regulation des privaten Versicherungsmarktes zum Schutz von Patienten notwendig ist, hatte der Präsident eine Kommission unter der Leitung der Gesundheitsministerin (Donna Shalala) und des Arbeitsministers (Robert Reich) bestehend aus Vertretern von Versicherungsindustrie, Konsumergruppen, Ärzten, Gewerkschaften, Arbeitgebern und staatlichen Versicherungsbeauftragten einberufen, die im Mai 1997 zum ersten Mal zusammentrat. Die Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care System sollte eine "bill of rights" zum Schutz von Konsumenten im Gesundheitssystem erstellen (Pear 1997d; Goldstein 1997). Grobe Richtlinien umschrieben die Aufgaben des Gremiums wie folgt:

"...advise the president on changes occurring in the health care system and recommend such measures as may be necessary to promote and assure health care quality and value, and protect consumers and workers in the health care system."

(Langdon 1997c, 640)

Auch in dieser Kommission zeichnete sich früh ab, daß die Konfrontationslinie am Umfang staatlicher Eingriffe in den Markt entlang lief. Insbesondere Vertreter der Versicherungsindustrie und großer Unternehmen lehnten staatliche Eingriffe ab, während andere Mitglieder der Kommission verbindliche Mittel zur Durchsetzung der festzulegenden Regeln verankert sehen wollten (Pear 1997q; Werber Serafini 1997e). Im November 1997 legte die Kommission die endgültige Fassung ihrer "bill of rights" vor, in die nur Bestimmungen aufgenommen wurden, über die unter allen Kommissionsmitgliedern Konsens bestand (Goldstein 1997). Die "bill of rights" arbeitet auf der Grundlage, daß Patienten bestimmte Basisrechte haben, darunter Kostenübernahme von Notfallbehandlungen, Möglichkeit zur Berufung an ein außenstehendes Gremium bei Leistungsverweigerung, Zugang zu Spezialisten ohne Überweisung durch einen Primärarzt bei ernsthaften Erkrankungen, Aufdeckung von finanziellen Anreizen für Leistungsanbieter sowie verständliche Informationen an Konsumenten (Carey 1997n, 2911; Stone 1998a, 15; Werber Serafini 1997r, 2507/2508). Die Kommission gab keine Empfehlung für gesetzliche Regulation oder eine Änderung von ERISA, was von Kritikern der managed care-Industrie mit Enttäuschung aufgenommen wurde²¹⁸ (s. Carey 1998f, 671).

217 James A. Klein, Präsident der Association of Private Pension and Welfare Plans, macht die Voraussage: "Congress is going to continue its march toward becoming the nation's benefits manager ... Congress has rejected the idea that employers must provide health insurance to employees. But if employers do provide coverage, Congress will specify how it should be designed." (Pear 1996u)

218 Da sowohl managed care- als auch Konsumentvertreter beteiligt waren bestand die Hoffnung, daß die Vorschläge der Kommission Grundlage für legislative Schritte werden (Ass. Press 1997c). Der im März 1998 vorgelegte Endbericht der Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry vermied solche Empfehlungen jedoch und die Kommission rief stattdessen zu einem "nationalen Dialog" auf (Carey 1998e, 671).

Clinton umfaßte die Vorschläge der Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care System und wies alle Bundesbehörden an, die Empfehlungen der Kommission zu befolgen (Carey 1997n, 2909). Private Versicherer wurden von Clinton aufgerufen, die "bill of rights" freiwillig anzunehmen (Carey 1997q, 3061). Die Administration strebt an, die Umsetzung der "bill of rights" weiter voranzutreiben und eine von Vizepräsident Gore geführte Arbeitsgruppe wurde mit der Erarbeitung eines Berichts zu managed care-Regulation beauftragt (Congressional Quarterly 1998a, 134).

Im Februar 1998 wurde ein weiterer Schritt unternommen als der Präsident ein Memorandum signierte, nach dem Versicherungspläne des Bundes inclusive Medicare und Medicaid ein umfangreiches Paket an Patientenschutz beachten müssen. Dieser Akt bringt Druck auf Kongreßmitglieder, ähnlichen Schutz für Versicherte des privaten Sektors umzusetzen (Carey 1998c, 441).

1.4. Politische Schwierigkeiten bei der Diskussion um managed care-Regulation

Vorschläge zur managed care-Regulation sind im Wahljahr 1998 für beide Parteien angesichts der von Wählern wahrgenommenen Probleme äußerst interessant (Carey 1997n, 2910). Allerdings sehen sich Abgeordnete einem Balance-Akt gegenüber. Sie müssen auf der einen Seite ihre Wählerschaft zufriedenstellen, auf der anderen Seite aber aufpassen, Marktkräfte nicht wesentlich zu stören, welche den Mitgliederzuwachs in managed care bewirkt (ebd.) und zur Kostensenkung beigetragen haben. Diese Diskrepanz kommt vor allem innerhalb der Republikanischen Partei zum Ausdruck. Teile der Partei streben zusammen mit Demokraten, Ärzten und Konsumeradvokaten Restriktionen von Versicherungsunternehmen an, während konservative Republikaner sowie die Parteiführung die Seite von managed care-Unternehmen und Arbeitgebern eingenommen haben. Republikanische Spitzenpolitiker lehnen bundesstaatliche Regulation ab und wollen dem Markt die Lösung der Konsumentensorgen überlassen. Dies steht in der ideologischen Strategie, mit der die Republikanische Partei regiert: Weniger Regierung ist besser, Reduzierung von Regulation, Steuerkürzungen, Prioritätensetzung den Einzelstaaten überlassen (Carey 1997q, 3060). Konservative Republikaner klagen, daß Clinton inkrementale Maßnahmen nutzt, um seine Ziele von 1993/94 zu realisieren. Die Vorschläge zur Regulation der managed care-Industrie seien eine neue Version seiner Gesundheitsreformvorstellungen "under the rubric of minimum national standards instead of universal health coverage" (Rep. Richard Arme, Mehrheitsführer im Repräsentantenhaus; s. Stone 1998a, 16; Carey 1997n, 2909). Selbst Gesetzesentwürfe aus den eigenen Reihen, wie der Norwood-Vorschlag, stehen unter der Kritik, zu sozialisierter Medizin zu führen (Stone 1998b, 527). In Zusammenarbeit mit der Health Insurance Association of America sowie Unternehmergruppen wie der National Federation of Independent Business und des Chamber of Commerce versuchen republikanische Spitzenpolitiker nicht nur, demokratische Gesetzesvorschläge zu blockieren, sondern auch Mitglieder ihrer Partei davon zu überzeugen, Vorschläge zur managed care-Regulation fallen zu lassen (s. Stone 1998a).

Andererseits fürchten Republikaner, daß Demokraten Konsumenten mehr Schutz geben und das Thema parteilich machen, wenn die Republikanische Partei es nicht in die Hand nimmt. Vorschläge zum Schutz von Patienten oder Verbesserung der Behandlungsqualität sind schwer zurückzuweisen und lassen sich in der Öffentlichkeit nicht als klassische Debatte zwischen liberal und konservativ präsentieren. Niemand will als Gegner von Patientenschutz in die Akten eingehen (Stone 1998a, 14/15). Clinton hat mit der Adoption der "bill of rights" seine Haltung manifestiert und Demokraten haben signalisiert, daß der Bereich eine dominante Rolle im Wahlkampf 1998 spielen wird (Carey 1997q, 3060). Damit wurde klar, daß bei Beibehaltung der Blockadetaktik die Spitze der Republikanischen Partei für die nächsten Kongreß- (1998) und Präsidentschaftswahlen (2000) voraussichtlich auf der falschen Seite stehen würde (ebd.).

Republikanisch geführte Arbeitsgruppen des Senats- und des Repräsentantenhauses arbeiten nun an Alternativvorschlägen, die ausreichende Unterstützung für eine Verabschiedung erlangen können, um Demokraten vor der Wahl im Herbst 1998 zuvor zu kommen²¹⁹ (Carey, 1998f, 671; Carey 1998h, 823). Newt Gingrich, republikanischer Mehrheitsführer im Repräsentantenhaus und einer der redeführenden Regulationsgegner, schloß die Verabschiedung eines Gesetzes zum Schutz von Patienten nicht mehr aus und verdeutlichte damit, wie groß der Druck auf Legislatoren ist (Carey 1998f, 671).

1.5. Die Reaktion von Interessengruppen auf managed care-Regulation

Einzelstaatliche managed care-Regulierung wird von der Versicherungsindustrie in vielen Staaten heftig angegriffen (Families USA 1996, 25; Kuttner 1996b). Die Versicherungsindustrie bezieht ebenso wie die Arbeitgeberschaft die Position, daß Regulierungen Kosten erhöhen würden, indem sie Mindestanforderungen an Versicherungspläne stellen, in die Prüfverfahren und Leistungseinschränkungen der managed care-Netzwerke eingreifen oder Versicherungspläne gezwungen würden, alle nachfragenden Leistungsanbieter zu akzeptieren, was ihre Möglichkeit zur Kostenkontrolle und Leistungsqualität schwächen würde²²⁰ (Carey 1998c, 444). Kostensteigerungen würden in höheren Prämien münden und Arbeitgeber würden diese an Arbeitnehmer weitergeben oder Versicherungsschutz beenden. Darüberhinaus könnte durch Prämiensteigerungen die Absicherung für Selbstversicherte unerschwinglich werden. Befürworter von managed care führen zudem an, daß staatliche Regulierungen unflexibel seien, nicht an medizinische Innovationen

219 Im Senat ist John Chafee (Rhode Island) an der Spitze der Arbeitsgruppe. Chafee hatte bereits während der Endphase der Clinton-Debatte die sogenannte "mainstream coalition" gebildet, die einen für alle Seiten annehmbaren Mittelweg in der ideologisch aufgeladenen Diskussion finden wollte, um ein Scheitern der Reformbemühungen zu verhindern.

220 Dies ist auch einer der Gründe, warum die American Medical Association nicht den Norwood-Vorschlag unterstützt, obwohl sie Regulation der managed care-Industrie fordert. Die Kostenübernahme für Behandlungen durch Nicht-Mediziner würde mehr Wettbewerb für Ärzte bedeuten, die sich bereits verkürzten Vergütungsraten durch managed care-Versicherer gegenüber sehen. Unterstützt werden von der AMA die Teile des Entwurfs, welche Klagen gegen Versicherer ermöglichen und Kostenübernahme für Notfallbehandlungen erleichtern (Carey 1998c, 444).

angepaßt werden könnten²²¹ und die Evolution von managed care behindern würden (Carey 1997n, 2910; Stone 1998a, 15). Hinter dem Drängen auf Regulation steht nach Ansicht der Versicherungsindustrie die American Medical Association (AMA), die managed care ablehnt, da diese Art der Versicherung die Entscheidungsmacht von Ärzten einschränkt und deren finanzielles Wohlbefinden bedroht (Werber Serafini 1996d, 2282; Knox 1996d). Karen Ignagni, Präsidentin der American Association of Health Plans, sagte, die Gesetze seien ein Produkt von "individuals who have a vested interest in maintaining the old style health care" (Freudenheim 1996g)²²². Unternehmergruppen und managed care-Industrie sind der Meinung, daß nicht in die rapide Entwicklung eingegriffen werden, sondern es dem Markt überlassen bleiben sollte, Antworten zu finden (Werber Serafini 1997r, 2507).

Zur Abwendung strikterer regulativer Interventionen hat die American Association of Health Plans ihre Kampagne "Putting Patients First" gegründet mit der gezeigt werden soll, daß eine Selbstregulation ohne staatliche Eingriffe möglich ist. Die Vereinigung, die ca. 1.000 Mitgliedsunternehmen mit insgesamt 130 Mio. Versicherten (98 % der Personen in managed care) umfaßt (Werber Serafini 1996e, 2600), wird Versicherungspläne nicht aufnehmen oder Mitgliedschaften nicht verlängern, wenn die in "Putting Patients First" gestellten Anforderungen nicht erfüllt werden. Die Policy, die sich in fortlaufender Entwicklung befindet, umfaßt bisher u.a. folgende Richtlinien: Kein Verlangen von Mastektomie auf ambulanter Basis seitens der Versicherungsunternehmen; Kostenübernahme für Notfallbehandlungen, wenn diese gerechtfertigt scheinen; Beschleunigung der Bearbeitung von Beschwerden bei Verweigerung von Kostenübernahmen; Auskünfte (ohne Details) über die Vergütung von Leistungsanbietern; keine Beschneidung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient hinsichtlich Behandlungsoptionen (American Association of Health Plans 1997)²²³.

Zudem versucht die managed care-Industrie, freiwillig Regulierungsvorschläge, die in legislativer Schwebelage sind, zu adoptieren aus dem Bewußtsein heraus, daß andernfalls verbindliche Implementation zu erwarten ist (Carey 1997n, 2910). In einigen Bundesstaaten kam es zur gemeinsamen Lösungssuche von HMO-Industrie, Leistungsanbietern und Konsumenten und auch bei der Ausgestaltung der managed care-Gesetzgebung durch den Bund kooperieren einige Versicherer (Families USA 1996, 26; Werber Serafini 1996d, 2280, 2282). 70 % von managed care-Plänen ermöglichen inzwischen ihren Versicherten, Leistungsanbieter außerhalb des Netzwerkes aufzusuchen.

221 Die managed care-Industrie führt stationäre Mindestaufenthalte für einzelne Behandlungen an, die in naher oder ferner Zukunft möglicherweise auf ambulanter Basis erbracht werden können.

222 Ignagni zufolge würden nur wenige Versicherte HMOs wieder verlassen, was die Qualität von managed care bewiese. Dagegen ist allerdings anzuführen, daß viele Versicherte kaum die Möglichkeit haben, ihren Versicherungsplan zu wählen, da sie über ihren Arbeitgeber versichert sind und hohe Zuzahlungen leisten müssen, wenn sie Leistungsanbieter außerhalb ihres Netzwerkes aufsuchen (Freudenheim 1996g).

223 Von Gruppierungen kollektiv gesetzte Standards spielen zwar eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem -und in anderen Industriezweigen- benötigen aber legislative Untermauerung zum Zwecke der Verbindlichkeit (Havighurst 1997). Möglicherweise ist "Putting Patients First" nur ein politischer Schutzschirm, hinter dem die managed care-Industrie weiterhin die Verantwortung für ihre Aktionen ablehnen will (Havighurst 1997, 125).

chen im Gegensatz zu 20 % vor vier Jahren (Stone 1998a, 17). In der Industrie ist die Ansicht verbreitet, daß bereits auf Konsumersorgen reagiert wurde, z.B. durch die Betonung von Präventivmaßnahmen, outcome-Maßstäbe für verschiedene Behandlungsmethoden, die "Putting Patients First"-Initiative (Carey 1998c, 444) sowie den Aufruf der American Association of Health Plans zur freiwilligen Ausdehnung des Krankenhausaufenthalts nach Entbindung über 24 Stunden hinaus vor entsprechender gesetzlicher Festlegung (Werber Serafini 1997r, 2508)

Die drei größten Mitglieder der American Association of Health Plans gingen einen Schritt weiter und haben zusammen mit Konsumergruppen wie der American Association of Retired Persons legal verbindliche, nationale Standards für managed care-Pläne gefordert, darunter Qualitätsnormen und Zugang zu unabhängigen Ombudsmann-Programmen bei Ablehnung von Kostenübernahmen (Stone 1998a, 17; Carey 1997n, 2911). Die offizielle Unterstützung bundesweiter gesetzlicher Schritte durch drei große managed care-Unternehmen hat interne Differenzen innerhalb der American Association of Health Plans hervorgerufen (Werber Serafini 1997r, 2508) und den generellen Widerstand der Industrie gegen staatliche Regulierungsmaßnahmen unterhöhlt.

Auch die Arbeitgeberseite versucht, die managed care-Industrie unter Druck zu setzen, um staatlicher Regulation zuvor zu kommen²²⁴. Der Business Roundtable, die National Association of Manufacturers, die National Federation of Independent Business und das U.S. Chamber of Commerce haben sich zu einem "voluntary quality council" zusammengeschlossen, der seine Verhandlungsmacht nutzen will, um managed care-Pläne zur freiwilligen Annahme von Qualitätsstandards zu bewegen (Stone 1998b). Bereits im April 1997 hatte sich eine lose Vereinigung aus Unternehmergruppen und Versicherungsgesellschaften gebildet (Stone 1997). Die Gruppe, die inzwischen unter dem Namen Health Benefits Coalition arbeitet, hat sich zum Führer in den Lobbying-Bemühungen gegen managed care-Regulation entwickelt. Ihr gehören ca. zwei Dutzend Unternehmergruppen an, darunter der Business Roundtable, die National Federation of Independent Business, die National Association of Manufacturers und die Health Insurance Association of America. Ziel der Koalition ist es, den managed care-Status Quo bewahren und zu diesem Zweck öffentliche Opposition gegen die vorgesehenen Qualitätsmaßnahmen zu schaffen (Stone 1998a, 16). Die Gruppe will \$ 1 Mio. für eine grass-roots Kampagne zur Verfügung stellen (Black 1997), hat eine Fernsehkampagne in die Wege geleitet (Congressional Quarterly 1998b) und versucht Parlamentarier, die zwischen der Wählerschaft und den Anliegen der Unternehmerschaft unentschieden sind, von ihrer Position zu überzeugen (Carey 1998c, 441).

Auf der Gegenseite hat sich eine Allianz aus mehr als 70 Interessengruppen –Patient Access to Responsible Care Act (PARCA)– zur Unterstützung des Norwood-Vorschlags formiert (Stone,

224 Die Arbeitgeberschaft führt an, daß die meisten Krankenversicherungspläne entsprechende Maßnahmen bereits freiwillig implementiert hätten. Gesetzliche Regelungen würden die Prämien so hoch treiben, daß einige Kleinunternehmen Absicherung aufgeben müßten (Werber Serafini 1997e). Dieses Argument läßt sich jedoch angreifen. Wenn Regulierungen bereits freiwillig implementiert sind, sind auch die damit verbundenen Auslagen bereits bekannt und verkraftet.

1998a, 14/15) und Fernsehspots zur Förderung von managed care-Regulation gestartet²²⁵ (Werber Serafini 1998b, 363). Viele zu PARCA gehörende Gruppen sind von managed care negativ betroffen (Chiropraktiker, Krankengymnasten u.a.), da managed care-Unternehmen die Kostenübernahme für ihre Leistungen verweigern. Die Allianz handelt also nicht nur im Anliegen von Patienten, sondern auch aus Eigeninteresse (Carey 1998c, 444).

2. DIE NEUE STRATEGIE: STUFENWEISE ANNÄHERUNG AN DAS ZIEL UNIVERSELLER KRANKENVERSICHERUNG

Nach der erfolgreichen Verabschiedung des Kassebaum/Kennedy-Gesetzes 1996 sahen die Clinton-Administration und interessierte Kongreßmitglieder die Möglichkeit, eine Ausdehnung des Krankenversicherungsschutzes für Kinder voranzutreiben. Handlungsbedarf schien notwendig, da die Zahl nichtversicherter Kinder steigt, weil Arbeitgeber zunehmend die Mitversicherung von Familienangehörigen aufgeben und im generellen an einen Arbeitsplatz gebundene Krankenversicherungen abnehmen²²⁶. Ca. zehn Millionen Kinder in den USA verfügen über keinen Krankenversicherungsschutz²²⁷ und mehr als die Hälfte dieser Kinder hat Eltern, die das ganze Jahr über

225 Der Fernsehspot hat die "Harry and Louise"-Kampagne der Health Insurance Association von 1993 zum Modell, nur daß diesmal für Unterstützung staatlicher Regulierung geworben wird (Werber Serafini 1998b, 363).

226 Die Rate von Krankenversicherung, die an einen Arbeitsplatz gebunden ist, sinkt (s. Frostin/Snyder 1996/97; Holahan/Winterbottom/Rajan 1995). Gründe dafür sind steigende Kosten für Krankenversicherung (zumindest bis 1993/94), steigende Kostenbeteiligung für Arbeitnehmer (Gabel et al. 1997, 106/107) sowie die Ausdehnung von Medicaid auf eine größere Gruppe von Kindern, schwangeren Frauen und Geringverdienern (Cooper/Steinberg Schone 1997, 142). Zunehmend wird realisiert, daß auch Faktoren auf der Nachfragerseite, d.h. Arbeitnehmern als potentiellen Versicherten, zur Abnahme an den Arbeitsplatz gebundener Krankenversicherung beitragen. Während eindeutig einem signifikanten Teil der Arbeitnehmerschaft keine Krankenversicherung über ihren Arbeitsplatz angeboten wird, besteht möglicherweise gleichzeitig geringere Nachfrage nach Absicherung (s. Long/Marquis 1993). Während Kosten für Kleinunternehmer entscheidender Punkt im Angebot von Krankenversicherung sind, haben ein Mangel an Interesse von Arbeitnehmern und das Empfinden, daß Krankenversicherung für die Rekrutierung von Arbeitskräften nicht notwendig sei, an Bedeutung zugenommen (Cooper/Steinberg Schone 1997, 143).

Während die Zahl der Arbeitnehmer, die Krankenversicherung durch ihren Hauptarbeitsplatz erhielten, zwischen 1987 und 1996 sank, nahm die Anzahl der Beschäftigten, denen Krankenversicherung angeboten wurde, im gleichen Zeitraum zu (Cooper/Steinberg Schone 1997, 144). Für die geringere Inanspruchnahme werden verantwortlich gemacht: Rückgang des Realeinkommens, steigende Kosten für Versicherung, steigende Kostenbeteiligung für Arbeitnehmer sowie Ausdehnung von Medicaid. Beigetragen hat möglicherweise auch eine Abnahme im Leistungsumfang der von Arbeitgebern bereitgestellten Krankenversicherung: 1996 hatte nahezu ein Drittel der andererseits Versicherten Zugang zu Arbeitgeberkrankenversicherung, nahm diese aber nicht in Anspruch; 1987 waren es nur 16,8 % (Cooper/Steinberg Schone 1997, 147).

227 Das General Accounting Office gab an, daß der Anteil der nichtversicherten Kinder unter 18 Jahren 1994 14,2 % (zehn Mio.) betrug und damit den höchsten Stand seit 1987 erreicht hatte. Aufgrund der guten Wirtschaftslage mit geringer Arbeitslosigkeit war 1995 ein Rückgang dieser Zahlen erwartet worden, aber viele Unternehmen beendeten die Absicherung von Familienangehörigen, wodurch nach vorläufigen Daten 1995 der Anteil der nichtversicherten Kinder nur auf 13,8 % (9,8 Mio. Kinder) sank (Pear 1996u). Von dieser Gruppe sind schätzungsweise 4,7 Mio. Kinder für Medicaid qualifiziert (Boston Globe 1998b). Die Gründe für die Nichtinanspruchnahme des Regierungsprogramms sind unklar. Möglicherweise wissen die Eltern nicht, daß ihre Kinder anspruchsberechtigt sind oder sie wollen keine Regierungshilfe in

vollbeschäftigt sind (Pear 1997h).

Während der letzten Jahre hat bereits eine Reihe von Bundesstaaten Krankenversicherungsprogramme für nichtversicherte Kinder in Familien mit geringem Einkommen implementiert. In vielen Staaten erfolgt dies über Medicaid, da so die Bundesregierung einen Teil der Kosten übernimmt, in anderen Staaten sind öffentlich-private Partnerschaften erfolgreich etabliert (Meckler 1997; Werber Serafini 1997i, 1323). Einige Republikaner hatten, nachdem ihre Partei bei den Wahlen 1996 erhebliche Verluste hinnehmen mußte und Clinton in seinem Amt bestätigt worden war, ihre rigorose Haltung abgemildert, doch der republikanische Mehrheitsführer im Senat, Trent Lott, sah das Vorhaben als Versuch der Demokraten, universelle Absicherung durch eine Serie separater Gesetze zu erlangen und wies es entschieden zurück. Lott stand öffentlich dazu, jeden Versuch solcher Art unterhöhlen zu wollen²²⁸ (Black 1997).

In einem weiteren Schritt schlug die Clinton-Administration im Januar 1998 vor, das Medicare-Programm für Personen ab 55 Jahren zu öffnen²²⁹. Betrachtet man den Vorschlag im Zusammenhang mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz sowie der Ausdehnung der Krankenversicherung für Kinder, könnte man hier den Versuch sehen, sich universeller Absicherung stufenweise anzunähern.

2.1. Die Ausdehnung von Krankenversicherung für Kinder im Rahmen des Haushaltsgesetzes von 1997

Sowohl Demokraten als auch Republikaner hatten nach Verabschiedung des Health Insurance Portability and Accountability Act (Kassebaum/Kennedy-Gesetz, s. Kap. III) gesagt, daß dies nur ein erster Schritt in Richtung notwendiger Änderungen im Gesundheitsbereich sei (s. Reuters 1996b). Bereits im Juli 1996 deutete der Demokrat Dick Gephardt an, daß als nächstes der Zugang zu Krankenversicherung für Kinder erleichtert werden solle (Oliphant 1996b). Auch hier war wie mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz kein Rechtsanspruch oder eine Garantie auf Absicherung geplant, sondern lediglich die Öffnung des Zugangs für Anspruchsuchende. Nach Plänen der Clinton-Administration sollten zum einen alle zugangsberechtigten Kinder auch tatsächlich Medicaid in

Anspruch nehmen, um nicht als Wohlfahrtsempfänger zu gelten (Werber Serafini 1997i, 1325/1326; Rodham Clinton 1997). Präsident Clinton will Bundes- und einzelstaatliche Agenturen verpflichten, nachdrücklicher nach diesen Kindern zu suchen (Ass. Press 1997e).

- 228 Senator Edward Kennedy (Demokrat aus Massachusetts) sieht eine Allianz zwischen Versicherungswirtschaft und führenden Republikanern durch ein Memo der Versicherungsindustrie bestätigt, welches die Koordination einer Kampagne zwischen der National Federation of Independent Business und einem Mitarbeiter Lott's beschreibt, alle das Gesundheitswesen betreffenden Gesetze, selbst wenn sie von Republikanern eingebracht werden, zum Fallen zu bringen (Black 1997).
- 229 Ein ausgearbeiteter Gesetzentwurf wurde bisher nicht vorgelegt (Stand: 31.05.1998). Sollten Demokraten das Thema jedoch weiter verfolgen, würde dies möglicherweise zu einer Neueröffnung der Debatte um universelle Absicherung beitragen. Der Repräsentantenhausabgeordnete Pete Stark (Demokrat aus Kalifornien) hatte bereits während der Clinton-Debatte universelle Absicherung durch graduelle Ausdehnung von Medicare vorgeschlagen (s. Tab. 4, S. 41).

Anspruch nehmen und zum anderen sollte Familien, deren Kinder nicht Medicaid-berechtigt sind, Hilfe zum Erwerb von Krankenversicherung gegeben werden (Pear 1996u).

Die Senatoren John Kerrey und Edward Kennedy (beide Demokraten aus Massachusetts) brachten am 01.10.96 eine Vorlage zur Absicherung nichtversicherter Kinder in den Senat ein. Unter dem Gesetz sollten den Einzelstaaten²³⁰ Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden, um die Krankenversicherung von Kindern in Familien zu subventionieren, die über den Einkommensgrenzen für Medicaid liegen (Pear 1996u). Mit Senator Orrin G. Hatch (Utah) schloß sich ein konservativer Republikaner Kennedy's Vorhaben an und erklärte sich bereit, vorderster Sponsor des Plans zu sein. Unter dem Hatch/Kennedy-Plan war eine Anhebung der Zigarettensteuer um 43 Cents pro Packung vorgesehen. Zwei Drittel der Einnahmen würden an Bundesstaaten gehen, die auf freiwilliger Basis an dem Programm teilnehmen könnten und mit privaten Versicherern Verträge zur Absicherung von Kindern eingehen würden. Auf Forderung Hatch's hin sollte das restliche Drittel zur Reduzierung des Haushaltsdefizits, eines der vordersten Ziele der Republikanischen Partei, verwendet werden (Zuckman 1997; Pear 1997b).

Der Entwurf wurde am 08.04.1997 formal in den Senat eingebracht. Es war Hatch ursprünglich gelungen, sieben weitere republikanische Senatoren hinter dem Vorschlag zu vereinigen (Clymer 1997a), von denen sich drei Parlamentarier jedoch kurz darauf, offensichtlich auf Druck aus den Reihen ihrer Partei, von der angestrebten Erhöhung der Zigarettensteuer distanzieren (Clymer 1997b). Einer der Senatoren nahm sogar seine Unterstützung für den Gesamtplan zurück (Clymer 1997c). Damit wurde deutlich, daß auch diese Maßnahme ebenso wie die Regelungen im Kassebaum/Kennedy-Gesetz wieder mit Unstimmigkeiten sowohl innerhalb der Republikanischen Partei als auch zwischen Republikanern und Demokraten beladen war und die Gestaltung des Gesundheitssystems verändern könnte. Trent Lott, der republikanische Mehrheitsführer im Senat, wies Steuern zur Finanzierung einer Ausdehnung der Krankenversicherung für Kinder entschieden zurück und deutete andere Finanzierungswege wie Steuererleichterungen für einkommensschwache Personen oder medical savings accounts an (Clymer 1997a).

Auch Präsident Clinton griff das Momentum auf und schlug im Zusammenhang mit seiner Vorlage zum Ausgleich des Haushalts die Bereitstellung von \$ 3 Milliarden pro Jahr zur Krankenversicherung von Kindern in Familien mit geringem Einkommen sowie zeitweilig arbeitslosen Eltern vor. Die Hälfte des Geldes sollte durch die Deckelung der Bundesausgaben für Medicaid aufgebracht werden, was auf Widerstand von Gouverneuren beider Parteien stieß; sie befürchteten, daß die Aufwendungen der Bundesstaaten steigen würden, wenn das Limit für die Ausgaben des Bundes erreicht wäre (Pear 1997a). Im Zusammenhang mit dem Haushaltsgesetz von 1997 wurden letztendlich definitive

230 Bund und Einzelstaaten teilen sich die Finanzierung von Medicaid; in Bundesstaaten mit hohem Pro-Kopf-Einkommen übernimmt die Bundesregierung 50 %, in ärmeren Staaten können es bis zu 77 % sein (Pear 1997c). Die Regelung der Zugangsberechtigung ist den Staaten überlassen, was zu großen Differenzen hinsichtlich des Anspruchs führt; einige Staaten verweigern Medicaid-Anspruch für Kinder unter sechs Jahren, wenn das Familieneinkommen mehr als 133 % der Armutsgrenze beträgt, während in anderen Staaten Kinder in Familien mit Einkommen bis zum dreifachen der Armutsgrenze Medicaid erhalten (Pear 1996u).

legislative Schritte unternommen. Zu diesem Erfolg konnte es nur kommen, da die Clinton-Administration beharrlich dieses Ziel verfolgte²³¹ und weil in letzter Minute vom Congressional Budget Office nicht erwartete zusätzliche Bundeseinnahmen für die nächsten fünf Jahre projiziert wurden (Cohen 1997a).

Viele Kongreßmitglieder schreckten vor einem neuen Anspruchs-Programm zurück und wollten den Bundesstaaten Geld anbieten, Kinder zu versichern, sie aber nicht zur Durchführung verpflichten (Kirchhoff 1997). Auch die National Governors' Association forderte die Zahlung von Blocksummen, mit welchen die Bundesstaaten die Art des Programms selber festlegen könnten (Ausdehnung von Medicaid, Kauf von privater Krankenversicherung durch den Bundesstaat, Steuerkredite an anspruchsberechtigte Familien, die dann selber Krankenversicherung kaufen könnten, Mix aus allem). Kritiker argumentierten, daß Blocksummen nicht die ordnungsmäßige Verwendung der Mittel sichern und Staaten das Geld dazu nutzen könnten, momentan für gleiche Zwecke verwendetes Geld zu ersetzen (Werber Serafini 1997i, 1324).

Anfang Juni 1997 legten beide Häuser des Kongresses ihre Vorschläge zur Absicherung nichtversicherter Kinder vor. Das Repräsentantenhaus wollte \$ 16 Milliarden über fünf Jahre bereit stellen und den Bundesstaaten großen Spielraum in der Verwendung der Mittel geben. Das Geld hätte zur Ausdehnung von Medicaid, Aufnahme von Kindern in privaten Versicherungsplänen oder den Kauf von Leistungen durch direkte Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern genutzt werden können. Auch die Festlegung des Leistungskatalogs und der Anspruchsvoraussetzungen wäre in den Entscheidungsspielraum der Bundesstaaten gefallen (Pear 1997e). Der Senatsvorschlag sah neben der Basissumme von \$ 16 Milliarden eine Erhöhung der Tabaksteuer vor und hätte insgesamt \$ 24 Milliarden zur Verfügung gestellt. In der Gestaltung des Programms sollten die Bundesstaaten weitgehende Freiheit haben, lediglich direktes Kontraktieren mit Leistungsanbietern wurde ausgeschlossen. Der Leistungskatalog sollte vom Bund spezifiziert werden (Pear 1997e; Werber Serafini 1997i, 1324).

Das Congressional Budget Office kam in seiner Beurteilung der Entwürfe zu dem Schluß, daß beide Vorschläge ihr Ziel der Versicherung für die Hälfte der zehn Mio. nichtversicherten Kinder nicht erreichen würden. Insbesondere der Entwurf des Repräsentantenhauses gäbe den Bundesstaaten soviel Freiheit, daß sie das vorgesehene Geld als Substitution für ihre eigenen Mittel in bereits existierenden Programmen verwenden könnten (Pear 1997e).

Streitpunkte im folgenden Verhandlungsprozeß waren vor allem der Umfang einzelstaatlicher Entscheidungsfreiheit sowie die Erhöhung der Tabaksteuer. Die Clinton-Administration forderte die Festlegung eines einheitlichen, umfassenden Leistungspakets inklusive Arzneimitteln, Seh- und Hörhilfen sowie gleiche Absicherung für physische und psychische Erkrankungen (Carey 1997j, 1789; Pear 1997h). Die Gouverneure der Bundesstaaten dagegen unterstützten den Plan des

231 Clinton sprach das Thema immer wieder an und machte es durch die Erwähnung in seiner jährlichen State of the Union Address im Februar 1997 unumgebar für den Kongreß (Pear 1997h).

Repräsentantenhauses und drängten die Unterhändler, Flexibilität in der Verwendung der vorgesehenen Mittel zu gewähren. Sie wandten sich gegen ein bindendes Leistungspaket, welches in ihren Augen die Kosten hochtreiben und damit die Zahl der begünstigten Kinder senken würde (Pear 1997h; Meckler 1997). Auch die Republikaner wollten keine Leistungen vorschreiben und den Bundesstaaten maximalen Spielraum überlassen (Carey 1997j, 1789). Eine Erhöhung der Tabaksteuer, wie im Entwurf des Senats vorgesehen, wurde von Clinton unterstützt, von der Republikanischen Partei jedoch zur Finanzierung eines neuen Ausgabenprogramms abgelehnt (Pear 1997h).

Mit der Einigung auf ein Haushaltsgesetz (Balanced Budget Act of 1997, H.R. 2015 - PL 105-33, S 947) Ende Juli 1997 war auch hinsichtlich der Absicherung von Kindern ein Kompromiß gefunden worden. Durch die Verständigung auf eine Erhöhung der Tabaksteuer werden über fünf Jahre \$ 23,4 Milliarden an Bundesmitteln zur Verfügung gestellt, \$7,4 Milliarden mehr als ohne Steuererhöhung bereit gestanden hätte. Das Geld wird an die Bundesstaaten verteilt und von diesen verwaltet. Für die Erlangung der Bundesmittel müssen Staaten zu erheblichen Teilen auch eigene Mittel für das Programm aufwenden. Staaten können geringe Prämien und Eigenbeteiligungen verlangen. Gouverneure erhielten Flexibilität in der Gestaltung der Programme, da den Bundesstaaten in der Festsetzung des Leistungskatalogs relativ großer Spielraum belassen ist. Leistungen müssen denen bestimmter Richtpläne entsprechen, wie des Standard Blue Cross/Blue Shield-Plans für Bundesangestellte, eines beliebigen Krankenversicherungsplans für Angestellte des betreffenden Staates oder der HMO mit der größten Mitgliederzahl im Bundesstaat. Die Bundesstaaten können Medicaid ausdehnen oder Kinder in privaten Versicherungsplänen versichern. Es können auch eigene Programme entwickelt oder fortgeführt werden, wenn sie finanziell gesichert sind und der geforderte Leistungskatalog gewährt wird. Zum Leistungskatalog gehören Krankenhaus- und Arztleistungen, Laborleistungen, Röntgenleistungen, intervallmäßige Routineuntersuchungen und Impfungen. Standards für die Absicherung von psychiatrischen Leistungen, Arzneimitteln, Seh- und Hörhilfen wurden gesetzt. Es ist Staaten dennoch möglich, Krankenversicherung ohne diese Leistungen zur Verfügung zu stellen, wenn z.B. der Krankenversicherungsplan für die staatlichen Angestellten diese Leistungen nicht beinhaltet. 15 % der Bundesmittel können für administrative Kosten oder zum direkten Erwerb von Leistungen bei Ärzten und Krankenhäusern verwendet werden. Ziel des Bundesprogramm ist es, 3,4 Mio. Kinder zu erreichen, von denen zwei Mio. zu der Gruppe der bisher nicht Krankenversicherten gehören (s. auch Pear 1997j; Elving/Taylor 1997, 1834, 1836; Carey 1997k, 1845).

Gegner der Versicherung von Kindern argumentieren, daß hier ein Schritt in Richtung universeller Absicherung getan sei, was von Amerikanern im Zusammenhang mit der Clinton-Debatte 1993/94 abgelehnt worden wäre. Desweiteren werden unerwünschte Nebeneffekte befürchtet. Das Congressional Budget Office schätzte, daß pro 100 nichtversicherter Kinder 70 aufgenommen werden, die vorher versichert waren, da bei Bereitstellung staatlicher Absicherung ihre Eltern private Versicherung aufgeben oder Arbeitgeber Familienversicherung fallenlassen würden. Eine Studie durch das Massachusetts Institute of Technology und Harvard University kam 1996 zu dem Schluß,

daß die Ausdehnung von Medicaid zwischen 1987 und 1992 einen Rückgang der in privater Krankenversicherung abgesicherten Kinder um 17 % nach sich zog. Bis zu 50 % der Kinder, die in das ausgedehnte Medicaidprogramm kamen, waren dazu gezwungen, da ihre Eltern Absicherung durch den Arbeitsplatz verloren oder private Versicherung aufgaben, sobald die Kinder Medicaidanspruchsberechtigt wurden. Mit der Haushaltseinigug werden Familien mit Einkommen bis 235 % der Armutsgrenze zugangsberechtigt, womit der Krankenversicherungsmarkt für Kleinunternehmen und Geringsverdiener nach Ansicht der Gegner der Maßnahme schrumpft. Versicherungsunternehmen würden den Markt entweder verlassen, da er nicht mehr profitabel ist, oder Prämien erhöhen. Beides führe zur Zunahme der Zahl der Nichtversicherten, was wiederum den Ruf nach Regierungseingriffen nach sich zöge (Besharov 1997).

