

## DAS KOSTENRÄTSEL

### Was uns eine Stadt in Texas über das Gesundheitssystem beibringen kann.

*Von Atul Gawande*

Es ist Frühling in McAllen, Texas. Die Morgensonne ist warm. Die Straßen sind eingeraht von Palmen und Pickup-Trucks. McAllen liegt im Hidalgo County, welches das niedrigste Haushaltseinkommen im Land hat, aber es ist eine Grenzstadt, und eine gut gedeihende Freihandelszone hält ihre Arbeitslosenquote unter zehn Prozent. McAllen nennt sich selbst die „Square-Dance-Hauptstadt der Welt“. Die TV-Miniserie „Der Ruf des Adlers“ wurde hier gedreht.

McAllen hat noch eine weitere Besonderheit vorzuweisen: Die Stadt gehört zu den teuersten Gesundheitsmärkten im Land. Nur Miami – das viel höhere Lohn- und Lebenshaltungskosten hat – gibt mehr pro Person für die medizinische Versorgung aus. Im Jahr 2006 gab Medicare hier 15.000 Dollar pro Antragssteller aus, fast zweimal so viel wie der bundesweite Durchschnitt beträgt. Das Einkommen pro Kopf beträgt 12.000 Dollar. Mit anderen Worten, Medicare gibt hier 3000 Dollar mehr pro Person aus, als der Durchschnittsbürger verdient.

Der explosive Trend in den amerikanischen Gesundheitsausgaben scheint hier in besonders intensiver Form aufzutreten. Das Gesundheitssystem unseres Landes ist bei weitem das teuerste auf der Welt. In Washington heißt das Ziel für die Reform des Gesundheitssystems, nicht nur die medizinische Versorgung auf alle auszudehnen, sondern auch die Kosten unter Kontrolle zu bekommen. Kosten für Ärzte, Krankenhäuser, Medikamente und Ähnliches verschlingen heute mehr als jeden sechsten Dollar, den wir verdienen. Die finanzielle Belastung hat der globalen Konkurrenzfähigkeit amerikanischer Unternehmen geschadet und Millionen von Familien in den Bankrott getrieben, sogar die mit Versicherung. Sie frisst auch unseren Staat auf. „Die größte Bedrohung für Amerikas Wohlergehen in finanzieller Hinsicht ist nicht die Sozialversicherung“, sagte Präsident Barack Obama in

einer Rede im März im Weißen Haus. „Es sind nicht die Investitionen, die wir getätigt haben, um unsere Wirtschaft während dieser Krise zu retten. Mit weitem Abstand die größte Bedrohung für die Bilanzaufstellung unseres Landes stellen die in die Höhe schießenden Kosten für das Gesundheitssystem dar. An sie reicht nichts heran.“

Die Frage, mit der wir uns nun verzweifelt auseinandersetzen, lautet, wie es dazu kommen konnte und was dagegen unternommen werden kann. McAllen in Texas, die teuerste Stadt im teuersten Land der Welt, was die Gesundheitsversorgung betrifft, schien ein guter Ort zu sein, um nach einigen Antworten zu suchen.

Von dem Moment an, in dem ich ankam, fragte ich hier fast jeden, dem ich begegnete, nach McAllens Gesundheitsausgaben – einen Geschäftsmann, den ich am internationalen, mit fünf Gates ausgestatteten McAllen-Miller-Flughafen traf, die Angestellten am Empfang im Embassy Suites Hotel, einen Kadetten von der Polizeiakademie bei McDonald's. Die meisten waren nicht überrascht zu hören, dass McAllen ein Sonderfall sei. „Sehen Sie sich nur um“, sagte der Kadett. „Die Leute sind hier nicht gesund.“ Die Stadt McAllen, mit ihrer hohen Armutsquote, hat ein hohes Aufkommen von schwerem Alkoholkonsum, das 60 Prozent über dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Und die Tex-Mex-Ernährung hat zu einer 38prozentigen Fettleibigkeitsquote beigetragen.

An einem Tag ging ich auf eine Rundtour mit Lester Dyke, einem wettergegerbten, eine Ranch besitzenden 53jährigen Herzchirurgen, der in Austin aufgewachsen ist, seine Chirurgen-Ausbildung bei der Army überall im Land gemacht hat und im Hidalgo County seine Praxis eröffnet hat. Er hatte bislang immer gut zu tun: In den vergangenen 20 Jahren hat er rund 8000 Herzoperationen durchgeführt, was mich ermüdet, wenn ich nur daran denke. Ich begleitete ihn, während er ungefähr zehn seiner Patienten checkte, die sich in den drei Krankenhäusern, wo er operiert, erholten. Es war leicht festzustellen, warum sie unter seinem Messer gelandet waren. Sie waren fast alle fettleibig oder zuckerkrank oder beides. Viele hatten eine familiäre Vorbelastung hinsichtlich Herzerkrankungen. Wenige nahmen vorbeugende Mittel, wie z.B. Cholesterin senkende Medikamen-

te, welche - wie Studien zeigen – die Operationen für bis zu die Hälfte von ihnen vermieden hätten.

Dennoch zeigen Statistiken über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, dass Herz- und Gefäßkrankheiten in der Region tatsächlich seltener auftreten als im Durchschnitt, wahrscheinlich weil die Anzahl der Raucher hier recht niedrig ist. Die Angaben für Asthma, H.I.V., Säuglingstod, Krebs und Verletzungen fallen auch niedriger aus. El Paso County, 800 Meilen weiter die Grenze hinauf, hat im Wesentlichen dieselben demographischen Daten. Beide Bezirke haben eine Bevölkerung von ungefähr 700.000 Einwohnern, ähnliche Statistiken über den allgemeinen Gesundheitszustand und ähnliche prozentuale Anteile von nicht-Englischsprechenden Bürgern, illegalen Einwanderern und Arbeitslosen. Trotzdem lagen die Aufwendungen von Medicare (unsere beste Schätzungsgrundlage für die Gesamtausgaben) im Jahr 2006 in El Paso bei 7504 Dollar pro Antragsteller – halb so viel wie in McAllen. Eine kranke Bevölkerung kann unmöglich der Grund dafür sein, dass die Kosten für die Gesundheitsversorgung in McAllen so hoch sind. (Oder der Grund dafür, dass sie in ganz Amerika so hoch sind. Wir mögen fettleibiger als jede andere Industrienation sein, aber wir haben mit die geringste Anzahl an Rauchern und Alkoholikern, und wir liegen im Mittelfeld, was Herz- und Gefäßkrankheiten sowie Diabetes betrifft.)

War die Erklärung dann, dass McAllen über eine außergewöhnlich gute medizinische Versorgung verfügt? Ich unternahm einen Spaziergang durch das Krankenhaus „Doctors Hospital at Renaissance“ in Edinburg, eine der Städte im Ballungsraum von McAllen - mit Robert Alleyn, einem Allgemeinchirurgen, der in Houston ausgebildet wurde, aber hier aufgewachsen ist und zum Praktizieren wieder nach Hause gezogen ist. Das Krankenhausesgelände erstreckte sich über zwei Straßenblöcke, mit einer Reihe von drei- und vierstöckigen Stuckgebäuden, unterteilt von Rasenflächen, so grün wie Golfplätze, und schwarzen Asphaltparkplätzen. Er machte mich auf die Sehenswürdigkeiten aufmerksam – das Zentrum für Krebserkrankungen ist da drüben, jetzt kommen wir zum Zentrum für medizinische Bildgebung. Wir gingen ins Gebäude für Chirurgie. Es war glatt und modern, mit indirekter Beleuchtung, klassische Musik

spielte in den Wartebereichen, und Krankenschwestern gingen hinter mobilen schwarzen Computern von Patient zu Patient. Wir zogen uns OP-Kleidung an, und Alleyn führte mich durch die 16 OP-Räume, um mir die Abteilung für Bauchspiegelungen mit ihren Flachbild-Videomonitoren, den Hybrid-Operationssaal mit eingebauter Bildgebungsausstattung und den chirurgischen Roboter für minimal-invasive Roboter-Chirurgie zu zeigen.

