

DGL – Medizinberatungsgesellschaft mbH & Co. KG

Hamburg - Greifswald - Passau

**Ausgewählte Aspekte zur Organisation und
Instrumenten des amerikanischen
Gesundheitssystems**

von

*Priv. Doz. Dr. med. Johannes B. Dahm MBA
aus Loissin*

*Dr. med. Jan- G. Gatermann MBA
aus Hamburg*

*Dr. med. Guido Lengfellner MBA
aus Passau*

Loissin, Hamburg und Passau im Januar 2002

Ohlendiekskamp 61 in 22399 Hamburg

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung ¹²³	3
2 Versicherungsarten im US-amerikanischen Gesundheitssystem ¹	4
2.1 Indemnity-Versicherung ¹	4
2.2 Health Maintenance Organisation (HMO) ¹	5
2.3 Preferred Provider Organisation (PPO) ¹	7
2.4 Point of Service Organization (POS) ¹	8
3 Instrumente des US-amerikanischen Managed-Care Umfeld ²	9
3.1 Disease Management ²	9
3.2 Case Management ²	10
3.3 Utilization Management (UM)/ Utilization Review (UR) ²	11
3.4 Profiling ²	12
4 Physicians Practice Management Companies ³	13
4.1.1 Equity Model ³	14
4.1.2 Management Company Model ³	14
4.1.3 Physician Contractor Model ^{3 3}	15
4.2.1 Primary Care PPMCs ³	15
4.2.2 Multispeciality PPMCs ³	16
4.2.3 Single Specialty PPMCs ³	16
4.3.1 Vorteile der PPMCs ³	16
4.3.2 Nachteile der PPMCs ³	17
4.3.3 Tabellarische Aufstellung der Vor- und Nachteile ³	18
5 Zusammenfassung ¹²³	19

(bearbeitet von: ¹ Dr. Johannes Dahm, ² Dr. Guido Lengfellner, ³ Dr. Jan Gatermann)

1. Einleitung

Die moderne Medizinentwicklung schreitet sowohl im Interesse der Leistungserbringer als auch der Leistungsempfänger voran. In der Folge steigen aber die dafür erforderlichen Ausgaben. Die Bezahlung aus solidarischen Mitteln verleitet außerdem zu großzügiger Nachfrage und natürlich auch zu großzügiger Ausweitung des Angebots.

Demgegenüber stehen nur begrenzt Ressourcen zur Verfügung. Die hohe Arbeitslosigkeit und die ungünstige Lohnsummenentwicklung, an die die Beitragshöhe gekoppelt ist, bedeutet für die gesetzlichen Krankenkassen ein wachsendes Einnahmenproblem.

Folglich ist das deutsche Gesundheitssystem einem zunehmenden Rationalisierungsdruck ausgesetzt. Die Herausforderung liegt nun darin, mit den gegebenen Mitteln ein Maximum an Gesundheit sicherzustellen.

Trotz mehrerer Reformversuche wurden in den letzten Jahren keine nennenswerten Fortschritte erzielt. Die Reformen konzentrieren hauptsächlich darauf, Leistungskataloge und Vergütungsformen neu zu überdenken. Dabei bleiben wesentliche Potentiale unausgeschöpft, denn ein wichtiges Gestaltungskriterium wird außer acht gelassen: die Struktur des Systems- oder, anders ausgedrückt, die Bedingungen für die Interaktion zwischen den Beteiligten.

Auf der Suche nach Auswegen aus der Misere des deutschen Gesundheitssystems stößt man unweigerlich auf die Modelle in den USA. Deren Basis bildet das sog. Managed Care, das trotz Kostensenkung eine qualitativ hohe medizinische Versorgung unter Beachtung von ethischen und wirtschaftlichen Grundsätzen garantieren soll.

In der vorliegenden Arbeit werden einige ausgewählte Themen des amerikanischen Gesundheitssystems dargestellt.

2. Versicherungsarten im US-amerikanischen Gesundheitssystem

Im US-amerikanischen Gesundheitssystem gibt es verschiedenartige Versicherungsarten, die sowohl im Ansatz unterschiedlich als auch teilweise miteinander verknüpft sind. Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Versicherungsarten dargestellt und deren Vor- und Nachteile aus Sicht der Leistungserbringer und Patienten skizziert.

Auf der Grundlage des Managed Care sind die wesentlichen Versicherungsarten:

- Indemnity
- Health Maintenance Organization (HMO)
- Preferred Provider Organization (PPO)
- Point of Service Organization (POS)

2.1 Indemnity-Versicherung

Diese Art der Versicherung ist vergleichbar mit der deutschen privaten Krankenversicherung.

Die Versicherungsprämie zahlt der Versicherte, ggf. auch der Arbeitgeber. Bei freier Arztwahl veranlasst der Arzt Leistungen, die der Versicherung direkt oder über den Patienten in Rechnung gestellt werden. Es herrscht das Prinzip der Einzelleistungsvergütung.