Probleme anderer Art ergeben sich in einigen Bundesstaaten mit umfangreichen Versicherungsprogrammen für Kinder, in denen bereits nahezu alle Minderjährigen abgesichert sind. Solche Staaten sollten für ihre Bemühungen jedoch nicht bestraft werden, indem ihnen ihr Anteil des im Haushaltsgesetz vorgesehen Geldes vorenthalten wird. Die Administration diskutiert, ob diesen Staaten die Nutzung des Geldes zur Absicherung von Erwachsenen in Familien mit Kindern, die sich in den entsprechenden Programmen befinden, ermöglicht werden soll (Werber Serafini 1998c).

2.2. Clinton's Vorschlag zur Ausdehnung von Medicare auf Personen ab 55 Jahren

Im Januar 1998 kündigte die Clinton-Administration an, im Rahmen ihres Haushaltsvorschlages für 1999 Personen ab 55 Jahren den Zugang zu Medicare ermöglichen zu wollen (Scales 1998; Carey 1998, 77) und damit einen weiteren Schritt zur Reduzierung der Zahl der Nichtversicherten zu unternehmen. Gegenwärtig können Beschäftigte mit 62 Jahren in den Ruhestand gehen und reduzierte Rentenleistungen erhalten, werden aber erst mit 65 Medicare-berechtigt. Diese Personengruppe wird von Krankenversicherungsunternehmen nicht oder nur mit sehr hohen Prämien aufgenommen, wenn Vorerkrankungen vorliegen (Boston Globe 1998). Clinton's Plan soll potentiell schätzungsweise drei Mio. Personen zwischen 55 und 64 Jahren ansprechen, die aufgrund von Entlassung oder Frühpensionierung keinen Krankenversicherungsschutz durch einen Arbeitsplatz haben, aber zu jung sind, um sich für Medicare zu qualifizieren (Carey 1998a, 77). Regierungsoffizielle schätzen, daß 300.000 Zugangsberechtigte tatsächlich Anspruch von dem Programm nehmen werden (Boston Globe 1998).

Personen im Alter von 62 bis 65 hätten eine monatliche Prämie von \$ 300 zu zahlen und bei Erreichung des Medicare-Alters neben der regulären Prämie einen Zusatz von \$ 10 bis 20 für jedes Jahr, in welchem sie vorher im neuen Programm waren. Personen ab 55, die unfreiwillig ihren

Arbeitsplatz und ihre Krankenversicherung verloren haben²³², könnten sich gegen eine Prämie von monatlich \$ 400 in das Programm einkaufen, ohne ab 65 mit zusätzlichen Kosten belastet zu werden (Carey 1998a, 78 ; Scales 1998). Die durchschnittlichen Kosten der Gesundheitsversorgung von Medicare-Berechtigten betragen \$ 5.500 jährlich. Die vorgesehenen Prämien liegen etwas unter diesem Betrag, aber die Administration erwartet, daß die neu Zugangsberechtigten im Durchschnitt gesünder sind und weniger Leistungen in Anspruch nehmen. Es ist jedoch möglich, daß sich gerade Personen, die von dem Angebot Gebrauch machen, in schlechterem Gesundheitszustand befinden. Es gibt auch Bedenken, daß die Prämien zu hoch sind und nur wenigen Nichtversicherten geholfen wird, da keine Finanzierungshilfen vorgesehen sind ²³³ (Carey 1998a, 78).

Arbeitgeber sehen mit dem Clinton-Vorschlag höhere Kosten verbunden und Republikaner führen das Kassebaum/Kennedy-Gesetz (Health Insurance Portability and Accountability Act) an, welches die Fortsetzung von Krankenversicherung für Beschäftigte möglich machen soll, die ihren Arbeitsplatz verlieren oder wechseln und auch auf die jetzt diskutierte Personengruppe Anwendung finden kann. Die Administration argumentiert jedoch, daß die Prämien privater Versicherungsunternehmen im Gegensatz zu den vorgesehenen höheren Medicare-Beiträgen für die Betroffenen möglicherweise nicht erschwinglich sind (Carey 1998a, 79).

Der Plan wird nach Angaben der Administration zwei bis drei Milliarden US-Dollar über fünf Jahre kosten, die neben den Prämien der Versicherten durch neue Maßnahmen gegen Betrug und Verschwendung im Medicare-Programm aufgebracht werden sollen (Scales 1998). Vom Congressional Budget Office wurde bestätigt, daß sich der Plan selbst finanziert (Congressional Budget Office 1998). Kritiker aller Richtungen stellen dennoch in Frage, ob ein bereits unter Finanzdruck stehendes Programm, welches in naher Zukunft unter zunehmende Belastung durch die Generationskrise kommen wird, für die Versicherung einer weiteren Personengruppe geeignet sei (Carey 1998a, 78; Scales 1998). Dem wird entgegen gehalten, daß durch die Aufnahme von Personen ab 55 Jahren in Medicare die Finanzen des Programms stabilisiert würden, da jüngere Personen meist geringere Leistungsanforderungen haben und der Pool mit gesünderen Versicherten gemischt wird.

Mit der "Selbstfinanzierung" des Vorschlags folgte Clinton seiner Strategie, populäre soziale Programme mit finanzieller Restriktion zu kombinieren und sich so vor den Attacken der republikanischen Mehrheit im Kongreß zu wappnen, die ihn als liberalen Spender porträtieren will, der jede

232 Unter diese Regelung fielen auch Frühpensionäre ab 55 Jahren, denen vom Arbeitgeber Krankenversicherung zugesichert, das Versprechen aber nicht eingehalten wurde. Sie hätten das Recht, sich in den Krankenversicherungsplan ihres Arbeitgebers einzukaufen, bis sie mit 65 reguläres Medicare-Alter erreichen (Carey 1998a, 78 ; Scales 1998). Kritiker eines neuen Gesetzes weisen darauf hin, daß diese Personen auch durch eine Ausdehnung von COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) Krankenversicherung erwerben könnten. COBRA sichert bisher die Fortsetzung von Krankenversicherung von Arbeitnehmern, die ihren Arbeitsplatz verlieren, bis zu 18 Monaten für Individuen und drei Jahren für Familien.

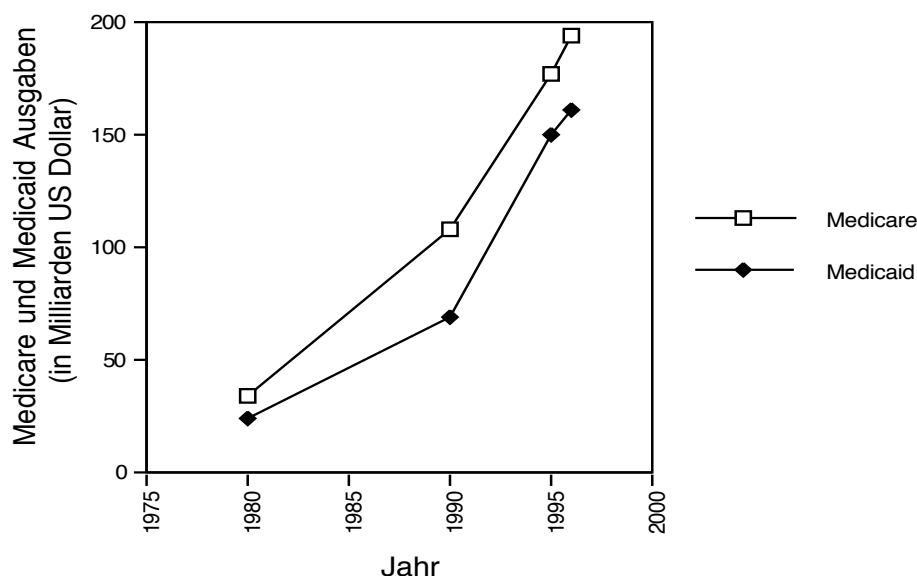
233 S. Nutzung des Kassebaum/Kennedy-Gesetzes S. 120/121. Zu einem späteren Zeitpunkt würde der Vorschlag zur Ausdehnung von Medicare mit großer Sicherheit Druck nach sich ziehen, Subventionen an Personen zu geben, deren Finanzmittel nicht ausreichend sind, sich in das Programm einzukaufen (Oliphant 1998).

Möglichkeit zur Vermehrung des Regierungseinflusses wahrzunehmen sucht. Republikaner haben den Vorschlag sofort zurückgewiesen und ihn als weiteren Schritt im Versuch bezeichnet, die Ziele des gescheiterten Health Security Act zu erreichen. Schrittweise Annäherung sollte eigentlich für den Kongreß schmackhafter sein, aber Republikaner sehen den Aufbau einer Struktur, die mehr Personen für ihre Gesundheitsversorgung abhängig von der Bundesregierung macht (Carey 1998a, 77). Politisch gesehen steht der Vorschlag in einer Reihe mit den großen Social Security Gesetzen und verbindet Wähler mit der Demokratischen Partei, die allgemein mit sozialen Sicherungsprogrammen in Verbindung gebracht wird. Der Vorschlag erschwert den Stand republikanischer Abgeordneter, die im November 1998 zur Wiederwahl anstehen, da sie Wählern (Wahlbeteiligung unter Älteren ist im Vergleich mit anderen Altersgruppen hoch) vermitteln müssen, warum ihre Partei den Zugang zu Medicare für diese Personengruppe ablehnt.

3. VERÄNDERUNGEN IM MEDICAID-PROGRAMM

Das 1997 verabschiedete Haushaltsgesetz (HR 2015-PL 105-33, S 977), welches zu einem ausgeglichenen Staatsetat führen soll, beinhaltet nicht nur die oben angeführte Ausdehnung der Krankenversicherung für Kinder, sondern nahm auch Neuregelungen in den beiden staatlichen Krankenversicherungsprogrammen Medicaid und Medicare vor; Abbildung 13 zeigt die Ausgabenentwicklung der beiden öffentlichen Programme. Für Medicaid, welches die Absicherung "Bedürftiger" umfaßt, wurde der Handlungsbedarf als nicht so groß wahrgenommen. Auf Medicare jedoch, in

Abbildung 13: Entwicklung der Medicare- und Medicaid-Ausgaben, 1980-1996



Quelle: Health Care Financing Administration, Office of Financial and Human Resources: Data from the Division of Budget

dessen Rahmen hauptsächlich Personen ab 65 Jahren versichert sind, kommen in absehbarer Zeit große Probleme zu, da die Anzahl der Anspruchsberechtigten im Verhältnis zu den Prämienzahlern erheblich zunehmen wird.

Medicaid stand und steht in enger Verbindung zu Wohlfahrt (s. Ellwood/Adams 1990; Tanenbaum 1995), da bis vor kurzem der Bezug von Aid to Families with Dependent Children automatisch die Inanspruchnahme von Medicaid ermöglichte. Viele Politiker sprachen sich dafür aus, die Verknüpfung dieses Wohlfahrtsprogramms mit Medicaid zu beenden, um Medicaid zu destigmatisieren. Ein Schritt dahin wurde mit der Wohlfahrtsreform von 1996 unternommen, welche es Bundesstaaten ermöglicht, den Zugang zu Medicaid völlig unabhängig von der Anspruchsberechtigung auf Wohlfahrtsleistungen zu gestalten. Auf der anderen Seite steht die Ansicht, daß Medicaid solange als Wohlfahrtsprogramm betrachtet wird, wie es den Zugang einkommensabhängig macht (Grogan 1997, 833).

3.1. Neuregelungen im Medicaid-Programm

Die Grundlage für die Veränderungen in Medicaid wurden bereits 1996 gelegt. Clinton schlug im Rahmen seines damaligen Haushaltsentwurfs vor, \$ 59 Milliarden über sieben Jahre einzusparen durch Begrenzung der Pro-Kopf-Ausgaben und neue Verteilungsschlüssel für Zahlungen an Krankenhäuser, die eine große Zahl von Medicaid- und nichtversicherten Patienten behandeln; zudem sollten die Bundesstaaten Flexibilität erhalten, um kostensparende Innovationen auszuprobieren; die föderale Garantie der Absicherung für alle anspruchsberechtigten Armen sollte beibehalten werden (Purdum 1996b).

Auf der anderen Seite stand ein Vorschlag der National Governors' Association, der später von der Republikanischen Partei aufgegriffen wurde. Mit dem am 06.02.1996 einstimmig verabschiedeten Entwurf der Vereinigung (Purdum 1996a) wurde die Uneinigkeit zwischen demokratischen und republikanischen Gouverneuren überwunden, die bis dahin keine Verständigkeit darüber finden konnten, ob die Garantie durch die Bundesregierung bestehen bleiben sollte, oder das Programm an die Bundesstaaten gegeben und vom Bund Blocksummen zur Verfügung gestellt werden sollten. Der neue Vorschlag sah größere Flexibilität für die Einzelstaaten mit Blocksummen vor, garantierte aber die Absicherung bestimmter Personengruppen wie Schwangerer und Kindern in Familien mit geringem Einkommen²³⁴ (Pear 1996b; Pear 1996d). Der Vorschlag der Gouverneure

234 Im Detail wurde vorgeschlagen:

- Bundesstaaten müßten Medicaid geben an Schwangere mit Familieneinkommen bis zu 33 % über der Armutsgrenze, Kinder bis 6 Jahren mit Familieneinkommen bis zu 33 % über der Armutsgrenze und Kinder von 6-12 Jahren mit Familieneinkommen unter der Armutsgrenze (Armutsgrenze 1994 für 4-köpfige Familie \$ 11.821,- pro Jahr).
- Bundesstaaten müßten Medicaid an behinderte Personen geben, könnten "Behinderung" jedoch selbst definieren; die Definition muß vom Gesundheitsminister des Bundes gebilligt werden.
- Wohlfahrtsempfänger wären Medicaid-berechtigt.
- Die Bundesstaaten könnten die Vergütungsraten für Krankenversicherungspläne, Ärzte und Krankenhäuser festlegen ohne Einmischung der Bundesregierung oder Androhung von gerichtlichen

beinhaltete einen Umbruch in der Sozialpolitik, da große Geldmengen und Entscheidungsmacht vom Bund an die Bundesstaaten gehen sollten (Pear 1996e). Das Weiße Haus lehnte die fast vollständige Übergabe von Medicaid an die Bundesstaaten durch die Gewährung von Blocksummen ab, da dies die Verpflichtung der Bundesregierung zur Wohlfahrt aller Amerikaner unterlaufen würde (Black 1996a). Die Clinton-Administration und viele Kongreß-Demokraten bevorzugten stattdessen die Beibehaltung der Bundesgarantie und -aufsicht über Medicaid (Purdum 1996a; Reuters 1996a). Da der Vorschlag jedoch auch von den Gouverneuren, die der Demokratischen Partei angehören, unterstützt wurde, schien eine Ausarbeitung der Differenzen möglich.

Es kam jedoch zu keiner Einigung, da die Republikanische Partei im Mai 1996 einen Entwurf vorstellte, der zwar den Gouverneursvorschlag zur Grundlage hatte, aber einige in Arbeit befindliche Kompromisse unbeachtet ließ. Demokratische Gouverneure warfen den Kongreß-Republikanern vor, den Medicaid-Entwurf im geheimen ausgearbeitet und Veränderungen vorgenommen zu haben, so daß Clinton, auch durch die Verknüpfung des Vorschlags mit einer Reform des Wohlfahrtsystems, zu einem Veto gezwungen würde (Reuters 1996c). Der Entwurf sah Einsparungen in Höhe von \$ 72 Milliarden vor. Die bundesstaatliche Garantie auf Unterstützung sollte beendet werden und für die Bundesstaaten waren festzulegende Summen vorgesehen, mit denen sie ihre eigenen Programme hätten gestalten können; für zusätzlichen Bedarf sollte für sieben Jahre ein Fonds in Höhe von \$ 26 Milliarden geschaffen werden. Für Schwangere, arme Frauen sowie Kinder bis zu zwölf Jahren hätte garantiert Absicherung bestanden. Durch den Gesetzentwurf wäre allerdings die Hilfe für Behinderte gefährdet worden, da Staaten selber "Behinderung" definieren konnten (ebd.).

Eine Verständigung über Änderungen im Medicaid-Programm zeichnete sich erst im Zusammenhang mit den Haushaltsverhandlungen 1997 ab. Am 02. Mai 1997 gaben führende Kongreßmitglieder beider Parteien gemeinsam mit der Clinton-Administration Grundzüge eines Haushaltsplans bekannt. Für das Medicaid-Programm waren Einsparungen in Höhe von \$ 15 Milliarden über fünf Jahre vorgesehen (Rubin 1997b, 994); eine anfangs vorgesehene Pro-Kopf-Deckelung der Ausgaben wurde fallengelassen, da das Congressional Budget Office in letzter Minute höhere künftige Staatseinnahmen als ursprünglich errechnet bekanntgab (Hager 1997, 993). Noch unvollständig ausgearbeitete Punkte wurden während der Beratungen in den Kongreßkomitees weiter verfeinert (s. dazu Carey 1997c; Carey 1997f) und im Juni 1997 konnten die angeglichenen Gesetzesentwürfe vom Senat (S 947) und Repräsentantenhaus (H.R. 2015) verabschiedet werden (s. Carey 1997g, 1528).

Am 28.07.1997 einigten sich das Weiße Haus und republikanische Spitzenpolitiker auf der Grund-

Klagen durch Leistungsanbieter.

- Die Bundesstaaten würden nicht mehr die Erlaubnis der Bundesregierung benötigen, um von Medicaid-Empfängern zu verlangen, HMOs beizutreten.
- Die Bundeszuschüsse würden den steigenden Gesundheitsausgaben und den Veränderungen in der Anzahl der anspruchsberechtigten Personen angeglichen.
- Medicaid-Berechtigte hätten Anspruch auf Krankenhausbehandlung, ärztliche Leistungen, Versorgung in Pflegeheimen, Familienplanung, Laborleistungen und Röntgenleistungen; die Bundesstaaten hätten volle Unabhängigkeit in der Bestimmung von Menge, Dauer und Umfang der Leistungen.
- Der Anteil eines Bundesstaates an den Medicaid-Kosten würde von 50 auf 40 % sinken, der Anteil des Bundes um 10 % steigen.

(Siehe dazu Pear 1996d+e; Black 1996b)

lage der Kongreßarbeit auf einen endgültigen Haushaltsentwurf, in dessen Rahmen auch die Änderungen im Medicaid-Programm festgelegt wurden. Über fünf Jahre sind Einsparungen in Höhe von \$ 10,4 Milliarden vorgesehen. Die Kürzungen sollen vorwiegend durch die Verringerung der "disproportionate share"-Zahlungen, welche Bundesstaaten bei der Bereitstellung von medizinischen Leistungen für Arme und Nichtversicherte unterstützen, erreicht werden. \$ 600 Mio. wurden für Staaten mit einem hohen Anteil solcher Bevölkerungsgruppen wie Texas und New York zurückgelegt. Die Zahlungen an die einzelnen Staaten werden nicht mehr als 3,5 % gegenüber den Zahlungen des Haushaltsjahres 1995 sinken. Als Subvention für die Zahlung der Medicare-Prämie für den Part B des Programms, der von allen Medicare-Versicherten zu zahlen ist, werden \$ 1,5 Milliarden für einkommensschwache Anspruchsberechtigte zur Verfügung gestellt. Während Bundesstaaten bisher eine Genehmigung von der Administration einholen mußten, um Medicaid-Versicherte in managed care zu bringen, fällt dies mit der Neuregelung weg (s. auch Carey 1997k, 1845; Elving /Taylor 1997, 1834).

Die Einsparungen im Medicaid-Programm sind wesentlich geringer, als noch ein Jahr zuvor von beiden Parteien vorgeschlagen. Ein Grund dafür war die gute Wirtschaftslage, die zum einen die öffentlichen Kassen mit Steuergeldern auffüllt, und so den Handlungsbedarf senkt. Zum anderen stehen Arbeitsplätze zur Verfügung, was viele Personen, selbst bei geringem Verdienst, aus der Gruppe der Anspruchsberechtigten herausbringt²³⁵. Zukunftsweisend an der Medicaid-Übereinkunft ist der Wegfall zur Genehmigung von Medicaid managed care-Programmen der Bundesstaaten durch den Bund, was die Implementation solcher Programm erheblich vorantreiben wird.

3.2. Die Ausweitung von managed care in den Medicaid-Programmen der Bundesstaaten

49 der 50 Bundesstaaten haben Medicaid managed care-Programme implementiert (Grogan 1997, 815). Im Gegensatz zu Medicare, innerhalb dessen die Versicherung in einem managed care-Plan optionell ist, müssen Medicaid-Berechtigte managed care akzeptieren. Abbildung 14 zeigt, in welchem Umfang der Anteil der Medicaid-Versicherten mit managed care-Plänen seit 1991 bereits zugenommen hat. Bei der Förderung von managed care geht es hier nicht nur um Kostenkontrolle und Verbesserung des Zugangs zu Leistungsanbietern, sondern auch um Fragen, die durch Medicaid's lange Anknüpfung an ein Wohlfahrtsprogramm entstehen: Verdienstwürdigkeit und individuelle Verantwortung (Grogan 1997, 829). In diesem Sinne werden als weitere Argumente für die Etablierung von managed care in Medicaid herangezogen (vgl. ebd. 833f):

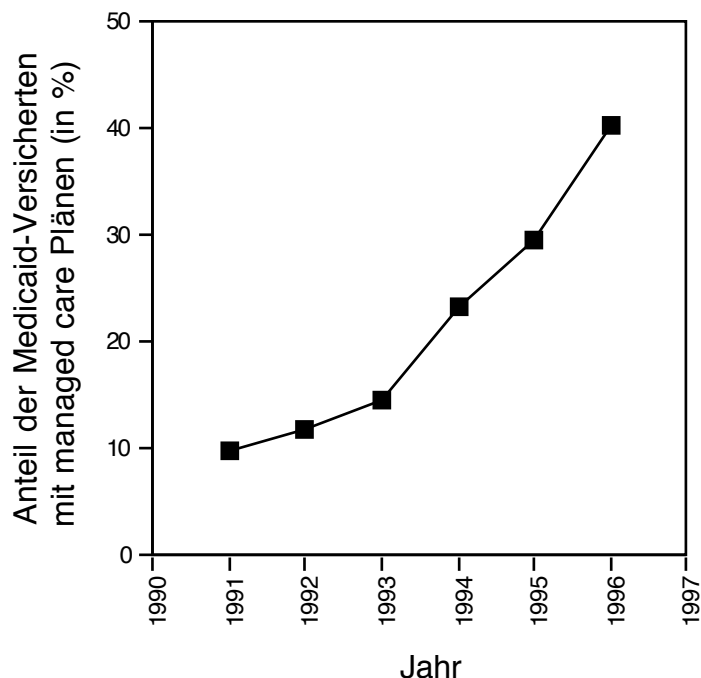
- Ein großer Teil von Arbeitnehmern wird von Arbeitgebern in managed care-Pläne gezwungen und für Medicaid-Versicherte sei es daher fair, unter der gleichen Versicherungsart abgesichert

235 Eine Senkung der Zahl der Nichtversicherten ist nicht automatisch mit geringer Arbeitslosigkeit verbunden. Gering- oder selbst Mittelverdiener liegen zwar über der Einkommensgrenze für den Medicaidanspruch, verfügen aber nicht über genug Einkommen, um sich krankenversichern zu können, wenn ihr Arbeitgeber keine Absicherung anbietet.

zu sein. Vertreter für Medicaid-Berechtigte argumentieren demgegenüber, daß diese Personengruppe nicht wie der Durchschnitt der Gesellschaft behandelt werden sollte, da ihre medizinischen Erfordernisse oft umfangreicher sind.

- Während viele glauben, daß die hohe Nutzungsrate von Notfallräumen unter Medicaid-Berechtigten auf den Mangel an Leistungsanbietern zurückzuführen ist, die sich zu ihrer Behandlung bereitfinden, gehen andere davon aus, daß Medicaid-Berechtigte das fee-for-service-System unangemessen in Anspruch nehmen. Managed care würde hier Abhilfe schaffen, da Versicherte Verpflichtungen auf sich nehmen müssen wie Auswahl eines Primärarztes, Aufsuchen eines Spezialisten nur nach Überweisung, wesentliche Beschränkung der Behandlung in Notfallräumen, Abmachen von Behandlungsterminen und deren Einhaltung etc. Die Nutzung von managed care als Mittel zur Modifikation des Verhaltens von Medicaid-Berechtigten entspricht der Ideologie von Wohlfahrtsreform, welche auf die Veränderung von Verhaltensmustern mit dem Ziel der Angleichung an den Bevölkerungsdurchschnitt hinwirkt.
- Managed care-Pläne sind relativ erfolgreich darin, ihre Leistungsanbieter zur Versorgung von Medicaid-Patienten zu bewegen. Medicaid-Berechtigten stehen durch managed care so nicht nur mehr Leistungsanbieter zur Verfügung, sondern sie werden zugleich in ihrem Wertgefühl gekräftigt durch den Zugang zu regulären Behandlungsquellen.

Abbildung 14: Anteil der Medicaid-Versicherten mit managed care-Plänen, 1991-1996



Quelle: Health Care Financing Administration

Es bestehen jedoch auch Zweifel an der Übertragbarkeit von managed care auf Medicaid. Viele managed care-Pläne haben nur begrenzte Erfahrungen mit der Versorgung armer Bevölkerungsschichten, insbesondere wenn darunter viele Personen mit chronischen Erkrankungen fallen (Riley/Ingber/Tudor 1997, 123; Goodman 1993) und die Effekte durch die Einbindung einer größeren Anzahl Medicaid-Berechtigter in managed care muß beobachtet werden.

4. DIE FORTENTWICKLUNG DES MEDICARE-PROGRAMMS

Das Medicare-Programm gliedert sich in zwei Teile. Medicare Part A deckt Krankenhauskosten und häusliche Krankenpflegeleistungen und wird durch eine 2,9%-ige Steuer (Arbeitgeber 1,45 %, Arbeitnehmer 1,45 %) auf Löhne und Gehälter finanziert. Part B finanziert ärztliche Leistungen, ambulante Krankenhausleistungen, Labordienste, medizinische Hilfsmittel und anderes mehr. 25 % der Einnahmen für Part B kommen aus Prämien der Medicare-Versicherten (\$ 43,80 pro Monat), 72 % aus generellen Steuereinnahmen des Bundes und 3 % aus Zinseinnahmen (Tilson/Ross/Calkins 1995).

Medicare kommt bei weitem nicht für alle medizinischen Kosten von Senioren auf. Krankenhausbehandlungen haben einen Selbstbehalt von \$ 736, bevor das Programm einspringt, sowie eine tägliche Eigenleistung von bis zu \$ 368,- für stationäre Aufenthalte nach Ablauf von drei Monaten; für Medicare-zertifizierte Pflegeheime werden die ersten 20 Tage übernommen, für die weiteren 20 Tage beträgt die tägliche Zuzahlung \$ 92,-, danach müssen die gesamten Kosten selber getragen werden; Medicare Part B fordert vom Versicherten zusätzlich zur monatlichen Prämie einen jährlichen Selbstbehalt von \$ 100,- sowie 20 % der meisten ärztlichen und ambulanten Krankenhaus-Rechnungen. Ausgeschlossen von Medicare sind Brillen, Hörhilfen, Zahnbehandlungen und -ersatz, Langzeitpflege, Präventivleistungen, Behandlungen außerhalb der USA sowie zum größten Teil Arzneimittel.

Etwa die Hälfte der Medicare-Berechtigten haben zusätzlich Medigap-Versicherungen, welche die Kosten der Eigenbeteiligungen sowie nicht abgedeckter Leistungen übernehmen²³⁶. Die Prämien hierfür betragen zwischen einigen Hundert bis zu \$ 3.000,- jährlich (Morrow 1996). Ca. fünf Millionen Personen in traditioneller Medicare-Versicherung haben nicht die finanziellen Mittel, eine solche Zusatzabsicherung zu erwerben (Freudenheim 1997). Medigap-Versicherungen wurden im Juli 1992 vom Bund in zehn standardisierte Kategorien unterteilt (A-J)²³⁷. Die Verfügbarkeit der verschiedenen Kategorien variiert je nach Bundesstaat. Für die Prämienfestlegung bei Medigap-Versicherungen gibt es drei Methoden: issue age (Alter bei Abschluß des Vertrages wird zugrunde gelegt),

236 Volle Absicherung für Pflegeheime liegt sogar außerhalb von Medigap-Versicherungen, dafür müssen extra Versicherungen für Langzeitpflege abgeschlossen werden (Morrow 1996).

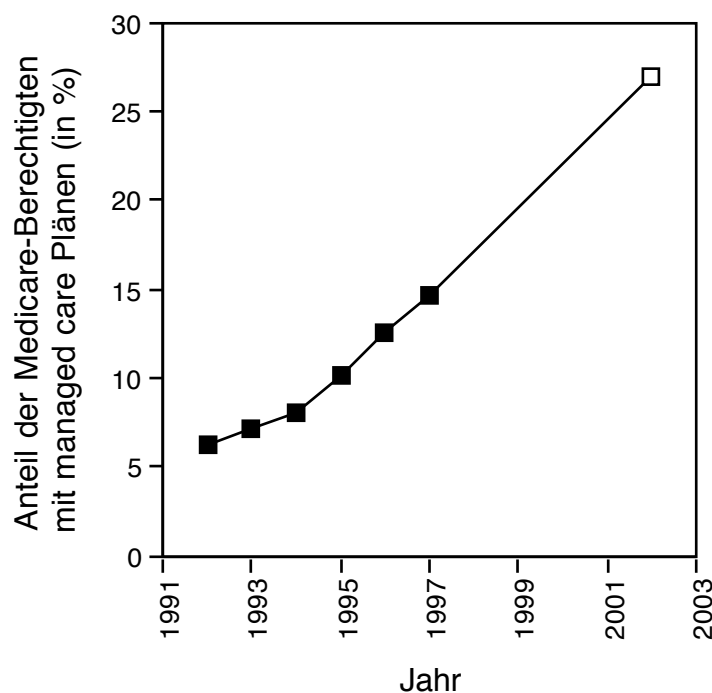
237 Die Leistungen in einer Kategorie müssen bei jedem Versicherer gleich sein. Vorher war es nahezu unmöglich, Medigap-Versicherungen und ihre Leistungen zu verstehen, so daß Versicherungsagenten mehrere Pläne mit teilweise überlappenden Leistungen an eine Person verkaufen konnten und trotzdem Lücken vorhanden waren (Morrow 1996).

attained age (Prämie steigt mit zunehmendem Alter) und community rating (Morrow 1996). Medigap-Versicherungen hatten in den letzten Jahren rapiden Prämienanstieg zu verzeichnen, der nicht vorauszusehen waren. Ein Grund ist, daß gesündere Senioren in HMOs abwandern, wo Eigenbeteiligungen lediglich nominal sind, und so einen Pool krankerer in traditioneller Versicherung mit Medigap-Zusatz belassen, was dort die Kosten anhebt²³⁸ (Freudenheim 1997). Darüberhinaus war eine Zunahme an Erstattungsanträgen, darunter vor allem ambulanten Leistungen (Laborleistungen, Röntgenuntersuchungen etc.) zu verzeichnen. Eine Rolle spielt auch, daß einige Versicherer die Prämien von Beginn an zu niedrig ansetzten, um sich einen größeren Marktanteil zu sichern, was aber letztendlich zu steilem Prämienanstieg führte (ebd.).

4.1. Medicare managed care

Der private Markt hat Impulse an das Medicare-Programm weitergegeben und obwohl der überwiegende Teil der Medicare-Berechtigten weiterhin einem fee-for-service-Plan angehört, ist in den letzten Jahren die Mitgliedschaft in managed care -Plänen beständig gestiegen (s. Abb 15).

Abbildung 15: Anteil der Medicare-Berechtigten mit managed care -Plänen, 1992-2002



Quelle: American Association of Health Plans, Congressional Budget Office; s. Carey 1997 I, 2146

238 Die Prämiensteigerungen betragen 1996 z.B. durchschnittlich 31,4 % in Arizona, 32,4 % in Ohio, 27,2 % in Virginia und für die Medigap-Versicherung der American Association of Retired Persons (AARP) 45 % über zwei Jahre. Die Abwanderung in HMOs hat besonders die AARP zu spüren bekommen, die im Gegensatz zu anderen Medigap-Versicherern jeden Antragsteller unabhängig von der Gesundheitsgeschichte aufnimmt (Morrow 1996).

Medicare-HMOs müssen alle Antragsteller ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes aufnehmen mit Ausnahme von Hospiz-Bewohnern oder Patienten mit dauerhaftem Nierenversagen. Medicare HMOs bieten oft Zusatzleistungen wie die Kostenübernahme verschreibungspflichtiger Arzneimittel an, die in traditioneller Medicare-Versicherung nicht inbegriffen sind, womit der Abschluß einer Medigap-Versicherung hinfällig wird. Dies ist der Hauptgrund für Senioren, HMOs zu wählen (Freudenheim 1997).

Medicare zahlt HMOs 95 % der geschätzten Kosten der Versorgung eines Medicare-Versicherten in einem fee-for-service-Plan der gleichen Region, d.h. die Prämien variieren je nach Region (Werber Serafini 1997d, 657). HMOs müssen damit alle Leistungen abdecken, die auch von fee-for-service Medicare-Plänen übernommen werden. Aufgrund der Anpassung an die regionalen Vergleichskosten sind in einigen Gebieten der USA die Raten so gering, daß HMOs nicht am Medicare-Programm teilnehmen wollen oder nur geringe Leistungspakete mit hohen Prämien und Zuzahlungen anbieten. Gleichzeitig gibt es Hinweise, daß die Raten in anderen Regionen exzessiv sind (Werber Serafini 1997d, 658; Werber Serafini 1997j). Neben der Bezahlung spielen andere Hindernisse eine Rolle; z.B. können Regionen so wenig besiedelt sein, daß ein managed care-System nicht effizient geführt werden kann (Werber Serafini 1997d, 658).

Die Kostenkontrollmechanismen von managed care²³⁹ stellen nur einen Grund dar, warum HMOs mit geringeren Geldbeträgen als das konventionelle Medicare-Programm gewöhnlich zusätzliche Leistungen und niedrigere Eigenbeteiligungen offerieren können. Kapitation kann dazu führen, daß die Bundesregierung managed care-Pläne übervergütet. 10 % der Medicare-Berechtigten verursachen 70 % der Kosten. Wenn managed care-Pläne in größerem Verhältnis gesündere Versicherte anziehen²⁴⁰, können sie bei Zugrundelegung durchschnittlicher Medicare-Ausgaben hohe Gewinne erzielen (Oberlander 1997, 605). Untersuchungen fanden, daß Medicare 5,7 % mehr pro Versicherten an HMOs zahlte, als in fee-for-service angefallen wäre (Brown/Hill 1994). Zusätzliche Leistungen in Medicare-HMOs können aufgrund dieser Überzahlungen geboten werden. Damit werden Zusatzleistungen für einen Teil der Medicare-Berechtigten finanziert, der im Durchschnitt gesünder ist (Oberlander 1997, 613; s. auch Kilborn 1996a; Werber Serafini 1997d; Morrow 1996). Durch die bisherige Konstruktion des Programms wird mit der vermehrten Nutzung von HMOs der Medicare-Verwaltung kein Geld gespart (Kilborn 1996a).

Managed care im Medicare-System bietet potentiell einige Vorteile für die medizinische Versorgung von Senioren. Managed care kann die Leistungsqualität verbessern, unnötige Behandlungen

239 Medicare kontrolliert die Preise für Leistungen, hat im fee-for-service-System aber keinen Einfluß auf Volumen und Intensität (Oberlander 1997, 601).

240 Daß HMOs vorwiegend gesündere Medicare-Versicherte einschreiben ("biased selection") ist belegt durch: Langwell/Hadley 1989, 74; Luft/Miller 1988. Ursache für "biased selection" ist zum einen die Beschränkung des Angebots an Leistungsanbietern, was vorwiegend gesündere Versicherte anzieht, und zum anderen die Marketingstrategien der managed care-Unternehmen (Oberlander 1997, 607). Z.B. werden Informationsveranstaltungen im 1. Stock abgehalten, so daß Personen, die Treppen steigen können, gezielt geworben werden; oder Veranstaltungen finden außerhalb des Bereichs von öffentlichen Verkehrsmitteln statt, so daß Senioren versammelt werden, die noch Auto fahren können (Morrow 1996).

verhindern sowie mittels case management die Behandlung komplexer oder chronischer Erkrankungen verbessern (Oberlander 1997, 603). Durch ein meist umfangreicheres Leistungsangebot (ebd., 602) werden Senioren zusätzliche Kosten erspart. Auch die Administration des Medicare-Programms wird erleichtert, da Zahlungen an managed care-Pläne größtenteils auf Kapitationsbasis erfolgen und nicht mehr jede einzelne Leistung abgerechnet werden muß; zudem entfallen Selbstbehalte und der damit verbundene Berechnungsaufwand (ebd., 603). Darüberhinaus gleichen fee-for-service-Leistungsanbieter durch einen denkbaren "spillover effect" aus Konkurrenzgründen möglicherweise ihre Preise an die geringeren managed care-Vergütungen an und wenden kostengünstigere Behandlungsmethoden bei allen ihren Patienten an (ebd., 602).

Das Medicare-System bot in seiner bisherigen Ausgestaltung einen guten Anhaltspunkt für die Zufriedenheit von Versicherten in HMOs, da Medicare-Berechtigte jederzeit ihren managed care-Plan wechseln oder zurück zu fee-for-service kehren konnten, wohingegen Arbeitnehmer meist nur einmal im Jahr die Gelegenheit haben, Versicherungspläne zu wechseln. 1994 stiegen 14,2 % der Medicare-Berechtigten aus einem managed care-Programm aus, davon wechselten aber nur 5,4 % zu fee-for-service, der Rest wählte lediglich einen anderen managed care-Plan (Riley/Ingber/Tudor 1997, 118). In Arizona zeigten Regierungsanalysen, daß nur 1,2 % der Medicare-Versicherten monatlich HMOs-Pläne wieder verlassen, um zu fee-for-service zurückzukehren und eine Umfrage durch Gallup fand, daß die Älteren in HMOs zufriedener waren als in allen anderen Versicherungstypen (Kilborn 1996a). Ein Großteil von Untersuchungen hat nachgewiesen, daß Medicare-Versicherte in HMOs gleichwertige oder sogar bessere Behandlungsqualität als unter fee-for-service haben und mehr Präventivleistungen erhalten (Clement et al. 1994 ; R. Brown et al. 1993; Preston/Retchin 1991; Retchin/Preston 1991; Retchin/Brown 1990; Riley 1994; Carlisle et al. 1992; Retchin/Brown 1991).