Ich war beeindruckt. Die Einrichtung verfügte praktisch über die gesamte Technologie, die man in Harvard und Stanford und der Mayo-Klinik vorfinden würde, und, während ich durch dieses Krankenhaus auf einer staubigen Straße in Süd-Texas ging, fiel mir dies als eine bemerkenswerte Tatsache auf. Reiche Städte bekommen die neuen Schulgebäude, Feuerwehrfahrzeuge und Straßen, nicht zu erwähnen die besseren Lehrer und Polizisten und Bauingenieure. Arme Städte bekommen diese nicht. Aber diese Regel trifft nicht auf die Gesundheitsversorgung zu.

Im McAllen Medical Center sah ich, wie ein orthopädischer Chirurg unter einem Operationsmikroskop arbeitete, um einen Tumor zu entfernen, der sich um das Rückenmark eines 14jährigen Kindes gewickelt hatte. Bei einem Pflegedienst sprach ich mit einer Krankenschwester, die eine Behandlung mit intravenösen Medikamenten für Patienten mit kongestiver Herzinsuffizienz anbieten konnte. Im McAllen Heart Hospital sah ich zu, wie Dyke und ein sechsköpfiges Team einen aorto-koronaren Bypass legten, wobei sie Technologien anwandten, die vor wenigen Jahren noch gar nicht existierten. Im Renaissance Krankenhaus sprach ich mit einem Neonatologen, der in meinem Krankenhaus in Boston ausbildete und neue Fähigkeiten und Technologien für früh geborene Babys nach McAllen brachte. „Ich habe es erlebt, dass Krankenschwestern zu mir kamen und sagten: ‚Ich wusste gar nicht, dass diese Babys überleben können‘“, berichtete er.

Und dennoch gibt's keinen Beweis dafür, dass die Behandlungen und Technologien, die in McAllen verfügbar sind, besser sind als diejenigen, die man anderswo im Land vorfindet. Die Jahresberichte, die die Krankenhäuser bei Medicare einreichen, zeigen, dass die in McAllen und El Paso vergleichbare Technologien anbieten – neonatale In-

tensivstationen, hoch entwickelte Kardiologien, PET-Scans und so weiter. Öffentliche Statistiken zeigen keinen Unterschied, was das Angebot der Ärzte betrifft. Im Hidalgo County gibt es tatsächlich weniger Spezialisten als im nationalen Durchschnitt.

Auch zeichnet sich die medizinische Versorgung in McAllen nicht für ihre besondere Qualität aus. Medicare stuft Krankenhäuser nach 25 Kriterien hinsichtlich ihrer Versorgung ein. Mit Ausnahme von zwei Kategorien schnitten McAllens fünf größte Krankenhäuser überall durchschnittlich schlechter ab als El Pasos. McAllen kostet Medicare 7000 Dollar pro Person mehr in jedem Jahr als die Durchschnittsstadt in Amerika. Aber nicht, so weit kann man sagen, weil sie eine bessere Gesundheitsversorgung bereitstellt.

Eines Abends ging ich mit sechs Ärzten aus McAllen essen. Alle waren das, was man als „Broterwerbsverdiener“ bezeichnet: gut ausgelastete, in Vollzeit arbeitende, privat praktizierende Doktoren, die von sieben Uhr morgens bis sieben Uhr abends und manchmal später arbeiten, während ihre Wartezimmer voll sind und sich die Krankenakten zur Durchsicht auf ihren Schreibtischen stapeln.

Einige hatten Zweifel, als ich ihnen berichtete, dass McAllen hinsichtlich der medizinischen Versorgung der teuerste Ort im ganzen Land sei. Ich gab ihnen die Kostenaufstellungen von Medicare. 1992 betrug im McAllen-Markt die durchschnittlichen Ausgaben pro Medicare-Antragsteller 4891 Dollar, fast genau der Bundesdurchschnitt. Aber seitdem, Jahr für Jahr, sind McAllens Gesundheitsausgaben schneller angestiegen als die in jedem anderen Markt im Land, schließlich sind sie auf über 10.000 Dollar pro Person gestiegen.

„Vielleicht sind die Dienstleistungen hier besser“, schlug der Kardiologe vor. Die Leute würden schneller untersucht und erhielten ihre Tests leichter, sagte er.

Andere waren skeptisch. „Ich glaube nicht, dass das die Ausgaben erklärt, von denen er spricht“, sagte der Allgemeinchirurg.

„Es liegt an den Kunstfehlern“, sagte ein Hausarzt, der seit 33 Jahren hier praktiziert.

„McAllen ist juristisch gesehen die Hölle“, stimmte der Kardiologe zu. Ärzte würden unnötige Tests anordnen, nur um sich selbst zu schützen, sagte er. Jeder sei der Meinung, die Anwälte hier seien schlimmer als anderswo.

Diese Erklärung verblüffte mich. Vor einigen Jahren hatte Texas ein knallhartes Kunstfehler-Gesetz eingeführt, das Schmerzensgelder auf 250.000 Dollar nach oben begrenzte. War die Anzahl der Klagen nicht zurückgegangen?

„Fast bis auf null“, gab der Kardiologe zu.

„Kommt schon“, sagte der Allgemeinchirurg schließlich. „Wir wissen alle, diese Argumente sind Blödsinn. Es sind die übertriebenen Anwendungen hier, ganz einfach und simpel.“ Ärzte, sagte er, würden ihre Rechnungen mit zusätzlichen Tests, Dienstleistungen und Verfahren aufstocken.

Der Chirurg kam Mitte der neunziger Jahre nach McAllen, und seitdem, sagte er, „hat sich die Art und Weise, wie man Medizin praktiziert, komplett verändert. Vorher ging es darum, wie man seine Arbeit gut macht. Heute geht es darum: ‚Wie viel wirst du davon profitieren?‘“

Jeder stimmte zu, dass sich etwas Grundsätzliches verändert hatte seit den Tagen, als die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in McAllen dieselben waren wie in El Paso und anderswo. Ja, sie hatten mehr Technologie. „Aber die jungen Ärzte denken nicht mehr nach“, sagte der Hausarzt.

Der Chirurg gab mir ein Beispiel. Allgemeinchirurgen werden oft gebeten, sich Patienten anzusehen, die Schmerzen durch Gallensteine haben. Wenn keine Komplikationen auftreten – und normalerweise gibt es keine – werden die Schmerzen von allein weggehen oder mit Schmerzmitteln. Nach einem Beratungsgespräch über eine fettarme Ernährung haben die meisten Patienten keine weiteren Probleme. Aber bei einigen treten die Schmerzen wiederholt auf, und sie müssen sich in einer Operation die Gallenblase entfernen lassen.

Die Untersuchung eines Patienten, der unkomplizierte, erstmalige Gallenstein-Schmerzen hat, erfordert ein gewisses Urteilsvermögen. Ein Chirurg muss Beruhigung (die Leute haben oft Angst und wollen

direkt operiert werden), einige Informationen über die Krankheit sowie die spezielle Ernährung und vielleicht ein Rezept für Schmerzmittel anbieten; ein paar Wochen später würde der Chirurg eventuell mehr unternehmen. Aber in zunehmendem Maße, so wurde mir gesagt, würden Chirurgen in McAllen bloß noch operieren. Der Patient wird seine Ernährungsweise nicht mäßigen, sagen sie sich selbst. Die Schmerzen würden sowieso wieder auftreten. Und durch eine Operation verdienen sie zufälligerweise noch 700 Dollar extra.

Ich schlug den Ärzten am Tisch ein Szenario vor: Eine 40jährige Frau kommt herein, mit Schmerzen in der Brust nach einem Streit mit ihrem Ehemann. Das EKG fällt normal aus. Die Brustschmerzen verschwinden. In ihrer Familiengeschichte kommen keine Herzerkrankungen vor. Was taten die Ärzte in McAllen vor 15 Jahren?

„Sie nach Hause schicken“, sagten sie. Vielleicht einen Belastungstest machen, um sicherzugehen, dass nichts vorliegt, aber selbst das wäre zu viel des Guten.

Und heute? Heute, sagte der Kardiologe, würde sie einen Belastungstest, ein Echokardiogramm, einen mobilen Holter-Monitor und vielleicht sogar ein Herzkatheter verordnet bekommen.

„Oh, sie bekommt ganz bestimmt ein Katheter“, sagte der Internist, grimmig lächelnd.