Diese Form der Krankenversicherung hat für die Patienten wesentliche Vorteile:

Der Patient hat durch das „Fee For Service-System“ (Einzelleistungsvergütung) einen nahezu unbegrenzten Zugang zu allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Dies vermittelt ihm subjektiv das Gefühl, die beste Leistung zu erhalten. Durch die lukrative Leistungsvergütung für den Arzt wird er meist bevorzugt behandelt.

Auch zusätzliche Leistungen, die nicht direkt im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen, wie beispielsweise ein Gesundheits-Check-Up oder ein Sportattest, werden in der Regel durch die Versicherungsprämie abgedeckt.

Die Gefahr dieser Versicherungsform für den Patienten liegt in der unbegrenzten Leistungsausweitung durch die Ärzte, die oftmals zu unnötigen Untersuchungen und ineffektiven Therapien führen. Der Laien erkennt dies meist nicht.

Der Arzt profitiert von dieser Versicherungsform erheblich. Durch die Einzelleistungsvergütung kann er ohne Honorareinbußen auf das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum zurückgreifen. Da er im Gegensatz zur „Capitation“ für jede seiner Arbeitseinheiten entsprechend entlohnt wird, erhält er die Möglichkeit, durch Leistungsausweitung sein Honorar entsprechend zu erhöhen. Einer externen Kontrolle unterliegt er nicht.

Besondere Nachteile bestehen für die ärztlichen Leistungserbringer nicht.

Die Anbieter der Indemnity-Versicherung stehen dabei im Interessenskonflikt mit den Ärzten. Durch die fehlende Kontrolle der Leistungserbringer ist die Tendenz zur Leistungsausweitung und daraus folgender Kostensteigerung groß. Die Versicherungen sind aber an Ärzten interessiert, die möglichst wenig Kosten verursachen. Folglich sind die Versicherungsprämien im Vergleich zu anderen Krankenversicherungen deutlich erhöht. Dies hat unter anderem zur geringen Marktdurchdringung dieser Versicherungsform beigetragen.

2.2 Health Maintenance Organization

Die HMOs vertreten sie im Gegensatz zu den Indemnity-Versicherungen eine andere Philosophie. Als „Gesunderhaltungsorganisation“ richten sie das System darauf aus, dass die medizinischen Leistungserbringer durch eine Kopfpauschale ein Interesse an möglichst gesunden Patienten haben sollten: Gesunde Patienten nehmen weniger medizinische Leistungen in Anspruch, mit dem Ergebnis, dass ein größerer Teil der Pauschale der Arzt als Honorar einbehält. Der Versicherungsnehmer zahlt eine bestimmte Prämie, die von der Häufigkeit der Inanspruchnahme unabhängig ist.

Die HMOs sind zum einen Versicherungsgesellschaften, zum anderen sind sie auch für die medizinische Leistungserbringung verantwortlich und können von verschiedensten Interessensgruppen wie Ärzten, Krankenhäusern, Investorengruppen und Behörden betrieben werden.

Die Zugehörigkeit zu einer HMO ist abhängig von deren Zielgruppe, eine Zwangsmitgliedschaft besteht nicht.

Der Patient kann sich bei der Mitgliedschaft in einer HMO sicher sein, dass der behandelnde Arzt ein großes Interesse an seiner Gesunderhaltung besitzt. Er wird sich intensiver um seine Vorsorge und Nachsorge bemühen, unnötige Untersuchungen unterlassen und vermehrt Hausbesuche durchführen um teure stationäre Behandlungen zu vermeiden. Der Primärarzt wird als *gatekeeper* seinen Weg zur Gesundung steuern.

Aber es besteht für den Patienten auch die Gefahr der medizinischen Unterversorgung. Einerseits durch das eingeschränkte Leistungsangebot der HMOs, die als Profit-Unternehmen

auf Gewinnmaximierung ausgerichtet sind, andererseits durch die Kopfpauschale für die Ärzte, die dadurch kein erhöhtes Interesse an Leistungsausweitung haben. Trotz der Vielzahl der medizinischen Leistungserbringer einer HMO ist die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt, bei Konsultation eines externen Arztes ist ein Zuschlag zu zahlen.

Außerdem könnte durch die enge Kooperation der Krankenversicherung mit dem Arbeitgeber Probleme hinsichtlich des Datenschutzes bestehen.

Der Arzt kann bei Behandlung von HMO-versicherten Patienten mit einer im voraus festen Vergütung rechnen, unabhängig von der erbrachten Leistung. Dies gibt ihm ausreichend Planungssicherheit im Bezug auf seine Betriebsausgaben, die HMO übernimmt zumindest einen Teil des finanziellen Risikos. Hat er viele gesunde Versicherte, so ist der Arbeitsaufwand denkbar gering.

Diesem Vorteil steht das Morbiditätsrisiko gegenüber, das der Arzt zu tragen hat. Ein hoher Anteil an erkrankten Patienten muss mit einer deutlichen Mehrleistung bei gleichbleibender Vergütung behandelt werden. Eine Einzelleistungsvergütung gibt es nicht. Außerdem muss er sich in seinem Interesse verstärkt um Vorsorge- und Nachsorgeprogramme kümmern.

Letztlich stehen sie als Vertragspartner in einem Abhängigkeitsverhältnis zur HMO und haben sich bestimmten Qualitätskontrollen zu unterziehen.