Es wurden jedoch auch Bedenken angemeldet, da sich managed care-Mechanismen zur Leistungseindämmung bei einer Bevölkerungsgruppe, die im Durchschnitt mehr Leistungen benötigt, möglicherweise negativ auf die Qualität auswirken können. Advokaten für die Älteren werfen HMOs vor, die Leistungen für die anfälligsten Versicherten einzuschränken und eine kostenkürzende Einstellung zu haben, die den Zugang zu Spezialisten verbaut, Operationen aufschiebt und Patienten vorzeitig aus dem Krankenhaus drängt²⁴¹ (Kilborn 1996a) Besonders verletzlich sind chronisch Erkrankte; ein Prinzip von managed care ist, frühzeitig einzugreifen und Patienten gesund zu halten, da sonst höhere Kosten getragen werden müssen. Bei chronischen Erkrankungen fallen die Kosten für Leistungsunterlassung möglicherweise nicht auf den Versicherungsplan, sondern werden bei Pflegebedürftigkeit auf Familien, öffentliche Versicherungsprogramme oder soziale

241 Weniger Schlaganfallpatienten, die durch Medicare HMOs versichert sind, als Medicare fee-for-service-Versicherte werden nach ihrem Krankenhausaufenthalt in Rehabilitationszentren überwiesen (Retchin et al. 1997). Die Studie vergleicht jedoch nicht die "Funktionsfähigkeit" der Patienten und in der Todesrate wurde nach 2,5 Jahren kein Unterschied gefunden. Die Autoren weisen darauf hin, daß weitere Untersuchungen notwendig sind um festzustellen, ob HMOs notwendige Behandlungen verweigern oder lediglich teure Leistungen gezielt verwalten. Allerdings stünden die Ergebnisse der Studie im Einklang mit anderen, neuen Daten, welche zeigen, daß HMOs weniger häusliche Pflege zur Verfügung stellten und der funktionale Status von Patienten schlechter sei als unter fee-for-service (s. auch Kong 1997).

Agenturen verschoben (Oberlander 1997, 604), so daß für den Versicherungsplan Behandlungsanreize fehlen. Zudem kann es den unter managed care bevorzugten Primärärzten an Wissen mangeln, einige chronische Erkrankungen zu behandeln (Mechanic 1994, 126; Schlesinger/Mechanic 1993, 127ff; Gillick 1987). Verstärkt wird dieser Punkt durch das Zögern von managed care-Plänen, die Kosten medizinischer Leistungen zu übernehmen, wenn Behandlungsnormen vage sind, was zur Verweigerung aus ihrer Sicht "unnötiger" Leistungen führen kann (Schlesinger/Mechanic 1993, 129). Ferner geraten Leistungsanbieter aufgrund der Kapitationsvergütung bei der Behandlung chronisch Kranker unter finanziellen Druck (Kane 1995, 703; Schlesinger/Mechanic 1993, 129f; Gillick 1987).

Einzelne Fallstudien haben im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen für Medicare managed care negative Ergebnisse gezeigt (s. Ware et al. 1996; Clement et al. 1994; R. Brown et al. 1993; Retchin/Gurnick Clement/Brown 1994). Auch die relativ hohen Rückkehraten zu fee-for-service unter Senioren, die gleichzeitig Medicaid-Anspruch haben, Behinderten, Afro-Amerikanern sowie sehr alten Medicare-Versicherten deuten auf Schwierigkeiten im Zugang zu medizinischen Leistungen hin, welche insbesondere kranke und schutzbedürftige Untergruppen treffen (Riley /Ingber/Tudor 1997, 122). Für die abzusehende Ausdehnung von managed care in Medicare ist unklar, wie der größere Anteil krankerer Senioren gehandhabt wird (Oberlander 1997, 616).

4.2. Die drohende Zahlungsunfähigkeit des Medicare Hospital Insurance Trust Fund

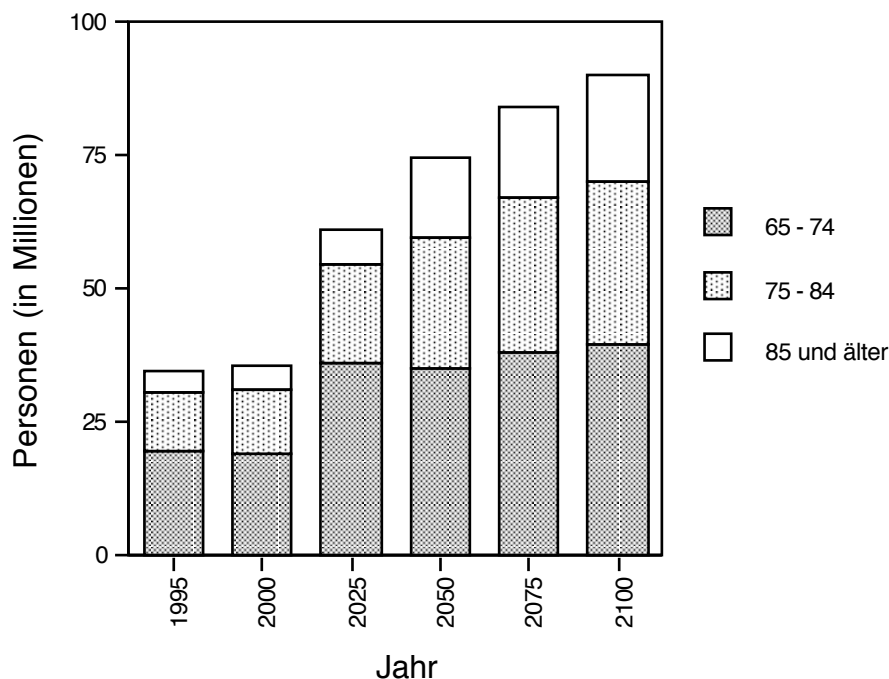
Über zehn Jahre sind die Ausgaben für die jetzt 38 Mio. Medicare-Berechtigten von \$ 74 Milliarden auf \$ 197 Milliarden 1996 gewachsen. Der Anteil der Medicare-Auslagen am Bruttosozialprodukt (gross domestic product) betrug 1996 2,3 % gegenüber 1,7 % 1986²⁴² (Feldstein 1996). Medicare ist ein sehr populäres Programm und in der Gesellschaft besteht Konsensus darüber, daß die Gesundheitsversorgung der Älteren durch die Regierung gesichert werden muß (Boston Globe 1996h). Stukturenreformen werden daher von Politikern mit Vorsicht angegangen. Die Diskussion des Themas wurde jedoch unumgänglich, als 1995 die Ausgaben des Programms höher als die Einnahmen waren und 1996 Berichte über den imminenden Bankrott von Part A veröffentlicht wurden.

Für Medicare Part B (ambulante Leistungen) werden die Beiträge und entsprechenden Zuschüsse durch die Regierung jedes Jahr den erwarteten Ausgaben angeglichen, so daß diesem Programm das Geld nicht ausgehen kann. Part A (Hospital Insurance Trust Fund) jedoch ist an das Verhältnis zwischen Medicare-Versicherten als Anspruchsberechtigten und Personen in Arbeitsverhältnissen

242 In einem Bericht des Department of Health and Human Services wurde geschätzt, daß Leistungserbringer 14 % der Medicare-Vergütungen zu Unrecht und teilweise trügerisch erlangen (Werber Serafini 1997 I, 1458). Ein Wiedereinbringen der Beträge in vollem Umfang ist unmöglich, aber die Bemühungen werden verstärkt. Z.B. vermehrte der Kongreß mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz erheblich die Geldmittel an FBI, Justice Department sowie Department of Health and Human Services, welche für die Aufdeckung von Überzahlungen in Medicare bereit stehen (ebd., 1460).

als Zahlern gebunden. Bereits seit einigen Jahren zeichnete sich die Tendenz ab, daß die Ausgaben schneller steigen würden als die Einnahmen (Pear 1996n). Im Finanzjahr 1995 überstiegen im Trust Fund für Part A erstmals seit 1972 die Einnahmen die Ausgaben; allerdings konnte zum Ausgleich auf einen in den Vorjahren erwirtschafteten Überschuß zurückgegriffen werden (Pear 1996c; Black 1996h). Berechnungen der Treuhänder des Hospital Insurance Trust Fund²⁴³ und des Congressional Budget Office kamen zu dem Schluß, daß der Fund im Jahr 2001 bankrott gehen würde (Rubin 1997a; D. Rosenbaum 1996; Washington Post 1996; Wines 1996). Die Gründe für den Ausgabenüberschuß liegen in höheren Kosten für häusliche Pflege sowie Pflege in Pflegeheimen und Hospizen, einem Anstieg der Krankenhausaufnahmen, einer Zunahme teurer Prozeduren im stationären Bereich, geringeren Einnahmen als ursprünglich angenommen sowie zügiger Kostenerstattungsanträge durch Leistungsanbieter (D. Rosenbaum 1996; Pear 1996c; Black 1996h). Hinzu kommt, daß Medicare-Berechtigte im Vergleich zu vorangegangenen Jahrzehnten durchschnittlich ein höheres Alter erreichen und die Behandlungsbedürftigkeit steigt. Zudem wird Medicare nicht so strikt reguliert, da managed care eine geringere Rolle spielt als im privaten Sektor (Kuttner 1998).

Abbildung 16: Projizierte Zunahme älterer Personen bis 2100



Quelle: Social Security Administration, Office of Programs: Data from the Office of the Actuary

243 Mitglieder des Hospital Insurance Trust Fund sind drei Mitglieder des Clinton-Kabinetts, der Commissioner of Social Security und zwei Experten, die nicht der Regierung angehören: Donna E. Shalala (Secretary of Health and Human Services), Robert E. Rubin (Treasury Secretary), Robert B. Reich (Labor Secretary), Shirley S. Chater (Social Security Commissioner), Stephen G. Kellison (Versicherungsstatistiker) und Marilyn Moon (Ökonomin) (D. Rosenbaum 1996).

Wesentlich verschärft wird die Situation durch die Erreichung des Ruhestandalters der ersten Baby Boomer im Jahr 2010, womit es zu einer raschen Zunahme der Anspruchsberechtigten (s. Abb. 16) bei relativem Rückgang der einzahlenden Personen kommen wird²⁴⁴. Voraussagen gehen dahin, daß sich die Kosten nicht nur durch die Menge der Berechtigten erhöhen werden, sondern auch durch geändertes Anspruchsdenken. Die "neuen" Pensionäre verfügen über bessere Bildung und sind durch die Medien besser über die medizinische Entwicklung informiert, so daß ihre Nachfrage nach exzellenter Gesundheitsversorgung und teurer Medizintechnologie größer sein wird. Gleichzeitig wird die Lebenserwartung weiter steigen (Raspberry 1996).

4.2.1. Lösungssuche

Managed care spielt bei der Suche nach Lösungen für die Medicare-Finanzkrise eine bedeutende Rolle. Diese Form der Leistungserbringung wird von Advokaten als Weg gesehen, Geld zu sparen und gleichzeitig die Qualität von Gesundheitsleistungen zu verbessern sowie das Leistungsangebot auszudehnen (Oberlander 1997, 595). Neben der drohenden Zahlungsunfähigkeit des Hospital Insurance Trust Fund und der bevorstehenden Pensionierung der Baby Boom-Generation hat noch ein weiterer Faktor dazu beigetragen, Reformen des Medicare-Systems in den Mittelpunkt zu rücken. Im privaten Sektor findet eine Revolution statt, welche die Ausdehnung von managed care, integrierten Versorgungssystemen und Kapitationsvergütung beinhaltet. Diese Umgestaltungen sind zusammengefallen mit einer Verlangsamung der Arbeitgeberkosten für Krankenversicherung (ebd., 596). Die als Erfolg wahrgenommenen Veränderungen im privaten Sektor zusammen mit dem drohenden Bankrott Medicare's lassen für viele Politiker und Gesundheitssystemexperten die Übernahme Markt-initiiertter Reformen auch im Medicare-System notwendig erscheinen (ebd.). In der Diskussion stehen zwei Gedanken: Mehr Medicare-Versicherte in managed care-Pläne zu bringen und/oder Medicare durch ein Gutscheinsystem zu ersetzen, innerhalb dessen Anspruchsberechtigte ihren Versicherungsschutz selber erwerben (ebd., 596/597).

4.2.2. Der Streit um Medicare 1995/96

Republikanische Politiker griffen den drohenden Bankrott des Medicare Hospital Insurance Trust Fund (Medicare Part A) auf, um ihren im Contract with America (s. Gillespie/Schellhas 1994) aufgeführten Zielen wie der Abkehr von Regierungsprogrammen näherzukommen und mehr Medicare-Berechtigte in den privaten Absicherungsbereich zu bringen. Der 1995 vorgelegte Haushaltsvorschlag des Kongresses für 1996, der allein von Republikanern ausgearbeitet wurde, sah vor, Medicare stufenweise von einem Regierungsprogramm in ein Gutschein-System umzuwandeln, in

244 Zwischen 2010 und 2030 wird sich die Zahl der Anspruchsberechtigten verdoppeln (Raspberry 1996), während sich die Anzahl der Zahler gegenüber heute um die Hälfte verringert (Rubin 1997b, 994). Die Anzahl der Senioren betrug 1990 32 Mio. und wird 2040 schätzungsweise 70 Mio. erreichen mit dem größten Wachstum unter den "sehr alten" Personen über 85 Jahren (Bodenheimer/Grumbach 1995, 123).

welchem Regierungskontrolle zum großen Teil aufgegeben würde. Senioren sollten im Programm verbleiben, Mitglieder in privaten Krankenversicherungsplänen werden oder medical savings accounts erwerben können²⁴⁵, wofür sie von der Bundesregierung eine festgesetzte monatliche Geldsumme erhalten hätten²⁴⁶. Für zusätzliche Absicherung hätte aus eigener Tasche gezahlt werden müssen. Nach Ansicht der Republikaner hätte dies Wettbewerb in die Gesundheitsindustrie gebracht, Medicare-Berechtigte in billigere, effizientere managed care-Pläne gelockt und die Kosten erheblich gesenkt. Zudem schlugen sie vor, die jährlichen Medicare-Ausgaben zum ersten Mal zu deckeln (Wines/Pear 1996; Skocpol 1996a, 184). Kürzungen in der Medicare-Steigerungsrate sollten für im Contract with America (s. Gillespie/Schellhas 1994) versprochene Steuerkürzungen verwendet werden (Wines/Pear 1996; Skocpol 1996a, 184; Rubin 1997a).

Clinton's Haushaltsvorschlag von 1995 stellte eine moderate Alternative dar und sah für 1996 Medicare-Kürzungen in Höhe von \$ 124 Milliarden über sieben Jahre vor. Diese Zahlen lagen nah an den Vorschlägen der Republikaner, Clinton schlug Kosteneinsparungen jedoch überwiegend bei den Leistungsanbietern vor. Seine weitreichendste Anregung war die Deckelung des jährlichen Wachstums des durchschnittlichen Betrages, der für einen Medicaid-Berechtigten aufgewendet wird. Alle weitergehenden Maßnahmen bezeichnete er als "radical Republican extremism" (Wines/Pear 1996). Die einzige überparteiliche Übereinstimmung hinsichtlich Medicare bestand im Wahljahr 1996 darin, daß eine Kommission zur Suche von Lösungswegen gebildet werden sollte (Boston Globe 1996f).

Nach Aussagen von Demokraten war das Ziel der Republikaner, "...to raid Medicare, not to save it - to lavish more tax breaks on the very people who don't need them" (Richard A. Gephardt, führender Demokrat im Repräsentantenhaus, Ass. Press 1996f). Die Demokratische Partei und Clinton konnten die republikanischen Vorstellungen nutzen, um nach den für sie verheerenden Kongreßwahlen 1994 Boden wiedergutzumachen. Der Präsident legte gegen den Haushaltsvorschlag des Republikanischen Kongresses sein Veto ein und ließ es sogar zu einer Schließung der Regierungsbehörden kommen, denen durch die Verzögerung keine finanziellen Mittel mehr zur Verfügung standen. Der überwiegende Teil der Öffentlichkeit wies den Republikanern die Schuld zu und gab Clinton Kredit dafür, Medicare bewahren zu wollen.

Obwohl die Republikaner mit ihren Medicare-Vorschlägen eine Niederlage erlitten hatten, reagierte das Gesundheitssystem. Das in republikanischen Plänen umfaßte Ziel der Verstärkung von managed care im Medicare-Programm führte dazu, daß die Anzahl der managed care-Pläne, die mit Medicare kontraktieren, anstieg. Ferner kündigte die American Association of Retired Persons an, ihren

245 Nach Skocpol wären durch die Umsetzung republikanischer Pläne reiche und gesunde Medicare-Berechtigte mit medical savings accounts in for-profit-Pläne abgewandert und die Leistungen im konventionellen Medicare-Programm hätten aufgrund von Geldmangel derartig an Qualität verloren, daß das Argument des Nichtfunktionierens von Regierungsprogrammen unterstützt worden wäre (Skocpol 1996a, 184).

246 Medical savings accounts für Medicare-Versicherte werden bereits seit den 1980ern propagiert (s. Goodman/Musgrave 1992, 439ff).

Mitgliedern bestimmte HMOs zu empfehlen. Allein die Diskussion von Reformen hatte somit Veränderungen im Programm hervor gerufen (Oberlander 1997, 619).

1996 gingen Republikaner erheblich vorsichtiger vor und trotzdem gelang es den Demokraten wieder, sich als Bewahrer von Medicare zu porträtieren. Der Haushaltsvorschlag der Republikaner für 1997 sah vor, bis 2002 die projizierten Ausgaben von Medicare Part A um \$ 123 Milliarden durch strikte Ausgabenlimits zu kürzen, was den Bankrott in das Jahr 2007 hinein verzögern hätte (Wines 1996). Über Part B bestand unter den Parteien Einigkeit: Beide wollten hier Kürzungen in den veranschlagten Ausgaben von ca. \$ 44 Milliarden weitaus überwiegend zu Lasten von Leistungsanbietern vornehmen (Wines 1996).

Die Strategie der Demokratischen Partei zielte auf die Beibehaltung ihrer Mehrheit unter den 33 Mio. potentiellen Wählern, die 65 oder älter sind, und war ihnen gegenüber freigiebiger. Der Vorschlag der Regierung sah Kürzungen bei den projizierten Ausgaben im Part A in Höhe von \$ 72 Milliarden vor, wollte aber darüberhinaus den am schnellsten wachsenden Teil von Part A, häusliche Krankenpflege, herausnehmen und vornehmlich von Medicare Part B finanzieren lassen. Damit griff Clinton einen Vorschlag auf, der in ähnlichen Zügen bereits 1995 von den Republikanern unterbreitet worden war (Wines 1996). Ferner sollte der Entwurf die Optionen von Medicare-Beziehern vergrößern und mit der Transformation von einem traditionellen fee-for-service-Programm zu managed care beginnen (Purdum 1996b). Auch Clinton's Vorschlag sollte die Zahlungsfähigkeit Medicare's verlängern, sah aber weniger unpopuläre Ausgabenrestriktionen vor als der Entwurf der Republikaner, der für jüngere Wähler ansprechender war (Wines 1996).

Wie bereits im Vorjahr konnte aber auch 1996 keine gemeinsame Grundlage gefunden werden und der Wahlkampf beendete alle Einigungsversuche. Demokraten nutzten das Medicare-Debakel der Republikaner von 1995 im Wahlkampf 1996 und klagten die Republikanische Partei an, Medicare zurückschrauben zu wollen. Clinton wurde für weitere vier Jahre in seinem Amt bestätigt und es wäre der Demokratischen Partei beinahe gelungen, die Mehrheit im Repräsentantenhaus zu erlangen. Demokraten konnten glaubhaft machen, die republikanischen Vorschläge würden den Anspruchsberechtigten schaden. Republikanern haftete der Ruf an, Medicare demontieren zu wollen und Einsparungen bei der medizinischen Versorgung von Senioren zugunsten von Steuerkürzungen vornehmen zu wollen.

4.2.3. Der Einigungsprozeß

Nach den Verlusten bei den Wahlen 1996 waren Mitglieder der Republikanischen Partei zurückhaltend, Medicare anzugehen. Handlungsnotwendigkeit wurde gesehen, aber Republikaner strebten nun überparteiliche Zusammenarbeit an (Rubin 1997a). Innerhalb der Einigung zwischen republikanischen Spitzenpolitikern und der Clinton-Administration auf die Grundzüge eines Haushaltsplanes vom 02.05.1997 sollten mehr als 80 % der vorgesehenen Kürzungen aus dem Medi-

care-Programm kommen (Pear 1997g). Diese Maßnahme stellten damit ein Schlüsselement zum Ausgleich des Bundeshaushalts bis zum Jahr 2002 dar (Rosenblatt 1997). Über fünf Jahre sollten Einsparungen in Höhe von \$ 115 Milliarden erfolgen, davon \$ 100 Milliarden durch Reduzierung der Zahlungen an Leistungserbringer und \$ 15 Milliarden durch höhere Kosten für Versicherte. Als Schutz gegen die Prämienhöhungen wurden \$ 1,5 Milliarden als Hilfe für einkommensschwache Anspruchsberechtigte zur Verfügung gestellt. Um den unter Bedrängnis stehenden Part A liquide zu halten, sollten die Kosten für häusliche Krankenpflege zu Part B transferiert werden. Auch Leistungsausweitungen in Form von Mammogrammen, Darmkrebs-Früherkennung, Impfungen und Anleitung zur Eigenhilfe für Diabetiker waren vorgesehen. Die Zahlungsfähigkeit von Medicare wäre um zehn Jahre verlängert worden (Hager 1997; Rubin 1997b; Hager/Rubin 1997, 1119). Wesentliche strukturelle Veränderungen waren jedoch nicht beabsichtigt.

Die Verhandlungen in den Kongreß-Komitees liefen trotz unterschiedlicher Ansichten der beiden Parteien wesentlich glatter als die Diskussion zur Medicare-Reform 1995 oder zum Clinton-Plan 1993/94. Beide Seiten hielten sich größtenteils an die zwischen der Clinton-Administration und republikanischen Spitzenpolitikern ausgehandelten Vorschläge (Carey 1997b, 1371). Positiv wirkte sich auch aus, daß alle Beteiligten bestrebt waren, die Chance auf Verabschiedung eines ausgeglichenen Haushalts zu ergreifen und dies nicht an Streitigkeiten über Medicare scheitern lassen wollten. Die Komitees beendeten ihre Arbeit im Juni 1997 (zu den Entwürfen der Komitees s. Carey 1997c; Carey 1997a; Carey 1997b, 1369) und bereits am 25.06.1997 legten sowohl der Senat als auch das Repräsentantenhaus ihre Haushaltsentwürfe vor. In der Senatsversion waren drei Regelungen zur längerfristigen Hilfe für Medicare vorgesehen, die sich als wesentliche Streitpunkte mit dem Repräsentantenhaus abzeichneten:

- Means testing

Der Plan zur Einführung höherer Prämien für wohlhabendere Medicare-Versicherte (means testing) wurde von einer überparteilichen Koalition im Senat vorangetrieben, um die Langzeitprobleme des Programms mit der sich nähernden Pensionierung der Baby-Boom-Generation anzugehen (Mitchell 1997a). Unter dem Senatsvorschlag hätte der graduelle Prämienanstieg die Kosten für die höchsten Einkommensgruppen vervierfacht, betroffen gewesen wären 6-8 % der Anspruchsberechtigten (Carey 1997i, 1708; Mitchell 1997a). Befürworter von means testing gehen davon aus, daß so mehr Fairness in das Medicare-Programm gebracht würde und Personen mit geringerem Einkommen nicht länger Berechtigte der oberen Einkommensklassen subventionieren würden (Carey 1997e). Auf der Gegenseite standen Stimmen, die auf einen der Grundgedanken von Medicare verwiesen, nicht zwischen arm und reich zu unterscheiden. Durch die Erhöhung der Prämien für wohlhabendere Medicare-Berechtigte würde ein erster Schritt unternommen, die Charakteristik eines universellen Krankenversicherungsprogramms zu verlieren und Medicare in ein zweistufiges Wohlfahrtsprogramm umzuwandeln (Oliphant 1997; Carey 1997i, 1708).

Mehrere Anläufe zur Implementation von means testing waren in der Geschichte von Medicare

bereits gescheitert²⁴⁷. Clinton stand dem Senatsvorschlag nach anfänglicher Ablehnung offen gegenüber, wollte aber auf keinen Fall überparteilichen Rückhalt für ein Haushaltsgesetz gefährden (Pear 1997f; Carey 1997j, 1789). Die Maßnahme stieß jedoch auf Probleme, da sie nicht in der Haushaltsvereinbarung vom Mai 1997 eingeschlossen war und außerhalb des Senats keine weite überparteiliche Unterstützung hatte²⁴⁸.

- Heraufsetzung des Anspruchsalters

Der Haushaltsvorschlag des Senats sah eine Anhebung des Anspruchsalters für Medicare von 65 auf 67 Jahre zwischen 2003 und 2007 vor (Pear 1997g). Eine solche Regelung würde Probleme schaffen, da eine neue Gruppe potentiell Nichtversicherter entsteht. Bereits 15 % der 50 bis 65-jährigen haben keine Krankenversicherung und immer weniger Arbeitgeber bieten ihren Ruheständlern Absicherung, bis sie Medicare-Alter erreichen: 1985 erhielten noch 75 % der Arbeitnehmer im Ruhestand mittlerer und großer Unternehmen Krankenversicherungsleistungen, 1993 waren es nur noch 52 %. Individuelle Versicherungen können oft nur zu extrem hohen Preisen oder aufgrund von Vorerkrankungen überhaupt nicht abgeschlossen werden (Werber Serafini 1997o, 1638). Im Fall von Vorruheständlern, die durch ihren Arbeitgeber weiter versichert werden, wäre der kollektive Verhandlungsprozeß zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften betroffen, in dem solche Leistungen meist ausgehandelt sind (Oliphant 1997). Clinton, die American Association of Retired Persons sowie Unternehmensvertretungen wie das Chamber of Commerce stellten sich gegen eine Heraufsetzung des Anspruchsalters (Pear 1997g).

- Eigenbeteiligung für häusliche Krankenpflege

Mit der Einführung einer Selbstbeteiligung in Höhe von \$ 5 für häusliche Krankenpflegeleistungen wollten Vertreter dieses Vorhabens Patienten zu kostenbewußterem Verhalten veranlassen. Gegner meinten demgegenüber, daß Gebühren für Leistungsanspruchnahme nur Personen trifft, die auch tatsächlich von Leistungen Gebrauch machen müssen und damit eine Art "Krankheitssteuer" für die ärmsten und krankesten Berechtigten darstellen. Medicare's grundlegende Policy der Streuung von Risiken und Kosten unter allen Anspruchsberechtigten

247 Schon bei der Diskussion um die Implementation von Medicare 1965 kursierten Vorschläge, die Höhe der Prämie an das Einkommen der Anspruchsberechtigten zu binden. Derartige Überlegungen wurden jedoch aufgegeben, um das Programm mehr Abgeordneten gefällig zu machen. 1988 wurden im Medicare Catastrophic Coverage Act höhere Prämien für einkommensstarke Senioren gekoppelt mit erheblichen Leistungsausweitungen für alle Anspruchsberechtigten festgeschrieben, aber schon 1989 wurde das Gesetz aufgrund von Seniorenprotesten vom Kongreß widerrufen. Means testing war auch Teil von Clinton's Health Security Act 1993 und wurde 1995 im Haushaltsentwurf der Republikaner wieder aufgegriffen, der von Clinton mit einem Veto belegt wurde (Mintz 1997b; Carey 1997e).

248 Die Republikaner im Repräsentantenhaus waren in Erinnerung an die Attacken 1995/96 nicht eifrig, die Maßnahme zu umschließen und die positive Abstimmung im Senat war hier unter republikanischen Spitzenpolitikern sofort auf Widerstand gestoßen. Auch die American Association of Retired Persons opponierte (Congressional Quarterly 1997e). Hindernis für die Durchsetzung von means testing war darüberhinaus die Uneinigkeit über die durchführende Institution. Clinton strebte die Verwaltung durch die Steuerbehörde des Bundes (Internal Revenue Service-IRS) an; Republikaner lehnten dies ab, da sie einen Zusammenhang mit Steuern vermeiden und statt dessen das Department of Health and Human Services beauftragen wollten (Carey 1997i, 1708; Carey 1997j, 1789).

würde unterhöhlt (Carey 1997d, 1448; Oliphant 1997).

Das Repräsentantenhaus verabschiedete seinen Entwurf ohne diese drei Regelungen. Die Republikaner im Repräsentantenhaus fürchteten, daß Demokraten, Gewerkschaften und Seniorenvertreter das Thema Medicare im Wahlkampf 1998 erneut gegen sie verwenden könnten (Mitchell 1997a; Ass. Press 1997a) und standen tiefgehenden Eingriffen im Programm unentschlossen gegenüber. Von beiden Häusern angenommen war die Ermöglichung von medical savings accounts für Medicare-Berechtigte, eine Maßnahme, die in den Vorjahren noch heftig umstritten war. Offensichtlich setzten Demokraten diesmal aus zwei Gründen weniger Widerstand entgegen: Man wollte die Chance zur Verabschiedung eines ausgeglichenen Haushalts nicht aufgeben und ein Testprogramm für medical savings accounts war bereits mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz implementiert (s. Kap. III). Der Senatsvorschlag sah medical savings accounts für 100.000 Personen mit maximaler Eigenbeteiligung zwischen \$ 1.500 und 2.250 vor, das Repräsentantenhaus wollte sie für 500.000 Personen mit maximaler Eigenbeteiligung von \$ 6.000 ermöglichen (Carey 1997g).

Die drei umstrittenen Punkte –means testing, Heraufsetzung des Anspruchsalters und Selbstbeteiligung für häusliche Krankenpflege– wurden fallen gelassen, als die Republikanische Partei sich intern auf einen Entwurf einigte (Washington Post 1997; Carey 1997i). Damit waren diese Strukturveränderungen auch für die demokratischen Unterstützer der Maßnahmen im Senat nicht mehr von Interesse, da sie mit großer Wahrscheinlichkeit die wichtige Wählergruppe der Senioren verärgert hätten. Nach der Aufgabe dieser Punkte konnte im Konferenzkomitee rasch Einigung gefunden werden. Das Repräsentantenhaus nahm den Konferenzentwurf am 30.07.1997 an, der Senat folgte am nächsten Tag (Hosansky 1997). Das Haushaltsgesetz (Balanced Budget Act of 1997, HR 2015-PL 105-33, S 947)²⁴⁹ wurde verbindlich durch Clinton's Signatur am 05.08.1997. Für Medicare waren folgende Neuregelungen vorgesehen:

- Einsparungen in Höhe von \$ 115 Milliarden über fünf Jahre, hauptsächlich durch Reduzierung der Vergütungen an Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungsanbieter sowie größere Integration von managed care.
- Anhebung der Prämien für Part B von \$ 43,80 auf \$ 105,40 bis 2007.
- Verlagerung häuslicher Krankenpflege in Part B.
- \$ 4,6 Mio. werden über fünf Jahre für neue Präventivmaßnahmen zur Verfügung gestellt: Mammogramme, Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Uterus-, Colon- und Prostatakrebs sowie Osteoporose, Anleitung zur Selbsthilfe für Diabetiker²⁵⁰. Die Erweiterung des Angebots an Vorsorgeleistungen stellt eine neue Betonung des Medicare-Programms dar und

249 S. auch Pianin/Chandler 1997.; Clymer 1997d; Pear 1997i; Pear 1997k; Elving/Taylor 1997, 1834; Zitner 1997; Carey 1997a; Carey 1997k.

250 Die Aufnahme dieser Präventivleistungen in das Programm könnte nicht nur Medicare betreffen, sondern auch Einfluß auf private Krankenversicherung haben. Dies nicht nur in dem Sinn, daß solche Präventivleistungen übernommen werden, sondern daß lediglich die in Medicare vorgesehenen Früherkennungs-Methoden, welche möglicherweise billiger aber nicht so zuverlässig wie teurere sind, von privater Versicherung finanziert werden (Zitner 1997).

- soll dem Vorwurf entgegen wirken, Medicare würde Prävention nicht ausreichend betonen.
- Förderung von managed care in ländlichen Regionen durch Anhebung der Mindestzahlungen an managed care-Pläne, die sich in diesen Gebieten ansiedeln, auf \$ 367 für jeden Versicherten pro Monat.
 - Übergang zum prospective payment system für häusliche Krankenpflegeleistungen.
 - Geld für die Ausbildung von Ärzten im Praktikum (residents) wird nicht mehr an managed care-Unternehmen zur Weiterleitung gezahlt, sondern direkt an Lehrkrankenhäuser.
 - 390.000 Personen sind zur Errichtung von medical savings accounts anstelle traditioneller Medicare-Absicherung berechtigt.
 - Schaffung einer Anzahl neuer Versicherungsoptionen.
 - Bildung einer 17-köpfigen National Bipartisan Commission on the Future of Medicare, welche langfristige Lösungen zur Instandhaltung von Medicare erarbeiten soll.

4.2.4. Die langfristige Weiterentwicklung von Medicare

Obwohl sich die Akteure der imminenden Schwierigkeiten im Medicare-Programm bewußt waren, mündete der Verhandlungsprozeß nicht in tiefgreifenden Strukturreformen, sondern in einer Kompromißlösung, die lediglich minimalistische Zielvorstellungen verwirklichte. Für die zukünftige Entwicklung von Medicare werden zwei Punkte von Bedeutung sein: Die Implementation der neuen Versicherungsoptionen und die Arbeit der National Bipartisan Commission on the Future of Medicare.

4.2.4.1. Die neuen Medicare-Optionen

Mit dem Haushaltsgesetz wurde ein sogenanntes "Medicare+Choice" Programm geschaffen (s. auch Werber Serafini 1997o, 1637; Pear 1997m), welches die Versicherungsoptionen für Medicare-Berechtigte erheblich erweitert. Bisher konnten Medicare-Versicherte lediglich zwischen fee-for-service und Medicare-HMOs wählen. Die neuen Optionen erweitern sowohl die Zugangsmöglichkeiten zu anderen Formen von managed care als auch Versicherungsarten, welche die Absicherung zu größerem Teil in den individuellen Verantwortungsbereich bringen.

Als Alternativen zu fee-for-service sollen ab 01.01.1999 (Carey 1997 I, 2147) zur Auswahl stehen:

- * Health Maintenance Organizations (HMOs)
- * Preferred Provider Organizations (PPOs; s. S. 13)
- * Point-of-service networks (s. S. 13)
- * Provider-sponsored organizations

Diese Pläne stehen im Besitz und werden verwaltet von Ärzten und Krankenhäusern; sie erhalten, ähnlich wie HMOs, von Medicare eine monatliche Vergütungsrate für jeden Patienten. Die Leistungsanbieter argumentieren, daß von ihnen verwaltete Pläne bessere Leistungen für weniger Geld bieten, da der Mittelsmann, das Versicherungsunternehmen, ausgeschaltet wird. Kritiker befürchten, daß keine Kostensenkung stattfindet, da Leistungsanbieter höhere Profite einstreichen würden (Werber Serafini 1997o, 1638).

* Medical savings accounts (MSAs)²⁵¹

Befürworter von Medicare medical savings accounts sehen in ihnen ein Mittel, die Kosten zu senken, da Medicare-Berechtigte sich kostenbewußter verhalten würden, wenn sie auf Geld in ihrem eigenen Konto zurückgreifen müssen. Zudem hätten Patienten mehr Einfluß auf Behandlungsentscheidungen. Kritiker halten entgegen, daß nur wohlhabendere Senioren, deren Gesundheitszustand zumeist besser ist, aufgrund der hohen Selbstbehalte der zusätzlich abzuschließenden "Krankenversicherung für Katastrophenfälle" (catastrophic insurance) MSAs wählen könnten. Die ärmeren und krankeren würden zurückbleiben, was den universellen Risikopool aushöhlen und zu Kostenerhöhungen führen würde. MSAs würden den Trend zur Privatisierung von Medicare beschleunigen (Carey 1997h).

* Private fee-for-service

Hierbei handelt es sich um private Versicherungspläne, welche die gleichen Leistungen wie Medicare fee-for-service abdecken. Der Unterschied liegt darin, daß Leistungsanbieter aufgesucht werden können, die nicht in Vertrag mit Medicare stehen und deren Honorierung nicht nach den Medicare-Vergütungsraten erfolgen muß; Leistungsanbieter können Patienten bis zum 115-fachen von dem in Rechnung stellen, was der Versicherungsplan übernimmt. Auch die Prämien der Versicherungspläne sind nicht an die Medicare-Prämien gebunden (Carey 1997m, 2147).

* Private contracting

Ärzte, die nicht am Medicare-Programm teilnehmen, können so Behandlungsverträge mit Medicare-Berechtigten für Leistungen eingehen, die prinzipiell durch Medicare abgedeckt sind. Der Patient muß die gesamten Kosten selber tragen, der Leistungsanbieter kann eine beliebige Vergütung verlangen. Der Patient ist weiterhin durch Medicare versichert, zahlt Prämien und kann Leistungen innerhalb des Programms in Anspruch nehmen. Befürworter dieser Option argumentieren, daß so die Wahlmöglichkeiten vergrößert werden und Medicare-Berechtigte die Freiheit haben sollten, ihr eigenes Geld für ihre Gesundheitsversorgung zu verwenden (Carey 1997m,

251 Republikaner promovierten MSAs während der Clinton-Debatte und hatten sie 1995 in ihrem gescheiterten Haushaltsvorschlag vorgesehen. Mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz wurde ein Versuchsprogramm installiert (s. Kap. III). Senioren, die MSAs wählen, unterliegen "balanced billing", d.h. sie müssen den Differenzbetrag zahlen, wenn ein Leistungsanbieter mehr als die Medicare-Vergütungsrate für eine Behandlung verlangt (Carey 1997h, 1581). Konservative Gruppen wie die Christian Coalition verlangten die Ermöglichung von "balanced billing" in der Medicare-Reform. Sie argumentierten, daß durch die Verminderung der regulären Medicare-Vergütungsraten diese immer weiter hinter die medizinische Inflationsrate zurückfallen würden, was zu "unfreiwilliger Euthanasie" führte, wenn Senioren nicht ihr eigenes Geld zur Finanzierung unrationierter Behandlungen, die möglicherweise lebensrettend sind, verwenden könnten (Werber Serafini 1997m, 1468).

2147; Carey 1998b, 187/188). Ärzte wollten eine solche Regelung seit langem durchsetzen, da ihrer Ansicht nach die Restriktionen unter Medicare so groß sind, daß sie die Anzahl ihrer Medicare-Patienten begrenzen müssen (ebd., 187). Kritiker sagen, daß ein zweigleisiges System entstehen würde, da nur wohlhabende Senioren für die Extraleistungen zahlen können (Carey 1997m, 2147; Carey 1998b, 187/188). Ärzte, die private contracting akzeptieren, sind für zwei Jahre vom Medicare-Programm ausgeschlossen. Daher wird erwartet, daß nur wenige Ärzte private contracting im Gegenzug zu gesicherten Zahlungen durch Medicare wählen werden (Carey 1998b, 188). Es sind allerdings Bestrebungen im Gang²⁵², diese Frist aufzuheben (Werber Serafini 1997s; Carey 1998b, 187).