Um festzustellen, ob der übermäßige Gebrauch von medizinischer Behandlung wirklich das Problem in McAllen war, wandte ich mich an Jonathan Skinner, einen Ökonom in Dartmouths Institut für Gesundheitspolitik und Klinische Praxis, welches über drei Jahrzehnte Fachwissen in der Auswertung regionaler Muster von Medicare-Ausgaben verfügt. Ich wandte mich außerdem an zwei private Firmen – D2Hawkeye, ein unabhängiges Unternehmen, und Ingenix, United-Healthcares Unternehmen für Datenanalyse –, um die kaufmännischen Versicherungsdaten für McAllen analysieren zu lassen. Die Antwort lautete „ja“. Verglichen mit Patienten in El Paso und bundesweit, erhielten Patienten in McAllen so ziemlich von allem mehr – mehr diagnostische Tests, mehr Krankenhaus-Behandlungen, mehr chirurgische Eingriffe, mehr häusliche Pflege.

Die Zahlen für Medicare-Aufwendungen gingen bis ins kleinste Detail. Zwischen 2001 und 2005 erhielten schwerkranke Medicare-Patienten in McAllen fast 50 Prozent mehr Besuche von Spezialisten als in El Paso, und die Wahrscheinlichkeit, zehn oder mehr Fachärzte innerhalb von sechs Monaten zu sehen, lag für sie um zwei Drittel höher. In den Jahren 2005 und 2006 erhielten Patienten in McAllen 20 Prozent mehr abdominale Ultraschalls, 30 Prozent mehr Untersuchungen der Knochendichte, 60 Prozent mehr Belastungstests mit Echokardiographie, 200 Prozent mehr Untersuchungen der Nervenleitungen, um das Karpal-Tunnel-Syndrom zu diagnostizieren, und 550 Prozent mehr Urin-Fluss-Untersuchungen, um Prostata-Probleme zu diagnostizieren. Sie erhielten ein Fünftel bis zwei Drittel mehr Gallenblasen-Operationen, künstliche Kniegelenke, Brust-Biopsien und Blasenspiegelungen. Sie erhielten außerdem zwei- bis dreimal so viele Schrittmacher, einpflanzbare Defibrillatoren, Herz-Bypass-Operationen, Karotide Endarterektomien und Koronararterien-Stents. Und Medicare zahlte für fünfmal so viele häusliche Pflegebesuche. Die Hauptursache für McAllens extreme Kosten war, ganz einfach, die pauschale Überverordnung von Medizin.

Dies ist eine beunruhigende und vielleicht überraschende Diagnose. Die Amerikaner glauben gern, dass für die meisten Sachen gilt, mehr sei besser. Aber die Recherchen deuten an, dass mehr im medizinischen Bereich tatsächlich schlechter sein kann. Zum Beispiel hat Rochester in Minnesota, wo die Mayo-Klinik die Szene dominiert, ein beeindruckend hohes Niveau an technologischen Fähigkeiten und Qualitäten, aber die Ausgaben für Medicare liegen in den unteren 15 Prozent des Landes – 6688 Dollar pro Antragsteller im Jahr 2006, also 8000 Dollar weniger als der Betrag für McAllen. Zwei Wirtschaftswissenschaftler, die in Dartmouth arbeiten - Katherine Baicker und Amitabh Chandra -, fanden heraus, dass je mehr Medicare pro Person in einem bestimmten Staat ausgab, umso niedriger fiel tendenziell die Qualitätsrate dieses Staates aus. Tatsache ist, dass die vier Staaten mit den höchsten Ausgaben – Louisiana, Texas, Kalifornien und Florida – fast am Ende der nationalen Rankings hinsichtlich der Qualität ihrer Patientenversorgung lagen.

In einer Studie von 2003 untersuchte ein anderes Dartmouth-Team unter der Leitung des Internisten Elliott Fisher die Behandlung, die eine Million älterer Amerikaner – diagnostiziert mit Darm- oder Rektalkrebs, einer Hüftfraktur oder einem Herzinfarkt – erhielt. Sie fanden heraus, dass Patienten in Regionen mit höheren Kosten 60 Prozent mehr Behandlungen erhielten als anderswo. Sie bekamen häufigere Tests und Verfahren, mehr Besuche bei Spezialisten und häufigere Einweisungen in Krankenhäuser verordnet. Trotzdem erging es ihnen nicht besser als anderen Patienten, gleichgültig ob es ums Überleben, ihre Fähigkeit zu funktionieren oder die Zufriedenheit mit ihrer Versorgung ging. Wenn überhaupt, schien es ihnen schlechter zu gehen.

Das liegt daran, dass in der Medizin nichts ohne Risiko geht. Komplikationen können sich ergeben durch Krankenhausaufenthalte, Medikamente, Verfahren und Tests, und wenn diese Dinge von geringem Nutzen sind, kann der Schaden größer als der Gewinn sein. In den vergangenen Jahren haben wir Ärzte beispielsweise die Zahl der Operationen, die wir durchführen, merklich erhöht. Im Jahr 2006 nahmen Ärzte mindestens 60 Millionen chirurgische Eingriffe vor, quasi an jedem fünften Amerikaner. Kein anderes Land führt so viele Operationen an seinen Bürgern durch. Geht es uns deswegen besser? Das kann niemand wirklich wissen, aber es scheint höchst unwahrscheinlich. Schließlich sterben einige 100.000 Leute jedes Jahr aufgrund von Komplikationen bei Operationen - viel mehr als bei Autounfällen sterben.

Was die Lage noch schlimmer macht, ist - wie Fisher herausfand -, dass Patienten in Regionen mit hohen medizinischen Ausgaben tatsächlich tendenziell seltener günstige, vorbeugende Dienstleistungen wie z.B. Impfungen gegen Grippe und Lungenentzündung erhielten, längere Wartezeiten beim Arzt und in der Notaufnahme auszuhalten hatten und seltener einen Hausarzt hatten. Sie bekamen mehr von den teuren Dingen, aber nicht mehr von dem, was sie brauchten.

Auf eine merkwürdige Weise sind diese Neuigkeiten beruhigend. Eine allgemeine medizinische Versorgung wird nicht realisierbar sein, wenn wir nicht die Kosten kontrollieren können. Politiker haben befürchtet, dass dies eine Rationierung ver-

lange, welche die Öffentlichkeit niemals akzeptieren würde. Deshalb erweist sich die Idee, dass alles im Überfluss vorhanden ist, als äußerst attraktiv. „Fast 30 Prozent von Medicare Ausgaben könnten eingespart werden, ohne die Gesundheitsversorgung zu beeinträchtigen, wenn die Aufwendungen in den Gegenden mit hohen und mittleren Kosten auf das Niveau der niedrigen reduziert würden“, stellte Peter Orszag, Budget-Direktor des Präsidenten, fest.

Die meisten Amerikaner wären froh, wenn sie Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsfürsorge hätten, wie man sie in Rochester, Minnesota, oder Seattle, Washington, oder Durham, North Carolina, vorfindet - alles Orte mit Weltklasse-Kliniken und Kosten, die unter den nationalen Durchschnitt fallen. Wenn wir die Kostenkurve in den teuren Orten auf ihren Level senken könnten, wären die Probleme für Medicare (in der Tat fast alle Probleme, die den Etat der Bundesregierung für die nächsten 50 Jahre betreffen) gelöst. Das Schwierige daran ist, wie man dabei vorgehen soll. Ärzte in Städten wie McAllen verhalten sich anders als andere. Die 2,4-Billionen-Dollar-Frage lautet: Warum? Wenn wir das nicht herausfinden, wird die Gesundheitsreform scheitern.

Ich hatte einen, wie ich fand, vernünftigen Plan, um herauszufinden, was in McAllen vor sich ging. Ich würde die Chefs der Krankenhäuser aufsuchen, in ihren protzigen, von Innenarchitekten im Churriguerismus-Stil gestylten Büros, und sie fragen.

Das erste Krankenhaus, das ich besuchte, das McAllen Heart Hospital, gehört Universal Health Services, einer gewinnorientierten Krankenhaus-Kette mit Hauptsitz in King of Prussia, Pennsylvania, und Einkünften von fünf Milliarden Dollar im letzten Jahr. Ich traf die Hauptgeschäftsführerin des Krankenhauses, Gilda Romero. Um die Wahrheit zu sagen, ihr Büro sah weniger nach Churriguerismus aus als „Office Depot“ [günstiger Versandhandel für Büroartikel, Anm. der Übers.]. Sie hatte glattes braunes Haar, verständnisvolle Augen und sah mehr wie eine junge Schullehrerin aus als wie ein Vorstandsmitglied mit 19 Jahren Erfahrung. Und als ich sie fragte „Was geht hier vor an diesem Ort?“, guckte sie überrascht.