Die Versicherungsgeber haben ebenso hohe Planungssicherheit, da neben den Kopfprämien mit keinen zusätzlichen Ausgaben zu rechnen ist. Sie können die Leistungsanbieter ihrer Wahl vertraglich an sich binden und deren Leistung kontrollieren.

2.3 Preferred Provider Organizations

Die PPOs bieten den Patienten an, sich entweder von einem Leistungserbringer innerhalb der PPO zu günstigeren Konditionen oder von einem Leistungserbringer außerhalb der PPO behandeln zu lassen. Die Versicherung bietet dazu eine bestimmte Anzahl von ambulanten und stationären Leistungserbringern an, die zu bestimmten Konditionen tätig werden. Diese Konditionen beinhalten meist Abschläge auf die bisherigen, nach Einzelleistung vergüteten Honorare.

Der große Vorteil für den Patient ist die weiterbestehende freie Arztwahl, das sie nicht auf die Nutzung der PPO-Anbieter beschränkt sind. Auch bei Inanspruchnahme von Leistungsanbietern außerhalb der PPO besteht Versicherungsschutz, wobei er in diesem Fall jedoch eine höhere Eigenbeteiligung zu zahlen hat. Der Patient kann also indirekt Einfluss auf seine Versicherungsprämie nehmen.

Die Ärzte sind keiner Budgetierung im Sinne von Kopfpauschalen unterworfen und werden in der Regel auf der Basis der Einzelleistungsvergütung honoriert. Damit übernehmen sie bei dieser Versicherungsart kein finanzielles Risiko. Dies ist für sie ein großer Anreiz für die Mitarbeit in einer PPO.

Sie müssen dafür aber einen gewissen Abschlag auf ihr Honorar hinnehmen. Außerdem wird ihre Leistungserbringung im Sinne des „utilization review“ kontrolliert.

Die Versicherungsanbieter profitieren in erster Linie von den Honorarabschlägen, die ihre Kosten verringern und vom Primärarztsystem, das ihre Patienten auch unter ökonomischen Gesichtspunkten weiterbehandeln lässt.

Das Versicherungsrisiko liegt jedoch allein bei der PPO.

2.4 Point of Service Organization

Diese Organisationsform ist eine Verknüpfung des HMO-Systems mit einer Indemnity-Versicherung, so dass der Versicherte meist in zwei Versicherungssystemen eingeschrieben ist.

Zum Zeitpunkt der Behandlung („point of service“) entscheidet der Versicherte, ob er das Angebot der HMO mit entsprechenden niedrigeren Zuzahlungen, oder das Arrangement der Indemnity-Versicherung mit entsprechend höheren Zuzahlungen in Anspruch nehmen möchte.

Der Patient hat also einerseits bei freier Arztwahl die Möglichkeit, Ärzte außerhalb der HMO zu konsultieren, zum anderen durch sein individuelles Verhalten zusätzlich die Kontrolle über seine Versicherungskosten.

Neue Aspekte für die Leistungserbringer bzw. Versicherungsanbieter ergeben sich nicht.

3. Instrumente des US-amerikanischen Managed-Care Umfeld

Bei der Organisation bzw. Management‘ der medizinischen Versorgung unter qualitätsmaximierenden und kostenmiminierenden Gesichtspunkten kommen im US-amerikanischen Gesundheitswesen verschiedene „Instrumente“ zum Einsatz, die im folgenden näher beschrieben werden sollen:

3.1 Disease Management

Beim Disease Management handelt es sich um die Organisation eines bestmöglichen Versorgungsprozesses unter Einsatz von Leitlinien zur Prävention und Behandlung einer Krankheit mit dem Ziel Kosten zu minimieren. Die Bezugsgröße beim Disease Management ist die Krankheit selbst bzw. der Krankheitsverlauf. Im Gegensatz zur Kostensenkungsbestrebungen mit Budgetierung von Abteilungen, kann bei der Krankheitsverlauf orientierten Betrachtungsweise des Disease Management eine vergleichbar teurere Therapie bzw. Medikament verordnet werden, sofern sie zur einer Reduzierung der Kosten führt (z.B. Reduzierung der Krankenhausverweildauer).

Historisch gesehen ging beim Disease Management ursprünglich die Initiative von der pharmazeutischen Industrie aus. Auf Basis durchgeführter Studien sollten deren Ergebnisse zu Richtlinien bei der Behandlung von Krankheiten der Managed Care Unternehmen dienen sollte. Pharmaceutical Benefit Management Companies halfen, Kostensenkungsprogramme durchzuführen und die Verschreibung von Medikamenten besser zu überwachen, was allerdings zu enormen Umsatzeinbrüchen bei der forschenden pharmazeutischen Industrie führte, da zunehmend Generika verschrieben wurden. Da dies in den jeweiligen Kompartementen absonderlich erfolgte, wurden durch diese kompartementartige Auffassung von Kostenreduktion nachteilige bzw. kostentreibende Wirkungen von einen Teilbereich auf einen anderen Teilbereich vernachlässigt., weshalb anschließend von den Arzneimittelherstellern das Krankheitsorientierte System (Disease Management) propagiert wurde. Innerhalb dieses Marktes musste die pharmazeutische Industrie ihr Selbstverständnis anpassen vom produktorientierten Marketing hin zum kunden- und nutzenorientierten Marketing.