Die Optionen repräsentieren eine radikale Abkehr bestehender Medicare-Politik. Während bisher Senioren mit einem festen Leistungsangebot versorgt werden, wurde hier ein erster Schritt zum Aufbau eines Systems unternommen, in welchem Anspruchsberechtigte einen festgelegten Geldbetrag erhalten und selber Versicherung oder Leistungen erwerben müssen. Der Gedanke sozialer Versicherung und Gleichheit wird damit erodiert. Befürworter der neuen Optionen meinen, daß so der Medicare-Markt wirklichem Wettbewerb geöffnet und Medicare-Berechtigten mehr Macht gegeben würde. Das Festhalten am reinen fee-for-service System, welches Senioren nicht alle gewünschten Leistungen wie z.B. Arzneimittel geben konnte, würde beendet werden (Carey 1997 I, 2146). Ferner wird angeführt, daß Medicare-Zahlungen weiter hinter die tatsächlichen Kosten für Leistungserbringung zurückfallen und Leistungen dann rationiert würden. Mit der Wahl einer der neuen Optionen könnten Medicare-Patienten Rationierungen entgehen (Pear 1997 I; Pear 1997m). Kritiker führen an, daß sich nur wohlhabendere Senioren zusätzliche Zahlungen an Leistungsanbieter erlauben könnten und zudem durch private fee-for-service und private contracting Medicare-Berechtigte den Schutz von Regierungskontrolle verlieren (Werber Serafini 1997o, 1638). Der Repräsentantenhaus-Abgeordnete Pete Stark (Demokrat, Kalifornien) meinte:

“Much of this Medicare bill seeks to promote managed care and to encourage the great mass of beneficiaries to join managed care plans, while letting the richest doctors and patients in our society avoid the inconveniences of managed care.”

(Pear 1997k)

Nach einer Analyse des Congressional Budget Office werden bis zum Jahr 2002 nahezu elf Mio. Medicare-Berechtigte das fee-for-service-System verlassen (Werber Serafini 1997o, 1636). Gerade für managed care wird erheblicher Mitgliederzuwachs gesehen. Dabei spielt nicht nur das erweiterte Angebot durch das Haushaltsgesetz eine Rolle, sondern auch steigende Prämien für Medigap-Versicherungen sowie die Ausdehnung von managed care in ländlichen Gegenden (Carey 1997 I, 2146) werden zur Abwanderung beitragen. Kritiker weisen darauf hin, daß die neuen Optionen gesetzlich festgelegt wurden, bevor genügend Informationen zur Verfügung standen, ob sie für Senioren geeignet sind (ebd., 2148). Selbst im Fall von managed care, welches sich in der Versorgung der Bevölkerung im Arbeitsalter bewährt hat, ist nicht geklärt, ob den Gesundheitsanforderun-

252 Hinter den Anstrengungen stehen Senator Jon Kyl (Republikaner aus Arizona), die American Medical Association und die United Seniors Association.

gen des älteren, oft krankeren Bevölkerungsteils in großem Umfang gerecht werden und Geld gespart werden kann²⁵³ (ebd., 2146). Es wird befürchtet, daß die Kapitation unter managed care gerade bei ernsthaft erkrankten Senioren Anreiz sein wird, unzureichende Leistungen zu erbringen (ebd., 2148).

Von der Inkraftsetzung des Haushaltsgesetzes im Oktober 1997 wurde erwartet, daß Versicherungsunternehmen, HMOs, Krankenhäuser und Ärzte mit neuen Produkten in den Medicare-Markt drängen und der Wettbewerb angekurbelt wird. Senioren wurden mit Angeboten überschwemmt und die Gefahr besteht, daß sie nicht genügend unvoreingenommene Information erhalten, um kenntnisreiche Entscheidungen zu treffen. Informationen bei der Suche nach Versicherungsoptionen beschränken sich meist auf die Broschüren, die von den Versicherungsplänen selber herausgegeben werden (Werber Serafini 1997o, 1638/1639). Die Federal Health Care Financing Administration, welche für die Beaufsichtigung von Medicare zuständig ist, hat Demonstrationsprojekte zu HMOs, PPOs und point-of-service-Plänen laufen, aber noch keine Ergebnisse vorliegen. Optionen wie provider-sponsored organizations sind noch nicht in der Praxis getestet²⁵⁴ (Werber Serafini 1997o, 1637).

Das Department of Health and Human Services und die Unterabteilung Health Care Financing Administration entwickelt Regulationen für die neuen Pläne sowie Marketing-Richtlinien für Werbung. Im Haushaltsgesetz ist festgelegt, daß die Health Care Financing Administration ab Herbst 1997 Informationen über die Versicherungsoptionen verschicken sollte. Zusätzlich werden Vergleiche der Versicherungspläne als Hilfe für Konsumenten über das Internet zugänglich gemacht. Darüberhinaus werden Medicare-Berechtigte über ihre Zufriedenheit mit managed care befragt und die Ergebnisse in den nächsten Jahren öffentlich gemacht zusammen mit Leistungsdaten zum Qualitätsvergleich, welche von den Versicherungsplänen seit 01.01.1997 an die Health Care Financing Administration übermittelt werden müssen (Carey 1997 I, 2147; Werber Serafini 1997o, 1639; Werber Serafini 1997g, 1037).

4.2.4.2. Die Arbeit der National Bipartisan Commission on the Future of Medicare

Die Kommission soll Wege suchen zur Lösung der kombinierten Probleme der Erweiterung des Medicare-berechtigten Personenkreises, neuer und teurer Medizintechnologie, stärkerer Nutzung von Gesundheitsleistungen sowie weniger Arbeitnehmern, die in das System einzahlen (Simendinger 1997b, 2514). Die Mitglieder setzen sich aus Kongreßabgeordneten und Gesundheits-

253 Mit der Ausdehnung von managed care in Medicare werden unter Umständen die Kosten steigen, da die monatliche Prämie unabhängig von der Leistungsanspruchnahme bezahlt werden muß. Wenn die Kosten steigen, wird der Kongreß die Vergütungsraten an managed care-Unternehmen senken und als Antwort werden diese Leistungen beschneiden (Carey 1997 I, 2149).

254 Die Fristen für die Rückkehr zu fee-for-service unter Zusicherung von Medigap-Versicherung mit annehmbarem Preis wurden durch das Haushaltsgesetz 1997 erheblich verkürzt (Werber Serafini 1997o, 1638), was den Wechsel zu unerprobten Versicherungsoptionen für Senioren riskant macht.

systemexperten zusammen, Uneinigkeiten zwischen Clinton und republikanischen Spitzenpolitikern hatten jedoch die Benennung eines Vorsitzenden aufgehalten (Carey 1997p, 3030). Als im Januar 1998 Senator John Breaux (Demokrat aus Louisiana) zum Vorsitzenden und der Repräsentantenhaus-Abgeordnete Bill Thomas (Republikaner aus Kalifornien) zum "administrative chairman" benannt wurde (Congressional Quarterly 1998a, 134), hatte sich der Arbeitsbeginn der Kommission bereits um zwei Monate verzögert (Werber Serafini 1998a, 335). Die Bindung an den 01.03.1999 als Termin für die Ablieferung eines Endberichts bleibt dennoch weiterhin verpflichtend (Congressional Quarterly 1997a, 2017).

Zur Verabschiedung von Empfehlungen müssen elf der 17 Mitglieder zustimmen (Simendinger 1997b, 2514). Es wurden Berichte laut, nach denen der Mehrheitsführer des Repräsentantenhauses, Newt Gingrich, die vier von ihm benannten Angehörigen der Kommission dazu verpflichtet hat, Steuererhöhungen um jeden Preis abzulehnen (Carey 1997p, 3030); dies wurde nach Bekanntwerden dementiert, aber Mitarbeiter Gingrich's bestätigten, daß Republikaner andere Lösungswege als Steuererhöhungen anstreben (Simendinger 1997b, 2515). Lösungspräferenzen sind außerordentlich unterschiedlich; Senator Robert Kerrey z.B. unterstützt eine Heraufsetzung des Zugangsalters, Senator Phil Gramm favorisiert private Investitionen jedes Arbeitnehmers (Werber Serafini 1998a, 333/334). Es ist zu erwarten, daß die Kommission bereits diskutierte Vorschläge wieder aufgreifen wird: Heraufsetzung der Altersgrenze, Zuzahlung für häusliche Krankenpflege, höhere Prämie für wohlhabendere Senioren (Carey 1997 I, 2149; Pear 1997m), Ausgabendeckelung, mehr Möglichkeiten zu individueller Auswahl unter Leistungsoptionen (Simendinger 1997b, 2515), Promotion von anderen Versicherungsarten als fee-for-service (z.B. medical savings accounts oder managed care) (Werber Serafini 1998a, 334) sowie Schaffung privater Investment-Konten, damit Personen für ihre zukünftigen Medicare-Bedürfnisse sparen können.

Ein Problem für die Kommission ist, daß sie Vorschläge unterbreiten soll, die noch in 25 bis 30 Jahren wirken sollen. Zuverlässige Aussagen über die ökonomische Entwicklung und die zukünftige Gestaltung des Medizinsystems können langfristig jedoch nicht gemacht werden (Werber Serafini 1998a, 334). Weitere Schwierigkeiten bereiten der Zeitdruck und daß die von Gingrich benannten Mitglieder aller Wahrscheinlichkeit nach keine Steuererhöhungen oder neue Steuern gutheißen werden. Selbst wenn Vorschläge vorgelegt werden sollten ist es unsicher, ob diese vom Präsidenten und vom Kongreß aufgegriffen werden. Durch das 1997 verabschiedete Haushaltsgesetz wurde der Handlungsdruck gesenkt und im Hinblick auf die Präsidentschaftswahl 2000 werden Politiker unpopuläre Maßnahmen vermeiden wollen²⁵⁵ (Carey 1998e; Werber Serafini 1998a, 335).

4.2.5. Die Haltung der Interessengruppen

Obwohl die von Einsparungen betroffenen Leistungsanbieter sich gegen die Vorschläge zur Medicare-Reform wandten, war Lobbying diesmal aus folgenden Gründen von wesentlich geringe-

255 Clinton z.B. will in seiner Amtszeit die Rettung Medicare's angehen, könnte aber mit unbeliebten Entscheidungen Al Gore, seinem prospektivem Nachfolger, schaden (Werber Serafini 1998a, 335).

rem Erfolg gekrönt: Die Reformen waren in ein Haushaltsgesetz eingebunden, welches einen ausgeglichenen Staatshaushalt versprach. Republikaner hatten dies bei ihrer Übernahme des Kongresses 1994 zugesichert und für Clinton bot sich die Möglichkeit, sich als New Democrat zu bestätigen und politische Punkte zu erzielen. Keine Seite wollte ihre Chance scheitern lassen. Zudem war der Handlungsdruck aufgrund der drohenden Medicare Zahlungsunfähigkeit, die nicht in ferner Zukunft, sondern in einigen Jahren zu erwarten war, groß und Untätigkeit wäre bei den nächsten Wahlen bestraft worden. Republikaner waren kompromißbereit, nachdem ihr Alleingang 1995 zu erheblichen Stimmeneinbußen bei der Wahl 1996 beigetragen hat.

Interessengruppen der Ärzteschaft sahen sich zwar mit Vergütungskürzungen konfrontiert, hatten aber dafür eines ihrer langfristigen Ziele, private contracting, erreicht. HMOs hatten während der Verhandlungsphase um das Haushaltsgesetz gegen geplante Einsparungen bei Medicare protestiert und Kürzungen im Leistungsangebot sowie höhere Prämien für Medicare-HMOs prophezeit (Rosenblatt 1997). Auch vorgesehene Schutzmaßnahmen für managed care-Versicherte wurden abgelehnt und die American Association of Health Plans warnte vor Erhöhung von Eigenanteilen und Leistungskürzungen aufgrund von höheren Kosten für Versicherungspläne. Angeführt wurden ausdrücklich Arzneimittel und zahnärztliche Leistungen (Carey 1997d, 1448), die bei der Wahl von HMOs für Medicare-Berechtigte mit geringem oder mittlerem Einkommen oft ausschlaggebend sind (Rosenblatt 1997). Nach Verabschiedung des Gesetzes milderte die American Association of Health Plans ihren Standpunkt und bezeichnete die Einsparungen bei managed care-Plänen (\$ 23 Milliarden über fünf Jahre) als fair. Sie erwartet aktiveren Wettbewerb und Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Werber Serafini 1997p, 1692).

Die Einsparungen im stationären Bereich werden möglicherweise negative Auswirkungen auf Teile der Krankenhausindustrie haben. Während ein Großteil der Krankenhäuser trotz Vergütungskürzungen unter managed care weiterhin Gewinne erzielt, wirtschaften nach Angaben der American Hospital Association 20 % ihrer Mitglieder im Minus (Werber Serafini 1997p, 1692). Diese Institutionen befinden sich vorwiegend in ländlichen oder innerstädtischen Gebieten, wo sie nahezu unentbehrlich sind, da Behandlungsalternativen nicht vorhanden sind. Die allgemeinen Folgen der Einsparungen wären hier besonders zu spüren durch Aufgabe von Verbesserungen, Einfrieren oder Reduzierung von Gehältern, Entlassung von Personal, möglicherweise Reduzierung oder Eliminierung kostenintensiver Leistungen wie Außenkliniken in ländlichen Gebieten, Notfallabteilungen, Verbrennungsabteilungen und anderen. Solche Maßnahmen würden nicht nur Medicare- und Medicaidpatienten treffen, sondern Einfluß auf die Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung haben (Werber Serafini 1997p, 1692).

4.2.6. Ausblick für Medicare

Garantie für die im Haushaltsgesetz projizierten Medicare-Einsparungen ist nicht gegeben. Die zukünftige Entwicklung der Wirtschaftslage ist ungewiß und es kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden, ob der Übergang zum prospective payment system für häusliche Krankenpflegeleistungen

die erwarteten Einsparungen (\$ 16 Milliarden über fünf Jahre) bringen wird. Es ist auch nicht sicher, ob die erwarteten Zahlen des Übergangs zu managed care unter Medicare-Berechtigten erreicht werden. Selbst wenn es zu einer Ausweitung von managed care kommt, sind Einsparungen nicht automatisch; bei Kapitationsvergütung unter managed care muß Medicare jeden Monat zahlen, selbst wenn keine Leistungen in Anspruch genommen werden während unter fee-for-service Vergütung nur für tatsächlich erbrachte Leistungen erfolgt (Werber Serafini 1997p, 1692/1693).

Langfristige Strategien zur Milderung der sich anbahnenden Finanzkrise im Medicare-Programm wurden nicht festgelegt sondern einer Kommission übertragen. Aus dem politischen Verhandlungsprozeß konnten lediglich Minimallösungen hervorgehen, die bestehende Strukturen weitgehend unangetastet lassen, aber Optionen mit einer Verschiebung zu individueller Verantwortlichkeit auf Versuchsebene implementieren. Ein grundlegendes Prinzip sozialer Krankenversicherung ist, daß gesündere Personen momentan kranke subventionieren. Die in den Medicare-Änderungen verankerten neuen Versicherungsmöglichkeiten bergen die Gefahr, daß dieses Prinzip aufgebrochen wird. Die Abkehr vom traditionellen Pool ist insbesondere für Senioren interessant, die zum einen die finanziellen Mittel für zusätzliche Zahlungen an Leistungsanbieter haben, zum anderen aber auch gesünder sind und keine chronische Behandlungsbedürftigkeit aufweisen. Die Logik des Subventionsprinzips wird umso weiter zusammenbrechen, je mehr gesündere Personen abwandern und krankere Anspruchsberechtigte im traditionellen Pool verbleiben.

KAPITEL VI

SCHLUßBETRACHTUNG

Die Gesundheitspolitik der USA in den 1990ern war geprägt von einer heftigen Auseinandersetzung um eine tiefgreifende Strukturreform des Krankenversicherungssystems, zu der Präsident Clinton mit dem Health Security Act und dessen Fundierung auf managed competition die Grundlage lieferte. Es gelang jedoch nicht, Einigung über wesentliche Zielvorstellungen zu erlangen. Die Diskussion, und damit auch die Aussicht auf universelle Absicherung der gesamten Bevölkerung, wurde 1994 als gescheitert erklärt. Anstelle einer umfassenden Neustrukturierung mündeten die Reformbestrebungen 1996 in einem minimalen Krankenversicherungsgesetz. Wesentliche Veränderungen im Gesundheitssystem wurden jedoch durch Initiativen des privaten Sektors hervorgerufen.

1. ZUSAMMENFASSUNG

Die Voraussetzungen für eine Strukturreform des Gesundheitssystems schienen in den frühen 1990ern günstig. Die hohen Steigerungsraten der Gesundheitskosten waren für öffentliche Haushalte und Arbeitgeber nicht länger akzeptabel und sogar traditionell anti-reformerische Interessengruppen wie die Unternehmerschaft (s. Martin 1993) und Organisationen der Leistungsanbieter deuteten Bereitschaft zu fundamentalen Änderungen an. Der überwiegende Teil der Bevölkerung stand einem nationalen Krankenversicherungssystem positiv gegenüber. Innerhalb der Mittelschicht, einem wichtigen Wählerpotential, wurden Berichte über eine Zahl von 40 Mio. Nichtversicherten mit Besorgnis verzeichnet und die zunehmende Auslieferung von Personen mittleren Einkommens an das Verhalten von Versicherungsunternehmen als Unsicherheitsfaktor selbst bei Besitz von Krankenversicherung wahrgenommen. Durch die Wahl Bill Clinton's zum Präsidenten im November 1992, der eine nationale Krankenversicherung zum Schlüsselement seines Wahlkampfes gemacht hatte, schien der Weg geebnet zu sein (Steinmo/Watts 1995, S.362).

Mit der Vorlage des Health Security Act erfüllte Clinton jedoch nicht nur Hoffnungen, sondern eröffnete gleichzeitig den offiziellen Gegenangriff der Reformgegner, die sich bereits seit seiner Wahl im Hintergrund formiert hatten. Entscheidend für deren Erfolg war, daß sich im Kongreß eine Koalition aus konservativen Republikanern gebildet hatte, die ein nationales Krankenversicherungssystem um jeden Preis verhindern wollten, um den demokratischen Präsidenten zu diskreditieren und bei der nächsten Wahl das Parlament unter die Oberherrschaft der Republikanischen Partei zu bringen. Der politische Prozeß wurde von ihnen in einen ideologisch motivierten Konflikt verwandelt innerhalb dessen es gelang, das Meinungsbild der Öffentlichkeit, welche Clinton's Reforminitiative ursprünglich begrüßt hatte, umzukehren.

Auch die Arbeit in den Kongreßkomitees war von der ideologischen Auseinandersetzung beeinflusst und wurde zudem von der Einbringung einer Vielzahl von Alternativvorschlägen erschwert. Hinzu kam der Druck der Interessengruppen, die innerhalb des politischen Gefüges der Vereinigten Staaten wesentliche Möglichkeiten zur Einflußnahme haben und jeweils ihren Teil des Systems bewahren wollten. Von Bedeutung war auch, daß Organisationen wie die Health Insurance Association of America mit negativen Anzeigenkampagnen zu einem Meinungsumschwung in der Öffentlichkeit beitrugen. Maßgeblich zum Scheitern der Reformdiskussion trug bei, daß anti-regulatorisch eingestellte Interessengruppen wie die National Federation of Independent Business in einem inoffiziellen Bündnis mit konservativen Republikanern entscheidenden Einfluß auf die Arbeit der Kongreßkomitees sowie die Position anderer Interessengruppen nehmen konnten.

Nachdem das Reformvorhaben schließlich zu Fall gebracht worden war, konnte die Republikanische Partei bei den Kongreßwahlen im November 1994 wesentliche Stimmengewinne verbuchen und erlangte sowohl im Repräsentantenhaus als auch im Senat die Mehrheit. Es war den Reformgegnern gelungen, Clinton und die Demokratische Partei gegenüber der Wahlbevölkerung als Vertreter eines regierungszentrierten Gesundheitssystems zu porträtieren, unter dem weite Teile der Population Nachteile in ihrer Gesundheitsversorgung zu erwarten hätten. Mit der Wahlniederlage für die Demokraten hatten konservative Republikaner ihr Ziel erreicht und etablierten im folgenden eine stärker an Marktgrundsätzen und individueller Verantwortlichkeit ausgerichtete Politik.

Das Thema Krankenversicherungsreform wurde von den reformorientierten Senatoren Nancy Kassebaum (Republikanerin) und Edward Kennedy (Demokrat) mit der Vorlage eines minimalistischen Entwurfs zur Erleichterung der Beibehaltung von Krankenversicherung bei Arbeitsplatzverlust- oder wechsel wieder aufgegriffen. Trotz einer erneut ideologisch beladenen Diskussion im Kongreß, in der Republikaner die Neuregelungen durch Einschluß von medical savings accounts zur Richtungsänderung des Gesundheitssystems nutzen wollten, konnte das Gesetz 1996 (unter Einschluß eines Versuchsprojekts mit medical savings accounts) verabschiedet werden und bildete quasi den gesetzgeberischen Abschluß der 1993 begonnenen Reformdiskussion.

Im privaten Sektor hat Clinton durch die Agendasetzung einer Reform des Gesundheitssystems unzweifelhaft als Katalysator von Trends gewirkt (Wines/Pear 1996), die bereits in den 1980ern zu verzeichnen waren. Was Zelman so treffend als "the rise and fall, and rise, of reform" (Zelman 1996, 2) bezeichnet, weist auf die Strukturveränderungen im Versicherungs- und Leistungserbringungssystem hin, die aus Kostengründen vom Privatsektor initiiert wurden und sich in einem exponentiellen Wachstum von managed care, Konsolidierungen im Gesundheitssystem sowie der zunehmenden Privatisierung von Gesundheitsleistungen äußern und als "Strukturreform" durch den privaten Sektor nach dem Scheitern des staatlichen Reformanlaufs bezeichnet werden können. Managed care-Versicherungsformen waren schon von einer Anzahl Arbeitgeber als Mittel zur Verringerung ihrer Krankenversicherungskosten adoptiert und erlebten durch die Diskussion von Clinton's managed competition-Vorschlag einen rasanten Aufschwung. Gleichzeitig waren Institutionen im Gesundheitswesen bemüht, sich auf eine scheinbar bevorstehende Strukturreform vorzubereiten.

Mittel dazu schien eine weitere, bereits seit Jahren anhaltende Tendenz: der Zusammenschluß zu größeren Organisationen, die in einem veränderten Wettbewerbsfeld mehr Verhandlungsmacht besitzen. Damit wurden vom Privatsektor wesentliche Punkte umgesetzt, die sich im Reformentwurf der Clinton-Administration befanden: Ausweitung von managed care sowie Zusammenschluß von Leistungsanbietern und Versicherern in größeren Einheiten, jedoch ohne staatliche Regulationen. Letztendlich entwickelte sich ein dynamischer Veränderungsprozeß, der durch die Verstärkung des Einflusses von for-profit in allen Bereichen gekennzeichnet ist und dessen Ausgang noch nicht abzusehen ist.

Es ist jedoch deutlich geworden, daß die ungesteuerten, marktzentrierten und gewinnorientierten Umgestaltungen Nachteile mit sich gebracht haben. Während das für die Reformdiskussion mit ausschlaggebende Kostenproblem durch die Ausweitung von managed care kurzfristig gedämpft werden konnte, hat der private Sektor keinen Anlaß zur Lösung des zweiten Problems, der hohen Zahl der Nichtversicherten. Durch das veränderte Vergütungsumfeld, in welchem sich Versicherer und Arbeitgeber zunehmend aus dem cross-subsidizing für zahlungsunfähige Nichtversicherte zurückziehen, geraten gerade öffentliche Krankenhäuser zunehmend in Finanzbedrängnis und staatliche Verantwortliche sind auf der Suche nach neuen Lösungen. Auch im ambulanten Sektor entstanden Probleme durch Druck von managed care-Unternehmen auf Effizienz und Ärzte müssen zunehmend die Bedürfnisse einzelner Patienten gegenüber den Ressourcen der Gesamtheit abwägen. Darüberhinaus läßt eine Ausweitung von Vergütungsformen mit Risikobeteiligung die Besorgnis größer werden, daß notwendige Behandlungen unterbleiben.

Die Bundesstaaten und der Bund haben aufgrund der Beschwerden von Versicherten, die Verweigerungen von Kostenübernahmen durch managed care-Unternehmen anklagten sowie der Hinweise von Konsumergruppen bezüglich zweifelhafter Taktiken der Versicherer mit regulatorischen Schritten begonnen. Zur gleichen Zeit greifen staatliche Stellen jedoch auf managed care zurück, welches im privaten Sektor anscheinend zur Verlangsamung des Kostenanstiegs beigetragen hat, und versuchen, mehr Versicherte des Medicare- und des Medicaidprogramms in solche Versicherungsarten zu bringen. Ein Schritt dazu wurde mit dem Haushaltsgesetz 1997 unternommen. Bundesstaaten können große Teile ihrer Medicaid-Versicherten nun ohne Genehmigung der Bundesregierung in managed care-Pläne einbinden. Auch im Rahmen von Medicare wurde mit dem Haushaltsgesetz die Wahl von managed care für Senioren erleichtert. Ferner wurden für sie Versicherungsoptionen zugänglich gemacht, die eine Abkehr von staatlich zentrierter Gesundheitsversorgung in diesem Programm bedeuten wie medical savings accounts, private contracting und private fee-for-service.

Das sich aus dem Tatbestand des Fehlens universeller Versicherung ergebende Problem der hohen Nichtversichertenzahlen, welches vom privaten Sektor nicht adressiert wird, ist von der Clinton-Administration nach dem Scheitern der Reformdebatte 1994 nicht fallengelassen worden. Es wurde zum einen mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz aufgegriffen und zum anderen mit der Ausweitung von Krankenversicherung für Kinder durch das Haushaltsgesetz 1997, welches jedoch die

Verantwortung den Bundesstaaten überläßt und auf eine zentrale Verwaltungsinstanz verzichtet. Ein weiterer Schritt wurde mit Clinton's Vorschlag zur Öffnung des Medicare-Programms für Personen ab 55 Jahren unternommen.

2. DIE RESTRUKTURIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS: PUBLIC POLICY ODER PRIVATE FORCES?

Staatliche Gesundheitspolitik der USA in den 1990ern ist von zwei gegensätzlichen Polen geprägt:

- a) Versuchen zum Ausbau sozialstaatlicher Absicherung, zum einen durch universelle Krankenversicherung oder zumindest Ausdehnung auf einen größeren Personenkreis und zum anderen Regulation des privaten Sektors in Form von Eingriffen in die managed care-Industrie;
- b) der Forderung nach weiterem Rückzug des Staates aus dem Gesundheitssystem, was sich niederschlug in Form entschiedener Zurückweisung umfassender Reformen, Ablehnung von Eingriffen in die managed care-Industrie sowie dem Versuch, individuelle Verantwortlichkeit betonende Versicherungsoptionen auszuweiten.

Im Policy-Prozeß mußten mit dem Aufeinandertreffen dieser beiden Pole Kompromisse gefunden werden. Das Scheitern der Reformdiskussion unter Clinton stellte eine Niederlage für die Vertreter eines Ausbau des Sozialstaates im Gesundheitssystem dar und verdeutlichte, daß politische Entscheidungen in den Kongreßkomitees vorbestimmt werden, in welchen vor allem den Vorsitzenden wesentliche Macht zukommt. Zudem können Interessengruppen in nicht unerheblichem Grad Einfluß auf den politischen Willensbildungsprozeß während der Kongreßarbeit nehmen.

Dennoch konnten im folgenden, wenn auch erheblich eingeschränkte, gesetzliche Schritte durchgesetzt werden, welche die staatliche Verantwortung im Gesundheitswesen ausbauen, so die Erleichterung der Beibehaltung von Krankenversicherung bei Arbeitsplatzwechsel oder -verlust, die Ausdehnung von Krankenversicherung für Kinder und erste Maßnahmen zur Regulierung der managed care-Industrie. Dabei mußten jedoch Zugeständnisse gemacht werden, die zentrale Steuerung wesentlich einschränken oder ganz verhindern. Die implementierten Minimalreformen wurden verwässert durch die Fragmentation der USA und die starke Rolle der Bundesstaaten sowie die Notwendigkeit zur Kompromißbildung im Kongreß. Mit dem Kassebaum/Kennedy-Gesetz kam es zwar zum Ausbau von Krankenversicherung, aber auf eine staatliche Regulation wurde von vorneherein verzichtet, da keine Chancen für deren Durchsetzung im Kongreß gesehen wurden. Politik gewährte somit Zugangsmöglichkeiten zu Krankenversicherung, verband diese aber nicht mit einem Rechtsanspruch oder finanziellen Hilfen, so daß das Gesetz nach der Umsetzung in die Praxis nur wenig Erfolg hatte. Desweiteren konnten die Gegner staatlicher Sozialpolitik erreichen, daß mit der Ermöglichung zur Anlage von medical savings accounts eigenverantwortliche Vorsorge gegen den Krankheitsfall ausgeweitet wurde. Mit der Ausdehnung von Krankenversicherung für Kinder wurde staatliche Sozialpolitik zwar ausgebaut, die Verantwortlichkeit für die Umsetzung aber den

Bundesstaaten überlassen und damit zentral konzentrierte Steuerung verhindert²⁵⁶.

Auch im öffentlichen Programm für Bedürftige (Medicaid), dessen Verantwortlichkeiten bereits zwischen Bund und Bundesstaaten aufgeteilt waren, fand eine weitere Dezentralisierung statt mit der Regelung, daß Bundesstaaten ohne Genehmigung der Bundesregierung managed care-Programme in großem Umfang durchführen können. Hinsichtlich dieser Maßnahme bestand weitgehende Einigkeit über Parteigrenzen hinweg, da die scheinbaren Erfolge von managed care im privaten Sektor als Möglichkeit gesehen wurden, auch die Medicaidkosten zu senken. Eine nahezu vollständige Herauslösung von Medicaid aus der Verantwortung des Bundes wurde aber verhindert, da die Forderung nach Blocksummen für die Einzelstaaten im politischen Diskussionsprozeß nicht durchgesetzt werden konnte. Die Auseinandersetzung um Neuregelungen im Medicare-Programm, der Krankenversicherung für Personen über 65 Jahren, bewegten sich entlang vorgenannter Gegenpole und es gelang den Befürwortern eines marktorientierten Gesundheitssystems, das Zugangstor für neue Optionen, die sich von einer sozialen Versichertengemeinschaft entfernen, zu öffnen.

Die Kompromißbildung zwischen den gegensätzlichen Anschauungen von mehr Markt oder mehr Staat führte zu Lösungen, die dem Staat zu gewissem Grad Verantwortlichkeit belassen oder neu übertragen, gleichzeitig aber den Markteinfluß in den Programmen vergrößern oder Zuständigkeiten weiter zu den Bundesstaaten verlagern. Damit wurde innerhalb staatlich regulierter Krankenversicherung Raum für marktwirtschaftlich fundierte Segmente geschaffen. Ferner kann die Einräumung von Ausweichmöglichkeiten für einzelne Personen (durch medical savings accounts oder individuelle Versicherungsoptionen) zu einer Unterhöhlung der staatlichen Programme führen, wenn finanziell gut gestellte, gesündere Personen aus dem allgemeinen Versichertenpool abwandern. Hinsichtlich der Eingriffe in den privaten Bereich des Gesundheitssystems verliefen Kompromißbildungsprozesse nach gleichem Muster. Das Aufeinandertreffen der Gegenpole führte zu Minimallösungen, die bestehende Strukturen intakt lassen, innerhalb dieser aber dem Staat Regulationsaufgaben übertragen (Kassebaum/Kennedy-Gesetz, Gesetzgebung zu managed care).

Aufgrund der großen Bedeutung, die dem privaten Sektor im Gesundheitssystem der USA zukommt, war die Gesundheitspolitik in den 1990ern gekennzeichnet durch ein Wechselspiel zwischen staatlichen und privaten Initiativen. Als die Ausgaben für das Gesundheitswesen sowohl von staatlicher als auch von privater Seite als zu hoch wahrgenommen wurden, griffen Clinton und andere Politiker in der Form von managed competition Lösungsansätze auf, die bereits mit managed care Eingang in den privaten Bereich des Systems gefunden hatten. Da die politische Ebene letztlich keine umfassende gesetzliche Regelung hervorbringen konnte, ergriff der private Sektor zur Milderung seines Problems (Kosten) die Initiative, die sich an den Ansätzen der staatlichen

256 Reformbefürworter greifen nach der Clinton-Debatte scheinbar Personengruppen heraus, die nicht den "undeserving" zugerechnet werden können: Arbeitnehmer, die für kurze Zeit ihren Arbeitsplatz verlieren (lediglich Korrektur des bestehenden Systems), Kinder sowie Ältere (haben sich ihren Anspruch verdient). Da die Vorschläge so gestaltet sind, daß bestehende Strukturen nicht verändert werden und soziale Umverteilung nicht nötig wird, steigen die Chancen einer Umsetzung.

Reformdiskussion orientierte und zu einem rapiden Wachstum von managed care sowie Zusammenschlüssen von Leistungsanbietern und Versicherungsunternehmen führte. Der private Sektor hatte zumindest kurzfristig Erfolg, woraufhin die Bundesstaaten und der Bund dieses Lösungsmuster aufgriffen und die Rolle von managed care in den öffentlichen Programmen Medicare und Medicaid ausbauten. Auf der anderen Seite wiederum wurden staatliche Regulationsvorhaben von der privaten Versicherungswirtschaft adoptiert und zu Teilen freiwillig implementiert.

Private forces haben in den USA einen erheblich größeren Anteil an der Gesundheitspolitik als in anderen Staaten, bedingt durch das zu weiten Teilen privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitswesen, und gewannen in der Gesundheitspolitik in den 1990ern die Oberhand. Das politische System kann sich aufgrund seiner Struktur, die politische Entscheidungen Kongreßkomitees überläßt und wesentliche Einfallsmöglichkeiten für die Anliegen verschiedener Interessengruppen bietet, sowie des Staatsaufbaus mit erheblicher Eigenständigkeit der Bundesstaaten nicht auf Steuerungsansätze für diesen Bereich einigen und läßt eine private Gesundheitspolitik zu, die lediglich am Eigeninteresse des Sektors orientiert ist. Staatlicher Gesundheitspolitik bleibt es überlassen, Probleme zu adressieren, die für den Privatsektor nicht von entscheidender Bedeutung sind, wie "öffentliche Gesundheit", nationale Qualitätsmaßstäbe oder die Verringerung der Zahl der Nichtversicherten.

Die privatwirtschaftlich initiierte Transformation des Gesundheitswesens rief Strukturveränderungen im Versicherungs- und Leistungserbringungssystem hervor. Ein immer größerer Teil der Bevölkerung ist in Versicherungsarten eingebunden, die Leistungsanspruchnahme stärker kontrollieren und zur Leistungserbringung auf integrierte Netzwerke zurückgreifen, innerhalb derer Kosten und Leistungen überprüft werden können. Dies bewirkte Veränderungen in der Praxisausübung von Ärzten, die nun größere Verantwortung gegenüber den finanziellen Ressourcen einer Gemeinschaft zeigen müssen, aber auch als Profession einen Teil ihrer Autonomie aufgeben mußten. Im stationären Sektor war die Umgestaltung mit einer Konsolidierungswelle verbunden, die Krankenhäuser zu größeren Einheiten zusammenschließt und die Zukunft finanziell schwacher Einrichtungen, die eine große Zahl nichtversicherter Patienten behandeln, unsicher macht. Erschwerend kommt hinzu, daß Finanzierer von Gesundheitsleistungen sich in immer geringerem Umfang bereit finden, einen Teil der Kosten für die Behandlung Nichtversicherter zu übernehmen.

Die durch die Neustrukturierungen aufgeworfenen Probleme beruhen jedoch nicht auf der Ausweitung von managed care selber, sondern auf der Expansion von for-profit, dessen Rolle sich aufgrund der Verdienstmöglichkeiten in einem dynamischen Veränderungsprozeß erheblich vergrößerte. Das Wachstum gewinnorientierten Denkens und Handelns im Gesundheitssystem stößt immer wieder auf Widerspruch mit den Bedürfnissen von Patienten.

Die Neustrukturierung des Gesundheitssystems der USA durch den privaten Sektor hat zu einer Milderung des Kostenproblems beigetragen, aufgrund ihrer marktwirtschaftlichen Ausrichtung, die sich an den spezifischen Gegebenheiten des Gesundheitswesens der Vereinigten Staaten anlehnt, aber auch zu Mißständen geführt. Nach dem Ausschöpfen offensichtlicher Wirtschaftlichkeitsreser-

ven und mit dem Beginn staatlicher Regulation zeichnet sich ab, daß Einsparungen in bisherigem Umfang nicht fortgesetzt werden können. Damit wird auch eine mögliche Vorbildfunktion der Veränderungen für die Gesundheitspolitik in anderen Ländern, deren Krankenversicherungssysteme wesentlich andere Strukturmerkmale aufweisen, fraglich.

3. PATIENTENVERSORGUNG VERSUS GEWINNERZIELUNG

Andere Länder wenden bei der Suche nach Lösungen zur Eindämmung ihrer Gesundheitskosten den Blick in den letzten Jahren immer wieder in Richtung USA, wo mit einem marktorientierten managed care-Ansatz Erfolge zumindest hinsichtlich des Kostenaspekts erzielt werden konnten. Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Frage, ob Gesundheitsversorgung den Werten des Marktsystems ausgesetzt werden soll. Der Trend geht in diese Richtung und in vielen Regionen der USA bestimmen bereits große for-profit-Unternehmen die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen (Kassirer 1995, 50), was den Grundzügen der Lieferung anderer lebensnotwendiger Güter ähnlich ist. Dennoch darf nicht übersehen werden, daß das Gesundheitssystem die Aufrechterhaltung von Leben und Gesundheit individueller Personen zum Inhalt hat und nicht nur mit monetären Werten handelt (Fernandopulle/Chin 1995, 3).

Während der letzten Jahrzehnte haben in den Vereinigten Staaten Umwandlungen stattgefunden, die Gesundheitsversorgung mehr zu einem unternehmerischen Sektor transformiert und anderen Industriezweigen angeglichen haben (Fernandopulle/Chin 1995, 8). Bis in die 1960er hinein wurde die Gesundheitsindustrie von freiwilligen, non-profit-Krankenhäusern und einer starken, unabhängigen medizinischen Profession dominiert. Viele Patienten waren nicht versichert und Geldverdienst im Gesundheitsbereich war üblicherweise gering. Die Bevölkerung sah medizinische Versorgung eher als öffentliche Leistung denn als Business. In den 1960ern fand eine Transformation im Absicherungssystem statt. Die Regierung trat als großer Käufer von Gesundheitsleistungen durch Medicare und Medicaid in das System. Um die Unterstützung der Leistungsanbieter zu erlangen, waren die Erstattungsraten anfangs sehr generös. Zur gleichen Zeit stieg die Anzahl der Personen, die durch ihren Arbeitsplatz Krankenversicherungsschutz erhielten, da Gewerkschaften und Arbeitgeber dies oft als Zusatzleistung des Arbeitsvertrages aushandelten. Beide Faktoren führten erhebliche Finanzsummen in die Gesundheitsindustrie und das Angebot von Gesundheitsleistungen wurde nicht länger nur als humanitäre Dienstleistung gesehen, sondern nun auch als Mittel, Geld zu verdienen. Im Krankenhausbereich begannen Unternehmer, stationäre Behandlung auf for-profit-Basis anzubieten (Fernandopulle/Chin 1995, 8/9). Dennoch kann nicht übersehen werden, daß verschiedene Faktoren das Gesundheitssystem als Wirtschaftssektor einzigartig machen; die wichtigsten darunter sind:

- **Versicherung**

Leistungen im Gesundheitssystem sind zum großen Teil durch Versicherung abgedeckt. Damit sehen sich Konsumenten nicht mit den wahren Kosten konfrontiert, was ihr Anspruchsverhalten

modifiziert (Fernandopulle/Chin 1995, 6) und zu größerer Leistungsanspruchnahme verleitet.