„Ist McAllen wirklich so teuer?“, fragte sie.



Ich beschrieb das Datenmaterial, einschließlich der Zahlen, die anzeigten, dass Herzoperationen und Katheterverfahren und Schrittmacher in McAllen doppelt so häufig wie gewöhnlich vorkamen.

„Das ist interessant“, sagte sie, wobei sie nicht meinte „Oh-oh, Sie haben uns erwischt“, sondern eher „Das ist tatsächlich interessant.“ Das Problem von McAllens seltsamen Kosten war ihr neu. Sie grübelte über die Zahlen. Sie war sich sicher, dass ihre Ärzte nur operierten, wenn es notwendig sei. Es musste eines der anderen Krankenhäuser sein. Und sie hatte schon eines im Kopf – das „Doctors Hospital at Renaissance“, das Krankenhaus in Edinburg, das ich besichtigt hatte.

Sie war nicht die einzige Person, die das Renaissance nannte. Es ist das neueste Krankenhaus in der Region. Seine Besitzer sind Ärzte. Und es hat einen Ruf (den es abstreitet) dafür, auf aggressive Weise Ärzte mit Massengeschäft anzuwerben, damit sie Investoren werden und ihre Patienten dorthin schicken. Ärzte, die das tun, erhalten nicht nur die Bezahlung für jegliche Dienstleistungen, die sie bereitstellen, sondern auch einen prozentualen Anteil von den Profiten des Krankenhauses, die sich aus Tests, Operationen und anderen Patienten-Behandlungen ergeben. (Im Jahr 2007 betrug sein Gesamtprofit 34 Millionen Dollar.) Romero und andere argumentierten, dass dies eine böse Versuchung für die Ärzte sei.

Solch ein Arrangement kann Arzt-Investoren reich machen. Aber es kann nicht die volle Erklärung sein. Das Krankenhaus bekommt knapp ein Sechstel der Patienten in der Region; seine Gewinnspannen sind nicht größer als die anderer Krankenhäuser – ob gewinnorientiert oder gemeinnützig – und es hatte nicht viel Gewicht bis frühestens 2004, ein volles Jahrzehnt nachdem die Kostenexplosion in McAllen begann.

„Das sind gute Argumente“, sagte Romero. Sie konnte nicht erklären, was vor sich ging.

Am folgenden Nachmittag besuchte ich die Topmanager des „Doctors Hospital at Renaissance“. Wir saßen in ihrem Sitzungszimmer an einem Ende des Jacht-langen

Tisches. Der Aufsichtsratsvorsitzende bot mir ein Soda an. Der Personalchef lächelte mich an. Der Finanzleiter schüttelte meine Hand, als ob ich ein alter Freund sei. Der C.E.O. jedoch hatte Schwierigkeiten dabei vorzugeben, dass er glücklich sei, mich zu sehen. Lawrence Gelman war ein 57 Jahre alter Anästhesist mit einem weißen Bill-Clinton-Schopf und einer wöchentlichen lokalen Radiosendung mit dem Untertitel „Meinungen eines unnachgiebigen, konservativen Geistes“. Er hatte dabei geholfen, das Krankenhaus zu gründen. Er begrüßte mich kaum, und während die anderen sich um eine Wie-kann-Ihnen-heute-helfen-Einstellung bemühten, zeigte seine Körpersprache mehr ein Lassen-Sie-es-uns-hinter-uns-bringen.

So fragte ich ihn, warum McAllens Gesundheitsausgaben so hoch seien. Was er mir antwortete, war eine Erörterung der Theorie und Geschichte des amerikanischen Gesundheitssystems und seiner Finanzierung, die bis zu Lyndon Johnson und der Entstehung von Medicare zurückging, mit dem Fazit: (1) Die Regierung ist das Problem im Gesundheitssystem. „Die Leute, die die finanzielle Kontrolle haben, wissen nicht, was sie tun.“ (2) Wenn überhaupt, dann zahlen staatliche Versicherungsprogramme wie Medicare nicht genug. „Ich als Anästhesist weiß, dass sie mir zehn Prozent von dem zahlen, was eine private Versicherung zahlt.“ (3) Regierungsprogramme sind voll mit Verschwendung. „Jeder hier im Raum könnte leicht die Ausgaben von Medicare und Medicaid durchgehen und alle Arten von Verschwendung sehen.“ (4) Aber nicht in McAllen. Die Krankenhausärzte hier, zumindest im „Doctors Hospital at Renaissance“, „leisten eine notwendige, essentielle medizinische Versorgung“, sagte Gelman. „Wir erfinden keine Patienten.“

Warum dann ordnen Krankenhäuser in McAllen so viel mehr Operationen, Scans und Tests an als Krankenhäuser in El Paso und anderswo?

Die einzige Erklärung, die er und seine Kollegen letztendlich anbieten konnten, war diese: Die anderen Ärzte und Krankenhäuser in McAllen geben vielleicht zu viel aus, aber in dem Ausmaß wie sein Krankenhaus teurere Behandlungen als andere im Land vornimmt, hilft es den Menschen auf unterschiedliche Weisen, die man nicht in Da-

tenmaterial über Qualität und Ergebnisse messen kann.

„Bieten wir eine bessere Gesundheitsversorgung als El Paso an?“, fragte Gelman. „Ich würde mit Ihnen zwei zu eins wetten, dass wir das tun.“

Es war ein deprimierendes Gespräch – nicht weil ich dachte, die leitenden Angestellten wichen mir aus, sondern weil sie nicht ausweichend antworteten. Die Unterlagen über McAllens Ausgaben waren eindeutig neu für sie. Sie verteidigten McAllen aus Reflex. Aber sie kannten wirklich nicht den großen Zusammenhang darüber, was ablief.

Und, so wurde mir klar, wenige Leute in ihrer Position tun das. Örtliche leitende Angestellte in Krankenhäusern und Gemeinschaftspraxen und Pflegediensten verstehen ihre Wachstumsrate und ihren Marktanteil; sie wissen, ob sie Geld verlieren oder Geld verdienen. Sie wissen, wenn ihre Ärzte genügend Geschäfte einbringen – Operationen, Bildgebung, Überweisung ins Pflegeheim – machen sie Geld; und wenn sie die Ärzte dazu bringen, mehr einzubringen, machen sie mehr Geld. Aber sie haben nur eine leise Ahnung davon, ob die Ärzte ihre Mitbürger so gesund wie möglich machen, oder ob sie mehr oder weniger effizient sind als ihre Kollegen anderswo. Ein Doktor sieht einen Patienten in einer Gemeinschaftspraxis und weist ihn in ein McAllen-Krankenhaus ein für einen CT-Scan, einen Ultraschall, drei Runden Bluttests, einen weiteren Ultraschall und dann eine Operation zur Entfernung der Gallenblase. Wie soll Lawrence Gelman oder Gilda Romero wissen, ob all das notwendig ist, geschweige denn die bestmögliche Behandlung für den Patienten? Dafür sind sie nicht verantwortlich oder haftbar.

Die Ausgaben für die medizinische Versorgung beruhen letztendlich auf einer Anhäufung individueller Entscheidungen, die Ärzte darüber treffen, welche Dienstleistungen und Behandlungen verschrieben werden. Das teuerste Stück medizinischer Ausstattung ist, so sagt man, der Stuhl des Doktors. Und im Regelfall besitzen nicht die leitenden Angestellten der Krankenhäuser die Kappen für die Stühle. Das tun die Doktoren.

Wenn die Ärzte die Stühle handhaben, warum tun sie es dann so unterschiedlich von Ort zu Ort? Brenda Sirovich, eine weitere

Forscherin in Dartmouth, veröffentlichte letztes Jahr eine Studie, die einen wichtigen Hinweis lieferte. Sie und ihr Team befragten rund 800 Allgemeinmediziner aus teuren Städten (wie Las Vegas und New York), günstigen Städten (wie Sacramento und Boise) und anderen dazwischen. Die Wissenschaftler fragten die Ärzte insbesondere, wie sie verschiedene Patienten-Fälle handhaben würden. Dabei kam heraus, dass unterschiedliche Entscheidungen nur in wenigen Fällen getroffen wurden. In Situationen, in denen die richtige Vorgehensweise gut etabliert war – z.B. ob man eine Mammographie für eine 50jährige Frau empfiehlt (die Antwort lautet ja) –, trafen die Ärzte in teuren und günstigen Städten dieselben Entscheidungen. Aber in Fällen, die wissenschaftlich unklar waren, ordneten einige Ärzte die maximal mögliche Menge an Tests und Verfahren an; einige ordneten das Minimum an. Und welche Sorte von Arzt sie waren, hing davon ab, wo sie herkommen.