Nicht mehr das einzelne Produkte sondern der größere Versorgungszusammenhang galt es hierbei zu beachten.

Ärzte partizipieren insbesondere durch Teilnahme an Projekten und Studien. Da inzwischen immer mehr Ärzte Miteigentümer von Managed Care Organisationen sind, gewinnt auch das Disease Management eine stets größere Rolle.

3.2 Case Management

Während beim Disease Management sich die Vorgehensweise an einer ganzen Patientenpopulation orientiert, fokussiert das Case Management auf die konkrete Steuerung eines einzelnen Patientenfalls innerhalb der Versorgungsmöglichkeiten einer Managed Care Organisation. Case Management hat das Ziel im individuellen Einzelfall einen qualitativ hochwertigen, kosteneffektiven Outcome zu ermöglichen wobei der Prozess versucht, die individuellen medizinischen Möglichkeiten und Leistungen einzuschätzen, zu planen, implementieren, koordinieren, überwachen und zu evaluieren. Insbesondere bei behandlungs- und kostenintensiven Interventionen versucht das Case Management Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. In der Praxis umfassen die Aufgaben des Case Managements 4 Hauptbereiche: (1) Medizinische Aspekte wie z.B. das Abstimmen von Leistungen der medizinischen Leistungserbringer, den Kostenträgern und der Familie, (2) motivationale Aspekte wie z.B. der Besuch der Patienten im Krankenhaus, (3) finanzielle Aspekte wie z.B. Regelung des finanziellen Bereichs aus der Sicht des Patienten und (4) sonstige Aspekte wie z.B. Gespräche mit dem Arbeitgeber über die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

Die sogenannten Case Manager sind im Regelfall nicht-ärztliches, medizinisch geschultes Fachpersonal. Im Idealfall arbeitet der Case Manager mit dem betreuenden Arzt Hand in Hand, um die Genesung medizinisch und ökonomisch sinnvoll voranzubringen. Case Manager im Dienste der Versicherungsgesellschaften sind die Ansprechpartner für Ärzte bei kostenintensiven Diagnose- und Therapieverfahren, wobei im Einzelfall auch die Entscheidungsautonomie des Arztes durch Case Manager limitiert werden kann.

3.3 Utilization Management (UM) und Utilization Review (UR)

Unter Utilization Management werden diverse Instrumente umschrieben, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten und die Verwendung von Ressourcen durch die Leistungserbringer systematisch kontrollieren und steuern. Hierbei kommen die Instrumente „Utilization Review“ und „Second Opinion“ zum Einsatz.

Utilization Review umfasst die Überwachung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen anhand von Richt- und Leitlinien, wobei drei Modalitäten des Utilization Review unterschieden werden:

- (1) **Prospektives Utilization Review.** Überprüfung der Einleitung einer geplanten Behandlung anhand von Leitlinien. In der Praxis spielt hier insbesondere die Überprüfung der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung im Vordergrund z.B. Vermeidung der Krankenhauseinweisung durch bessere Ausschöpfung ambulanter Maßnahmen („Preadmission Certification“)
- (2) **Begleitendes Utilization Review.** Überprüfung und Verdeutlichung von Ineffizienzen während der Behandlung.
- (3) **Retrospektives Utilization Review:** Überprüfung der Notwendigkeit durchgeführter Maßnahmen während der Behandlungsperiode.

Die Höhe der Vergütung einer ärztlichen Leistung hängt unter Umständen vom *begleitenden* und *retrospektiven Utilization Review* ab.

Eine besondere Form ist das „*Drug Utilization Review*“, wo die Verschreibungsgewohnheiten von Medizinern dahingehend näher beleuchtet werden, ob nicht eine kostengünstigere Verschreibung einen gleichen Zweck erfüllen kann.

Durchgeführt wird das Utilization Review in der Regel von professionellen Utilization Review Organizations (URO's) oder durch entsprechende Abteilungen innerhalb der Managed Care Organisationen. Es ist durchaus üblich, dass sich ärztliche Kollegen innerhalb einer ärztlich geführten Kooperation gegenseitig im Sinne eines Utilization Review kontrollieren.

Das Instrument der ‚*Second Opinion*‘ ist je nach vorgesehener Prozedur zwingend vorgeschrieben oder beruht auf Freiwilligkeit. Bei der ‚*Second Opinion*‘ wird meist der Rat eines Facharztes eingeholt.

Zusammenfassend muss darauf hingewiesen werden, dass das Utilization Management ein zeit- und personalintensives und bürokratisches Verfahren darstellt, was nur durch zusätzliche Personalkräfte in den Gruppenpraxen und Krankenhäusern bewerkstelligt werden kann.