- Informationsdefizite auf der Nachfrager- und Anbieterseite

Medizinische Behandlung beinhaltet eine große Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient (Fernandopulle/Chin 1995, 6/7) und Bedürfnisse werden zumeist nicht von den Konsumenten, d.h. Patienten, bestimmt, sondern von Ärzten (Relman 1980, 966). Konsumenten wissen weniger über mögliche Behandlungsmethoden als Leistungsanbieter, die überhöhte Preise verlangen können, da Gesundheit kein gewöhnliches Gut ist. Körperlich und seelisches Wohlbefinden hat für den Konsumenten einen hohen Prioritätsgrad, der Kosten bei ernsthaften Erkrankungen in den Hintergrund treten läßt. Leistungsanbieter auf der anderen Seite sind sich oft nicht sicher über den effizientesten Weg einer Behandlung (Wilkerson/Devers/Given 1997, 18) oder darüber, welche Leistung für den Patienten am besten ist (ebd., 21), was zu Überbehandlung führen kann. Voraussetzung für einen funktionierenden Markt ist Konsumerinformation. Diese ist hinsichtlich Krankenversicherung nahezu unmöglich zu erlangen, da es lediglich einzelne Versuche zum Vergleich von Versicherungsplänen gibt. Auch hat der individuelle Versicherte meist wenig Wahlmöglichkeit, da vom Arbeitgeber Versicherungspläne vorgegeben werden. Aber selbst Arbeitgeber verfügen außer Kostenpunkten kaum über Vergleichsmöglichkeiten.

- Regierungseingriffe

Die Regierung ist im Gesundheitswesen stärker involviert als in den meisten anderen Industriebereichen durch Regulation auf der einen Seite (Lizensierung von Leistungsanbietern, Kontrolle von Pharmazeutika u.a.m.) und als Finanzierer auf der anderen Seite (Forschungsstipendien, Steuererleichterungen, Medicare, Medicaid) (Fernandopulle/Chin 1995, 7). Die meisten US-Amerikaner stimmen darin überein, daß die Verteilung von Gesundheitsleistungen nicht allein auf der Zahlungsfähigkeit einer Person beruhen sollte und betrachten den Zugang zu Gesundheitsleistungen als Grundrecht (Relman 1980, 966). Wenn eine Gesellschaft jedoch die Verteilung von Ressourcen auf andere Werte als allein die Zahlungsfähigkeit gründet, kann nicht reiner Marktwettbewerb die Verteilung übernehmen, sondern soziale Intervention wird nötig (Wilkerson/Devers /Given 1997, 25).

- Einschränkung der Wahlmöglichkeit

Für bestimmte medizinische Leistungen, insbesondere in Notfällen oder bei schweren Erkrankungen, ist keine Substitution möglich (Fernandopulle/Chin 1995, 7), was die Nutzung eines bestimmten Leistungsanbieters oder einer bestimmten Leistung unumgänglich macht. Restriktionen bestehen auch hinsichtlich der Auswahl von Versicherungsoptionen. Meist wählen Arbeitgeber Versicherungspläne aus, was Arbeitnehmer für ein Jahr an einen bestimmten Plan und eine bestimmte Leistungspalette bindet. Selbst wenn der Plan minderwertig arbeitet, wird er vom Arbeitgeber aus Kostengründen möglicherweise nicht fallengelassen. Damit spüren Versicherungsunternehmen keine unmittelbare Rückwirkung auf unzureichende Qualität (Carey 1997q, 3060). Aber auch Versicherungsunternehmen sind Einschränkungen der freien Auswahl unterlegen. Beim Fehlen von Krankenversicherungspflicht ist vorderster Grund für den Erwerb

von Versicherung die Verminderung finanziellen Verlustrisikos. Gerade jene Personen schließen am wahrscheinlichsten eine Krankenversicherung ab, die ein hohes Risiko für kostenintensive Gesundheitsprobleme aufweisen (adverse selection). Versicherungsunternehmen fehlt diese Information des Nachfragers (s. Wilkerson/Devers/Given 1997, 22). Gleichzeitig bemühen sich Versicherer, ihre Pläne oder Marketing-Methoden so zu gestalten, daß sie auf gesunde Individuen anziehender wirken als auf Kranke oder Personen mit hohem Gesundheitsrisiko (risk selection) (Wilkerson/Devers/Given 1997, 22).

- Innovationsfolgen

Neue Technologie ist im Gegensatz zu anderen Industrien meist additiv, d.h. es entstehen zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten und damit neue Kosten (Fernandopulle/Chin 1995, 7).

- Möglichkeit zur Monopolposition

Aufgrund hoher Investmentkosten eines Krankenhauses müssen viele Patienten vorhanden sein, um die Betriebskosten zu decken. In manchen Regionen ist nur ein Anbieter (Krankenhaus) vorhanden, dessen Monopolposition in einem unregulierten Markt die Machtbalance bei der Preisaushandlung zugunsten des Krankenhauses verschiebt. Die Bundesregierung und die Regierungen der Einzelstaaten greifen in den Marktmechanismus ein durch Subventionierung des Baus oder Errichtung eigener Krankenhäuser in ländlichen Gebieten sowie durch Preiskontrollen (Wilkerson/Devers/Given 1997, 17).

- Preisgestaltung

Der Preis eines Produkts in anderen Wirtschaftssektoren spiegelt üblicherweise die gesamten Herstellungskosten wider. Viele Kosten im Gesundheitsmarkt sind externalisiert, z.B. Forschung, die oft von der Bundesregierung finanziert wird oder öffentliche Gesundheitspflege wie die Kontrolle von Infektionskrankheiten und der Sanitätsbereich (Wilkerson/Devers/Given 1997, 24).

Unabhängig von diesen Besonderheiten verstärkt sich im Gesundheitswesen der USA die Profitorientierung und beeinflusst alle Teile des Systems. Die Einstellung zu Ärzten änderte sich während des letzten Jahrzehnts und ihre Fähigkeit, medizinische Behandlung zu verwalten, wurde in Frage gestellt. Es wurde klar, daß ökonomische Motive in den Vordergrund des Handelns von medizinischen Institutionen und Professionen getreten waren. Arbeitgeber und Regierungen als wesentliche Zahler von Krankenversicherung sind zu dem Schluß gekommen, daß das Vertrauen auf Altruismus, Professionalismus und Selbstregulation zu überhöhten Preisen sowie überhöhter Nutzung führte (Gray 1991, 321/322). Als Zahler sind sie zunehmend um die projizierten Ausgaben besorgt und übernehmen mehr Kontrolle über die Gesundheitsversorgung, die sie kaufen (Fernandopulle/Chin 1995, 9; Dobbins 1994, 215). Neben besseren Methoden zur Aufdeckung von Mißbräuchen wurden Vergütungssysteme implementiert, die Leistungsanbietern finanzielle Anreize geben, weniger Behandlungen zu erbringen. Darüberhinaus verlangen Zahler zunehmend Nachweise über die Notwendigkeit von medizinischen Prozeduren und nehmen durch Mittel wie utilization review sogar in gewissem Maße an der Entscheidung über die Erbringung bestimmter

Leistungen teil. Blindes Vertrauen in Leistungserbringer von seiten der Zahler existiert nicht mehr (Gray 1991, 322). Die Erbringung von Leistungen ist zunehmend nicht mehr die Entscheidung eines einzelnen Arztes, der dem Patienten verantwortlich ist, sondern das Produkt von Verhandlungen zwischen Leistungsanbietern und Zahlern bzw. Versicherungsunternehmen (ebd., 324). Managed care-Unternehmen und Leistungsanbieter betrachten Käufer von Krankenversicherung, d.h. Unternehmer und Regierung, als Konsumenten und Ziel ist es, diese zufrieden zu stellen. Während die Wünsche von Patienten weiterhin eine Rolle spielen, sind Leistungen und Wahlmöglichkeiten nicht länger auf Nachfrage hin verfügbar (Brown 1994, 75).

Der Anbruch der ökonomische Ära im Gesundheitssystem zeichnet sich durch die Synthese der Institutionen im Gesundheitssystem mit Konsolidierung und Wettbewerb aus (R. Johnson 1995; s. auch R. Johnson 1994a; R. Johnson 1994b; M. Brown 1994a; M. Brown 1994b; M. Brown 1995). Andere Indizien sind die wachsende Anzahl von Einrichtungen in der Hand von Aktiengesellschaften sowie finanzielle Partnerschaften zwischen Ärzten und Korporationen, welche Arztpraxen besitzen oder betreiben.

“In the economic era, profit means more than the capital necessary to grow, replace, and innovate.

It is increasingly about profit as a personal motivator. It is about profit that results in individual riches.” (Brown 1994, 74)

Als Ergebnis des Aufstiegs von for-profit-Institutionen, des Drucks auf non-profit-Einrichtungen, wie gewinnorientierte Unternehmen zu arbeiten sowie der Übertragung eines Teils der ärztlichen Autonomie auf das Management wird der Gesundheitsbereich einem Industrieunternehmen ähnlicher. Für Public Policy ist entscheidend, ob diese Veränderungen für Patienten nützlich sind. Unterstützer der Veränderungen sehen mehrere positive Punkte (s. Fernandopulle/Chin 1995, 10; Kassirer 1995, 51):

- Größere Effektivität, da der Markt ineffiziente Akteure aussiebt;
- das Marktsystem sei konsumerfreundlicher und reagiere besser auf die Bedürfnisse der Versicherten und Patienten;
- ein mehr dem unternehmerischen Stil angeglichenes Gesundheitssystem ermögliche bessere Kostenkontrolle, da es Ärzten mehr Anreize dazu gibt;
- in einer komplexen Welt seien professionelle Manager besser als Ärzte zur Verwaltung des Sektors geeignet.

Befürworter sind der Ansicht, daß Gesundheitsversorgung unbedenklich als ein Marktgut betrachtet werden könne und Gesundheitsversorgung mit dem Ziel der Gewinnerzielung moralisch gerechtfertigt sei (s.Engelhardt/Rie 1988).

Auf der anderen Seite steht die Meinung, daß die Veränderungen negativ für die Gesellschaft sind. Profitsuche und Patientenversorgung seien nicht kompatibel und Gesundheitsversorgung sollte aufgrund seiner Heterogenität von anderen Sektoren nicht dem Markt überlassen werden (s. Relman 1980; Relman 1991). Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen würde von vielen Spekulanten als Preis für die Teilnahme am lukrativen Gewerbezweig “Gesundheitsversorgung” auf dem Aktienmarkt in Kauf genommen, wo die Ausgaben für die Behandlung Kranker als “medical loss ratio”

bezeichnet werden. Es entstehen extrem reiche Unternehmenskonglomerate (mit enormen Gehältern für Geschäftsführer), welche in vielen Gebieten die Kontrolle über Ärzte und Leistungen anstreben. Ein anderer negativer Folgeeffekt der Transformation des Gesundheitssystems sei die Überbetonung von Preis, welche zu häufigem Versicherungswechsel durch Arbeitgeber aber auch Individuen führt, ohne auf Behandlungskontinuität Wert zu legen (Emanuel/Dubler 1995; Emanuel /Brett 1993). Weiteres Nebenprodukt sei ein Anstieg der Zahl der Nichtversicherten. Zudem habe die Umwandlung zu for-profit managed care das Potential, die Vergütungen für Krankenhäuser so weit zu begrenzen, daß Forschung und Ausbildung bedroht sind (Kassirer 1994), die Zurückzahlung von Schulden gefährdet ist und die Bereitstellung von Leistungen für die Gemeinschaft wie Behandlung zahlungsunfähiger Nichtversicherter in Frage gestellt wird (Kassirer 1995, 51). Das Management von medizinischen Behandlungen für Profit sei ethisch nicht vertretbar (Braveman /Bennett 1995, 263).

Bereits 1983 stellte Arnold Relman die Frage:

“Will medicine now become essentially a business or will it remain a profession? ... Will we act as businessmen in a system that is becoming increasingly entrepreneurial or will we choose to remain a profession, with all the obligations for self-regulation and protection of the public interest that this commitment implies?”

(Relman 1983b, 16; s. auch Relman 1991, 854)

Im Zeichen eines zunehmend unter Wettbewerbsdruck stehenden Systems muß die Gesellschaft entscheiden, ob die Funktion von Gesundheitsversorgung Profit für Investoren ist oder bessere Gesundheit der Bevölkerung und ob möglicherweise beides vereinbar ist.

LITERATUR

- Aaron, Henry J. 1991: Serious and unstable condition. Financing America's health care, Brookings Institution, Washington, D.C.
- Aaron, Henry J./Schwartz, William B. 1990: Rationing health care: The choice before us, *Science*, 247 (4941), 418-422.
- Aaron, Henry J./Schwartz, William B. 1993: Managed competition: Little cost containment without budget limits, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 204-215.
- Adelson, Andrea 1997: Union of doctors to join forces with government workers, *New York Times*, 27.08.1997.
- Agency for Health Care Policy and Research 1994: Health status and access to care of rural and urban populations, U.S. Department of Health and Human Services, Feb. 1994, Research Findings 18.
- Ainsworth, Scott 1993: Regulating lobbyists and interest group influence, *Journal of Politics*, 55 (1), 41-56.
- Alper, Philip R. 1987: Medical practice in the competitive market, *New England Journal of Medicine*, 316 (6), 337-339.
- Alper, Philip R. 1994: Primary care in transition, *JAMA*, 272 (19), 1523-1527.
- Altman, Drew E. 1995: The realities behind the polls, *Health Affairs*, 14 (1), 24-26.
- Altman, Stuart H./Cohen, Alan B. 1993: The need for a national global budget, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 194-203.
- Altman, Stuart H./Rodwin, Marc A. 1988: Halfway competitive markets and ineffective regulation: The American health care system, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (2), 323-339.
- American Association of Health Plans 1997: Putting Patients First.
- American College of Physicians 1993: Ethics Manual, Philadelphia (3rd ed.).
- American Enterprise 1994: Public opinion and demographic report. Health care update, *American Enterprise*, 5 (5), 109.
- American Medical Association 1990: Health Access America.
- American Medical Association 1993: All physician mailing.
- American Medical Association-Center for Health Policy Research 1998: Surveys for 1995-1996, AMA Center for Health Policy Research.
- American Medical Association/Council on Ethical and Judicial Affairs 1992: Code of Medical Ethics. Current opinions, Chicago.
- American Medical News 1992: Managed care not delivering big savings, study finds, *American Medical News*, 03.02.1992, 5.
- Anders, George 1993: AMA decries expanding nurses' duties as proposed in Clinton health-care bill, *Wall Street Journal*, 30.11.1993.
- Anderson, Benedict 1983: Imagined communities. Reflections on the origin and spread of nationalism, London.
- Anderson, Gerard F. et al. 1985: Investor-owned chains and teaching hospitals. The implications of acquisition, *New England Journal of Medicine*, 313 (3), 201-204.
- Angell, Marcia 1993: The doctor as double agent, *Kennedy Institute Ethics Journal*, 3 (3), 279-286.
- Arnold, Patricia/Schlenker, Thomas L. 1992: The impact of health care financing on childhood immunizations practices, *American Journal of Diseases of Children*, 146 (6), 728-732.
- Arrow, Kenneth J. 1963: Uncertainty and the welfare economics of medical care, *LIII* (5), 941-969.
- Assaf, Annlouise et al. 1993: Possible influence of the prospective payment system on the assignment of discharge diagnosis for coronary heart disease, *New England Journal of Medicine*, 329 (13), 931-935.
- Associated Press 1996a: US has too many doctors, panel says, *Boston Globe*, 24.01.1996.

- Associated Press 1996b: New doctors are discovering the job market is tighter, *Boston Globe*, 21.03.1996.
- Associated Press 1996c: GOP hints at dropping bid for medical accounts, *Boston Globe*, 25.03.1996.
- Associated Press 1996d: US rules put curbs on HMO cost-cutting plans, *New York Times*, 28.03.1996.
- Associated Press 1996e: Daschle: house add-ons could kill health bill, *Boston Globe*, 30.03.1996.
- Associated Press 1996f: Medicare is likely to go broke in 2001, GOP legislators report, *Boston Globe*, 05.06.1996.
- Associated Press 1996g: Medical savings account provision stall health care bill, *Boston Globe*, 16.06.1996.
- Associated Press 1996h: Lott eager to break Senate deadlock, *Boston Globe*, 17.06.1996.
- Associated Press 1996i: Report finds health insurance gaps, *Boston Globe*, 24.06.1996.
- Associated Press 1996j: Democrats, GOP seek unity on health care bill, *Boston Globe*, 16.07.1996.
- Associated Press 1996k: Both parties claim credit for productive week in Congress, *Boston Globe*, 04.08.1996.
- Associated Press 1997a: Arney, Lott differ on Medicare, *Boston Globe*, 16.07.1997.
- Associated Press 1997b: Ill elderly often leave HMOs, study reports, *Boston Globe*, 17.07.1997.
- Associated Press 1997c: Panel offers standards for delivery of HMO care, *Boston Globe*, 21.10.1997.
- Associated Press 1997d: AMA to give doctors a seal of approval, *Boston Globe*, 19.11.1997.
- Associated Press 1997e: Clinton pushes Medicare coverage, *Boston Globe*, 30.12.1997.
- Associated Press 1998: Doctors complaints aside, the money's still good, *Boston Globe*, 23.04.1998.
- Astrachan, Joseph H./Astrachan, Boris M. 1989: Medical practice in organized settings, *Archives of Internal Medicine*, 149 (7), 1509-1513.
- Baker, Laurence C./Cantor, Joel C. 1993: Physician satisfaction under managed care, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 258-270.
- Balint, John/Shelton, Wayne 1996: Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship, *JAMA*, 275 (11), 887-891.
- Baquet, Claudia/Ringen, Knut 1987: Health policy: Gaps in access, delivery, and utilization of the pap smear in the United States, *Milbank Quarterly*, 65 (Suppl.2), 322-347.
- Barer, Morris L. 1995: So near, and yet so far: A Canadian perspective on U.S. health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 463-476.
- Bass, Alison 1996: Some firms see plus in broader mental care, *Boston Globe*, 06.05.1996.
- Beckman, Howard et al. 1990: Measurement and improvement of humanistic skills in first-year training, *Journal of General Internal Medicine*, 5 (1), 42-45.
- Ben-Ner, Avner/Gui, Benedetto (eds.) 1993, *The nonprofit sector in the mixed economy*, University of Michigan Press.
- Ben-Ner, Avner/Van Hoomissen, Theresa 1993: Nonprofit organizations in the mixed economy. A demand and supply analysis, in: Ben-Ner/Gui (eds.) 1993, 27-58.
- Bencomo, Christopher/Trejo, Carlos/Calkins, David 1995: Physicians, in: Calkins/Fernandopulle/Marino (eds.) 1995, 12-39.
- Benjamin, Walter W. 1989: Will centrifugal forces destroy the medical profession?, *New England Journal of Medicine*, 321 (17), 1191-1192.
- Bennefield, Robert L. 1996: Current population reports. Health insurance coverage: 1995, U.S. Bureau of the Census, September 1996, P60-195.
- Bergthold, Linda A. 1993: Benefit design under managed competition, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 99-109.
- Berke, Richard L. 1993: Clinton aide says polls had role in health plan, *New York Times*, 09.12.1993.
- Berrien, Roberta 1987a: The changing climate of medical practice, *New England Journal of Medicine*, 316 (6), 333-337.
- Berrien, Roberta 1987b: What future for primary care practice?, *New England Journal of Medicine*, 316 (6), 334-

- Berry, Jeffrey M. 1993: Citizen groups and the changing nature of interest group politics in America, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 528 (July), 30-41.
- Bertram, Dennis A. et al. 1990: A measure of physician mental work load in internal medicine ambulatory care clinics, *Medical Care*, 28 (5), 458-467.
- Berwick, Donald M. 1989: Continuous improvement as an ideal in health care, *New England Journal of Medicine*, 320 (1), 53-56.
- Besharov, Douglas J. 1997: Beware the real agenda, *New York Times*, 05.08.1997.
- Bilheimer, Linda T./Reischauer, Robert D. 1995: Confessions of the estimators: Numbers and health reform, *Health Affairs*, 14 (1), 37-55.
- Birnbaum, Jeffrey H. 1993: Clinton health package has a little something for just enough factions to splinter opposition, *Wall Street Journal*, 23.09.1993.
- Black, Chris 1996a: Welfare, Medicaid top talks, *Boston Globe*, 05.02.1996.
- Black, Chris 1996b: Governors back aid changes, *Boston Globe*, 07.02.1996.
- Black, Chris 1996c: Health insurance revisited, *Boston Globe*, 12.03.1996.
- Black, Chris 1996d: House GOP pushes proposal for medical version of IRAs, *Boston Globe*, 28.03.1996.
- Black, Chris 1996e: Dole fails in health care effort, *Boston Globe*, 19.04.1996.
- Black, Chris 1996f: Senate OK's health care safeguard, *Boston Globe*, 24.04.1996.
- Black, Chris 1996g: Dole facing final test in Senate, *Boston Globe*, 05.06.1996.
- Black, Chris 1996h: Medicare is budget rallying cry, *Boston Globe*, 06.06.1996.
- Black, Chris 1996i: Kennedy blames Dole for failure of health proposal, *Boston Globe*, 08.06.1996.
- Black, Chris 1996j: GOP targets Kennedy in drive for medical savings accounts, *Boston Globe*, 21.06.1996.
- Black, Chris 1996k: Medical accounts bill clears hurdle, *Boston Globe*, 26.07.1996.
- Black, Chris 1996l: Strides reported on health, wage bills in Senate, *Boston Globe*, 01.08.1996.
- Black, Chris 1996m: Health bill nears vote in House, *Boston Globe*, 29.03.1996.
- Black, Chris 1997: Vermont's Jeffords was warned on joining Kennedy health bid, *Boston Globe*, 06.11.1997.
- Blair, Jayson T. 1996: Ceremony marks health bill signing, *Boston Globe*, 22.08.1996.
- Blanke, Bernhard (Hrsg.) 1994: Krankheit und Gemeinwohl, Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen.
- Blanton, Kimberly 1993: Responding to Clinton health plan, *Boston Globe*, 24.09.1993.
- Blendon, Robert J./Brodie, Mollyann/Benson, John 1995: What happened to Americans' support for the Clinton health plan?, *Health Affairs*: 14 (2), 7-23.
- Blendon, Robert J./Donelan, Karen 1989: The 1988 election: How important was health, *Health Affairs*, 8 (3), 6-15.
- Blendon, Robert J./Donelan, Karen 1991: Public opinion and efforts to reform the U.S. health care system: Confronting issues of cost-containment and access to care, *Stanford Law & Policy Review*, Fall 1991, 146-154.
- Blendon, Robert J./Edwards, Jennifer N./Hyams, Andrew L. 1992: Making the critical choices, *JAMA*, 267 (18), 2509-2520.
- Blendon, Robert J./Stelzer Hyams, Tracey/Benson, John M. 1993: Bridging the gap between expert and public views on health care reform, *JAMA*, 269 (19), 2573-2578.
- Blendon, Robert J. et al. 1989: Access to medical care for black and white Americans: A matter of continuing concern, *JAMA*, 261 (2), 278-281.
- Blendon, Robert J. et al. 1992: The 1991 Pennsylvania Senate race and national health insurance, *Journal of American Health Policy*, 2 (1), Jan./Feb. 1992, 21-24.

- Blendon, Robert J. et al. 1994a: Health system reform. Physicians' views on the critical choices, *JAMA*, 272 (19), 1546-1550.
- Blendon, Robert J. et al. 1994b: Paying medical bills in the United States. Why health insurance isn't enough, *JAMA*, 271 (12), 949-950.
- Blendon, Robert J. et al. 1994c: The American public and the critical choices for health system reform, *JAMA*, 271 (19), 1539-1544.
- Blendon, Robert J. et al. 1994d: Americans compare managed care, Medicare, and fee-for-service, *Journal of American Health Policy*, May/June 1994, 42-47.
- Bloomberg Business News 1993: Health insurance costs rise less sharply, *New York Times*, 23.10.1993.
- Bodenheimer, Thomas/Grumbach, Kevin 1994a: Paying for health care, *JAMA*, 272 (8), 634-639.
- Bodenheimer, Thomas/Grumbach, Kevin 1994b: Reimbursing physicians and hospitals, *JAMA*, 272 (12), 971-977.
- Bodenheimer, Thomas/Grumbach, Kevin 1995: Understanding health policy. A clinical approach, Norwalk.
- Boston Globe 1993: AMA opposition dismissed as maybe not 'that influential', *Boston Globe*, 08.12.1993.
- Boston Globe 1996a: Health support for Sen. Kennedy, *Boston Globe*, 21.02.1996.
- Boston Globe 1996b: What state N.E. health care?, *Boston Globe*, 10.03.1996.
- Boston Globe 1996c: Assuring quality care, *Boston Globe*, 06.04.1996.
- Boston Globe 1996d: Health costs and quality, *Boston Globe*, 29.05.1996.
- Boston Globe 1996e: Dole says deal near on health, *Boston Globe*, 07.06.1996.
- Boston Globe 1996f: Protecting Medicare, *Boston Globe*, 10.06.1996.
- Boston Globe 1996g: Mental health stance is eased, *Boston Globe*, 13.06.1996.
- Boston Globe 1996h: Bipartisanship on Medicare, *Boston Globe*, 24.04.1996.
- Boston Globe 1998a: The extension of Medicare, *Boston Globe*, 09.01.1998.
- Bowles, Robert L. 1994: Managed care: Theoretical or practical, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (3), 173-175.
- Bradley, Bruce E. 1997: Putting Patients First helps business, *Health Affairs*, 16 (6), 121-122.
- Brady, David W./Buckley, Kara M. 1995: Health care reform in the 103d Congress: A predictable failure, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 447-454.
- Braveman, Paula 1988: Women without health insurance. Links between access, poverty, and health, *Western Journal of Medicine*, 149 (6), 708-711.
- Braveman, Paula/Bennett, Trude 1995: Let's take on the real dragon: Profiteering in health care, *Journal of Public Health Policy*, 16 (3), 261-268.
- Braveman, Paula et al. 1991: Differences in hospital resource allocation among sick newborns according to insurance coverage, *JAMA*, 266 (23), 3300-3308.
- Braveman, Paula et al. 1994: Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix, *New England Journal of Medicine*, 331 (7), 444-449.
- Brennan, Troyen A. 1993: An ethical perspective on health care insurance reform, *American Journal of Law and Medicine*, 19 (1-2), 37-74.
- Brinkley, Alan 1994: Reagan's revenge as invented by Howard Jarvis, *New York Times*, 19.06.1994.
- Broder, David S. 1996: Fear of unintended consequences could doom health reform bill, *Boston Globe*, 28.04.1996.
- Brodie, Mollyann 1996: Americans' political participation in the 1993-94 health care reform debate, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21 (1), 99-128.
- Brodie, Mollyann/Blendon, Robert J. 1995: The public's contribution to congressional gridlock on health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 403-410.

- Brown, Lawrence D. 1983: Politics and health care organization. HMOs as federal policy, Brookings Institution, Washington, D.C.
- Brown, Montague 1994a: The purpose of hospital governance, *Health Care Management Review*, 19 (2), 89-93.
- Brown, Montague 1994b: Commentary: The economic era: Now to the real change, *Health Care Management Review*, 19 (4), 73-81.
- Brown, Montague 1995: Commentary: Competition, managed care, and trusteeship: Can voluntary hospital governance survive? will not-for-profit hospitals survive?, *Health Care Management Review*, 20 (1), 84-89.
- Brown, Randall S./Hill, Jerrold W. 1994: The effects of Medicare risk HMOs on Medicare costs and service utilization, in: Luft (ed.) 1994, 13-53.
- Brown, Randall S. et al. 1993: Do Health Maintenance Organizations work for Medicare, *Health Care Financing Review*, 15 (1), 7-23.
- Burner, Sally T./Waldo, Daniel R./McKusick, David R. 1992: National health expenditures projections through 2030, *Health Care Financing Review*, 14 (1), 1-29.
- Butler, Stuart M. 1991: A tax reform strategy to deal with the uninsured, *JAMA*, 265 (19), 2541-2544.
- Butler, Stuart M. 1993: Have it your way. What the Heritage Foundation health plan means for you, *Policy Review*, 66 (Fall 1993), 54-59.
- Butler, Stuart M. 1995: The conservative agenda for incremental reform, *Health Affairs*, 14 (1), 150-160.
- Calkins, David/Fernandopulle/RushikaJ./Marino,Bradley S. 1995: Health care policy, Cambridge, MA.
- Campion, Frank D. 1984: The AMA and U.S. health policy since 1940, Chicago.
- Cannon, Janeile 1992: Medicaid managed care comes of age, *Michigan Medicine*, 91 (4), 29-30.
- Caper, Philip 1988: Solving the medical care dilemma, *New England Journal of Medicine*, 318 (23), 1535-1536.
- Carey, Mary Agnes 1997a: House panel dodges squabbles over Medicare in budget plan, *Congressional Quarterly*, 55 (23), 1315-1316.
- Carey, Mary Agnes 1997b: Medicare overhaul proposals approved by House panels, *Congressional Quarterly*, 55 (24), 1369-1371.
- Carey, Mary Agnes 1997c: Commerce approves proposal to cut Medicaid spending, *Congressional Quarterly*, 55 (24), 1372.
- Carey, Mary Agnes 1997d: Medicare overhaul heads for Senate floor battle, *Congressional Quarterly*, 55 (25), 1446-1448.
- Carey, Mary Agnes 1997e: Linking income and costs, *Congressional Quarterly*, 55 (25), 1447.
- Carey, Mary Agnes 1997f: Finance panel approves bill to trim Medicaid spending, *Congressional Quarterly*, 55 (25), 1449.
- Carey, Mary Agnes 1997g: Conference battles are expected over Senate Medicare changes, *Congressional Quarterly*, 55 (26), 1528-1529.
- Carey, Mary Agnes 1997h: Medicare conferees prepare for savings account fight, *Congressional Quarterly*, 55 (27), 1580-1581.
- Carey, Mary Agnes 1997i: GOP, conferees aim to resolve major issues on overhaul, *Congressional Quarterly*, 55 (29), 1707-1708.
- Carey, Mary Agnes 1997j: Bipartisan consensus hampered by means-testing battle, *Congressional Quarterly*, 55 (30), 1787-1788.
- Carey, Mary Agnes 1997k: Long-term fixes are delayed, but political logjam broken, *Congressional Quarterly*, 55 (31), 1843-1846.
- Carey, Mary Agnes 1997l: Critics: Law could be unhealthful for elderly-and for Medicare, *Congressional Quarterly*, 55 (36), 2146-2149.
- Carey, Mary Agnes 1997m: Medicare options available, *Congressional Quarterly*, 55 (36), 2147.

- Carey, Mary Agnes 1997n: Managed care faces showdown over federal regulation, *Congressional Quarterly*, 55 (46), 2909-2911.
- Carey, Mary Agnes 1997o: Pending bills on managed care, *Congressional Quarterly*, 55 (46), 2910.
- Carey, Mary Agnes 1997p: Medicare panel takes shape amid controversy, *Congressional Quarterly*, 55 (48), 3030.
- Carey, Mary Agnes 1997q: Voters urge change in managed care, *Congressional Quarterly*, 55 (49), 3060-3061.
- Carey, Mary Agnes 1998a: Can promise to keep costs low give Clinton's plan a boost?, *Congressional Quarterly*, 56 (2), 77-79.
- Carey, Mary Agnes 1998b: Private contracting puts Medicare back under the microscope, *Congressional Quarterly*, 56 (4), 187-188.
- Carey, Mary Agnes 1998c: Lobbyists intensifying debate over health care regulation, *Congressional Quarterly*, 56 (8), 441-445.
- Carey, Mary Agnes 1998d: Lawmakers loog for ways to make health plans liable for errors, *Congressional Quarterly*, 56 (8), 442-443.
- Carey, Mary Agnes 1998e: Failure is not an option for this commission, *Congressional Quarterly*, 56 (11), 669-670.
- Carey, Mary Agnes 1998f: Clinton pressures lawmakers to cure managed care, *Congressional Quarterly*, 56 (11), 671.
- Carey, Mary Agnes 1998g: Lawmakers begin looking for cure for insurance portability law, *Congressional Quarterly*, 56 (12), 758-759.
- Carey, Mary Agnes 1998h: For some hard-to-pass bills, smaller can be better, *Congressional Quarterly*, 56 (13), 823-824.
- Carlisle, David M. et al. 1992: HMO vs fee-for-service care of older persons with acute myocardial infarction, *American Journal of Public Health*, 82 (12), 1626-1630.
- Carroll, John 1994: Health care ads hazardous to Clinton, *Boston Globe*, 07.02.1994.
- Case, John 1994: Health reform victim of new economy, *Boston Globe*, 05.10.1994.
- Caughey, Aaron/Sabin, James 1995: Managed care, in: Calkins/Fernandopulle/Marino (eds.) 1995, 88-101.
- Census Bureau 1996: Health insurance coverage: 1995, Bureau of the Census, 26.09.1996.
- Center for Health Economics Research 1993: Access to health care. Key indicators for policy, Nov. 1993.
- Center for Public Integrity 1995a: Well-healed: Inside lobbying for health care reform. Part I, *International Journal of Health Services*, 25 (3), 411-453.
- Center for Public Integrity 1995b: Well-healed: Inside lobbying for health care reform. Part II, *International Journal of Health Services*, 25 (4), 593-632.
- Center for Public Integrity 1996: Well-healed: Inside lobbying for health care reform. Part III, *International Journal of Health Services*, 26 (1), 19-46.
- Chan, Linda S. et al. 1990: An incentive program to increase revenue in a public hospital, *Health Care Management Review*, 15 (2), 31-41.
- Chassin, Mark A. (1993a: Geographic variations. The enthusiasm hypothesis, *Medical Care*, 31 (5), YS37-YS44.
- Chassin, Mark A. (1993b: The missing ingredient in health reform. Quality of care, *JAMA*, 270 (3), 377-378.
- Chelimsky, Eleanor 1993: The political debate about health care: Are we losing sight of quality?, *Science*, 262, 525-528.
- Chollet, Deborah 1995: Why the Pauly/Goodman proposal won't work, *Health Affairs*, 14 (2), 273-279.
- Clement, Dolores G. et al. 1994: Access and outcomes of elderly patients enrolled in managed care, *JAMA*, 271 (19), 1487-1492.

Clift, Eleanor/Brazaitis, Tom 1996: War without bloodshed. The art of politics, New York.

Clinton, Bill 1992: The Clinton Health Care Plan, *New England Journal of Medicine*, 327 (11), 804-806

Clinton, Bill/Gore, Al 1992: Putting People First. How we can all change America, New York.

Cloud, David S. 1994a: Highlights of the Gibbons bill, *Congressional Quarterly*, 52 (26), 1797.

Cloud, David S. 1994b: Mitchell trying to find a graceful exit, *Congressional Quarterly*, 52 (37), 2693-2695.

Clymer, Adam 1993a: Doctors soften criticism of health plan, *New York Times*, 06.10.1993.

Clymer, Adam 1993b: The difference 6 weeks make: Revisions in costs, *New York Times*, 28.10.1993.

Clymer, Adam 1993c: White House drops talk of capping U.S. health spending, *New York Times*, 29.10.1993.

Clymer, Adam 1994a: Powerful business group back rival to President's health plan, *New York Times*, 03.02.1994.

Clymer, Adam 1994b: Clinton is urged to abandon fight over health bill, *New York Times*, 21.09.1994.

Clymer, Adam 1994c: Bipartisan group nearly ready to give up on health care bill, *New York Times*, 22.09.1994.

Clymer, Adam 1994d: Mitchell finds it isn't easy to decide health bills' fate, *New York Times*, 24.09.1994.

Clymer, Adam 1994e: National health program, President's greatest goal, declared dead in Congress, *New York Times*, 27.09.1994.

Clymer, Adam 1994f: For leader who lost, no regrets, *New York Times*, 28.09.1994.

Clymer, Adam 1994g: Hillary Clinton says administration was misunderstood on health care, *New York Times*, 03.10.1994.

Clymer, Adam 1996a: Actuaries fault health insurers' stand on bill, *New York Times*, 06.02.1996.

Clymer, Adam 1996b: Senate defeats Dole revision to health bill, *New York Times*, 19.04.1996.

Clymer, Adam 1996c: Vote is unanimous. Election focus appears likely to overcome House differences, *New York Times*, 24.04.1996.

Clymer, Adam 1996d: Clinton-Dole fight on health bill is preview of campaign to come, *New York Times*, 25.04.1996.

Clymer, Adam 1996e: Kennedy says Dole is trying to sabotage insurance bill, *New York Times*, 26.04.1996.

Clymer, Adam 1996f: Health care bill fails over dispute between parties, *New York Times*, 08.06.1996.

Clymer, Adam 1996g: White House says provision endangers health bill, *New York Times*, 10.06.1996.

Clymer, Adam 1996h: Latest health insurance bill encounters less hostility, *New York Times*, 11.06.1996.

Clymer, Adam 1996i: Accord reached on expanding workers' health benefits, *New York Times*, 01.08.1996.

Clymer, Adam 1996j: House backs bill granting workers portable benefit, *New York Times*, 02.08.1996.

Clymer, Adam 1996k: Class warfare? The rich win by default, *New York Times*, 11.08.96.

Clymer, Adam 1997a: 8 G.O.P. Senators back bill to aid uninsured youths, *New York Times*, 09.04.97.

Clymer, Adam 1997b: 3 Senators set to oppose tax for health bill, *New York Times*, 10.04.97.

Clymer, Adam 1997c: G.O.P. fights bill to offer a health plan for children, *New York Times*, 12.04.97.

Clymer, Adam 1997d: Passage is likely. Plan includes tax credit for children and cuts on capital gains, *New York Times*, 29.07.1997.

Coalition for Health Insurance Choices o. J.: Health care reform made simple.

Cohen, Bruce B. et al. 1987: How will diagnosis-related groups affect epidemiologic research?, *American Journal of Epidemiology*, 126 (1), 1-9.

Cohen, Richard E. 1996: The GOP's home run on health care?, *National Journal*, 28 (24).

Cohen, Richard E. 1997a: Johnson thankful to turn to kids' bill, *National Journal*, 29 (20), 997.

Cohen, Richard E. 1997b: New Yorkers still sore over veto, *National Journal*, 29 (38), 1842.

Cohen, Richard E. 1998: Stop us before we spend again!, *National Journal*, 30 (4), 164.

Colwill, Jack M. 1992: Where have all the primary care applicants gone?, *New England Journal of Medicine*, 326 (6), 387-393.

Congressional Budget Office 1993: Managed competition and its potential to reduce health spending, Congress of the United States, Congressional Budget Office, Mai 1993.

Congressional Budget Office 1994a: An analysis of the Administration's health proposal, Congress of the United States, Congressional Budget Office, Feb. 1994.

Congressional Budget Office 1994b: An analysis of the Managed Competition Act, Congress of the United States, Congressional Budget Office, April 1994.

Congressional Budget Office 1998: An analysis of the President's budgetary proposals for fiscal year 1999, Congressional Budget Office, March 1998.

Congressional Quarterly 1992: Bush outlines health plan, attacks other approaches, Congressional Quarterly, 50 (6), 328-329.

Congressional Quarterly 1994a: Plans compared, Congressional Quarterly, 52 (15), 888-889.