Sirovich fragte Ärzte, wie sie eine 75jährige Frau mit typischen Symptomen für Sodbrennen und „ausreichender Krankenversicherung für Tests und Medikamente“ behandeln würden. Ärzte in teuren und günstigen Städten verschrieben gleichsam eine Behandlung mit einem Mittel gegen Magensäure und untersuchten auf H.pylori, ein Geschwür-verursachendes Bakterium – eine Vorgehensweise, die nationalen Richtlinien zufolge dringend empfohlen wird. Aber sobald es um weniger eindeutig nützliche Maßnahmen ging – und höhere Kosten – waren die Unterschiede beachtlich. Über 70 Prozent der Ärzte in den teuren Städten überwiesen den Patienten an einen Gastroenterologen, ordneten eine obere Endoskopie an, oder beides, während halb so viele in den günstigen Städten dies taten. Ärzte aus teuren Städten empfahlen typischerweise Patienten mit kontrolliertem Bluthochdruck, alle ein bis drei Monate in die Praxis zu kommen, während die aus günstigen Städten zweimal jährlich den Besuch empfahlen. Fall für (unsicherer) Fall, mehr war nicht notwendigerweise besser. Aber Ärzte aus den teuersten Städten unternahmen die teuersten Dinge.

Warum? Einiges davon könnten die Unterschiede in der Ausbildung widerspiegeln. Ich erinnere mich daran, als meine Frau unseren Babysohn Walker zu Besuch zu seinen Großeltern in Virginia brachte, und

er einen schrecklichen Sturz einige Stufen hinunter machte. Sie fuhren ihn ins örtliche Krankenhaus in Alexandria. Ein CT-Scan zeigte, dass er ein winziges subdurales Hämatom hatte – eine kleine Blutung im Gehirn. Während einer zehnstündigen Beobachtung jedoch ging es ihm gut – er aß, trank, war komplett aufmerksam. Ich war Arzt im Praktikum in der Chirurgie damals und hatte viele Fälle wie diesen gesehen. Wir beobachteten jedes Kind auf der Intensivstation mindestens 24 Stunden lang und wiederholten den CT-Scan. So war ich ausgebildet worden. Aber der Doktor in Alexandria wollte Walker nach Hause schicken. So war er ausgebildet worden. Was, wenn sich sein Zustand verschlechterte? Ich fragte ihn. Das sei sehr unwahrscheinlich, sagte er, und falls sich irgendetwas ändere, könne Walker jederzeit zurückgebracht werden. Ich drängte den Arzt dazu, ihn dennoch einzuweisen. Am nächsten Tag waren der Scan und der Patient völlig in Ordnung. Und beim Blick in die Lehrbücher lernte ich, dass der Doktor Recht gehabt hatte. Walker wäre auf sichere Weise behandelt worden, so oder so.

Es gab aber kein Anzeichen dafür, dass McAllens Ärzte als Gruppe anders ausgebildet waren als El Pasos. Eines Morgens traf ich mich mit einem Krankenhaus-Verwaltungsexperten, der weit reichende Erfahrung im Management von gewinnorientierten Krankenhäusern entlang der Grenze besaß. Er bot eine andere mögliche Erklärung an: die Kultur des Geldes.

„Wenn du in El Paso irgendeinen Arzt auswählst und dir seine Steuererklärung anschaut, kämen 85 Prozent seines Einkommens von der üblichen Praxisausübung“, sagte er. Aber in McAllen, meinte der Verwaltungsexperte, läge der Prozentanteil weitaus niedriger.

Er wusste von Ärzten, die kleine Einkaufszentren, Orangen-Plantagen oder Apartmentanlagen besaßen – oder Bildgebungszentren, OP-Zentren oder einen anderen Teil des Krankenhauses, in das sie Patienten überwiesen. Sie hätten „Unternehmergeist“, sagte er. Sie seien erfindungsreich und aggressiv in ihrer Suche nach weiteren Möglichkeiten, um die Einkünfte aus der Patienten-Behandlung zu vergrößern. „An der Berufsethik hapert es nicht“, sagte er. Aber er habe oft miterlebt, wie finanzielle Erwägungen die Entscheidungen der Ärzte

hinsichtlich der Patienten lenken – die Tests, die sie anordneten, die Ärzte und Kliniken, die sie empfahlen – und es störte ihn. Mehrere Ärzte, die unglücklich über die Richtung waren, die die Medizin in McAllen eingeschlagen hatte, sagten mir dasselbe. „Es ist eine Maschinerie, mein Freund“, erklärte ein Chirurg.

Niemand lehrt dich an der Universität und im Arztpraktikum, wie man über Geld denken soll. Doch von dem Moment an, wenn du beginnst zu praktizieren, musst du darüber nachdenken. Du musst erwägen, was bei einem Patienten versichert ist und was nicht. Du musst auf Versicherungsablehnungen und gesetzliche Rückerstattungsrichtlinien achten. Du musst daran denken, genug Geld für die Sekretärin und die Krankenschwester und die Miete und die Kunstfehler-Versicherung zu haben.

Über die elementaren Dinge hinaus jedoch sind viele Ärzte bemerkenswert vergesslich, was die finanziellen Folgen ihrer Entscheidungen betrifft. Sie untersuchen ihre Patienten. Sie geben ihren ärztlichen Rat. Sie schicken die Rechnungen heraus. Und, so lange die Zahlen am Ende des Monats stimmen, verbannen sie das Geld aus ihren Gedanken.

Andere sehen das Geld als Mittel, um zu verbessern, was sie tun. Sie denken darüber nach, wie man das Versicherungsgeld nutzen kann, um vielleicht elektronische Krankenakten mit Kollegen einzuführen oder einen leichteren Telefon- und Email-Zugang zu ermöglichen oder erweiterte Praxiszeiten anzubieten. Sie stellen eine zusätzliche Krankenschwester ein, um zuckerkrank Patienten gründlicher zu kontrollieren und um sicherzugehen, dass Patienten ihre Mammographien, Pap-Abstriche oder Darmspiegelungen nicht versäumen

Dann gibt es noch die Ärzte, die ihre Praxis in erster Linie als Einkommensquelle sehen. Sie weisen ihre Sekretärin an, Patienten, die wegen einer weiteren Frage anrufen, einen Termin zu geben, weil die Versicherungen keine Anrufe bezahlen, sondern nur Praxis-Besuche. Sie erwägen es, Botox-Injektionen gegen Barzahlung anzubieten. Sie belegen einen Doppler-Ultraschall-Kurs, kaufen eine Maschine und beginnen damit, die Scans ihrer Patienten selbst durchzuführen, so dass die Versicherungsgelder eher zu ihnen als ins Krankenhaus fließen. Sie



tüfteln aus, wie sie ihre Arbeit mit hoher Gewinnspanne ausdehnen und ihre Arbeit mit niedriger Gewinnspanne reduzieren können. Es geht schließlich ums Geschäft.

In jeder Gemeinde findet man eine Mischung dieser Ansichten unter den Ärzten, aber die eine oder die andere scheint vorzuherrschen. McAllen scheint einfach eine Gemeinschaft zu sein, wo ein Extrem vorherrscht.

In wenigen Fällen, erzählte der Krankenhaus-Experte mir, habe er gesehen, wie das Verhalten anscheinend in unverblühten Betrug übergegangen ist. „Zu mir kamen Ärzte und sagten: ‚Wenn Sie wollen, dass ich Patienten an Ihr Krankenhaus überweise, müssen Sie mich dafür bezahlen.‘“

„Wie viel?“, fragte ich.

„Die Beträge lagen alle bei über 100.000 Dollar im Jahr“, sagte er. Die Ärzte seien sehr genau in ihren Angaben gewesen. Der höchste Betrag, den man von ihm verlangt habe, sei 500.000 Dollar pro Jahr gewesen.

Er habe nicht einen davon bezahlt, sagte er: „Ich muss nachts ruhig schlafen können.“ Und er betonte, dass dies nur eine Handvoll Ärzte gewesen sein. Aber er sei nie nach Bestechungsgeldern gefragt worden, bevor er nach McAllen kam.