3.4 Profiling

Unter ‚Profiling‘ versteht man die Verhaltensmuster von Ärzten, Krankenhäusern bzw. Krankenhausabteilungen sowie Health Maintenance Organisationen (HMO’s) mittels epidemiologischer Methoden zu vergleichen. Referenzdaten der Verhaltensmuster entstehen durch Kennzahlen bezüglich der Inanspruchnahme einer diagnostischen bzw. therapeutischen Methode und deren Behandlungsergebnisse für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Hierdurch wird die Beurteilung der Leistungserbringer unter Qualitätsmanagementaspekten möglich. Als Ziel gilt die Ermittlung der besten Behandlung bzw. Behandlungskette für eine bestimmte Krankheit. Neben der Beurteilung von Leistungserbringern, sind die viel kritisierten Ärzte-Ranglisten aus Profiling- Daten hervorgegangen. Insbesondere dient das ‚Profiling‘ aber um sogenannte ‚Ausreißer‘ unter den Leistungserbringern, die erheblich von den definierten Standards abweichen, aufzuspüren.

4. Physician Practice Management Companies

Der Begriff *Physician- Practice Management Companies (PPMCs)* lässt sich am besten übersetzen als *Arztpraxis- Management Gesellschaft*. Er bezeichnet Organisationen, die dem Arzt oder einer Arztgruppe hauptsächlich bei nicht medizinischen Aspekten der ärztlichen Versorgung beratend zur Seite stehen. Dies geschieht in der Regel durch Bereitstellung einer Management- Infrastruktur, der Bereitstellung von Kapital und durch Realisierung von Skaleneffekten, um dadurch das Ziel einer besseren Verhandlungsposition mit den Management Service Organizations (MSOs) zu erreichen. Unter den oben genannten Skaleneffekten versteht man eine Änderung des Output (Produktionsertrag), der dadurch entsteht, dass bei gegebener Produktionstechnik alle Faktoreinsatzmengen im gleichen Verhältnis variiert werden. Die PPMCs spielen erst seit Mitte der 90er Jahre eine nennenswerte Rolle im amerikanischen Gesundheitsmarkt und haben einen ärztezentrierten Ansatz in der Managed- Care Versorgung. Dies scheint von besonderer Bedeutung, um sich besser gegen die dominante Stellung der HMOs und der Krankenhäuser behaupten zu können. In der Regel beziehen PPMCs ihr Kapital von privaten Venture- Capital- Firmen oder durch einen Börsengang.

4.1. Organisationsstruktur und Zusammensetzung

Burns diversifiziert die PPMCs nach der Organisationsstruktur und nach der Zusammensetzung der in der PPMC zusammengeschlossenen Ärzte. Bei der Organisationsstruktur unterscheidet er in drei Arten, wobei auch Mischformen existieren:

- *Equity Model PPMCs*
- *Management Company Model*
- *Physician Service Model / Physician Contractor Model*

4.1.1. Equity Model

Die *Equity Model PPMCs* kaufen die Aktiva der Arztpraxen oder Teile davon auf. Der Kaufpreis der Praxis wird den Ärzten zum Teil in Aktien der PPMCs vergolten. Daneben gibt es noch andere Formen der Eigenkapitalbeteiligung. Wichtig zu wissen ist, dass die Praxis einen langfristigen Management- Vertrag mit der PPMCs eingehen muss. Hier sind Laufzeiten von 15 bis 40 Jahren durchaus üblich. Die Praxis wird dann oft von einem paritätisch besetzten Ausschuss (50 % Ärzte, 50 % PPMCs) geleitet und gemanagt.

Die Ärzte sind dann Angestellte ihrer ehemals eigenen Praxis mit Verträgen die eine Laufzeit von 3 bis 5 Jahren haben. Danach muss neu verhandelt werden. Ferner sind Sperrklauseln zu beachten, die es dem Arzt auch nach Vertragsende verbieten, mit der PPMC in Konkurrenz zu treten. Die Vergütung der Ärzte erfolgt entweder durch ein Festgehalt oder durch Boni, die sich am Umsatz bzw. dem Gewinn der Praxis orientieren. Für die Management- Leistungen erhält die PPMC i.d.R. 5- 20 Prozent des Praxisgewinns. Der Beitrag für das Management vermindert also den Gewinn der Ärzte vor Steuern, so dass zunächst weniger Geld für den einzelnen Arzt zur Disposition steht. Dies könnte jedoch auch steuerlich Vorteile haben, wenn durch den Verkauf zunächst hohe Gewinne für den Arzt anfallen. Hier könnte ggf. ein Verlustvortrag weitere Vorteile für den Arzt bringen. Die PPMC verspricht jedoch, diese möglichen Verluste durch geeignete Expansionsmaßnahmen und die Realisierung von Skaleneffekten zu kompensieren.

4.1.2. Management Company Model

Beim *Management Company Model* bleiben die Ärzte in ihren eigenen, unabhängigen Praxen. Die PPMC kauft hier weder die Aktiva der Praxis auf, noch sind langfristige Management- Verträge üblich. Hier wird zwischen zwei Management Modellen differenziert. Zum einen gibt es die IPA / Network Companies und die Praxismanagement-Experten. Das Managet Care- Geschäft der IPA / Network- Model- HMOs wird von den IPA / Network Management Companies betreut. Zum einen sollen so möglichst günstige Verträge mit den MCOs für einzelne IPAs / Network ausgehandelt werden und zum anderen kann durch die Bündelung mehrerer IPAs / Networks eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den Managet Care Organisationen erreicht werden.