Congressional Quarterly 1994b: Clinton health care overhaul compared with committee bills, Congressional Quarterly, 52 (27), 1868-1869.

Congressional Quarterly 1994c: Clinton health care overhaul compared with other major plans, Congressional Quarterly, 52 (31), 2210-2211.

Congressional Quarterly 1994d: Clinton health care overhaul compared With major House plans, Congressional Quarterly, 52 (32), 2352-2353.

Congressional Quarterly 1997a: Issue: Medicare, Congressional Quarterly, 55 (34), 2017-2018.

Congressional Quarterly 1997b: Issue: Medicaid and children's health, Congressional Quarterly, 55 (34), 2018.

Congressional Quarterly 1997c: Issue: Medicare, Congressional Quarterly, 55 (48), 3011.

Congressional Quarterly 1997d: Issue: Medicaid, Congressional Quarterly, 55 (48), 3011-3012.

Congressional Quarterly 1997e: Medicare Means testing, Congressional Quarterly, 55 (50), 3108.

Congressional Quarterly 1998a: Recess notes, Congressional Quarterly, 56 (3), 134.

Congressional Quarterly 1998b: Recess notes, Congressional Quarterly, 56 (4), 178.

Congressional Quarterly 1998c: Health and Human Services, Congressional Quarterly, 56 (6), 301-302.

Connolly, Ceci 1994a: Single payer system, Congressional Quarterly, 52 (1), 24-26.

Connolly, Ceci 1994b: Mitchell's arm-twisting efforts focus on 10 'undecided' Democrats, Congressional Quarterly, 52 (31), 2202-2203.

Consumer Report 1992: Are HMOs the answer?, Consumer Report, 57 (Aug. 1992), 519-531.

Cooper, Richard A. 1994a: Seeking a balanced physician workforce for the 21st century, JAMA, 272 (9), 680-687.

Cooper, Richard A. 1994b: Regulation won't solve our workforce problems, Internist, 35 (3), 10-13.

Cooper, Philip F./Steinberg Schone, Barbara 1997: More offers, fewer takers for employment-based health insurance: 1987 and 1996, Health Affairs, 16 (6), 142-149.

Copeland, Lois J. 1993: Please do no harm. A doctor's battle with Medicare price controllers, Policy Review, 65 (Summer 1993), 4-11.

Corrigan, Janet M./Ginsburg, Paul B. 1997: Association leaders speak out on health system change, Health Affairs, 16 (1), 150-157.

Cotton, Paul 1991: Preexisting conditions 'hold Americans hostage' to employers and insurance, JAMA, 265 (19), 2451-2453.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association 1992: Conflict of interest. Physician ownership of medical facilities, JAMA, 267 (17), 2366-2369.

Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association 1994: Ethical issues in health care system reform, JAMA, 272 (13), 1056-1062.

Council on Scientific Affairs 1991: Hispanic health in the United States, JAMA, 265 (2), 248-252.

- Cowan, Cathy A., McDonnell, Patricia A. 1993: Business, households, and government: Health spending, 1991, *Health Care Financing Review*, 14 (3), 227-248.
- Cowan, Cathy A. et al. 1996: Business, households, and government: Health spending, 1994, *Health Care Financing Review*, 17 (4), 157-178.
- Cromartie, Michael 1994: *Disciples & democracy. Religious Conservatives and the future of American politics*, William B. Eerdmans Publishing Company, Grand Rapids, M.I.
- Cunningham, Frances C./Williamson, John W. 1980: How does the quality of health care in HMOs compare to that in other settings? An analytic literature review: 1958 to 1979, *Group Health Journal*, Winter 1980, 4-25.
- Curry, Robert H. et al. 1994: Public hospitals and managed care, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (1), 33-46.
- Cutler, Lloyd N. 1980: To form a government, *Foreign Affairs*, 59 (1), 126-143.
- Danielson, David A./Mazer, Arthur 1987: Results of the Massachusetts referendum for a national health program, *Journal of Public Health Policy*, 1987 (8), 28-35.
- Davis, Karen 1991: Inequality and access to health care, *Milbank Quarterly*, 69 (2), 253-273.
- Davis, Karen et al. 1995: Choice matters: Enrollees' views of their health plans, *Health Affairs*, 14 (2), 99-112.
- DeBakey, Michael E. 1993: Medical centers of excellence and health reform, *Science*, 262, 523-525.
- Deckard, Gloria J. 1995: Physician responses to a managed environment: A perceptual paradox, *Health Care Management Review*, 20 (1), 40-46.
- Deckard, Gloria J./McCoy, H. Virginia 1995: Physician issues and Florida health care reform, *Journal of the Florida Medical Association*, 82 (4), 265-268.
- DeParle, Jason 1997: A sharp decrease in welfare cases is gathering speed, *New York Times*, 02.02.1997.
- Diehr, Paula et al. 1989: Treatment modality and quality differences for black and white breast-cancer patients treated in community hospitals, *Medical Care*, 27 (10), 942-958.
- Dixit, Avinash K./Pindyck, Robert S. 1994: *Investment under uncertainty*, Princeton (NJ).
- Dobbins, Ronald 1994: Economic issues in managed care, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (3), 214-218.
- Dobkin Hall, Peter 1987: A historical overview of the private nonprofit sector, in: Powell (ed.) 1987, 3-26.
- Dombrosk, Stephen 1988: Competitive medicine. A survey of Minnesota physicians, *Minnesota Medicine*, 71 (Jan. 1988), 23-27.
- Donelan, Karen et al. 1996: Whatever happened to the health insurance crisis in the United States? Voices from a national survey, *JAMA*, 276 (16), 1346-1350.
- Donelan, Karen et al. 1997: The new medical marketplace: Physicians' views, *Health Affairs*, 16 (5), 139-148.
- Donkin, Rhoda 1989: Medicine's search for "what works": What it means to employers, *Business and Health*, 7 (5), 18-25.
- Donovan, Beth 1994a: Leaders to forge new bill from committee efforts, *Congressional Quarterly*, 52 (26), 1792-1793.
- Donovan, Beth 1994b: A disappointed Dingell, *Congressional Quarterly*, 5 (26), 1796.
- Donovan, Beth 1994c: Contentious health care debate puts Gephardt style to stiff test, *Congressional Quarterly*, 52 (31), 2206-2207.
- Douglas, James 1987: Political theories of nonprofit organizations, in: Powell (ed.) 1987, 43-54.
- Douglass, Richard L./Torres, Roberto E. 1994: Evaluation of a managed care program for the non-Medicaid urban poor, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (2), 83-98.
- Dreyfuss, Robert 1994: How money votes. An Oklahoma story, *American Prospect*, 19 (Fall 1994), 42-57.

- Eaton, Leslie 1996: Aetna to buy U.S. Healthcare in big move to managed care, *New York Times*, 02.04.1996.
- Eckholm, Erik 1993: Solving America's health-care crisis. A guide to understand the greatest threat to your family's economic security, New York.
- Eddy, David M. 1984: Variations in physicians' practice: The role of uncertainty, *Health Affairs*, 3 (2), 74-89.
- Eddy, David M. 1990: The challenge, *JAMA*, 263 (2), 287-290.
- Egan, Timothy 1995: Triumph leaves talk radio pondering its next targets, *New York Times*, 01.01.1995.
- Eisenberg, Leon 1986: Health care: For patients or for profits?, *American Journal of Psychiatry*, 143 (8), 1015-1019.
- Ellwood, David T./Adams, E. Kathleen 1990: Medicaid mysteries: Transitional benefits, Medicaid coverage, and welfare exits, *Health Care Financing Review*, Suppl. 1990, 119-131.
- Ellwood, Paul M./Enthoven, Alain C./Etheredge, Lynn 1992: The Jackson Hole initiative for a twenty-first century American health care system, *Health Economics*, 1, 149-168.
- Elving, Ronald D./Taylor, Andrew 1997: A balanced-budget deal won, a defining issue lost, *Congressional Quarterly*, 55 (31), 1831-1836.
- Emanuel, Ezekiel J./Brett, Allan S. 1993: Managed competition and the patient-physician relationship, *New England Journal of Medicine*, 329 (12), 879-882.
- Emanuel, Ezekiel J./Neveloff Dubler, Nancy 1995: Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care, *JAMA*, 273 (4), 323-329.
- Engelhardt, H. Tristram/Rie, Michael A. 1988: Morality for the medical-industrial complex. A code of ethics for the mass marketing of health care, *New England Journal of Medicine*, 319 (16), 1086-1089.
- Enthoven, Alain 1978: Consumer choice health plan, *New England Journal of Medicine*, 298, 650-658, 709-720.
- Enthoven, Alain 1979: Consumer-centered vs. job-centered health insurance, *Harvard Business Review*, 57 (1), 141-152.
- Enthoven, Alain 1980: Health plan: The only practical solution to the soaring cost of medical care, Reading.
- Enthoven, Alain 1988: Managed competition of alternative delivery systems, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (2), 305-321.
- Enthoven, Alain 1992: Measuring the candidates on health care, *New England Journal of Medicine*, 27 (11), 807-809.
- Enthoven, Alain 1993: The history and principles of managed competition, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 24-48.
- Enthoven, Alain/Kronick, Richard 1989a: A consumer-choice health plan for the 1990s, Part I, *New England Journal of Medicine*, 320 (1), 29-37.
- Enthoven, Alain/Kronick, Richard 1989b: A consumer-choice health plan for the 1990s, Part II, *New England Journal of Medicine*, 320 (2), 94-101.
- Enthoven, Alain/Kronick, Richard 1991: Universal health insurance through incentives reform, *JAMA*, 265 (19), 2532-2536.
- Enthoven, Alain/Singer, Sara J. 1996: Managed competition and California's health care economy, *Health Affairs*, 15 (1), 39-57.
- Esping/Andersen/Gösta 1985: Power and distributional regimes, *Politics & Society*, 14 (2), 223-256.
- Evans, Robert G. 1992: Canada: The real issues, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17 (4), 739-762.
- Evans, Richard 1992: Asthma among minority children. A growing problem, *Chest*, 101 (6), 368 S-371 S.
- Falcone, David/Broyles, Robert 1994: Access to long-term care: Race as a barrier, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19 (3), 583-595.
- Fama, Teresa/Fox, Peter D./White, Leigh Ann 1995: Do HMOs care for the chronically ill?, *Health Affairs*, 14 (1), 234-243.

- Families USA 1996: HMO consumers at risk: States to the rescue, Families USA Foundation, Juli 1996.
- Farley Short, Pamela/Banthin, Jessica S. 1995: New estimates of the underinsured younger than 65 years, JAMA, 274 (16), 1302-1306.
- Farrell, John Aloysius/Gosselin, Peter G. 1994: Clinton defends his embattled health proposal, Boston Globe, 22.06.1994.
- Feder, Barnaby 1993: Medical group battles to be heard over others on health care changes, New York Times, 11.06.1993.
- Federa, R. Danielle/Camp, Tracey L. 1994: The changing managed care market, Journal of Ambulatory Care Management, 17 (1), 1-7.
- Fein, Esther B. 1996a: Medical monolith for city's future, New York Times, 16.06.1996.
- Fein, Esther B. 1996b: A move to hospitals-for-profit seems inevitable in New York, New York Times, 05.07.1996.
- Fein, Esther B. 1996c: Panel urges shift in how New York pays health bills, New York Times, 02.05.1996.
- Fein, Esther B./Rosenthal, Elisabeth 1996: Delays by H.M.O. leaving patients haunted by bills, New York Times, 01.04.1996.
- Fein, Rashi 1991: The health security partnership. A federal-state universal insurance and cost-containment program, JAMA, 265 (19), 2555-2558.
- Fein, Rashi 1992: Health care reform, Scientific American, 267 (5), 46-53.
- Feldstein, Martin/Feldstein, Kathleen 1996: What ails the deficit, Boston Globe, 25.06.1996.
- Fernandopulle, Rushika J./Chin, David 1995: The health care industry, in: Calkins/Fernandopulle/Marino (eds.) 1995, 3-11.
- Fielding, Jonathan E./Rice, Thomas 1993: Can managed competition solve the problems of market failure?, Health Affairs, 12, Suppl. 1993, 216-228.
- Finkelstein, Beth S. et al. 1998: Insurance coverage, physician recommendations, and access to emerging treatments, JAMA, 279 (9).
- Fisher, Nancy B., Smith, Howard L., Pasternak, Derick P. 1993: Critical factors in recruiting Health Maintenance Organization physicians, Health Care Management Review, 18 (1), 51-61.
- Flora, Peter/Heidenheimer, Arnold J. (eds.) 1981, The development of welfare states in Europe and America, New Brunswick.
- Foster, Eugene A. 1994: Long-term follow-up on an alternative medical curriculum, Academic Medicine, 69 (6), 501-506.
- Franks, Peter et al. 1993: Health insurance and subjective health status: Data from the 1987 National Medical Expenditure Survey, American Journal of Public Health, 83 (9), 1295-1299.
- Freddi, Giorgio/Björkman, James Warner 1989: Controlling medical professionals: The comparative politics of health governance, London.
- Freeman, Gary P. 1986: Migration and the political economy of the welfare state, Annals of the American Academy of Political and Social Science, 485 (May 1986), 51-63.
- Freidson, Eliot 1970: Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge, New York.
- Freidson, Eliot 1993: How dominant are the professions?, in: Hafferty/McKinlay (eds.) 1993a, 54-66.
- Freudenheim, Milt 1993a: Corporate America's diagnosis of the Clinton health plan, New York Times, 31.10.1993.
- Freudenheim, Milt 1993b: Health cost increases slowing, New York Times, 10.12.1993.
- Freudenheim, Milt 1996a: Survey finds health costs rose in '95, New York Times, 30.01.1996.
- Freudenheim, Milt 1996b: The new drug-price squeeze, New York Times, 13.03.1996.
- Freudenheim, Milt 1996c: As Blue Cross plans seek profit, states ask a share of the riches, New York Times,

- 25.03.1996.
- Freudenheim, Milt 1996d: Big hospital chain makes a bid to buy Blue Cross of Ohio, *New York Times*, 30.03.1996.
- Freudenheim, Milt 1996e: Managed care empire in the making, *New York Times*, 02.04.1996.
- Freudenheim, Milt 1996f: \$ 2,3 Billion deal creates giant in managing of doctors' offices, *New York Times*, 15.05.1996.
- Freudenheim, Milt 1996g: H.M.O.'s cope with a backlash on cost cutting, *New York Times*, 19.05.1996.
- Freudenheim, Milt 1996h: Blue Cross-Shield in New Jersey sets tie to big insurer, *New York Times*, 29.05.1996.
- Freudenheim, Milt 1996i: Health plans in New Jersey face rivalries, *New York Times*, 30.05.1996.
- Freudenheim, Milt 1996j: For Blue Cross, at crossroads, a fight to save role for system, *New York Times*, 12.06.1996.
- Freudenheim, Milt 1996k: Blue Cross warns Ohio plan not to sell to Columbia, *New York Times*, 14.06.1996.
- Freudenheim, Milt 1996l: The grading becomes stricter on H.M.O.'s, *New York Times*, 16.07.1996.
- Freudenheim, Milt 1997: Golden years for H.M.O.'s, *New York Times*, 02.08.1997.
- Freund, Cynthia M. 1993: Research in support of nurse practitioners, nurses, nurse practitioners, in: Mezey /McGivern 1993, 59-87.
- Friedman, Emily 1987a: Public hospitals: Doing what everyone wants done but few others wish to do, *JAMA*, 257 (11), 1437-1444.
- Friedman, Emily 1987b: Public hospitals often face unmet capital needs, underfunding, uncompensated patient-care costs, *JAMA*, 257 (13), 1698-1701.
- Friedman, Emily 1987c: Problems plaguing hospitals: Uninsured patient transfers, tight funds, mismanagement, and misperception, *JAMA*, 257 (14), 1850-1857.
- Fritsch, Jane 1996: Secrecy was lost. So was the favor, *New York Times*, 06.08.1996.
- Fronstin, Paul/Snider, Sarah C. 1996/97), An examination of the decline in employment-based health insurance between 1988 and 1993, *Inquiry*, 33 (4), 317-325.
- Fruen, Mary A./Cantwell, James R. 1982: Geographic distribution of physicians: Past trends and future influences, *Inquiry*, 19 (1), 44-50.
- Fuchs, Victor R. 1994: Health system reform. A different approach, *JAMA*, 272 (7), 560-563.
- Fuchs, Victor R. 1996: Individual and social responsibility. Child care, education, medical care, and long-term care in America, Chicago.
- Gabel, Jon/Jensen, Gail A. 1992: Can a universal coverage system temper the underwriting circle?, *Inquiry*, 29 (2), 249-262.
- Gabel, Jon et al. 1991: Tracing the cycle of health insurance, *Health Affairs*, 10 (4), 48-61.
- Gabel, Jon et al. 1994: The health insurance picture in 1993: Some rare good news, *Health Affairs*, 13 (1), 327-336.
- Gabel, Jon et al. 1997: Small employers and their health benefits, 1988-1996: An awkward adolescence, *Health Affairs*, 16 (5), 103-110.
- Gage, Larry S. et al. 1991: America's safety net hospitals. The foundation of our nation's health system, National Association of Public Hospitals, Washington, D.C., Jan. 1991.
- Gais, Thomas L./Peterson, Mark A./Walker, Jack L. 1984: Interest groups, iron triangles and representative institutions in American national government, *British Journal of Political Science*, 14 (2), 161-185.
- Gamliel, Sandy et al. 1995: Managed care on the march: Will physicians meet the challenge?, *Health Affairs*, 14 (2), 131-142.
- Ganz, Marshall 1994: Voters in the crosshairs. How technology and market are destroying politics, *American Prospect*, 16, 100-109.

- Garland, Susan B. 1991: Already big business' health plan isn't feeling so hot, *Business Week*, 3240, 48.
- General Accounting Office 1998: Health insurance standards: Implications of new federal law for consumers, insurers, and regulators (report T-HEHS-98-114, 19.03.1998).
- Gillespie, Ed/Schellhas, Bob 1994: Contract with America. The bold plan by Rep. Newt Gingrich, Rep. Dick Armey and the House Republicans to change the nation, New York.
- Gillick, Muriel R. 1987: The impact of Health Maintenance Organizations on geriatric care, *Annals of Internal Medicine*, 106 (1), 139-143.
- Gingrich, Newt 1995: House Speaker Gingrich addresses AMA delegates, *Journal of the Florida Medical Association*, 82, 480.
- Ginsberg, Ari/Buchholtz, Ann 1990: Converting to for-profit status: Corporate responsiveness to radical change, *Academy of Management Journal*, 33 (3), 445-477.
- Ginsburg, Paul B./Grossman, Joy M. 1995: Health system change: The view from Wall Street, *Health Affairs*, 14 (4), 159-163.
- Gold, Marsha et al. 1995a: A national survey of the arrangements managed-care plans make with physicians, *New England Journal of Medicine*, 333 (25), 1678-1683.
- Gold, Marsha et al. 1995b: Arrangements between managed care plans and physicians. Results from a 1994 survey of managed care plans, *Physician Payment Review Commission*, 1995.
- Goldfarb, Neil I. et al. 1991: Impact of a mandatory medical case management program on prenatal care and birth outcomes, *Medical Care*, 29 (1), 64-71.
- Goldfield, Norbert 1994: The looming fight over health care reform: What we can learn from past debates, *Health Care Management Review*, 19 (3), 70-80.
- Goldman, Peter et al. 1992: Quest for the presidency 1992, College Station.
- Goldman, Bruce 1993: Improving access to the underserved through Medicaid managed care, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 4 (3), 290-298.
- Goldstein, Amy 1997: Consumers' health plan rights eyed, *Boston Globe*, 23.10.1997.
- Goodman, John C./Musgrave, Gerald L. 1992: Patient power. Solving America's health care crisis, Cato Institute, Washington, D.C.
- Goodman, James A. 1993: Managed care: Medicaid - a special case, *Journal of the National Medical Association*, 85 (3), 173-176.
- Gordon, Suzanne 1996: Downsizing leaves patients in the care of temps, *Boston Globe*, 03.03.1996.
- Gordon, Suzanne/McCall, Timothy 1996: Reining in the HMOs, *Boston Globe*, 01.08.1996.
- Gorlin, Rachel 1996: In failing health. Post-mortems on the Clinton health insurance debacle, *Boston Globe*, 19.05.1996.
- Gosselin, Peter G. 1993a: Clinton set to ask unity on health, *Boston Globe*, 16.08.1993.
- Gosselin, Peter G. 1993b: Health plan trims a benefit for business, *Boston Globe*, 14.10.1993.
- Gosselin, Peter G. 1994a: Events seen blurring health plan focus, *Boston Globe*, 14.01.1994.
- Gosselin, Peter G. 1994b: Clinton aide admits retreat on health, *Boston Globe*, 22.09.1994.
- Gosselin, Peter G. 1994c: Mitchell formally gives up health effort, *Boston Globe*, 27.09.1994.
- Gosselin, Peter G./Neuffer, Elizabeth 1993: Health plan ranging wider, *Boston Globe*, 08.09.1993.
- Gosselin, Peter G./Farrell, John Aloysius 1993: Clinton launches campaign against health care 'problem', *Boston Globe*, 17.08.1993.
- Gramm, Phil 1994: Why we need medical savings accounts, *New England Journal of Medicine*, 330 (24), 1752-1753.
- Gray, Bradford H. 1986: For-profit enterprise in health care, Institute of Medicine, Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care, Washington, D.C.

- Gray, Bradford H. 1991: *The profit motive and patient care*, Cambridge, M.A.
- Gray, Bradford H. 1992: Why nonprofits? Hospitals and the future of American health care, *Frontiers of Health Services Management*, 8 (4), 3-32.
- Gray, Jerry 1996: Critics to allow vote on health insurance bill, *New York Times*, 07.02.1996.
- Greenfield, Sheldon et al. 1992: Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study, *JAMA*, 267 (12), 1624-1630.
- Grogan, Colleen M. 1993: Federalism and health care reform, *American Behavioral Scientist*, 36 (6), 741-759.
- Grogan, Colleen M. 1995: Hope in federalism? What can the states do and what are they likely to do?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 477-484.
- Grogan, Colleen M. 1997: The Medicaid managed care policy consensus for welfare recipients: A reflection of traditional welfare concerns, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (3), 815-838.
- Grumbach, Kevin/Bodenheimer, Thomas 1994: Painful vs Painless Cost Control, *JAMA*, 272 (18), 1458-1464.
- Grumbach, Kevin/Lee, Philip R. 1991: How many physicians can we afford?, *JAMA*, 265 (18), 2369-2372.
- Grumbach, Kevin et al. 1991: Liberal benefits, conservative spending. The physicians for a national health program proposal, *JAMA*, 265 (19), 2549-2554.
- Grumet, Gerald W. 1989: Health care rationing through inconvenience, *New England Journal of Medicine*, 321 (9), 607-611.
- Grundfest, Joseph A. 1996: Comment (to Henry Hansmann, The changing roles of public, private, and nonprofit enterprise in education, health care, and other human services, in: Fuchs 1996, 271-275.
- Gui, Benedetto, The economic rationale for the "third sector". Nonprofit and other noncapitalistic organizations, in: Ben-Ner/Gui (eds.) 1993, 59-80.
- H.R.16 U.S. Congress 1991, National Health Insurance Act.
- H.R. 354, U.S. Congress 1995: Health Care Savings Plan Act of 1995.
- H.R. 820, U.S. Congress 1997: Health Insurance Bill of Rights Act of 1997.
- H.R. 995, U.S. Congress 1996: ERISA Targeted Health Insurance Reform Act of 1996.
- H.R. 1200, U.S. Congress 1993: American Health Security Act of 1993.
- H.R. 1415, U.S. Congress 1997: Patient Access to Responsible Care Act of 1997.
- H.R. 1610, U.S. Congress 1995: A bill to amend the Internal Revenue Code of 1986 to require employer-provided group health plans to credit coverage under a prior group health plan against any preexisting condition limitations.
- H.R. 2015, U.S. Congress 1997: Balanced Budget Act of 1997.
- H.R. 2121, U.S. Congress 1991: Health Insurance reform act of 1991.
- H.R. 2893, U.S. Congress 1996: Health Insurance Reform Act of 1996.
- H.R. 3080, U.S. Congress 1993: Affordable Health Care Now Act of 1993.
- H.R. 3103, U.S. Congress 1996: Health Coverage Availability and Affordability Act of 1996.
- H.R. 3222, U.S. Congress 1993: Managed Competition Act of 1993.
- H.R. 3222, U.S. Congress 1996: Hippocratic Oath and Patient Protection Act of 1996.
- H.R. 3600, U.S. Congress 1993: Health Security Act (Clinton).
- H.R. 3698, U.S. Congress 1993: Consumer Choice Health Security Act of 1993.
- H.R. 3704, U.S. Congress 1993: Health Equity and Access Reform Today Act of 1993.
- Hacker, Jacob S. 1993: Setting the health reform agenda. The ascendance of managed competition, senior honor thesis, Harvard College, Boston.
- Hacker, Jacob S. 1997: The Road to nowhere. The genesis of President Clinton's plan for health security, Princeton (NJ).

- Hacker, Jacob S./Skocpol, Theda 1997: The new politics of U.S. health policy, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), 315-338.
- Hadley, Jack/Mitchell, Jean M. 1997: Effects of HMO market penetration on Physicians' work effort and satisfaction, *Health Affairs*, 16 (6), 99-111.
- Hafferty, Frederic W./Wolinsky, Fredric D. 1991: Conflicting characterizations of professional dominance, *Current Research on Occupations and Professions*, 6, 225-249.
- Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. (eds.) 1993a, *The changing medical profession. An international perspective*, New York.
- Hafferty, Frederic W./McKinlay, John B. 1993b, Conclusion: Cross-cultural perspectives on the dynamics of medicine as a profession, in: Hafferty/McKinlay (eds.) 1993a, 210-226.
- Hafner-Eaton, Chris 1993: Physician utilization disparities between the uninsured and insured. Comparisons of the chronically ill, acutely ill, and well nonelderly populations, *JAMA*, 269 (6), 787-792.
- Hager, George 1997: Clinton, GOP Congress strike historic budget agreement, *Congressional Quarterly*, 55 (18), 993-997.
- Hager, George/Rubin, Alissa J. 1997: Both sides give some, get some as House panel oks resolution, *Congressional Quarterly*, 55 (20), 1117-1119.
- Haggerty, Morgan 1993: Nurses get powerful voice in the health care debate, *Washington Post*, 01.11.1993.
- Haglund, Claudia L./Dowling, William L. 1993: The hospital, Introduction to health services, in: Williams/Torrens 1993a 135-176.
- Halbfinger, David M. 1996: Senator seeks relief for hospitals, *Boston Globe*, 14.05.1996.
- Halfon, Neal/Newacheck, Paul W. 1993: Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services, *Pediatrics*, 91 (1), 56-61.
- Hall, Mark A./Colombo, John D. 1991: The charitable status of nonprofit hospitals: Toward a donative theory of tax exemption, *Washington Law Review*, 66, 307-411.
- Hall Jamieson, Kathleen 1994: When Harry met Louise, *Washington Post*, 15.08.1994.
- Halverson, Paul K./Kaluzny, Arnold D./McLaughlin, Curtis P. 1998: *Managed care and public health*, Aspen.
- Hamburger, Tom/Marmor, Ted/Meacham, Jon 1994: What the death of health care reform teaches us about the press, *Washington Monthly*, 26 (11), 35-41.
- Hannan, Edward L. et al. 1991: Interracial access to selected cardiac procedures for patients hospitalized with coronary artery disease in New York state, *Medical Care*, 29 (5), 430-441.
- Hansen, Orval et al. 1996: Lawmakers' view on the failure of health reform: A survey of members of Congress and staff, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21 (1), 137-151.
- Hansmann, Henry 1987: Economic theories of nonprofit organizations, in: Powell (ed.) 1987, 27-42.
- Hansmann, Henry 1996: The changing roles of public, private, and nonprofit enterprise in education, health care, and other human services, in: Fuchs (ed.) 1996, 245-271.
- Harris, Louis 1994: Did anybody do a good job on health reform?, *American Health Line*, 30.09.1994.
- Haug, Marie R. 1976: The erosion of professional authority: A cross-cultural inquiry in the case of the physician, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54 (1), 83-106.
- Haug, Marie R. 1988: A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization, *Milbank Quarterly*, 66 (Suppl.2), 48-56.
- Havighurst, Clark C. 1997: 'Putting Patients First': Promise or smoke screen?, *Health Affairs*, 16 (6), 123-125.
- Hayward, Rodney A. et al. 1988: Inequities in health service among insured Americans. Do working-age adults have less access to medical care than the elderly?, *New England Journal of Medicine*: 318 (23), 1507-1512.
- Haywood, L. Julian 1990: Hypertension in minority population: Access to care, *The American Journal of*

- Medicine, 88 (3B), 17 S-20 S.
- Health Insurance Association of America 1993a: Vision Statement, 24.03.96, Washington, D.C.
- Health Insurance Association of America 1993b: Why price controls on insurance premiums won't work, Washington, D.C.
- Health Security Act 1993, Washington, D.C.
- Hellinger, Fred J. 1995: Any-willing-provider and freedom-of-choice laws: An economic assessment, *Health Affairs*, 14 (4), 297-302.
- Henley, A.J./Clifford, Maurice C. 1993: Managed health care for Medicaid enrollees: The Philadelphia model, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 4 (3), 210-218.
- Hershey, Charles/McAloon, Margaret H./Bertram, Dennis A. 1989: The new medical practice environment. Internists' view of the future, *Archives of Internal Medicine*, 149 (8), 1745-1749.
- Hiatt, Howard 1996: Health care's new challenge, *Boston Globe*, 01.05.1996.
- Hillman, Alan L. 1987: Financial incentives for physicians in HMOs. Is there a conflict of interest?, *New England Journal of Medicine*, 317 (27), 1743-1748.
- Hillman, Alan L. 1990: Health Maintenance Organizations, financial incentives, and physicians' judgments, *Annals of Internal Medicine*, 112 (12), 891-893.
- Hillman, Alan L. 1991: HMO managers' views on financial incentives and quality, *Health Affairs*, 10 (4), 207-219.
- Hillman, Alan L./Welch, Pete/Pauly, Mark V. 1992: Contractual arrangements between HMOs and primary care physicians: Three-tiered HMOs and risk pools, *Medical Care*, 30 (2), 136-148.
- Hillmann, Alan L./Pauly, Mark V./Kerstein, Joseph J. 1989: How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations?, *New England Journal of Medicine*, 321 (2), 86-92.
- Himmelstein, David U./Woolhandler, Steffie 1986: Cost without benefit. Administrative waste in U.S. health care, *New England Journal of Medicine*, 314 (7), 441-445.
- Himmelstein, David U./Woolhandler, Steffie 1992: Socialized medicine: A solution to the cost crisis in health care in the United States, in: Navarro (ed.) 1992, 227-242.
- Himmelstein, David U./Woolhandler, Steffie/Writing Committee of the Working Group on Program Design 1989: A national health program for the United States, *New England Journal of Medicine*, 320 (2), 102-108.
- Hoagland, Jim 1991: Home is where the heat is, *Washington Post National Weekly Edition*, 11-17.11.1991, 29.
- Holahan, John/Winterbottom, Colin/Rajan, Shruti 1995: A shifting picture of health insurance coverage, *Health Affairs*, 14 (4), 253-264.
- Holland, Bart K./Foster, James D./Louria, Donald B. 1993: Cervical cancer and health care resources in Newark, New Jersey, 1970 to 1988, *American Journal of Public Health*, 83 (1), 45-48.
- Hornbrook, Mark C./Berki, Sylvester E. 1985: Practice mode and payment method. Effects on use, costs, quality, and access, *Medical Care*, 23 (5), 484-511.
- Houck, John B./Mueller, Thomas R. 1986: Conversion of charitable HMOs to for-profit status, *Group Health Association of America Journal*, 7 (2), 43-56.
- Howell, Embry M. 1988: Low-income persons' access to health care: NMCUES Medicaid data, *Public Health Reports*, 103 (5), 507-514.
- Hoy, Elizabeth W./Curtis, Richard E./Rice, Thomas 1991: Change and growth in managed care, *Health Affairs*, 10 (4), 18-36.
- Hsiao, William C. 1995: Medical savings accounts: Lessons from Singapore, *Health Affairs*, 14 (2), 260-266.
- Hurley, Robert E./Freund, Deborah A./Taylor, Donald E. 1989: Emergency room use and primary care case management: Evidence from four Medicaid demonstration programs, *American Journal of Public Health*, 79 (7), 843-849.

- Hurley, Robert E./Gage, Barbara J./Freund, Deborah A. 1989: Gatekeeping the emergency department: Impact of a Medicaid primary care case management program, *Health Care Management Review*, 14 (2), 63-71.
- Hurley, Robert E. et al. 1991: Rollover effects in gatekeeper programs: Cushioning the impact of restricted choices, *Inquiry*, 28 (4), 375-384.
- Iffill, Gwen 1994: Clinton campaigns hard for health plan as 'outsider', *New York Times*, 10.04.1994.
- Iglehart, John K. 1992: The American health care system. Managed care, *New England Journal of Medicine*, 327 (10), 742-747.
- Iglehart, John K. 1993: The American health care system. Teaching hospitals, *New England Journal of Medicine*, 329 (14), 1052-1056.
- Iglehart, John K. 1995: Inside California's HMO market: A conversation with Leonard D. Schaeffer, *Health Affairs*, 14 (4), 131-142.
- Ignagni, Karen 1995: Navigating the health care marketplace, *Health Affairs*, 14 (1), 221-225.
- Immergut, Ellen M. 1990: Institutions, veto points, and policy results: A comparative analysis of health care, *Journal of Public Policy*, 10 (4), 391-416.
- Immergut, Ellen M. 1992: *Health politics: Interests and institutions in Western Europe*, New York.
- Institute of Medicine. Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care 1986: *For-profit enterprise in health care*, ed. by Bradford H. Gray, Washington, D.C.
- Jacobs, Lawrence R. 1993: Health reform impasse: The politics of American ambivalence toward government, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (3), 629-655.
- Jacobs, Lawrence, R. 1996: Talking heads and sleeping citizens: Health policy making in a democracy, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21 (1), 129-135.
- Jacobson, Steven J./Rimm, Alfred A. 1987: The projected surplus reevaluated, *Health Affairs*, 6 (2), 48-56.
- Jacobs, Lawrence R./Shapiro, Robert Y. 1994: Public opinion's tilt against private enterprise, *Health Affairs*, 13 (1), 285-298.
- Jacobs, Lawrence R./Shapiro, Robert Y. 1995: Don't blame the public for failed health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 411-423.
- Jehl, Douglas 1993: President joins counterattack on health insurers' TV ads, *New York Times*, 04.11.1993.
- Jehl, Douglas 1994: Clinton opens major push to sell his health program, *New York Times*, 06.04.1994.
- Jensen, Gail A. et al. 1997: The new dominance of managed care: Insurance trends in the 1990s, *Health Affairs*, 16 (1), 125-136.
- Johnson, Everett A. 1995: The public's future perspective on managed care, *Health Care Management Review*, 20 (2), 45-47.
- Johnson, Haynes 1994: *Divided we fall. Gambling with history in the nineties*, New York.
- Johnson, Haynes/Broder, David S. 1996: *The system. The American way of politics at the breaking point*, Boston.
- Johnson, Richard 1994a: HCMR perspective: The purpose of hospital governance, *Health Care Management Review*, 19 (2), 81-88.
- Johnson, Richard 1994b: HCMR perspective: The economic era of health care, *Health Care Management Review*, 19 (4), 64-72.
- Johnson, Richard 1995: Hospital governance in a competitive environment, *Health Care Management Review*, 20 (1), 75-83.
- Johnsson, Julie 1992a: Managed care in the 1990s: Providers' new role for innovative health delivery, *Hospitals*, 66 (6), 26-30.
- Johnsson, Julie 1992b: Medicaid: New generation of managed care improves access, delivery, *Hospitals*, 66 (6), 31-32, 34.

- Judis, John B. 1992: The pressure elite. Inside the narrow world of advocacy group politics, *American Prospect*, 9 (Spring 1992), 15-29.
- Judis, John B. 1995: Abandoned surgery. Business and the failure of health care reform, *American Prospect*, 21 (Spring 1995), 65-73.
- Kaiser Family Foundation 1994: Uninsured in America.
- Kaiser Family Foundation/Harvard University 1997: Is There A Managed Care Backlash?, press release, no. 1328, 05.11.1997.
- Kane, Robert L. 1995: Health care reform and the care of older adults, *Journal of the American Geriatric Society*, 43 (6), 702-706.
- Kassebaum, Donald G./Szenas, Philip L. 1992: Specialty preference of graduating medical students: 1992 update, *Academic Medicine*, 67 (11), 800-806.
- Kassebaum, Donald G./Szenas, Philip J. 1994: Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates, *Academic Medicine*, 69 (2), 164-170.
- Kassirer, Jerome P. 1993: The quality of care and the quality of measuring it, *New England Journal of Medicine*, 329 (17), 1263-1265.
- Kassirer, Jerome P. 1995: Managed care and the morality of the marketplace, *New England Journal of Medicine*, 333 (1), 50-52.
- Kavesh, William 1993: Physician and nurse-practitioner relationship, in: Mezey/McGivern (eds.) 1993, 171-184.
- Kemper, Vicki/Novak, Viveca 1992: What's blocking health care reform?, *Common Cause Magazine*, 18 (1), 8-13, 25.
- Kerr, Eve A. et al. 1995: Managed care and capitation in California: How do physicians at financial risk control their own utilization?, *Annals of Internal Medicine*, 123 (7), 500-504.
- Kerrey, Robert 1991: Why America will adopt comprehensive health care reform, *American Prospect*, 6 (Summer 1991), 81-91.
- Kilborn, Peter T. 1994: Unions plan to spend \$ 10 Million to promote Clinton health plan, *New York Times*, 22.02.1994.
- Kilborn, Peter T. 1996a: Tucson H.M.O.'s may offer model for Medicare's future, *New York Times*, 26.03.1996.
- Kilborn, Peter T. 1996b: Feeling devalued by change, doctors seek union banner, *New York Times*, 30.05.1996.
- Kindig, David A./Movassaghi, Hormoz 1989: The adequacy of physician supply in small rural communities, *Health Affairs*, 8 (2), 63-76.
- Kingdon, John W. 1984: *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston.
- Kirchhoff, Sue 1997: Budget bills find money for children, *Boston Globe*, 05.07.1997.
- Knickman, James R. 1996: Tracking consumers' reactions to the changing health care system: Early indicators, *Health affairs*, 15 (2), 21-48.
- Knox, Richard A. 1991: Health care leaps to top of political agenda, *Boston Globe*, 29.12.1991.
- Knox, Richard A. 1993: Health plan sweetened for doctors, *Boston Globe*, 30.10.1993.
- Knox, Richard A. 1996a: Blue Cross gives jolt to hospitals, *Boston Globe*, 29.01.1996.
- Knox, Richard A. 1996b: The rush is on - in doctors' offices, *Boston Globe*, 02.03.1996.
- Knox, Richard A. 1996c: Mission indisputable, *Boston Globe*, 11.06.1996.
- Knox, Richard A. 1996d: State legislatures take on HMOs' managed-care policies, *Boston Globe*, 24.07.1996.
- Knox, Richard A. 1997: Many cite worries about managed care, *Boston Globe*, 06.11.1997.
- Koch, John 1996: Linda A. Clayton, *Boston Globe Magazine*, 12, 09.06.1996.
- Kong, Dolores 1997: Study sees trade-off in Medicare HMOs, *Boston Globe*, 13.07.1997.
- Koretz, Gene 1994: Americans would chip in for universal health coverage, *Business Week*, 3353, 23.
- Kosterlitz, Julie 1991a: Radical surgeons, *National Journal*, 23 (17), 993-997.