Woody Powell ist ein Soziologe aus Stanford, der die ökonomische Kultur von Städten untersucht. Kürzlich haben er und sein Forschungsteam untersucht, warum bestimmte Regionen – Boston, San Francisco, San Diego – führend in Biotechnologie wurden, während andere mit einer ähnlichen Konzentration von wissenschaftlichem und unternehmerischem Talent – Los Angeles, Philadelphia, New York – das nicht schafften. Die Antwort, die sie darauf fanden, war, was Powell als die Absatzmagnet-Theorie für ökonomische Entwicklung beschreibt. Genau wie ein Absatzmagnet den Charakter eines Einkaufszentrums definiert, so definieren die Absatzmagneten in Biotechnologie - ob es sich nun um eine Firma wie Genentech in Süd-San-Francisco oder eine Universität wie M.I.T. in Cambridge handelt - den Charakter einer ökonomischen Gemeinschaft. Sie legen die Normen fest. Die Absatzmagneten, die Normen festlegten, welche den freien Austausch von Ideen und Zusammenarbeit ermutigten,

sogar mit Konkurrenten, stellten dauerhaft erfolgreiche Gemeinschaften her, während diejenigen, die hauptsächlich dominieren wollten, dies nicht taten.

Powell vermutet, dass Absatzmagneten auch in anderen Wirtschaftsbereichen eine ähnlich mächtige Rolle in der Gemeinschaft spielen, und der Gesundheitssektor dürfte keine Ausnahme sein. Ich sprach mit einer Marketing-Mitarbeiterin eines Pflegedienstes in McAllen, die mir von einem Vorgang berichtete, der Powells Ergebnissen in der Biotechnologie unheimlich ähnelte. Ihre Aufgabe ist es, Ärzte davon zu überzeugen, ihren Pflegedienst anderen vorzuziehen. Der Konkurrenzkampf ist heftig. Ich schlug das Telefonbuch auf und fand 17 Seiten mit aufgelisteten Pflegediensten – 260 an der Zahl. Ein Patient bringt im Regelfall zwischen 1200 und 1500 Dollar ein und das Doppelte davon für spezialisierte Pflege. Sie beschrieb, wie vor zehn Jahren oder so einige frühe Pflegedienste damit begannen, Ärzte, die häusliche Pflege verordneten, mit mehr als nur Kleinigkeiten zu belohnen: Sie verteilten Tickets für Sportereignisse, Schmuck und andere Geschenke. Damit legten sie den Maßstab fest. Andere Agenturen machten es ihnen nach. Einige fingen damit an, den Ärzten ein zusätzliches Gehalt als „medizinische Direktoren“ zu zahlen, um die Geschäfte in ihre Richtung zu lenken. Die Ärzte erwarteten bald darauf, ihren Anteil der Einkünfte zu erhalten.

Pflegedienste, die auf der Basis von Qualität wetteifern wollen, hätten Schwierigkeiten, im Geschäft zu bleiben, sagte die Mitarbeiterin. Ärzte hätten von ihr ein Gehalt von 4000 oder 5000 Dollar im Monat für die Position eines medizinischen Direktors verlangt, damit sie ihr im Gegenzug Kundenschaft brachten. Einer hatte von ihrer Kollegin verlangt, die Gebühren für die Privatschule seines Kindes zu zahlen; ein anderer wollte Sex.

„Ich erklärte ihnen die Regeln und Dienstvorschriften und das Anti-Bestechungsgesetz und sagte nein zu ihnen“, erklärte sie dazu, wie sie mit solchen Ärzten umgeht. „Schadet es meinem Geschäft?“ Sie machte eine Pause. „Für mich ist es okay, wenn ich nur mit moralisch einwandfreien Ärzten arbeite.“

Ungefähr vor 15 Jahren, so scheint es, veränderte sich etwas in McAllen. Einige Chefs

örtlicher Institutionen akzeptierten den Gewinnzuwachs als rechtmäßigen Bestandteil der Arbeitsmoral in der Ausübung medizinischer Praxis. Nicht alle Doktoren akzeptierten das. Aber sie stellten sich denen, die es taten, auch nicht in den Weg. So kam es, dass hier, entlang des Ufers des Rio Grande, in der „Square-Dance-Hauptstadt der Welt“, eine medizinische Gemeinschaft Patienten so behandelt, wie minderwertige Hypotheken-Kreditgeber Hauskäufer behandeln: als Profitzentren.

Das wirkliche Rätsel des amerikanischen Gesundheitssystems, so wurde mir auf dem Heimflug klar, ist nicht, warum McAllen sich von El Paso unterscheidet. Es ist, warum El Paso nicht so ist wie McAllen. Jeder Anreiz im System ist eine Einladung, denselben Weg wie McAllen zu gehen. Trotzdem hat eine große Anzahl von Gemeinden im ganzen Land es geschafft, ihre Gesundheitsausgaben unter Kontrolle zu halten anstatt sie hochzufahren.

Ich sprach mit Denis Cortese, dem C.E.O. der Mayo-Klinik, welche zu den Gesundheitszentren mit der höchsten Qualität und den niedrigsten Kosten im Land zählt. Vor einigen Jahren verbrachte ich dort mehrere Tage, als ich einen Chirurgen besuchte. Woran ich mich noch gut erinnere, ist dass mir auffiel, wie viel Zeit die Ärzte den Patienten widmeten. Es gab keine Fließbandabfertigung – kein schnelles Hin- und Herschieben der Patienten von Raum zu Raum, während der Doktor von einem zum nächsten springt. Ich begleitete einen Kollegen, während er Patienten untersuchte. Die meisten von ihnen, wie die in meiner Praxis, erforderten etwa 20 Minuten an Zeit. Aber eine Patientin hatte Darmkrebs und einige weitere komplizierte Probleme, einschließlich einer Herzerkrankung. Der Arzt verbrachte eine Stunde mit ihr, um alles zu klären. Er rief einen Kardiologen wegen einer Frage an.

„Ich bin gleich da“, sagte der Kardiologe.

15 Minuten später war er es tatsächlich. Sie grübelten über alles gemeinsam. Der Kardiologe passte eine Arzneimittelanwendung an und sagte, weitere Tests seien nicht nötig. Er bereitete die Patientin auf die Operation vor, und der OP-Saal gab ihr einen Termin für den nächsten Tag.

Der ganze Ablauf erstaunte mich. Dass der Kardiologe einfach so vorbeischaute, um die Patientin gemeinsam mit dem Chirurgen zu untersuchen, wäre unvorstellbar in meinem Krankenhaus. Der Zeitaufwand würde sich nicht bezahlt machen. Der Zeitaufwand allein für die Organisation des Systems würde sich nicht bezahlt machen.

Der Hauptgrundsatz der Mayo-Klinik lautet „Die Bedürfnisse des Patienten stehen an erster Stelle“ – nicht die Bequemlichkeit der Ärzte, nicht ihre Einkünfte. Die Ärzte und Krankenschwestern, und sogar die Hausmeister, trafen sich zu Meetings fast wöchentlich, um Ideen für einen besseren Service und eine bessere Pflege zu erarbeiten, nicht um mehr Geld aus den Patienten herauszuquetschen. Ich fragte Cortese, wie die Mayo-Klinik dies möglich machte.

„Es ist nicht leicht“, antwortete er. Aber vor Jahrzehnten erkannte die Klinik, dass man als erstes die finanziellen Hürden aus dem Weg räumen musste. Alle Gelder, die die Ärzte und das Krankenhaussystem erhielten, wurden in einem Topf gesammelt, und man begann, allen ein Gehalt zu zahlen, so dass das Ziel der Ärzte bei der Patientenversorgung nicht eine Steigerung ihres Einkommens sein konnte. Die Mayo-Klinik förderte Leiter, die zuerst auf das Wohl der Patienten achteten und erst danach auf die finanzielle Umsetzbarkeit.

Niemand dort beabsichtigt tatsächlich, weniger von den teuren Scans und Eingriffen vorzunehmen, als es anderswo im Land gemacht wird. Ziel ist es, die Qualität zu steigern und Ärzten und anderen Mitarbeitern dabei zu helfen, als Team zu arbeiten. Aber, fast durch Zufall, ist das Ergebnis niedrigere Kosten.

„Wenn Ärzte ihre Köpfe in einem Raum zusammen stecken, wenn sie ihre Fachkenntnisse teilen, kommen dabei mehr Ideen und weniger Tests heraus“, erzählte mir Cortese.