Im operativen Tagesgeschäft werden die Ärzte durch die Praxismanagement- Experten entlastet, indem diese z.B. die Buchhaltung, das Abrechnungs- und Mahnwesen, das Personalmanagement, die Materialwirtschaft und andere Dienstleistungen steuern.

4.1.3. Physician Contractor Model

Daneben gibt es das *Physician Contractor Model* oder auch *Physician Service Model*, bei dem die PPMC die Verantwortung für die ärztliche Versorgung in den Krankenhäusern, meist für spezielle Fachrichtungen. Bei diesem Model schließt die PPMC mit unabhängigen Ärzten Verträge ab und verkauft die Leistung der Ärzte dann an das Krankenhaus. Hierdurch ist es für die Krankenhäuser möglich Kosten zu sparen.

4.2.1. Primary Care PPMCs

Die PPMCs unterscheiden sich auch in der Zusammensetzung der Ärzte. Bei einer *Primary Care* („Primärarzt“) PPMC sind die meisten Ärzte „general practitioners“ also vergleichbar mit den praktischen Ärzten, den Allgemeinmediziner, den hausärztlich tätigen Internisten und Kinderärzten. Fachärztliche Leistungen, die man für ein abgerundete Versorgung braucht, werden extern akquiriert. Die Primärärzte werden wegen ihres breiten Wissensspektrums und ihrer Ausrichtung in der Präventivmedizin als ideale Case- Manager und Gatekeeper gesehen. Denn im Vergleich zu den Spezialisten sind ihre Honorare deutlich niedriger. Sie sind daher ideale Vertragspartner für die MCOs. Zu bedenken ist hier jedoch, dass ein großer Teil der Primärärzte in Einzelpraxen oder kleinen Gruppenpraxen praktiziert, so dass z.B. die Integrationskosten (einheitliche EDV etc.) stark nach oben steigen können.

4.2.2. Multispeciality PPMCs

Wie der Name *Multispeciality* schon sagt, wird bei dieser Form der PPMCs mit Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen zusammengearbeitet. Oft wird eine schon bestehende interdisziplinäre Gruppenpraxis an einem Ort von einer PPMC übernommen um so eine Keimzelle zu implementieren, für die weitere Akquisition von Ärzten und Patienten. Bei den Multispezialcity sind Idealerweise keine Leistungseinkäufe von außen, wie bei den Primary Care PPMCs notwendig.

4.2.3. Single Specialty

Die Single Specialty PPMCs konzentrieren sich auf eine Fachrichtung (z.B. Onkologie, Pädiatrie, Notfallmedizin etc.). Die strategische Zielsetzung ist hier klar. Es sollen die Spezialisten eines Bereichs an die PPMC gebunden werden, um somit durch eine Art Monopolstellung der Fachärzte eine starke Verhandlungsposition einnehmen zu können.

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei den Organisationsformen das Equity Model und bei der Zusammensetzung der Ärzte, die Single Specialty den jeweils größten Anteil ausmachen. In der Kombination dominieren das fachrichtungsspezifische Equity Model und das Primary Care Model. Wichtig zu wissen ist, dass die reine Anzahl von PPMCs nur bedingt aussagekräftig ist, da die Größe der PPMCs erheblich variiert.

4.3.1. Vorteile der PPMCs

Das interessante aus ärztlicher Sicht an den PPMCs ist, dass die Ärzte von nicht- ärztlichen Belangen entlastet werden, die ja bekanntlich im Praxisbetrieb sehr viel Zeit kosten und das z.B. das Aushandeln von Verträgen mit den MCOs , der Aufbau von Management-Informationssystemen etc. von professionellen Managern durchgeführt wird. Weitere Vorteile für den Arzt / Ärztin mit einer PPMC zusammenzuarbeiten liegen im Vergleich zu anderen Versorgungsanbietern darin, dass die PPMCs von Medizinern geführt werden.

Dies bedingt in der Regel eine bessere Kommunikationsebene, als bei Staff Model HMOs oder PHOs der Fall ist, hier haben entweder die Versicherer oder die Krankenhausleitung oft eine dominante Position. Bei den PPMCs werden die Entscheidungen im Idealfall von Ärzten getroffen. Das gleiche gilt für die Festlegung von medizinischen Standards und für die Frage, wer in die PPMC aufgenommen wird und wer nicht. Die Informationsasymmetrie zwischen Management und medizinischem Personal scheint in den PPMCs auch erheblich verringert zu sein. Als weiterer Vorteil ist zu erwähnen, dass die Ärzte beim vorherrschenden Equity Model sowohl Angestellte, als auch Anteilseigner sind. Man erhofft sich somit hiervon Kosteneinsparungen die dann im Endeffekt allen Ärzten als Anteilseignern zugute kommt. Durch die Bezahlung der beteiligten Ärzte in Aktien ist der Verschuldungsgrad der PPMCs geringer und dadurch steht mehr Kapital zur Verfügung um die Integrationsversorgung schneller voran zu treiben zu können. Dieses Kapital ist erforderlich, will man z.B. ein Staff Model HMO einrichten, da hier sehr hohe Investitionen erforderlich sind. Durch die PPMC haben die Ärzte Zugang zu Kapital um auf dem Managed Care Markt erfolgreich agieren zu können.