Kosterlitz, Julie 1991b: Health care: The issue for 1992, *National Journal*, 23 (46), 2805-2806.

Kosterlitz, Julie 1992a: Insurers are gearing up, *National Journal*, 24 (12), 706-707.

Kosterlitz, Julie 1992b: Policy divisions, *National Journal*, 24 (17), 1007, 1010.

Kosterlitz, Julie 1992c: Less-radical surgery, *National Journal*, 24 (38), 2150.

Kosterlitz, Julie 1993a: Excess baggage, *National Journal*, 25 (2), 99.

Kosterlitz, Julie 1993b: Dangerous diagnosis, *National Journal*, 25 (3), 127-130.

Kosterlitz, Julie 1993c: The left has its own prescription, *National Journal*, 25 (14), 845.

Kosterlitz, Julie 1993d: Golden silence, *National Journal*, 25 (14), 800-804.

Kosterlitz, Julie 1993e: Monopoly medicine, *National Journal*, 25 (28), 1746-1749.

Kosterlitz, Julie 1993f: Hiring spree, *National Journal*, 25 (36), 2120-2125.

Kosterlitz, Julie 1993g: Middle-of-the-road vehicle, *National Journal*, 25 (38), 2274.

Kosterlitz, Julie 1993h: Who's in charge?, *National Journal*, 25 (41), 2414-2418.

Kosterlitz, Julie 1993i: Health lobby cranks up its postage meter, *National Journal*, 25 (42), 2486-2488.

Kosterlitz, Julie 1994a: Itching for a fight?, *National Journal*, 26 (3), 106-110.

Kosterlitz, Julie 1994b: Stress fractures, *National Journal*, 26 (8), 412-417.

Kosterlitz, Julie 1994c: The big sell, *National Journal*, 26 (20), 1118-1123.

Kosterlitz, Julie 1994d: Harry, Louise and doublespeak, *National Journal*, 26 (26), 1542.

Kosterlitz, Julie 1994e: The sounds of two Senators waffling, *National Journal*, 26 (33), 1945.

Kosterlitz, Julie 1996: Rise of the medical savings accounts, *National Journal*, 28 (25), 1395.

Kosterlitz, Julie, Novak, Viveca 1993: Why Bill Gradison's heading downtown, *National Journal*, 25 (5), 290-291.

Kralewski, John E. et al. 1987: The physician rebellion, *New England Journal of Medicine*, 316 (6), 2.

Kranish, Michael 1993: From N.H. campaign problem to defining issue, *Boston Globe*, 23.09.1993.

Kravitz, Richard L./Linn, Lawrence S./Shapiro, Martin F. 1990: Physician satisfaction under the Ontario health insurance plan, *Medical Care*, 28 (6), 502-512.

Kritchevsky, Stephen B./Simmons, Bryan P. 1991: Continuous quality improvement. Concepts and applications for physician care, *JAMA*, 266 (13), 1817-1823.

Kudrle, Robert T./Marmor, Theodore R. 1981: The development of welfare states in North America, in: Flora /Heidenheimer (eds.) 1981, 81-121.

Kuttner, Robert 1996a: Partial reforms won't cure our crazy health insurance system, *Boston Globe*, 12.02.1996.

Kuttner, Robert 1996b: States fill the vacuum on health reform, *Boston Globe*, 29.07.1996.

Kuttner, Robert 1996c: Loopholes cripple health care law, *Boston Globe*, 16.09.96.

Kuttner, Robert 1998: Medicare proposal a slam-dunk for Democrats., *Boston Globe*, 11.01.1998.

Laffel, Glenn/Berwick, Donald M. 1992: Quality in health care, *JAMA*, 268 (3), 407-409.

Langdon, Steve 1996a: Push for insurance changes moving to front burner, *Congressional Quarterly*, 54 (10), 616-620.

Langdon, Steve 1996b: Panel OKs Fawell's insurance bill, *Congressional Quarterly*, 54 (10), 617.

Langdon, Steve 1996c: House and Senate will consider bills to provide greater health coverage, *Congressional Quarterly*, 54 (10), 618-619.

Langdon, Steve 1996d: House passes insurance bill on mostly party-line vote, *Congressional Quarterly*, 54 (13), 880-881.

Langdon, Steve 1996e: Three health bills in one, *Congressional Quarterly*, 54 (13), 881.

Langdon, Steve 1996f: Sponsors want Senate bill to be amendment-free, *Congressional Quarterly*, 54 (15), 990.

Langdon, Steve 1996g: Medical savings may hold key to measure's fate, *Congressional Quarterly*, 54 (16), 1049-1050.

Langdon, Steve 1996h: Panel OKs minimum maternity stay, *Congressional Quarterly*, 54 (16), 1050.

Langdon, Steve 1996i: Dole could determine outcome as bill moves to conference, *Congressional Quarterly*, 54 (15), 1170, 1172.

Langdon, Steve 1996j: Insurance bill slowing despite fast start, *Congressional Quarterly*, 54 (22), 1535, 1538.

Langdon, Steve 1996k: Negotiators' health care differences, *Congressional Quarterly*, 54 (22), 1538.

Langdon, Steve 1996l: Medical savings accounts block victory for Dole, *Congressional Quarterly*, 54 (23), 1602.

Langdon, Steve 1996m: Gloomy Medicare report causes partisan finger-pointing, *Congressional Quarterly*, 54 (23), 1603.

Langdon, Steve 1996n: With Republicans now united, fingers point at Democrats, *Congressional Quarterly*, 54 (24), 1677-1678.

Langdon, Steve 1996o: An agreement on medical savings, *Congressional Quarterly*, 54 (24), 1678.

Langdon, Steve 1996p: Insurance measure stalls despite Lott's efforts, *Congressional Quarterly*, 54 (25), 1763.

Langdon, Steve 1996q: Kennedy and Archer call truce, insurance conference begins, *Congressional Quarterly*, 54 (30), 2122-2123.

Langdon, Steve 1996r: Kennedy, Kassebaum steer insurance bill to safety, *Congressional Quarterly*, 54 (31), 2197-2200.

Langdon, Steve 1997a: With campaign dust settling, Medicare chances brighter, *Congressional Quarterly*, 55 (3), 175-180.

Langdon, Steve 1997b: On Medicare, negotiators split over policy, not just figures, *Congressional Quarterly*, 55 (8), 488-490.

Langdon, Steve 1997c: Critics want more 'management' of managed care industry, *Congressional Quarterly*, 55 (11), 633-640.

Langdon, Steve 1997d: Some state proposals already mirror federal health measures, *Congressional Quarterly*, 55 (11), 634-635.

Langdon, Steve 1997e: Jeffords treads carefully in new post, *Congressional Quarterly*, 55 (11), 636.

Langdon, Steve 1997f: It's a concept, not a category, *Congressional Quarterly*, 55 (11), 639.

Langdon, Steve/Rubin, Alissa J. 1996: Health insurance bill fight ends with deal on savings accounts, *Congressional Quarterly*, 54 (31), 2198-2199.

Langwell, Kathryn M./Hadley, James P. 1989: Evaluation of the Medicare competition demonstrations, *Health Care Financing Review*, 11 (2), 65-80.

Lasker, Roz Diane/Lee, Philip R. 1994: Improving health through health system reform, *JAMA*, 272 (16), 1297-1298.

Lawrence, Jill 1994: GOP challenges necessity of Clinton health plan, *Boston Globe*, 01.01.1994.

League of Women Voters Education Fund 1994: Voicing your choice. A guide to citizen participation in health reform.

Leary, Warren E. 1996: With doctor surplus, U.S. is urged to cut residency training, *New York Times*, 24.01.1996.

Leary, Warren E. 1997: 1,000 hospitals will be paid to reduce supply of doctors, *New York Times*, 25.08.1997.

Lee, Jennifer L. 1996: HMOs, business fight \$200m levy, *Boston Globe*, 19.07.1996.

Letsch, Suzanne W. et al. 1992: National health expenditures, 1991, *Health Care Financing Review*, 14 (2), 1-30.

Lettvin, Jerome 1996: BCH merger isn't a good idea..., *Boston Globe*, 20.06.1996.

- Levinson, Wendy/Roter, Debra 1993: The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians, *Journal of General Internal Medicine*, 8 (6), 318-324.
- Levit, Katharine R. et al. 1994: National spending trends, 1960-1993, *Health Affairs*, 13 (5), 14-31.
- Levit, Katharine R. et al. 1996: National health expenditures 1994, *Health Care Financing Review*, 17 (3), 205-242.
- Levit, Katharine R./Lazenby, Helen C./Sivarajan, Lekha 1996: Health care spending in 1994: Slowest in decades, *Health Affairs*, 15 (2), 130-144.
- Levy, Clifford J. 1996: Side issues are heavy links in Albany budget deadlock, *New York Times*, 03.07.1996.
- Levy, Clifford J. 1996a: Pataki proposes ending regulation of hospital fees, *New York Times*, 21.03.1996.
- Lewin, Lawrence S./Eckels, Timothy J./Miller, Linda B. 1988: Setting the record straight. The provision of uncompensated care by not-for-profit hospitals, *New England Journal of Medicine*, 318 (8), 1212-1215.
- Lewin-Epstein, Noah 1991: Determinants of regular source of health care in Black, Mexican, Puerto Rican, and Non-Hispanic White populations, *Medical Care*, 29 (6), 543-557.
- Lewis, Charles E. et al. 1991: How satisfying is the practice of internal medicine? A national survey, *Annals of Internal Medicine*, 114 (1), 1-5.
- Lewis, Neil A. 1993: Medical industry showers Congress with lobby money, *New York Times*, 13.12.1993.
- Lewis, Neil A. 1994: Lobby for small-business owners puts big dent in health care bill, *New York Times*, 06.07.1994.
- Limbaugh, Rush H. 1993: See, I told you so, *New York*.
- Linn, Lawrence S. et al. 1986: Work satisfaction and career aspirations of internists working in teaching hospital group practice, *Journal of General Medicine*, 1 (1), 104-108.
- Lipkin, Mack Jr./Putnam, Samuel M./Lazare, Aaron 1995: The medical interview. Clinical care, education, and research, *New York*.
- Litman, Theodor J./Robins, Leonard S. 1991: Health politics and policy, Albany, 2nd, Auszüge.
- Localio, A. Russell 1993: Relationship between malpractice claims and cesarean delivery, *JAMA*, 269 (3), 366-373.
- Lofgren, Richard P./Mladenovic, Jeanette 1990: How reorganizing a general medicine clinic affected residents' and patients' satisfaction, *Academic Medicine*, 65 (9), 604-608.
- Lohr, Kathleen N./Vanselow, Neal A./Detmer, Don E. 1996: The nation's physician workforce: Options for balancing supply and requirements, *JAMA*, 275 (10), 748.
- Long, Stephen H./Marquis, M. Susan 1993: Gaps in employer coverage: Lack of supply or lack of demand, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 282-293.
- Long, Stephen H./Rodgers, Jack 1993: Managed competition estimates for policy making, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 243-247.
- Long, Stephen H./Settle, Russell F. 1988: An evaluation of Utah's primary care case management program for Medicaid recipients, *Medical Care*, 26 (11), 1021-1032.
- Los Angeles Times 1997: Clinton, Congress set to tackle health subsidies, *Boston Globe*, 16.01.97.
- Love, Alice Ann 1998: Seniors warned about Medicare, *Boston Globe*, 21.04.1998.
- Luft, Harold S. 1978: How do health-maintenance organizations achieve their savings?, *New England Journal of Medicine*, 298 (24), 1336-1343.
- Luft, Harold S. 1980: Assessing the evidence on HMO performance, *Milbank Memorial Quarterly*, 58 (4), 501-536.
- Luft, Harold S. 1981: Health Maintenance Organizations: Dimensions of performance, *New York*.
- Luft, Harold S. 1994: HMOs and the elderly, Health Administration Press, Ann Arbor, M.I.

- Luft, Harold S./Miller, Robert H. 1988: Patient selection in a competitive health care system, *Health Affairs*, 7 (3), 97-119.
- Lundberg, George D./Lamm, Richard D. 1993: Solving our primary care crisis by retraining specialists to gain specific primary care competencies, *JAMA*, 270 (3), 380-381.
- MacGregor Burns, James 1982: *The power to lead. The crisis of the American presidency*, New York.
- Madden, Diana L. 1994: A look at federal proposals to regulate the workforce, *Internist*, 35 (3), 16.
- Mann, Joyce et al. 1995: Uncompensated care: Hospitals' responses to fiscal pressures, *Health Affairs*, 14 (1), 263-270.
- Mann, Thomas E./Ornstein, Norman J. 1995: *Intensive care. How Congress shapes health policy*, Washington, D.C.
- Manning, Willard G. et al. 1984: A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on the use of services, *New England Journal of Medicine*, 310 (23), 1505-1510.
- Marder, David 1992: Effect of racial and socioeconomic factors on asthma mortality in Chicago, *Chest*, 101 (6), 426 S-429 S.
- Marmor, Theodore R. 1983: *Political analysis and American medical care. Essays*, Cambridge.
- Marmor, Theodore R. 1994: *Understanding health care reform*, Yale University Press, New Haven.
- Marmor, Theodore R./Barr, Michael S. 1992: Making sense of the national health insurance reform debate, *Yale Law & Policy Review*, 10 (2), 228-282.
- Marmor, Theodore R./Boyum, David 1992: American medical care reform: Are we doomed to fail?, *Daedalus*, 121 (4), 175-194.
- Marmor, Theodore R./Goldberg, Mark A. 1995: Reform redux, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 491-494.
- Marmor, Theodore R./Mashaw, Jerry L. 1990: Canada's health insurance and ours: The real lessons, the big choices, *American Prospect*, 3 (Fall 1990), 18-29.
- Marmor, Theodore R./Schlesinger, Mark/Smithey, Richard W. 1987: Nonprofit organizations and health care, in: Powell (ed.) 1987, 221-239.
- Martin, Cathie Jo 1993: Together again: Business, government, and the quest for cost control, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (2), 359-393.
- Martin, Cathie Jo 1995: Stuck in neutral: Big business and the politics of national health reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 431-436.
- Martin, Cathie Jo 1997: Mandating social change - the business struggle over national health reform, *Governance-An International Journal of Policy & Administration*, 10 (4), 397-428.
- Massaro, Thomas A./Wong, Yu-Ning 1995: Positive experience with medical savings accounts in Singapore, *Health Affairs*, 14 (2), 267-272.
- McBarnett, Lorna 1987: Women and poverty: The effects on reproductive status, *Women and Health*, 12 (3-4), 55-81.
- McCranie, Edward M./Hornsby, J. Larry/Calvert, Jon C. 1982: Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: A national survey, *Journal of Family Practice*, 14 (6), 1107-1114.
- McCue, Jack 1982: The effects of stress on physicians and their medical practice, *New England Journal of Medicine*, 306 (8), 458-463.
- McIlrath, Sharon 1993: Everyone finds something to dislike in reform plan, *American Medical News*, 24.02.93, 9.
- McKinlay, John B./Stoeckle, John D. 1988: Corporatization and the social transformation of doctoring, *International Journal of Health Services*, 18 (2), 191-205.
- McKinlay, John B./Stoeckle, John D. 1990: Corporatization and the social transformation of doctoring, *The*

- corporate transformation of health care. Part I: Issues and directions, Salmon, J. Warren, Baywood Publishing Company, Inc., Amityville, N.Y., 133-149, Navarro, Vicente, Policy, Politics, Health and Medicine.
- McManus, Margaret A./Greany, Ann M./Newacheck, Paul W. 1989: Health insurance status of young adults in the United States, *Pediatrics*, 84 (4), Oct. 1989, 709-716.
- Mechanic, David 1994: Managed care: Rhetoric and realities, *Inquiry*, 31 (2), Summer 1994, 124-128.
- Meckler, Laura 1997: Governors press for control in children's health coverage, *Boston Globe*, 16.07.1997.
- Merkel, William T./Margdis, Ronald B./Smith, Robert C. 1990: Teaching humanistic and psychosocial aspects of care: current practices and attitudes, *Journal of General Internal Medicine*, 5 (1), Jan./Feb. 1990, 34-41.
- Merry, Robert W. 1996: Critical Condition, *New York Times*, 30.06.1996.
- Meyer, Harris 1987: Anti-HMO groups unite as physicians who care, *American Medical News*, 30, 3, 49.
- Mezey, Mathy D./McGivern, Diane O. 1993: Nurses, nurse practitioners. Evolution to advanced practice, New York.
- Mick, Stephen S./Moscovice, Ira 1993: Health care professionals, in: Williams/Torrens (eds.) 1993a, 269-296.
- Miller, Robert H. 1996: Health system integration: A means to an end, *Health Affairs*, 15 (2), 92-106.
- Miller, Robert H./Luft, Harold S. 1994a: Managed care plan performance since 1980. A literature analysis, *JAMA*, 271 (19), 1512-1519.
- Miller, Robert H./Luft, Harold S. 1994b: Managed care plans: Characteristics, growth and premium performance, *Annual Review of Public Health*, 15, 437-459.
- Miller, Robert H./Luft, Harold S. 1997: Does managed care lead to better or worse quality of care?, *Health Affairs*, 16 (5), 7-25.
- Mintz, Elana 1997a: Pending bills propose regulation, *Congressional Quarterly*, 55 (11), 638.
- Mintz, Elana 1997b: Means testing around since beginning, *Congressional Quarterly*, 55 (30), 1788.
- Mishel, Lawrence/Bernstein, Jared 1993: The state of working America 1992-93, New York.
- Mitchell, Alison 1997a: Clinton to press Medicare measure, *New York Times*, 23.07.1997.
- Mitchell, Alison 1997b: A plan to cut taxes, erase deficit and insure the young, *New York Times*, 30.07.1997.
- Mitchell, Jean M./Scott, Elton 1992: Physician ownership of physical therapy services. Effects on charges, utilization, profits, and service characteristics, *JAMA*, 268 (15), 2055-2059.
- Mitka, Mike 1997: Physician pay back up, but two-year trend still shows loss, *American Medical News*, 04.05.1998.
- Moffit, Robert E. 1994: Clinton's Frankenstein. The gory detail of the President's health plan, *Policy Review*, 67 (Winter 1994), 4-12.
- Moran, Michael 1995: Three faces of the health care state, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (3), 767-781.
- Moran, Donald W. 1997: Federal regulation of managed care: An impulse in search of a theory?, *Health Affairs*, 16 (6), 7-21.
- Morone, James A. 1990a: The democratic wish. Popular participation and the limits of American government, New York.
- Morone, James A. 1990b: American political culture and the search for lessons from abroad, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15 (1), 129-143.
- Morone, James A. 1991: The politics of health care reform, *Health Politics and Policy*, Litman, Theodor J., Robins, Leonard S., Albany, 273-286 (2nd ed.).
- Morone, James A. 1994: Neglected institutions: Politics, administration, and health reform, *PS: Political Science & Politics*, (27), 220-223.
- Morone, James A. 1995: Nativism, hollow corporations, and managed competition: Why the Clinton health care

- reform failed, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 391-398.
- Morone, James A./Goggin, Janice M. 1995: Health policies in Europe: Welfare states in a market era, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (3), 557-569.
- Morrisey, Michael A./Jensen, Gail A./Morlock, Robert J. 1994: Small employers and the health insurance market, *Health Affairs*, 13 (5), 149-161.
- Morrow, David J. 1996: High cost of plugging the gaps in Medicare, *New York Times*, 12.05.1996.
- Mulhausen, Robert/McGee, Jeanne 1989: Physician need: an alternative projection from a study of large, pre-paid group practice, *JAMA*, 261 (13), 1930-1934.
- Myerson, Allen R. 1996: A double standard in health coverage, *New York Times*, 17.03.1996.
- Nash, David 1997: *The managed care manual*, Boston.
- National Journal 1992: Trade group's pulse fading, *National Journal*, 24 (45), 2529.
- Navarro, Vicente 1984: Medical history as justification rather than explanation: A critique of Starr's 'The Social Transformation of American Medicine', *International Journal of Health Services*, 14 (4), 511-528.
- Navarro, Vicente 1987: Federal health policies in the United States: An alternative explanation, *The Milbank Quarterly*, 65 (1), 81-111.
- Navarro, Vicente 1988: Professional dominance or proletarianization?: Neither, *Milbank Quarterly*, 66 (Suppl.2), 57-75.
- Navarro, Vicente 1989: Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the United States has neither, *International Journal of Health Services*, 19 (3), 383-404.
- Navarro, Vicente (ed.) 1992: *Why the United States does not have a national health program*, Amityville 1992.
- Navarro, Vicente 1993: *Dangerous to your health. Capitalism in health care*, New York.
- Navarro, Vicente 1994: *The politics of health policy. The US reforms, 1980-1994*, Cambridge, MA.
- Navarro, Vicente 1995a: Why Congress did not enact health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 455-462.
- Navarro, Vicente 1995b: The politics of health care reform in the United States, 1992-1994. A historical review, *International Journal of Health Services*, 25 (2), 185-201.
- Navarro, Vicente/Himmelstein, David U./Woolhandler, Steffie 1989: The Jackson national health program, *International Journal of Health Services*, 19 (1), 19-44.
- Neuffer, Elizabeth 1993: *Health overhaul: A policy primer*, Boston Globe, 26.08.1993.
- New York Times 1994a: Spin doctors wreck Harry and Louise, *New York Times*, 08.07.1994.
- New York Times 1994b: Too little time, too much politics: Views on the health care fizzle, *New York Times*, 27.09.1994.
- New York Times 1996a: Clear antitrust rules for doctors, *New York Times*, 09.04.1996.
- New York Times 1996b: Mr. Pataki's balanced H.M.O. bill, *New York Times*, 10.05.1996.
- New York Times 1996c: Can you trust the A.A.R.P.?, *New York Times*, 20.05.1996.
- New York Times 1996d: White House waffling on health, *New York Times*, 22.06.1996.
- New York Times 1997: House Republican plans child insurance proposal, *New York Times*, 15.04.97.
- Newacheck, Paul W. 1988: Access to ambulatory care for poor persons, *Health Services Research*, 23 (3), 401-419.
- Nolan, James 1994: Why we need government regulation, *Internist*, 35 (3), 14-17.
- Norman, James 1990: The flowering of managed care, *Medical Economics*, 67, 89-105.
- Norton, Edward C./Staiger, Douglas O. 1994: How hospital ownership affects access to care for the uninsured, *RAND Journal of Economics*, 25 (1), 171-185.
- Novak, Viveca 1994: By the numbers, *National Journal*, 26 (7), 348-352.
- Numbers, Ronald L. 1978: Almost persuaded: American physicians and compulsory health insurance, 1912-

- 1920, Baltimore.
- O'Connor, Stephen J./Lanning, Joyce A. 1992: The end of autonomy? Reflections on the postprofessional physician, *Health Care Management Review*, Winter 1992, 63-72.
- O'Neil, Edward/Finocchio, Leonardo J. 1997: The future of the health professions under managed care, in: Wilkerson/Devers/Given (eds.) 1997a, 113-135.
- Oberlander, Jonathan B. 1997: Managed care and Medicare reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), 595-631.
- Ohnsfeldt, R.L. 1985: Uncompensated medical services provided by physicians and hospitals, *Medical Care*, 23 (12), 1338-1344.
- Oleszek, Walter J. 1989: Congressional procedures and the policy process, *Congressional Quarterly*, Washington, D.C, 3.
- Oliphant, Thomas 1996a: The poison pills in the health insurance proposals, *Boston Globe*, 30.04.1996.
- Oliphant, Thomas 1996b: Gephardt's art of the possible, *Boston Globe*, 14.07.1996.
- Oliphant, Thomas 1997: Bad thinking on Medicare, *Boston Globe*, 01.07.1997.
- Oliphant, Thomas 1998: ...and, despite GOP naysayers, it's doable, *Boston Globe*, 11.01.1998.
- Oppenheimer, Martin 1973: The proletarianization of the professional, *Sociol.Rev. Monogr.*, 20, 213-227.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) 1992: U.S. health care at the cross-roads, *Health Policy Studies No.1*.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) 1996: Health care reform. The will to change, *Policy Studies No.8*.
- Orloff, Ann Shola 1988: The political origins of America's belated welfare state, in: Weir/Orloff/Skocpol (eds.) 1988, 37-80.
- Patrick, Donald L. et al. 1992: Health status and the use of services among families with and without health insurance, *Medical Care*, 30 (10), 941-949.
- Pattison, Robert V./Katz, Halle M. 1983: Investor-owned and not-for-profit hospitals. A comparison based on California data, *New England Journal of Medicine*, 306 (6), 347-353.
- Paul-Shaheen, Pamela A. 1998: The states and health care reform: The road traveled and lessons learned from seven that took the lead, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23 (2), 319-361.
- Pauly, Mark V. 1994: An analysis of medical savings accounts. Do two wrongs make a right?, *American Enterprise Institute*, Washington, D.C.
- Pauly, Mark V., Goodman, John C. 1995: Tax credits for health insurance and medical savings accounts, *Health Affairs*, 14 (1), 126-139.
- Pear, Robert 1993a: Clinton cuts aims on mental health and dental costs, *New York Times*, 03.09.1993.
- Pear, Robert 1993b: President to limit federal subsidies in health program, *New York Times*, 27.10.1993.
- Pear, Robert 1993c: Congress is given Clinton proposal for health care, *New York Times*, 28.10.1993.
- Pear, Robert 1993d: Fewer now have health insurance, *New York Times*, 15.12.1993.
- Pear, Robert 1993e: Health plan leans on the employers, *New York Times*, 16.12.1993.
- Pear, Robert 1993f: 10 doctors' groups endorse Clinton's health plan, *New York Times*, 17.12.1993.
- Pear, Robert 1993g: \$ 1 trillion in health costs is predicted, *New York Times*, 29.12.1993.
- Pear, Robert 1994a: Warning on health plan from author of the idea, *New York Times*, 13.01.1994.
- Pear, Robert 1994b: Business groups and labor unions attack Clinton on health plan, *New York Times*, 04.02.1994.
- Pear, Robert 1994c: Clinton fails to get endorsement of elderly group on health plan, *New York Times*, 25.02.1994.
- Pear, Robert 1994d: Medicare denials vary greatly by state, *New York Times*, 29.03.1994.

Pear, Robert 1994e: Health care tug-of-war puts A.M.A. under strain, *New York Times*, 05.08.1994.

Pear, Robert 1996a: Insurers fighting a bipartisan bill for health care, *New York Times*, 02.02.1996.

Pear, Robert 1996b: Partisan split is obstructing Medicaid plan by governors, *New York Times*, 04.02.1996.

Pear, Robert 1996c: Shortfall posted by Medicare fund two years early, *New York Times*, 05.02.1996.

Pear, Robert 1996d: Governors group finds agreement on Medicaid plan, *New York Times*, 06.02.1996.

Pear, Robert 1996e: On social policy, Governors quietly split the differences, *New York Times*, 08.02.1996.

Pear, Robert 1996f: G.O.P. seeks to expand access to health care, with a catch, *New York Times*, 05.03.1996.

Pear, Robert 1996g: House Republicans offer an ambitious plan to expand health care coverage, *New York Times*, 09.03.1996.

Pear, Robert 1996h: Politics and the health care bill, *New York Times*, 24.03.1996.

Pear, Robert 1996i: For Clinton, G.O.P. health bill might go too far, *New York Times*, 30.03.1996.

Pear, Robert 1996j: Doctors may get leeway to rival large companies, *New York Times*, 08.04.1996.

Pear, Robert 1996k: G.O.P. bill would profit insurer with ties to party, *New York Times*, 14.04.1996.

Pear, Robert 1996l: Dole to offer amendment to health insurance bill, *New York Times*, 18.04.1996.

Pear, Robert 1996m: Health legislation: Gradualism wins the day, for now, but doubts persist, *New York Times*, 20.04.1996.

Pear, Robert 1996n: New Medicare trust fund data show unusually large shortfall, *New York Times*, 23.04.1996.

Pear, Robert 1996o: Mental health a big winner in Senate bill, *New York Times*, 24.04.1996.

Pear, Robert 1996p: Wider mental health policies seen as feasible requirement, *New York Times*, 02.05.1996.

Pear, Robert 1996q: 800.000 may lose coverage if mental benefits are added, *New York Times*, 14.05.1996.

Pear, Robert 1996r: Talks on the health care bill appear to move backward, *New York Times*, 20.06.1996.

Pear, Robert 1996s: U.S. shelves plan to limit rewards to H.M.O. doctors, *New York Times*, 08.07.1996.

Pear, Robert 1996t: Deal in Congress gives health bill a new momentum, *New York Times*, 26.07.1996.

Pear, Robert 1996u: New approach to overhauling health insurance: Step by step, *New York Times*, 11.11.96.

Pear, Robert 1996v: Democrats object to a health plan by G.O.P. in house, *New York Times*, 29.03.1996.

Pear, Robert 1997a: President moves to protect half of uninsured children, *New York Times*, 07.02.97.

Pear, Robert 1997b: Hatch joins Kennedy to back health program, *New York Times*, 14.03.1997.

Pear, Robert 1997c: Senate bills to extend Medicaid to children, *New York Times*, 24.04.97.

Pear, Robert 1997d: Panel meets to consider bill of rights for patients, *New York Times*, 14.05.97.

Pear, Robert 1997e: Health care bills don't meet goals, budget aides say, *New York Times*, 02.07.1997.

Pear, Robert 1997f: Clinton is 'open' to making the well-off pay more for Medicare, *New York Times*, 09.07.1997.

Pear, Robert 1997g: Budget negotiators attack Senate's proposal on Medicare, *New York Times*, 11.07.1997.

Pear, Robert 1997h: G.O.P. leadership agrees on a plan to insure youths, *New York Times*, 24.07.1997.

Pear, Robert 1997i: Closest to their hearts, *New York Times*, 29.07.1997.

Pear, Robert 1997j: \$ 24 Billion would be set aside for medical care for children, *New York Times*, 30.07.1997.

Pear, Robert 1997k: New options include shift into preventive benefits, and slightly higher costs, *New York Times*, 30.07.1997.

Pear, Robert 1997l: New flexibility for Medicare, but at a price, *New York Times*, 05.08.1997.

Pear, Robert 1997m: Beyond Medicare: New choices in health insurance, *New York Times*, 10.08.1997.

Pearlstein, Steven/Dana, Priest 1993: In scope and vision, health plan defines Clinton presidency, *Washington Post*, 28.10.1993.

Pepper Commission on Comprehensive Health Care 1990: Call for action. The Pepper Commission, U.S. bipartisan commission on comprehensive health care. Final report, Washington, D.C.

Perkins, Henry S. et al. 1990: Impact of legal liability, family wishes, and other "external factors" on physicians' life-support decisions, *American Journal of Medicine*, 89 (2), 185-194.

- Perry, James M. 1994: Soul mates. The Christian Coalition crusades to broaden rightist political base, Wall Street Journal, 19.07.1994.
- Perspectives. Washington Report on Medicine & Health 1985: Teaching hospital meet proprietary chains, 04.03.1985.
- Petersdorf, Robert G. 1994: Regulating the supply of internists: Whose hand should be on the spigot?, Internist, 35 (3), 7-9, 17.
- Peterson, Mark A. 1992: Report from Congress. Momentum toward health care reform in the U.S. Senate, Journal of Health Politics, Policy and Law, 17 (3), 554-573.
- Peterson, Mark A. 1993a: Political Influence in the 1990s: From Iron Triangle to Policy Networks, Journal of Health Politics, Policy and Law, 18 (2), 395-438.
- Peterson, Mark A. 1993b: Institutional changes and the health politics of the 1990s, American Behavioral Scientist, 36 (6), 782-801.
- Peterson, Mark A. 1995: The health care debate: All heat and no light, Journal of Health Politics, Policy and Law, 20 (2), 425-430.
- Peterson, Mark A. 1997: Introduction. Health care into the next century, Journal of Health Politics, Policy and Law, 22 (2), 291-313.
- Peterson, Peter G. 1993: Facing up. How to rescue the economy from crushing debt and restore the American dream, New York.
- Pew Health Professions Commission 1995: Reforming health care workforce regulation. Policy considerations for the 21st century, Pew Health Professions Commission. Taskforce on Health Care Workforce Regulation, Dec. 1995.
- Pham, Alex 1996a: Health costs stabilize, Boston Globe, 30.01.1996.
- Pham, Alex 1996b: Mt. Auburn set to merge with hospitals, Boston Globe, 12.03.1996.
- Pham, Alex 1996c: Harshbarger set to approve hospital buy, Boston Globe, 01.04.1996.
- Pham, Alex 1996d: Aetna will buy US Healthcare in \$ 8,6b deal, Boston Globe, 02.04.1996.
- Pham, Alex 1996e: HMO will combine products, Boston Globe, 05.04.1996.
- Pham, Alex 1996f: Blue Cross modifies hospital offer, Boston Globe, 06.04.1996.
- Pham, Alex 1996g: HMOs facing unexpected costs surge, Boston Globe, 02.08.1996.
- Pham, Alex 1996h: One doctor's kickback is another's cost management, Boston Globe, 11.08.1996.
- Pham, Alex 1998a: Health care costs expected to rise in '98, Boston Globe, 08.01.1998.
- Pham, Alex 1998b: Health care costs are heading up, Boston Globe, 20.01.1998.
- Pham, Alex 1998c: Harvard Vanguard opts for choice, Boston Globe, 14.03.1998.
- Pham, Alex 1998d: Drug costs put strain on health insurers, Boston Globe, 18.03.1998.
- Physician Payment Review Commission 1995: Physician Payment Review Commission. 1995 annual report to Congress, Part I Medicare and Medicaid, Background and Overview, 1-15
- Pianin, Eric, Chandler, Clay 1997: GOP, White House declare tentative accord on budget, Boston Globe, 29.07.1997.
- Pincus, Walter/Hilzenrath, David S. 1993: Clinton said to abstain from taxing liquor to avert health plan fight, Washington Post, 25.09.1993.
- PL 104-191, U.S. Congress 1996: Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.
- PL 105-33, U.S. Congress 1997: Balanced Budget Act of 1997.
- Poen, Monte M. 1979: Harry S. Truman versus the medical lobby. The genesis of Medicare, Columbia.
- Policy Review 1994: Kristol Ball. William Kristol looks at the future of the GOP. An interview by Adam Meyerson, Policy Review, 67 (Winter 1994), 14-18.

- Pollack, Ronald/Torda, Phyllis 1991: The pragmatic road toward national health insurance, *American Prospect*, 6 (Summer 1991), 92-100.
- Pomper, Gerald M. et al. 1993: *The Election of 1992. Reports and Interpretations*, Chatham.
- Potter, Margaret A./Longest Jr., Beaufort B. 1994: The divergence of federal and state policies on the charitable tax exemption of nonprofit hospitals, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19 (2), 393-419.
- Powell, Walter W. 1987: *The nonprofit sector. A research handbook*, New Haven.
- Preston, Jeanette/Retchin, Sheldon M. 1991: The management of geriatric hypertension in Health Maintenance Organizations, *Journal of the American Geriatric Society*, 39 (7), 683-690.
- Preston, Jennifer 1996a: A hospital worries about 'people who fall through the cracks', *New York Times*, 14.04.1996.
- Preston, Jennifer 1996b: Legislation on uninsured is approved, *New York Times*, 17.05.1996.
- Priest, Dana 1993a: Health care theorists of Jackson Hole: Policy heroes or special interests?, *Washington Post*, 12.03.1993.
- Priest, Dana 1993b: Medical price caps drafted for Clinton, *Washington Post*, 17.03.1993.
- Priest, Dana 1993c: Gore offers AMA deal to cut costs, *Washington Post*, 25.03.1993.
- Priest, Dana 1994a: AMA welcomes liberal Senator's help in swing against big health care firms, *Washington Post*, 31.05.1994.
- Priest, Dana 1994b: 11th-hour health bid challenged, *Boston Globe*, 21.09.1994.
- Priest, Dana/Devroy, Ann 1993: DNC backed lobby to push health plan, *Washington Post*, 03.06.1993.
- Priest, Dana/Weisskopf, Michael 1993: AMA split on Clinton health plan, *Washington Post*, 06.12.1993.
- Purdum, Todd S. 1996a: Governors adopt plan to overhaul aid for the poor, *New York Times*, 07.02.1996.
- Purdum, Todd S. 1996b: Clinton calls for tax cuts in new plan for budget, *New York Times*, 20.03.1996.
- Purdum, Todd S. 1996c: Clinton signs bill to give portability in insurance, *New York Times*, 22.08.1996.
- Ramsey, Craig 1995: *U.S. health policy groups. Institutional profiles*, London.
- Randall, Vernellia R. 1994: Impact of managed care organizations on ethnic Americans and underserved populations, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (3), 224-236.
- Randolph, Lillian 1997: *Physician characteristics and distribution, 1997/98 edition*, American Medical Association, Department of Data Survey and Planning, Division of Survey and Data Resources, 1997.
- Randon Hershey, Marjorie 1993: The Congressional elections, in: Pomper et al. 1993, 157-189.
- Rapoport, John et al. 1992: Resource utilization among intensive care patients. Managed care vs. traditional insurance, *Archives of Internal Medicine*, 152 (11), 2207-2212.
- Rask, Kimberly J. 1994: Hospital discharge data and the uninsured, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (4), 275-279.
- Raspberry, William 1996: Grave warnings on Medicare for baby boomers, *Boston Globe*, 11.06.1996.
- Rauch, Jonathan 1994: *Demosclerosis. The silent killer of American government*, New York.
- Reed, Ralph 1994a: What do religious conservatives really want?, *Disciples & Democracy. Religious Conservatives and the Future of American Politics*, Cromartie, Michael, Grand Rapids, M.I., 1-31.
- Reed, Ralph 1994b: *After the revolution. How the Christian Coalition is impacting America*, Dallas.
- Reed, Ralph/Evans, Daryl 1987: The deprofessionalization of medicine. Causes, effects, and responses, *JAMA*, 258 (22), 3279-3282.
- Reinhardt, Uwe E. 1992a: The United States: Breakthroughs and waste, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17 (4), 637-666.
- Reinhardt, Uwe E. 1992b: Politics and the health care system, *New England Journal of Medicine*, 327 (11), 809-811.
- Reinhardt, Uwe E. 1993a: Reorganizing the financial flows in American health care, *Health Affairs*, 12 (Suppl.