Skeptiker sahen das Modell der Mayo-Klinik als lokales Phänomen an, das nicht über die Heufelder von Nord-Minnesota hinaus tragbar wäre. Aber 1986 eröffnete die Mayo-Klinik einen Campus in Florida, einem unserer teuersten Staaten im Bereich der medizinischen Versorgung, und 1987 einen weiteren in Arizona. Es war schwierig, Mitarbeiter zu gewinnen, die das Gehalt und die

gemeinschaftliche Art zu praktizieren, wie es die Mayo-Klinik tut, akzeptierten. Die leitenden Angestellten arbeiteten gegen die vorherrschende Medizinerkultur und Verlockungen. Es dauerte mindestens zehn Jahre, bis die neuen Außenstellen richtig etabliert waren. Aber letztendlich erzielten sie dieselben Resultate von hoher Qualität und niedrigen Kosten wie Rochester. Tatsächlich, sagte Cortese, sei der Florida-Standort in mancher Hinsicht der produktivste im System geworden.

Die Mayo-Klinik ist keine Anomalie. Einer der günstigsten Gesundheitsmärkte im Land ist Grand Junction, Colorado, ein Bezirk mit 120.000 Einwohnern, der nichtsdestotrotz einige von Medicares höchsten Pflegestandards erreicht hat. Michael Pramenko ist ein Hausarzt dort und eine führende Persönlichkeit im örtlichen medizinischen Bereich. Im Gegensatz zu den Mayo-Ärzten, sagte er mir, erhielten Ärzte in Grand Junction für Akkordarbeit Provisionen von den Versicherungen. Aber schon vor Jahren hätten sich die Ärzte untereinander auf ein System geeinigt, wonach sie eine ähnliche Bezahlung erhielten, gleichgültig ob sie Medicare-, Medicaid- oder privat versicherte Patienten empfangen, so dass es kaum einen Anreiz gebe, sich nur die Rosinen herauszupicken. Sie stimmten außerdem zu, auf Geheiß einer Health-Maintenance-Organisation (H.M.O), der mehrheitlichen Krankenkassenleistung der Arbeitgeber in der Stadt, sich regelmäßig in kleinen Komitees für Experten-Gutachten zu treffen, um ihre Krankenakten gemeinsam durchzugehen. Sie konzentrierten sich darauf, Probleme wie unzureichende Präventionsmaßnahmen, unnötige Rückenoperationen und eine ungewöhnliche Anzahl an Komplikationen in Krankenhäusern auszumergen. Die Probleme wurden weniger. Die Qualität stieg an. Dann, im Jahr 2004, gründete die Ärztegruppe zusammen mit der örtlichen H.M.O. ein regionales Informationsnetzwerk – ein System für den ganzen Bezirk, das Praxisaufzeichnungen, Testergebnisse und Krankenhausdaten für Patienten in der ganzen Region elektronisch erfasste. Wieder nahmen die Probleme ab. Die Qualität verbesserte sich. Und die Kosten lagen nun niedriger als so ziemlich überall sonst in der Vereinigten Staaten.

Die Mediziner in Grand Junction folgten nicht dem Rezept eines anderen. Aber wie die Mayo-Klinik erschufen sie, was Elliot

Fisher aus Dartmouth als eine Organisation für verantwortliche Versorgung bezeichnet. Die führenden Ärzte und das Krankenhaus-system führten Maßnahmen ein, um abträgliche finanzielle Anreize unschädlich zu machen, und sie übernahmen gemeinsame Verantwortung, um die gesamte Patientenversorgung zu verbessern.

Dieser Denkansatz wurde in anderen Orten ebenfalls angewandt: das Geisinger Health System in Danville, Pennsylvania; die Marshfield-Klinik in Marshfield, Wisconsin; Intermountain Healthcare in Salt Lake City; Kaiser Permanente in Nordkalifornien. Sie alle funktionieren nach ähnlichen Prinzipien. Sie sind alle gemeinnützige Einrichtungen. Und sie verfügen alle über eine beneidenswert höhere Qualität bei niedrigeren Kosten, als sie die amerikanische Durchschnittsstadt genießt.

Wenn Sie das gesamte Spektrum von Grand Junction bis McAllen überblicken – und den fast dreifachen Unterschied in den Kosten für die medizinische Versorgung -, kommen Sie zu der Schlussfolgerung, dass wir einen Kampf um die Seele der amerikanischen Medizin miterleben. Irgendwo in den Vereinigten Staaten kommt in diesem Moment ein Patient mit Schmerzen in der Brust oder einem Tumor oder einem Husten zum Arzt. Und die verdammende Frage, die wir stellen müssen, lautet, ob der Arzt darauf eingestellt ist, die Bedürfnisse des Patienten an allererster Stelle zu sehen oder seine Einkünfte zu maximieren.

Es gibt kein Versicherungssystem, das die beiden Ziele perfekt miteinander in Einklang bringt. Aber ein System zu haben, dass so viel dazu beiträgt, beide zu verschieben, hat sich als katastrophal erwiesen. Wie Wirtschaftswissenschaftler oft herausgestellt haben, bezahlen wir Ärzte für Quantität, nicht Qualität. Wie sie weniger oft herausstellen, bezahlen wir sie als Einzelpersonen, weniger als Mitglieder eines Teams, das gemeinsam für ihre Patienten tätig ist. Beide Praktiken haben ernsthafte Probleme verursacht.

Medizinische Versorgung anzubieten ist so ähnlich wie ein Haus zu bauen. Die Aufgabe erfordert Experten, teure Ausrüstung und Materialien und einen großen Anteil an Koordinierung. Stellen Sie sich vor, statt einen Bauunternehmer zu bezahlen, der ein Team aufstellt und dieses beaufsichtigt,

bezahlen sie einen Elektriker für jede Steckdose, die er empfiehlt, einen Klempner für jeden Wasserhahn und einen Tischler für jeden Schrank. Wären Sie überrascht, wenn Sie ein Haus erhielten mit 1000 Steckdosen, Wasserhähnen und Schränken, zum dreifachen Preis, den Sie erwartet hatten, und das ganze Ding würde nach wenigen Jahren auseinander fallen? Selbst wenn Sie den besten Elektriker im ganzen Land für den Job engagieren (er wurde in Harvard ausgebildet, sagt Ihnen jemand), wird dieses Problem nicht gelöst. Es bringt auch nichts, die Person auszutauschen, die ihm einen Scheck schreibt.

Der letzte Punkt ist lebenswichtig. Aktivisten und Politiker verbringen übertrieben viel Zeit mit Diskussionen darüber, ob die Lösung hinsichtlich der hohen medizinischen Kosten darauf hinausläuft, dass staatliche oder private Versicherungsfirmen die Schecks ausschreiben. Hier kommt eine Zusammenfassung der ganzen Debatte. Befürworter einer öffentlichen Alternative sagen, eine staatliche Finanzierung würde das meiste Geld einsparen, weil geringere Verwaltungskosten entstehen und Ärzte und Krankenhäuser gezwungen sind, eine geringere Bezahlung zu akzeptieren als die, die sie von privaten Versicherungen erhalten. Gegner sagen, Ärzte würden knausern, hinschmeißen oder das System herausfordern und uns Schlange stehen lassen für unsere medizinische Betreuung; sie behaupten, dass private Versicherungen besser die Ärzte kontrollieren. Nein, sagen die Skeptiker: Alles, was Versicherungsunternehmen tun, ist Bewerber abzulehnen, die eine medizinische Versorgung brauchen, und die Zahlung ihrer Rechnungen zu verzögern. Dann gibt es noch die Wirtschaftswissenschaftler, die sagen, dass die Leute, die die Ärzte bezahlen sollen, diejenigen sind, die sie aufsuchen. Lasst die Verbraucher mit ihrem eigenen Geld bezahlen, stellt sicher, dass sie ein wenig „Insiderhandel“ betreiben können, und dann werden sie die Versorgung erhalten, die sie verdienen. Diese Argumente übersehen das Hauptproblem. Wenn es darum geht, die Versorgung besser und günstiger zu machen, wird es keinen größeren Unterschied machen, wenn man denjenigen austauscht, der den Doktor bezahlt, als wenn man den austauscht, der den Elektriker bezahlt. Die Lektion, die uns die Regionen mit hoher Qualität und niedrigen Kosten erteilt haben, beinhaltet, dass jemand für die gesamte

Versorgung verantwortlich sein muss. Andernfalls erhält man ein System, das über keine Bremsen verfügt. Man erhält McAllen.