4.3.2. Nachteile der PPMCs

Im folgenden werden die Nachteile aufgezeigt, die mit der PPMC verbunden sein können. Gerade bei größeren PPMCs stellt sich die Frage, wie die Gewinninteressen von Aktionären und Investoren mit dem ethischen Anspruch der Ärzte, eine hochwertige Medizin zu praktizieren, konterkarieren. Weiterhin kann die langfristige Vertragsbindung im Equity Model bzw. der erschwerte Ausstieg von Nachteil sein. Da die Ärzte auch Aktionäre sind, sind sie einerseits an einem hohen Gewinn interessiert, andererseits bedeutet es aber auch, das sie im Interesse des Patienten und zu seinem Wohle handeln sollen. Durch die medizinische Integration und die ökonomische Verantwortung kann unter Umständen für die Ärzte ein starkes ethisches Konfliktpotential entstehen. Ein weiteres Problem ist die Zuteilung von Aktien aus dem Praxisverkauf. Hier ist unbedingt zu berücksichtigen, dass Aktienkurse volatil sind, mit der Folge, dass bei einem Kursrückgang mit einem starken Kapitalverlust zu rechnen ist (siehe Aktienkursverläufe im Jahr 2000 und 2001).

Denn außer der Aktienkursentwicklung spielen neben einem kostenbewussten Verhalten der Mediziner noch zahlreiche andere Faktoren eine Rolle, die gegen eine Börsennotierung sprechen könnten. Der Börsengang schafft jedoch häufig erst die Nötige Kapitaldecke für eine Expansion des Unternehmens PPMC. Im folgendem werden die

4.3.3. Übersicht über Vor- und Nachteile einer PPMC:

- Professionelle Management Infrastruktur.
- Realisierung von Skaleneffekten mit dem Ziel eine bessere Verhandlungsposition gegenüber den MSOs zu erzielen.
- Bereitstellung von Kapital durch Private Venture- Capital Firmen.
- Börsengang möglich.
- Bessere Kommunikationsebene, da PPMCs von Medizineren und nicht von Versicherern oder Krankenhausleitungen dominiert werden.
- Festlegung der Standards und der Aufnahmekriterien in eine PPMC durch Mediziner.
- Ärzte sind Angestellte und Anteilseigner zugleich.
- Keine alleinige Verantwortung des Arztes mehr für Managementaufgaben der Praxis.
- Verhandlungen mit Kliniken und Versicherern durch Managementprofis.
- In die Praxis gebundenes Kapital wird durch den Verkauf frei für andere Dispositionen.
- Festgehalt oder Bonussystem in der Vergütung des Arztes.
- Synergieeffekte kommen zum tragen.
- Expansionsmaßnahmen durch PPMC möglich, die für Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen aus logistischer und monetärer Sicht sonst nicht realisierbar sind.

Nachteile der Physician Practice Management Companies (PPMCs):

- Aufgabe der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung für sein Unternehmen
- Der Kurs der Aktien, mit denen der Kaufpreis vergütet wird, ist volatil.
- Sachverhalte ggf. auch von Nichtmedizinern akzeptieren zu müssen, die man bisher anders entschieden hat.
- Eintreten der Savage- Niehans- Regel als der „Regel des kleinsten Bedauerns“.
- Langfristiger Management- Vertrag der Praxis (Laufzeit 15- 40 Jahre).
- Vertragsdauer der angestellten Ärzte beträgt in der Regel 3- 5 Jahre.
- Sperrklauseln, die dem Arzt auch nach Ende des Vertrags verbieten, mit der PPMC in Konkurrenz zu treten.
- Die Gewinninteressen der Investoren und die Interessen der Mediziner eine hochwertige Medizin leisten zu können, kann zu schweren Konflikten der Mediziner führen.

5. Zusammenfassung

Bei den Versicherungsarten ist die Indemnity- Versicherung am ehesten vergleichbar mit der deutschen privaten Krankenversicherung (PKV). Hier herrscht das Prinzip der Einzelleistungsvergütung und sowohl die Patienten als auch die Ärzte profitieren hiervon am meisten. Die Tendenz zur Leistungsausweitung ist hier am ehesten gegeben, da die Kontrolle durch die Versicherer fehlt. Folglich sind die Versicherungsprämien im Vergleich zu anderen Krankenversicherungen deutlich höher.

Die Health Maintenance Organisationen vertreten im Gegensatz zu den Indemnity-Versicherungen eine andere Unternehmensphilosophie. Dieses System ist darauf ausgerichtet, dass die medizinischen Leistungserbringer durch eine sogenannte Kopfpauschale ein Interesse an möglichst gesunden Patienten haben, da kranke Patienten bekanntlich mehr Geld für die Behandlungen verbrauchen. Der Versicherungsnehmer zahlt eine bestimmte Prämie, die von der Häufigkeit der Inanspruchnahme des Arztes unabhängig ist.