- 1993), 172-193.
- Reinhardt, Uwe E. 1993b: Comment on the Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health care system, *Health Economics*, 2, 7-14.
- Relman, Arnold S. 1980: The new medical-industrial complex, *New England Journal of Medicine*, 303 (17), 963-970.
- Relman, Arnold S. (1983a: Investor-owned hospitals and health-care costs, *New England Journal of Medicine*, 309 (6), 370-372.
- Relman, Arnold S. (1983b: The future of medical practice, *Health Affairs*, 2 (2), 5-19.
- Relman, Arnold S. 1985: Dealing with conflicts of interest, *New England Journal of Medicine*, 313 (12), 749-751.
- Relman, Arnold S. 1991: Shattuck lecture - The health care industry: where is it taking us?, *New England Journal of Medicine*, 325 (12), 854-859.
- Relman, Arnold S. 1993: Controlling costs by "managed competition" - Would it work?, *New England Journal of Medicine*, 328 (2), 133-135.
- Renn, Steven C. et al. 1985: The effect of ownership and system affiliation on the economic performance of hospitals, *Inquiry*, 22 (3), 219-236.
- Retchin, Sheldon M./Brown, Barbara 1990: The quality of ambulatory care in Health Maintenance Organizations, *American Journal of Public Health*, 80 (4), 411-415.
- Retchin, Sheldon M./Brown, Barbare 1991: Elderly patients with congestive heart failure under prepaid care, *American Journal of Medicine*, 90 (2), 236-242.
- Retchin, Sheldon M./Preston, Jeanette 1991: Effects of cost containment on the care of elderly diabetics, *Archives of Internal Medicine*, 151 (11), 2244-2248.
- Retchin, Sheldon M./Gurnick Clement, Dolores/Brown, Randall S. 1994: Care of patients hospitalized with strokes under the Medicare risk program, in: Luft (ed.) 1994, 167-194.
- Reuters 1993: AMA gives cautious backing to Clinton health plan, *Boston Globe*, 14.09.1993.
- Reuters 1996a: Governors petition Congress to pass Medicaid reform plan, *Boston Globe*, 22.02.1996.
- Reuters 1996b: Health insurance measure advances, *Boston Globe*, 21.03.1996.
- Reuters 1996c: GOP unveils welfare, Medicaid reform bills, *Boston Globe*, 23.05.1996.
- Reuters 1996d: Senate passes bill in portable health coverage, *Boston Globe*, 03.08.1996.
- Rich, Spencer/Devroy, Ann 1994: Chamber of Commerce opposes Clinton health plan, *Washington Post*, 04.02.1994.
- Rice, Thomas 1980: Health services planning and regulation, *Introduction to Health Services*, Williams, Stephen J., Torrens, Paul R., New York, 325-354.
- Rice, Thomas 1997: Can markets give us the health system we want?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), April 1997, 383-426.
- Rice, Thomas/Brown, Richard/Wyn, Roberta 1993: Holes in the Jackson Hole Approach to Health Care Reform, *JAMA*, 270 (11), 1357-1362.
- Rice, Thomas/Gabel, Jon/de Lissovoy, Gregory 1989: The employer perspective, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14 (2), 367-373.
- Riedel, Ruth Lyn/Riedel, Donald C. 1979: Practice and performance: An assessment of ambulatory care, Ann Arbor MI.
- Riley, Gerald F. 1994: Stage of cancer at diagnosis for Medicare HMO and fee-for-service enrollees, *American Journal of Public Health*, 84 (10), 1598-1604.
- Riley, Gerald F./Ingber, Melvin J./Tudor, Cynthia G. 1997: Disenrollment of Medicare beneficiaries from HMOs, *Health Affairs*, 16 (5), 117-124.

- Rivo, Mark L./Kindig, David A. 1996: A report card on the physician work force in the United States, *New England Journal of Medicine*, 334 (14), 892-896.
- Rizzo, John 1993: Physician uncertainty and the art of persuasion, *Social Sciences and Medicine*, 37 (12), 1451-1459.
- Robinson, James C./Casalino, Lawrence P. 1995: The growth of medical groups paid through capitation in California, *New England Journal of Medicine*, 333 (25), 1684-1687.
- Rockefeller, John D. 1991: A call for action. The Pepper Commission's blueprint for health care reform, *JAMA*, 265 (19), 2507-2510.
- Rockman, Bert A. 1995: The Clinton presidency and health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 399-402.
- Rodham Clinton, Hillary 1997: Our chance for healthier children, *New York Times*, 05.08.1997.
- Rodwin, Marc A. 1993: *Medicine, money, and morals*, Oxford University Press, New York.
- Rodwin, Marc A. 1995: Conflicts in managed care, *New England Journal of Medicine*, 332 (9), 604-607.
- Roemer, Milton I. 1991: *National health systems of the world. Vol.I: The countries*, New York.
- Rosenbaum, David E. 1996: Gloomy forecast touches off feud on Medicare fund, *New York Times*, 06.06.1996.
- Rosenbaum, Sara et al. 1997: Civil rights in a changing health care system, *Health Affairs*, 16 (1), 90-105.
- Rosenblatt, Roger A. 1992: Specialists or generalists: on whom should we base the American health care system?, *JAMA*, 267 (12), 1665-1666.
- Rosenblatt, Robert A. 1997: HMOs fight proposal to cut Medicare payments, *Boston Globe*, 14.07.1997.
- Rosenthal, Elisabeth 1996a: Groups predict New York hospital closings, *New York Times*, 07.04.1996.
- Rosenthal, Elisabeth 1996b: New fee plan for Woodhull Hospital doctors, *New York Times*, 11.04.1996.
- Rosenthal, Elisabeth 1996c: 2 more hospitals decide to merge in New York City, *New York Times*, 25.07.1996.
- Rosner, David 1982: *A once charitable enterprise. Hospitals and health care in Brooklyn and New York, 1885-1915*, Cambridge.
- Ross Davies, Allyson et al. 1986: Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: Results from a randomized controlled trial, *Health Services Research*, 21 (3), 429-452.
- Rossiter, Louis et al. 1989: Patient satisfaction among elderly enrollees and disenrollees in Medicare Health Maintenance Organizations, *JAMA*, 262 (1), 57-63.
- Rossiter, Louis/Chiu, Heng-Chia/Chen, Sheau-Hwa 1994: Strengths and weaknesses of the AAPCC. When does risk adjustment become cost reimbursement?, in: Luft (ed.) 1994, 251-269.
- Roter, Debra L./Hall, Judith A. 1992: *Doctors talking with patients. Patients talking with doctors. Improving communication in medical visits*, Westport CO.
- Rothman, David J. 1993: A century of failure: Health care reform in America, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (2), 271-286.
- Rovner, Julie 1992a: A last minute GOP revolt gets Bush's attention, *Congressional Quarterly*, 50 (5), 249-251.
- Rovner, Julie 1992b: Bush's plan short on details, long on ambition, critics, *Congressional Quarterly*, 50 (6), 305-309.
- Rubin, Alissa J. 1993: Mrs. Clinton conquers Hill, sets debate in motion, *Congressional Quarterly*, 51 (39), 2640-2643.
- Rubin, Alissa J. 1994a: Two ideological poles frame debate over reform, *Congressional Quarterly*, 52 (1), 23.
- Rubin, Alissa J. 1994b: Congress moves to middle on overhaul bills, *Congressional Quarterly*, 52 (15), 886-891.
- Rubin, Alissa J. 1994c: Bad news for Cooper-Breaux bill, *Congressional Quarterly*, 52 (18), 1125.
- Rubin, Alissa J. 1994d: Senate Finance panel deals blow to universal coverage proposal, *Congressional Quarterly*, 52 (26), 1798-1801.
- Rubin, Alissa J. 1994e: GOP Senators backing Dole plan, *Congressional Quarterly*, 52 (26), 1799.

Rubin, Alissa J. 1994f: Big decisions now on shoulders Of House, Senate leaders, *Congressional Quarterly*, 52 (27), 1866-1872.

Rubin, Alissa J. 1994g: Leaders using fervent approach to convert wavering members, *Congressional Quarterly*, 52 (30), 2142-2146.

Rubin, Alissa J. 1994h: Key provisions of Gephardt plan, *Congressional Quarterly*, 52 (30), 2143.

Rubin, Alissa J. 1994i: Mitchell aims for 95 percent, *Congressional Quarterly*, 52 (31), 2205.

Rubin, Alissa J. 1994j: Uncertainty, deep divisions cloud opening of debate, *Congressional Quarterly*, 52 (32), 2344-2348.

Rubin, Alissa J. 1994k: A mixed review from CBO, *Congressional Quarterly*, 52 (32), 2347.

Rubin, Alissa J. 1994l: Prospects for major overhaul fade as Senate goes home, *Congressional Quarterly*, 52 (34), 2486-2487.

Rubin, Alissa J. 1994m: Details of bipartisan bill, *Congressional Quarterly*, 52 (37), 2694.

Rubin, Alissa J. 1994n: Overhaul issue unlikely to rest in peace, *Congressional Quarterly*, 52 (38), 2797-2801.

Rubin, Alissa J. 1996: Kassebaum's unlikely stand, *Congressional Quarterly*, 54 (15), 1171.

Rubin, Alissa J. 1997a: Medicare fund on critical list, *Congressional Quarterly*, 55 (17), 948.

Rubin, Alissa J. 1997b: Plan would cut a variety of taxes and modestly curb entitlements, *Congressional Quarterly*, 55 (18), 994-995.

Rubin, Alissa J. 1997c: Initial elation over agreement tempered by tough details, *Congressional Quarterly*, 55 (19), 1047-1050.

Rubin, Alissa J., Donovan, Beth 1994a: At every turn, Clinton plan running into roadblocks, *Congressional Quarterly*, 52 (18), 1124-1128.

Rubin, Alissa J./Donovan, Beth 1994b: With outcome still uncertain, members face critical vote, *Congressional Quarterly*, 52 (31), 2201-2208.

Rubin, Alissa J., Donovan, Beth, Glover, Keith 1994: Centrist mood won't stop work on liberal plans, *Congressional Quarterly*, 52 (15), 891-892.

Rubin, Haya R. et al. 1993: Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the medical outcomes study, *JAMA*, 270 (7), 835-840.

Rusakoff, Dale 1991: How Wofford rode health care to Washington, 25.11-01.12.191, 14-15.

S. 353, U.S. Congress 1997 (25.02.1997): Health Insurance Bill of Rights Act of 1997.

S. 373, U.S. Congress 1997 (27.02.1997): Health Insurance Bill of Rights Act of 1997.

S. 491, U.S. Congress 1993: American Health Security Act of 1993.

S. 644, U.S. Congress 1997: Patient Access to Responsible Care Act of 1997.

S. 947, U.S. Congress 1997: Balanced Budget Act of 1997.

S. 1028, U.S. Congress 1995: Health Insurance Reform Act of 1995.

S. 1177, U.S. Congress 1995: Pepper Commission Health Care Access and Reform Act of 1991.

S. 1227, U.S. Congress 1991: HealthAmerica: Affordable Health Care for All Americans Act.

S. 1446, U.S. Congress 1991: Health USA Act of 1991.

S. 1533, U.S. Congress 1993: Affordable Health Care Now Act of 1993.

S. 1579, U.S. Congress 1993: Managed Competition Act of 1993.

S. 1743, U.S. Congress 1993: Consumer Choice Health Security Act of 1993.

S. 1757, U.S. Congress 1993: Health Security Act.

S. 1770, U.S. Congress 1993: Health Equity and Access Reform Today Act of 1993.

S. 1804, U.S. Congress 1998: Affordable Health Insurance Act of 1998.

S. 2357, U.S. Congress 1994: Health Security Act.

- Salmon, Warren J. 1990: The corporate transformation of health care. Part I: Issues and directions, Amityville, N.Y.
- Salmon, Warren J. 1995: A perspective on the corporate transformation of health care, *International Journal of Health Services*, 25 (1), 11-42.
- Samuelson, Robert J. 1996: Emergency room tactics, *Boston Globe*, 14.05.1996.
- Sarfatti Larson, Magali 1980: Proletarianization and educated labor, *Theory and Society*, 9, 131-175.
- Sattler, Christiane 1994: Das Gesundheitssystem in den USA - Geschichte, Entwicklung und Reformdiskussion, in: Blanke (ed.) 1994, 173-206.
- Scales, Ann 1998: Clinton eyes expansion of Medicare, *Boston Globe*, 07.01.1998.
- Schick, Allen 1995: How a bill didn't become a law, in: Mann/Ornstein (eds.) 1995, 227-304.
- Schieber, George J./Poullier, Jean-Pierre/Greenwald, Leslie M. 1994: Health system performance in OECD countries, 1980-1992, *Health Affairs*, 13 (4), 100-112.
- Schlesinger, Mark/Mechanic, David 1993: Challenges for managed competition from chronic illness, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 123-137.
- Schlesinger, Mark/Tae-ku, Lee 1993: Is health care different? Popular support of federal health and social policies, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (3), 551-628.
- Schlesinger, Mark/Blumenthal, David/Schlesinger, Eric 1986: Profits under pressure: The economic performance of investor-owned and nonprofit health maintenance organizations, *Medical Care*, 24 (7), 615-627.
- Schlesinger, Mark/Gray, Bradford/Bradley, Elizabeth 1996: Charity and community: The role of nonprofit ownership in a managed health care system, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 21 (4), 698-751.
- Schlesinger, Mark/Gray, Bradford H./Perreira, Krista M. 1997: Medical professionalism under managed care: The pros and cons of utilization review, *Health Affairs*, 16 (1), 106-124.
- Schmitt, Eric 1996: Wages and health lead the agenda as Congress acts, *New York Times*, 03.08.1996.
- Schramm, Carl J. 1988: The legal identity of the modern hospital: A story of evolving values, in: Seay/Vladeck (eds.) 1988, 65-86.
- Schramm, Carl J. 1991: Health care financing for all Americans, *JAMA*, 265 (24), 3296-3299.
- Schroeder, Steven A. 1994: The latest forecast. Managed care collides with physician supply, *JAMA*, 272 (3), 239-240.
- Schroeder, Steven A./Sandy, Lewis G. 1993: Specialty distribution of US physicians - the invisible driver of health care costs, *New England Journal of Medicine*, 328 (13), 01.04.1993, 961-963.
- Schulz, Rockwell/Schulz, Carol 1988: Management practices, physician autonomy, and satisfaction, *Medical Care*, 26 (8), 750-763.
- Schulz, Rockwell/Girard, Chris/Scheckler, William E. 1992: Physician satisfaction in a managed care environment, *Journal of Family Practice*, 34 (3), 298-304.
- Schulz, Rockwell et al. 1990: Physician adaptation to Health Maintenance Organizations and implications for management, *Health Services Research*, 25 (1), 43-64.
- Schwartz, Eugene et al. 1990: Black/white comparisons of deaths preventable by medical intervention: United States and the District of Columbia, 1980-1986, *International Journal of Epidemiology*, 19 (3), 591-598.
- Sear, Alan M. 1991: Comparison of efficiency and profitability of investor-owned multihospital systems with not-for-profit hospitals, *Health Care Management Review*, 16 (2), 31-37.
- Seay, David J./Vladeck, Bruce C. 1988: *In sickness and in health. The mission of voluntary health care institutions*, McGraw-Hill Book Company, New York.
- Seib, Gerald F. 1993: Christian Coalition hopes to expand by taking stands on taxes, crime, health care and NAFTA, *Wall Street Journal*, 07.09.1993.
- Shao, Maria 1996: Primary care doctors form own network, *Boston Globe*, 08.05.1996.

- Sheils, John F./Lewin, Lawrence S./Haught, Randall A. 1993: Potential expenditures under managed competition, *Health Affairs*, 2 (Suppl. 1993), 229-242.
- Shortell, Stephen M./Gillies, Robin R./Anderson, David A. 1994: The new world of managed care: Creating organized delivery systems, *Health Affairs*, 13 (5), 46-64.
- Shortell, Stephen M. et al. 1996: Remaking health care in America. Building organized delivery systems, San Francisco.
- Shribman, David 1993: Clinton is finding change to be a tough sell in D.C., *Boston Globe*, 21.11.1993.
- Siegler, Mark 1993: Falling off the pedestal: What is happening to the traditional doctor-patient relationship?, *Mayo Clinic Proceedings*, 68 (5), 461-467.
- Simborg, Donald W. 1981: DRG creep. A new hospital-acquired disease, *New England Journal of Medicine*, 304 (26), 1602-1604.
- Simendinger, Alexis 1997a: Clinton thinks big, *National Journal*, 29 (28), 1428-1429.
- Simendinger, Alexis 1997b: Another problem, another commission, *National Journal*, 29 (50), 2514-2515.
- Skocpol, Theda 1992: *Protecting soldiers and mothers: The political origins of social policy in the United States*, Cambridge, M.A.
- Skocpol, Theda 1993: Is the time finally ripe? Health insurance reforms in the 1990s, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (3), 531-550.
- Skocpol, Theda 1995a: The aftermath of defeat, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 485-489.
- Skocpol, Theda 1995b: The rise and resounding of the Clinton plan, *Health Affairs*, 14 (1), 66-85.
- Skocpol, Theda 1995c: *Social policy in the United States. Future possibilities in historical perspective*, Princeton (NJ).
- Skocpol, Theda 1996a: Boomerang. Clinton's health security effort and the turn against government in U.S. politics, New York.
- Skocpol, Theda 1996b: The politics of American social policy, past and future, in: Fuchs (ed.) 1996, 309-340.
- Skocpol, Theda 1996c: Health reform, by inches, *New York Times*, 12.06.1996.
- Skocpol, Theda/Ikenberry, John 1983: The political formation of the American welfare state in historical and comparative perspective, *Comparative Social Research*, 6, 87-148.
- Sloan, Frank A./Morrisey, Michael A./Valvona, Joseph 1988: Hospital care for the "self-pay" patient, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13 (1), 83-102.
- Smith, David Barton 1990: Population ecology and the racial integration of hospitals and nursing homes in the United States, *Milbank Quarterly*, 68 (4), 561-596.
- Smith, David Barton 1993: The racial integration of health facilities, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (4), 851-869.
- Smith, Mark D. et al. 1992: Taking the public's pulse on health system reform, *Health Affairs*, 11 (2), 125-133.
- Smith, Mark D. 1994: Managed care and the poor, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (3), 147-153.
- Smith, Steven Rathgeb 1995: The role of institutions and ideas in health care policy, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 385-389.
- Snyder, Deborah 1996: N.H. program aims to train more family doctors, *Boston Globe*, 25.02.1996.
- Sorrentino, Elizabeth 1989: Hospital mission and cost differences, *Hospital Topics*, 67 (3), 22-25.
- Soucie, J. Michael/Neylan, John F./McClellan, William 1992: Race and sex differences in the identification of candidates for renal transplantation, *American Journal of Kidney Diseases*, 19 (5), 414-419.
- Staines, Vernon S. 1993: Potential impact of managed care on national health spending, *Health Affairs*, 2 (Suppl. 1993), 248-257.
- Stamps, Paula L. 1995: Physicians and organizations: An uneasy alliance or a welcome relief?, *Journal of*

- Family Practice, 41 (1), 27-32.
- Starr, Paul 1982: The social transformation of American medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry, o.O.
- Starr, Paul 1991: The middle class and national health reform, *The American Prospect*, 6 (Summer 1991), 7-12.
- Starr, Paul 1993: Design of health insurance purchasing cooperatives, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 58-75.
- Starr, Paul 1993: The framework of health care reform, *New England Journal of Medicine*, 329 (22), 1666-1672.
- Starr, Paul 1994: The logic of health care reform. Why and how the President's plan will work, New York.
- Starr, Paul 1995: What happened to health care reform?, *American Prospect*, 20 (Winter 1995), 20-31.
- Starr, Paul/Zelman, Walter A. 1993: A bridge to compromise: Competition under a budget, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 7-23.
- State of the Union Address by the President, 25.01.1994, *New York Times*, 26.01.1994.
- Stein, Charles 1996a: In fixed-fund health plan, care on rise, *Boston Globe*, 30.01.1996.
- Stein, Charles 1996b: Top quality HMOs not rated most popular, *Boston Globe*, 02.04.1996.
- Stein, Charles 1996c: Blue Cross hits claims of cuts to free-care pool, *Boston Globe*, 18.04.1996.
- Stein, Charles 1996d: Free market straining health-care safety net, *Boston Globe*, 21.04.1996.
- Stein, Charles 1996e: Business hits health bill, *Boston Globe*, 25.04.1996.
- Stein, Charles 1996f: HMO pushes for its doctors to compete, *Boston Globe*, 03.05.1996.
- Stein, Charles 1996g: HMO profits take big dive in 1995, *Boston Globe*, 22.05.1996.
- Stein, Charles 1996h: Revamp of health fund for poor urged, *Boston Globe*, 04.05.1996.
- Stein, Charles, Pham, Alex 1996: For-profit firm buys hospital, *Boston Globe*, 29.02.1996.
- Steinbrook, Robert 1994: Money and career choices, *New England Journal of Medicine*, 330 (18), 1311-1312.
- Steinmo, Sven/Watts, Jon 1995: It's the institutions, stupid! Why comprehensive national health insurance always fails in America, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 329-372.
- Stelzer, Irwin M. 1994: There is no health care crisis, *Wall Street Journal*, 25.01.1994.
- Stern, Robert S./Weissman, Joel S./Epstein, Arnold M. 1991: The emergency department as a pathway to admission for poor and high-cost patients, *JAMA*, 266 (16), 2238-2243.
- Stevens, Beth 1988: Blurring the boundaries: How the federal government has influenced welfare benefits in the private sector, in: Weir/Orloff/Skocpol (eds.) 1988, 123-148.
- Stevens, Rosemary 1989: In sickness and in wealth. The American hospital in the twentieth century, New York.
- Stimmel, Barry 1992: The crisis in primary care and the role of medical schools, *JAMA*, 268 (15), 2060-2065.
- Stoeckle, John D. 1988: Reflections on modern doctoring, *Milbank Quarterly*, 66 (Suppl.2), 76-91.
- Stone, Deborah A. 1995: The durability of social capital, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (3), 689-694.
- Stone, Peter H. 1993a: Now here's a page-turner of a story, *National Journal*, 25 (28), 1764.
- Stone, Peter H. 1993b: An industry in pain, *National Journal*, 25 (43), 2526-2530.
- Stone, Peter H. 1996: Friendly fire over health insurance, *National Journal*, 28 (10), 539-540, 545.
- Stone, Peter H. 1997: From the K Street corridor, *National Journal*, 29 (14), 662.
- Stone, Peter H. 1998a: Ready for round two, *National Journal*, 30 (1), 14-17.
- Stone, Peter H. 1998b: Business's prescription for managed care, *National Journal*, 30 (10), 527.
- Stout, Hilary 1994: Many don't realize it's Clinton plan they like, *Wall Street Journal*, 10.03.1994.
- Stout, Hilary/Rogers, David 1993: Tennessee Democrat's rival health-care plan inspires industry support, administration wrath, *Wallstreet Journal*, 03.12.1993.
- Sullivan, Cynthia B./Rice, Thomas 1991: The health insurance picture in 1990, *Health Affairs*, 10 (2), 104-115.
- Sullivan, John 1996: U.S. agency clears merger for hospitals, *New York Times*, 25.04.1996.
- Swartz, Katherine 1994: Dynamics of people without health insurance. Don't let the numbers fool you, *JAMA*,

- 271 (1), 64-66.
- Taft, Frederick I. 1994: Taft strategic atlas. U.S. health care reform, Cleveland (2nd ed.).
- Talbert, Jeffery 1995: Congressional partisanship and the failure of moderate health care reform, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (4), 1033-1050.
- Tanenbaum, Sandra J. 1995: Medicaid eligibility policy in the 1980s: Medical utilitarianism and the "deserving" poor, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (4), 933-954.
- Tarlov, Alvon R. 1986: HMO enrollment growth and physicians: the third compartment, *Health Affairs*, 5 (1), 23-35.
- Taylor, Humphrey/Kagay, Michael 1986: The HMO report card: A closer look, *Health Affairs*, 5 (1), 81-89.
- Taylor, William R./Newacheck, Paul W. 1992: Impact of childhood asthma on health, *Pediatrics*, 90 (5), 657-662.
- Temkin-Greener, Helena/Winchell, Maria 1991: Medicaid beneficiaries under managed care: Provider choice and satisfaction, *Health Services Research*, 26 (4), 509-529.
- Thompson, Dennis F. 1993: Understanding financial conflicts of interest, *New England Journal of Medicine*, 329 (8), 573-576.
- Thurow, Lester Carl 1984: Learning to say "no", *New England Journal of Medicine*, 311 (24), 1569-1572.
- Tilson, Hugh H./Ross, Marjorie/Calkins, David 1995: Medicare and Medicaid, *Health Care Policy*, Calkins, David/Fernandopulle, Rushika J./Marino, Bradley S., Cambridge, M.A., 102-121.
- Todd, James S. et al. 1991: Health Access America - Strengthening the US health care system, *JAMA*, 265 (19), 2503-2506.
- Toner, Robin 1993a: Hillary Clinton's potent brain trust on health care, *New York Times*, 28.02.1993.
- Toner, Robin 1993b: Dangerous days ahead, *New York Times*, 28.10.1993.
- Toner, Robin 1994a: Images and action weighed at Democrats' retreat, *New York Times*, 29.01.1994
- Toner, Robin 1994b: Hillary Clinton opens campaign to answer critics of health plan, *New York Times*, 16.02.1994.
- Toner, Robin 1994c: Changing roles in health care debate: The man behind 'Harry and Louise', *New York Times*, 06.04.1994.
- Topping, Sharon/Fottler, Myron D. 1990: Improved stakeholder management: The key revitalizing the HMO movement?, *Medical Care Review*, 47 (3), 365-393.
- Torrens, Paul R. 1993: Historical evolution and overview of health services in the United States, *Introduction to health services*, Williams, Stephen J./Torrens, Paul R./Delmar, Albany, 3-28, (4th ed.)
- Tye, Larry 1997a: New doctors become GPs, *Boston Globe*, 10.03.1997.
- Tye, Larry 1997b: MDs examine benefits of unionizing, *Boston Globe*, 14.11.1997.
- Tye, Larry 1998a: Insurers overruling physicians, study finds, *Boston Globe*, 04.03.1998.
- Tye, Larry 1998b: Primary care medicine gets a shot in the arm, *Boston Globe*, 19.03.1998.
- Tye, Larry 1998c: Shortage of doctors turns into a surplus, *Boston Globe*, 13.04.1998.
- U.S. Department of Health and Human Services 1980: Summary report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee, Vol.I, U.S. Department of Health and Human Services, 30.09.1980.
- Uchitelle, Louis 1994: Manufacturers oppose Clinton plan, *New York Times*, 06.02.1994.
- Udvarhelyi, I. Steven et al. 1991: Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients, *Annals of Internal Medicine*, 115 (5), 394-400.
- Vaillancourt Rosenau, Pauline 1993: Health system reform in the United States, *American Behavioral Scientist*, 36 (6), 689-693.
- Valelly, Richard M. 1990: Vanishing voters, *American Prospect*, 1 (Spring 1990), 140-150.
- Vladeck, Bruce C. 1994: From the Health Care Financing Administration, *JAMA*, 272 (24), 1890.
- Vladeck, Bruce C. 1995: Managed care and quality, *JAMA*, 273 (19), 1483.

- Vogel, Morris J. 1980: The invention of the modern hospital. Boston 1870-1930, Chicago (IL).
- Wagner, Edward H. 1994: The cost-quality relationship. Do we always get what we pay for?, *JAMA*, 272 (24), 1951-1952.
- Waitzkin, Hoiward 1984: Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research, *JAMA*, 252 (17), 2441-2446.
- Waitzkin, Howard 1991: The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems, New Haven, C.T.
- Waitzkin, Howard 1994: The strange career of managed competition: From military failure to medical success?, *American Journal of Public Health*, 84 (3), 482-489.
- Waitzkin, Howard/Fishman, Jennifer 1997: Inside the system. The patient-physician relationship in the era of managed care, in: Wilkerson/Devers/Given 1997, 136-161.
- Wall Street Journal 1993: Medical reform simplified, *Wall Street Journal*, 18.10.1993.
- Wallace, Paul E. 1994: Post-hospital care for the underserved: A review, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (4), 316-325.
- Walzer, Michael 1983: Spheres of justice. A defence of pluralism and equality, Martin Robertson, Oxford.
- Ware, John. et al. 1986: Comparison of health outcomes at a Health Maintenance Organisation with those of fee-for-service care, *Lancet*, 1 1986 (8488), 03.05.86, 1017-1022.
- Ware, John et al. 1996: Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMOs and fee-for-service systems, *JAMA*, 276 (13), 1039-1047.
- Warsh, David 1996: MSAs a suicidal shoal for GOP, *Boston Globe*, 28.04.1996.
- Washington Post 1993a: White House makes it easier to pick 'single payer' health plan, *Boston Globe*, 23.10.1993.
- Washington Post 1993b: States' power over care would be limited, *Boston Globe*, 25.10.1993.
- Washington Post 1996: Earlier Medicare deficit seen, *Boston Globe*, 29.04.1996.
- Washington Post 1997: GOP abandons 'means test' for Medicare, *Boston Globe*, 22.07.1997.
- Watt, J. Michael et al. 1986: The comparative economic performance of investor-owned chain and not-for-profit hospitals, *New England Journal of Medicine*, 314 (2), 89-96.
- Watzman, Nancy/Woodall, Patrick 1995: Managed health care companies lobbying frenzy, *International Journal of Health Services*, 25 (3), 403-410.
- Weil, Thomas P. 1994a: The Clinton health-care reform plan: Does It serve the underserved?, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (1), 5-16.
- Weil, Thomas P. 1994b: Managed competition for the poor: More promise than value?, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 5 (3), 158-168.
- Weil, Thomas P. 1995: Close to a bull's eye - A concurring opinion, *Health Care Management Review*, 20 (2), 35-44.
- Weil, Thomas P. 1997: Merging managed care with the German model, *International Journal of Health Planning and Management*, 12 (2), 115-130.
- Weiner, David S. 1996: We need children's hospitals, *Boston Globe*, 15.05.1996.
- Weiner, Jonathan P. 1994: Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement. Evidence from HMO staffing patterns, *JAMA*, 272 (3), 222-230.
- Weiner, Jonathan P./Lissovoy, Gregory de 1993: Razing a tower of Babel: A taxonomy for managed care and health insurance plans, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18 (1), 75-103.
- Weir, Margaret 1995: Institutional and political obstacles to reform, *Health Affairs*, 14 (1), 102-104.
- Weir, Margaret/Orloff, Ann Shola/Skocpol, Theda 1988: The politics of social policy in the United States, Princeton.

Weisbrod, Burton A. 1988: *The nonprofit economy*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Weisskopf, Michael 1994: Generics loose in health bill drug war, *Washington Post*, 02.07.1994.

Weissman, Joel S./Epstein, Arnold M. 1989: Case mix and resource utilization by uninsured hospital patients in the Boston metropolitan area, *JAMA*, 261 (24), 3572-3576.

Weissman, Joel S./Epstein, Arnold M. 1994: Falling through the safety net. Insurance status and access to health care, Baltimore.

Weissman, Joel S./Gatsonis, Constantine/Epstein, Arnold M. 1992: Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland, *JAMA*, 268 (17), 2388-2394.

Weissman, Joel S. et al. 1991: Delayed access to health care: Risk factors, reasons, and consequences, *Annals of Internal Medicine*, 114 (4), 325-331.

Welch, W. Pete et al. 1993: Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States, *New England Journal of Medicine*, 328 (9), 621-627.

Wennberg, John E. 1986: Which rate is right?, *New England Journal of Medicine*, 314 (5), 310-311.

Wennberg, John E. 1996: *The Dartmouth atlas of health care in the United States*, Chicago.

Wennberg, John E. et al. 1993: Finding equilibrium in U.S. physician supply, *Health Affairs*, 12 (2), 89-103.

Wenneker, Mark B./Epstein, Arnold M. 1989: Racial inequalities in the use of procedures for patients with ischemic heart disease in Massachusetts, *JAMA*, 261 (2), 253-257.

Wenneker, Mark B./Weissman, Joel S./Epstein, Arnold M. 1990: The association of payer with utilization of cardiac procedures in Massachusetts, *JAMA*, 264 (10), 1255-1260.

Werber Serafini, Marilyn 1996a: Swift path of health bill?, *National Journal*, 28 (7), 378.

Werber Serafini, Marilyn 1996b: Managed care digs out, maybe, *National Journal*, 28 (9), 504.

Werber Serafini, Marilyn 1996c: Insurance reform infighting, *National Journal*, 28 (15), 844.

Werber Serafini, Marilyn 1996d: Reining in the HMOs, *National Journal*, 28 (43), 2280-2283.

Werber Serafini, Marilyn 1996e: Can wounded HMOs avoid feds' knives?, *National Journal*, 28 (48), 2600-2601.

Werber Serafini, Marilyn 1996f: Medicare: Round two, *National Journal*, 28 (49), 2632-2636.

Werber Serafini, Marilyn 1997a: Gramm slam, *National Journal*, 29 (7), 319-321.

Werber Serafini, Marilyn 1997b: Averting a doctor glut, *National Journal*, 29 (10), 481.

Werber Serafini, Marilyn 1997c: From the K Street corridor, *National Journal*, 29 (12), 575.

Werber Serafini, Marilyn 1997d: Mapping Medicare, *National Journal*, 29 (14), 657-659.

Werber Serafini, Marilyn 1997e: A question of quality, *National Journal*, 29 (19), 957.

Werber Serafini, Marilyn 1997f: From the K Street corridor, *National Journal*, 29 (20), 988.

Werber Serafini, Marilyn 1997g: Quality time, *National Journal*, 29 (21), 1035-1037.

Werber Serafini, Marilyn 1997h: Newt's spiel on Medicare, *National Journal*, 29 (21), 1044.

Werber Serafini, Marilyn 1997i: Children's crusade, *National Journal*, 29 (26), 1323-1326.

Werber Serafini, Marilyn 1997j: Backing away from Medicare's future, *National Journal*, 29 (26), 1331-1332.

Werber Serafini, Marilyn 1997k: House GOP leery of new Medicare attacks, *National Journal*, 29 (26), 1336.

Werber Serafini, Marilyn 1997l: Medicare crooks, *National Journal*, 29 (29), 11458-1460.

Werber Serafini, Marilyn 1997m: From the K Street corridor, *National Journal*, 29 (29), 1468.

Werber Serafini, Marilyn 1997n: Finally, a start, *National Journal*, 29 (31), 1562.

Werber Serafini, Marilyn 1997o: Brave new world, *National Journal*, 29 (33), 1636-1639.

Werber Serafini, Marilyn 1997p: Unkind cuts for many of the elderly, *National Journal*, 29 (34-35), 1692-1693.

Werber Serafini, Marilyn 1997q: Panel makeup is key for fix to Medicare, *National Journal*, 29 (36), 1734-1735.

Werber Serafini, Marilyn 1997r: Micromanaged care?, *National Journal*, 29 (50), 2506-2509.

Werber Serafini, Marilyn 1997s: A return to Medi-scare tactics?, *National Journal*, 29 (50), 2517.

Werber Serafini, Marilyn 1998a: The deal maker, *National Journal*, 30 (7), 332-335.

- Werber Serafini, Marilyn 1998b: Harry and Louise switch sides, *National Journal*, 30 (7), 363.
- Werber Serafini, Marilyn 1998c: Looking for a waiver, *National Journal*, 30 (9), 465-466.
- Werber Serafini, Marilyn 1998d: Financing Medicare through private savings, *National Journal*, 30 (9), 466.
- White, Joseph 1995a: The horses and the jumps: Comments on the health care reform steeplechase, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20 (2), 373-383.
- White, Joseph 1995b: *Competing solutions. American health care proposals and international experience*, Washington, D.C.
- White House Domestic Policy Council 1993: *The President's health security plan*, New York.
- Whitted, Gary 1993: Private health insurance and employee benefits, in: Williams/Torrens 1993a, 332-360.
- Wholey, Douglas/Feldman, Roger/Christianson, Jon B. 1995: The effect of market structure on HMO premiums, *Journal of Health Economics*, 14, 81-105.
- Wiener, Joshua M. 1995: What killed health care reform?, *Brookings Review*, 13 (1), 46.
- Wilkerson, John D./Devers, Kelly J./Given, Ruth S. (eds.) 1997a: *Competitive managed care: The emerging health care system*, San Francisco.
- Wilkerson, John D./Devers, Kelly J./Given, Ruth S. 1997: The emerging competitive managed care marketplace, in: Wilkerson/Devers/Given, Ruth (eds.) 1997a, 3-29.
- Williams, Stephen J./Torrens, Paul R. (eds.) 1993a: *Introduction to Health Services*, Albany (4th ed).
- Williams, Stephen J./Torrens, Paul R. 1993b: Managed care: Restructuring the system, in: Williams/Torrens 1993 a, 361-373.
- Williams, Stephen J./Torrens, Paul R. 1993c: Influencing, regulating, and monitoring the health care system, in: Williams/Torrens 1993 a, 377-396.
- Wines, Michael 1996: Political stakes increase in fight to save Medicare, *New York Times*, 03.06.1996.
- Wines, Michael/Pear, Robert 1996: President finds he has gained even if he lost on health care, *New York Times*, 30.07.1996.
- Wohl, Stanley 1984: *The medical industrial complex*, New York.
- Wolf, Susan M. 1994: Health care reform and the future of physician ethics, *Hastings Center Report*, 24 (2), 28-41.
- Wolinsky, Fredric D. 1988: The professional dominance perspective, revisited, *Milbank Quarterly*, 66 (Suppl. 2), 33-47.
- Wolinsky, Fredric D. 1993: The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: An overview and synthesis, in: Hafferty/McKinlay (eds.) 1993, 11-24.
- Woodward, Bob 1994: *The agenda. Inside the Clinton White House*, Simon & Schuster, New York.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U. 1989: Resolving the cost/access conflict: The case for a national health program, *Journal of General Internal Medicine*, 4 (Jan./Feb. 1989), 54-60.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U. 1991: The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system, *New England Journal of Medicine*, 324 (18), 1253-1258.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U./Lewontin, James PI. 1993: Administrative costs in U.S. hospitals, *New England Journal of Medicine*, 329 (6), 400-403.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U. 1995: Extreme risk - The new corporate proposition for physicians, *New England Journal of Medicine*, 333 (25), 1706-1708.
- Woolhandler, Steffie/Himmelstein, David U. 1997: Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States, *New England Journal of Medicine*, 336 (11), 769-774.
- Wouters, Annemarie V. 1990: The cost of acute outpatient primary care in a Preferred Provider Organization, *Medical Care*, 28 (7), 573-585.

- Yankelovich, Daniel 1995: The debate that wasn't: The public and the Clinton plan, *Health Affairs*, 14 (1), 7-23.
- Yoder, Sunny G. 1986: Economic theories of for-profit and not-for-profit enterprise in health care, in: *Institute of Medicine*, ed. by B. Gray 1986.
- Young, Gary J./Desai, Kamal R./VanDeusen Lukas, Carol 1997: Does the sale of nonprofit hospitals threaten health care for the poor?, *Health Affairs*, 16 (1), 137-141.
- Young, Wanda W. et al. 1995: Are small firms greater health risks?, *Health Affairs*, 14 (4), 265-274.
- Zelman, Walter A. 1993: Who should govern the purchasing cooperative?, *Health Affairs*, 12 (Suppl. 1993), 49-57.
- Zelman, Walter A. 1996: *The changing health care marketplace. Private ventures, public interests*, San Francisco.
- Zitner, Aaron 1997: Doctors vie for \$ 4,6 b in health funds, *Boston Globe*, 21.07.1997.
- Zuckman, Jill 1997: Hatch, Kennedy eye tobacco in push for child health funds, *Boston Globe*, 14.03.1997.