Eines Nachmittags in McAllen fuhr ich die McColl Road mit Lester Dyke, dem Herzchirurgen, hinunter und wir kamen an einer Reihe von kleinen Bürogebäude-Zeilen vorbei, die anscheinend nur aus Pflegediensten, Bildungscentren und Geschäften für medizinische Ausstattung bestanden.

„Die Medizin hier ist zu einem Schweinestall verkommen“, murmelte er.

Dyke gehört zu den wenigen lautstarken Kritikern, die anprangern, was in McAllen vor sich geht. „Wir haben den falschen Weg eingeschlagen, als Ärzte aufhörten, Ärzte zu sein, und Geschäftsleute wurden“, sagte er.

Wir begannen über die verschiedenen Vorschläge zu sprechen, die in Washington zur Lösung des Kostenproblems verkündet werden. Ich fragte ihn, ob eine Ausweitung der staatlichen Versicherungsprogramme wie Medicare und eine Verkleinerung der Rolle von Versicherungsfirmen in McAllen Wirkung zeigen würde.

„Ich habe kein Problem damit“, sagte er. „Aber es wird keinen Unterschied machen.“ In McAllen sind die gesetzlich Versicherten bereits in der Mehrzahl – nicht viele Leute haben Jobs mit privater Versicherung.

Wie wäre es mit dem Gegenteil, also einer Vergrößerung der Rolle von großen Versicherungsfirmen?

„Von welchem Nutzen könnte das sein?“, fragte Dyke.

Die dritte Kategorie von Vorschlägen für die Gesundheitsfinanzierung, erklärte ich, würde die Leute dazu bringen, medizinische Sparkonten zu benutzen und steuerlich hoch-absetzbare Versicherungspolice zu halten: „Sie würden mehr von ihrem eigenen Geld riskieren, und das würde sie dazu bringen, mit Ihnen und anderen Chirurgen zu handeln, richtig?“

Er warf mir einen skeptischen Blick zu. Wir versuchten uns das Szenario vorzustellen. Ein Kardiologe teilt einer älteren Frau mit, dass sie eine Bypass-Operation benötigt, und überweist sie an Dr. Dyke. Sie diskutieren die Verstopfungen in ihrem Herzen, die

Operation, die Risiken. Und nun sollen sie über den Preis feilschen, als ob er einen Teppich auf dem Basar verkaufe? „Ich werde drei Gefäße für 30.000 machen, aber wenn Sie vier nehmen, dann gebe ich noch eine extra Nacht auf der Intensivstation dazu.“ – so ungefähr? Dyke schüttelte den Kopf. „Wer denkt sich diesen Kram aus?“, fragte er. „Jeder Plan, der darauf basiert, dass die Schafe mit den Wölfen verhandeln, ist zum Scheitern verteilt.“

Stattdessen müssen McAllen, und andere Städte wie sie, von ihren unhaltbaren zerrissenen, Quantitäts-orientierten Systemen der Gesundheitsversorgung entwöhnt werden, Schritt für Schritt. Und das bedeutet, Ärzte und Kliniken zu belohnen, wenn sie sich zusammen schließen, um wie in Grand Junction Organisationen für eine verantwortliche Versorgung zu gründen, in welcher Ärzte zusammenarbeiten, um die Vorsorge und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, während übertriebene und untertriebene Behandlungen sowie reine Geschäftemacherei abgelehnt werden. Einem Ansatz zufolge würden die Versicherungen, gesetzlich oder privat, den Medizinern, die solche Verbände gründen und bestimmte Qualitätsziele erreichen, die Hälfte der Einsparungen, die sie erzielen, überlassen. Der Staat könnte auch bürokratische Hürden und sogar die Haftung bei Kunstfehlern von den Ärzten auf die Organisation übertragen. Andere, striktere Ansätze sehen eine Strafe für diejenigen vor, die nicht solche Verbände gründen.

Dies wird notwendigerweise ein Experiment werden. Wir müssen detaillierte Recherchen dazu machen, was die besten Systeme so erfolgreich macht – die Experten-Gutachten-Komitees? die Einstellung von mehr Allgemeinmedizinern und Krankenschwestern? feste Gehälter für die Ärzte? – und verbreiten, was wir daraus lernen. Der Kongress hat eine grundlegende Finanzierung für Recherchen bereitgestellt, die die Wirksamkeit verschiedener Behandlungen vergleichen, und das sollte dazu beitragen, die Ungewissheit darüber, welche Behandlungen die besten sind, zu verringern. Aber wir müssen auch Recherchen finanzieren, die die Wirksamkeit verschiedener Gesundheitssysteme vergleichen – um unsere Unsicherheit darüber, welche Systeme am besten für Gesellschaften funktionieren, zu reduzieren. Dies sind empirische, nicht ideologische, Fragen. Und wir würden gut

daran tun, ein nationales Institut für die Bereitstellung medizinischer Versorgung zu gründen, um Mediziner, Kliniken, Versicherungen, Arbeitgeber und Bürger zusammen zu bringen, damit sie regelmäßig die Qualität und Kosten unserer Gesundheitsversorgung überprüfen, die Strategien mit guten Ergebnissen überdenken und eindeutige Empfehlungen für lokale Systeme aussprechen.

Dramatische Verbesserungen und Einsparungen werden mindestens ein Jahrzehnt in Anspruch nehmen. Aber eine Entscheidung muss getroffen werden. Wen wollen wir mit der Leitung des vollen Umfangs der medizinischen Versorgung betrauen? Wir können uns an die Versicherungen (gesetzlich oder privat) wenden, die wiederholt bewiesen haben, dass sie das nicht können. Oder wir können uns an örtliche medizinische Gemeinschaften wenden, die bewiesen haben, dass sie das können. Aber wir müssen jemanden auswählen – weil, in vielen Teilen des Landes, niemand zuständig ist. Und das Ergebnis ist das verschwenderischste und am wenigsten tragbare Gesundheitssystem auf der Welt.

Etwas sogar noch Beunruhigenderes ereignet sich ebenfalls. In der Auseinandersetzung um die medizinische Kultur – im Kampf darüber, ob das Vorzeigemodell unseres Landes die Mayo-Klinik oder McAllen sein wird – verliert das Mayo-Modell. In der stärksten wirtschaftlichen Rezession, die unser Gesundheitssystem in einem halben Jahrhundert erlebt hat, sehen viele Leute aus dem medizinischen Bereich nicht ein, warum sie die harte Arbeit auf sich nehmen sollen, sich zu organisieren, um die Verschwendung zu verringern und die Qualität zu steigern, wenn das einen Verlust an Einkünften bedeutet.

In El Paso erzählte mir der leitende Angestellte des gewinnorientierten Krankenhauses, dass einige führende Ärzte kürzlich dem Beispiel McAllens gefolgt seien und ihre eigenen Zentren für Chirurgie und Bildung eröffnet hätten. Als ich in Tulsa vor einigen Monaten war, erklärte mir ein Kollege aus der Chirurgie, wie er Verluste bei seinen Einkünften wieder gutmachte, indem er die Operationen seiner gut-versicherten Patienten in ein spezialisiertes Krankenhaus, an dem er Anteile besaß, verlegte, während er seine armen und nicht versicherten Patienten in einem gemeinnützigen



Krankenhaus in der Stadt beließ. Sogar in Grand Junction, erzählte mir Michael Pramenko, „fangen einige Ärzte an, sich darüber zu beklagen, dass man Geld auf dem Tisch liegen lasse.“

Während Amerika sich damit abmüht, die Gesundheitsversorgung auszuweiten und gleichzeitig die Gesundheitsausgaben zu drosseln, stehen wir vor einer Entscheidung, die wichtiger ist als die Diskussion darüber, ob wir die Option einer gesetzlichen Versicherung haben, ob wir ein System der Einzelzahler auf lange Sicht bekommen oder eine Mischung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, wie wir sie jetzt haben. Die Entscheidung dreht sich darum, ob wir die Anführer, die versuchen eine neue Generation von Mayo-Kliniken und Grand Junctions aufzubauen, belohnen werden. Wenn wir das nicht tun, wird McAllen kein Sonderfall mehr sein. Es wird unsere Zukunft sein.