Die HMOs können von verschiedensten Interessensgruppen (Ärzte, Versicherungen, Investorengruppen, Krankenhäuser etc.) betrieben werden und sind auf Gewinnmaximierung ausgelegt. Der Arzt erhält von einem HMO Versicherten eine feste Vergütung, unabhängig von den erbrachten Leistungen.

Bei den Preferred Provider Organisations (PPOs) hat das Mitglied die Wahlmöglichkeit sich zu kostengünstigeren Konditionen innerhalb der PPOs behandeln zu lassen, oder er nimmt einen Leistungserbringer außerhalb der PPO in Anspruch mit der Folge, deutlich mehr zahlen zu müssen. Der Vorteil für die Patienten bleibt die freie Arztwahl. Die Mediziner sind hier keiner Budgetierung unterworfen und werden in der Regel auf Einzelleistungsvergütung honoriert. Hier erfolgt jedoch eine Kontrolle der Ärzte durch die sog. „Utilization review“.

Daneben gibt es noch eine Organisationsform, die eine Art Verknüpfung des HMO-Systems mit einer Indemnity- Versicherung ist. Hier ist der Patient in der Regel bei zwei Versicherungen eingeschrieben und entscheidet erst bei Eintritt der Erkrankung, welche Versicherung er in Anspruch nehmen will.

Beim Disease Management handelt es sich um eine Organisationsform, die einen bestmöglichen Versorgungsprozess unter Berücksichtigung von Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Erkrankungen mit dem Ziel hat, die Kosten zu minimieren. Die Bezugsgröße beim Disease Management ist die Krankheit selbst bzw. der Krankheitsverlauf. Die Ärzte partizipieren besonders durch die Teilnahme an Projekten oder Studien.

Im Gegensatz zum Disease Management befasst sich das Case Management mit der konkreten Steuerung des einzelnen Patienten innerhalb der Versorgungsmöglichkeiten einer Managed Care Organisation. Das Case Management hat das Ziel im individuellen Einzelfall einen qualitativ hochwertigen, kosteneffektiven Outcome zu ermöglichen. Insbesondere bei kostenintensiven Fällen versucht das Case Management Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Die sogenannten Case Manager sind in der Regel nicht-ärztliches geschultes Fachpersonal, die mit den betreuenden Ärzten Hand in Hand arbeiten und im Dienste der Versicherungsgesellschaften stehen.

Unter Utilization Management werden verschiedene Instrumente umschrieben, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Versicherten und die Verwendung von Ressourcen durch die Leistungserbringer systematisch kontrollieren und steuern. Beim Utilization Management wird zwischen der Prospektives Utilization review, der begleitenden Utilization, der Drug Utilization und der retrospektiven Utilization review unterschieden. Das Utilization Management ist ein sehr zeit- und personalintensives Verfahren und ist mit hohem bürokratischen Aufwand verbunden.

Beim Profiling ist eine Beurteilung der Leistungserbringer mittels epidemiologischer Studien unter Qualitätsmanagementaspekten möglich. Als Ziel gilt die Ermittlung der besten Behandlung bzw. der besten Behandlungskette für eine bestimmte Krankheit.

Die PPMCs stellen eine relativ neue Form der Managed Care Versorgung auf dem amerikanischen Gesundheitsmarkt dar. Bislang sind erst rund 5 % der Praxen in eine PPMC eingebunden. Dies scheint aber ein Weg zu sein, wie die Ärzte Souveränität und Kompetenz sowohl im medizinischen, wie auch monetären Bereich wiedererlangen können. Fast 70 % der Praxen in den USA bestehen aus 10 oder weniger Ärzten, ungefähr 18 % der Praxen bestehen aus 11- 25 Ärzten. Dies verdeutlicht, dass man von einem erheblichen Marktpotential ausgehen kann. Die Börse betrachtet mittlerweile den rein quantitativen Zukauf von Arztpraxen durch PPMCs sehr skeptisch. Es wird sich erst in Zukunft zeigen, ob die PPMCs tatsächlich in der Lage sind, die Praxen besser zu managen und die integrative Versorgung zu verbessern. Denn nur wenn ein „Mehrwert“ für die Ärzte geschaffen wird, lassen sich die hohen Beitragskosten (5- 20 %) in der PPMC rechtfertigen.

Erklärung

Diese Hausarbeit stellt einen Zusammenschnitt der von Herrn Dipl.-Kfm. Deuser am 24. und 25.11.2001 vermittelten Inhalte der *Organisations- und Vergütungsformen von Ärzten in den Ärzten im Rahmen der Managed Care-Versorgung – Gestaltungsoptionen für Ärzte und Praxisnetze in Deutschland* im Rahmen des M.B.A.-Studiengang ‚Management ambulanter und integrierter medizinischer Versorgung‘ an der Universität Lüneburg dar.

Die Hausarbeit wurde von den Studierenden Dres. Dahm, Gatermann und Lengfellner unter Zuhilfenahme der zur Verfügung stehenden Hand-outs und Mitschriften zu gleichen Teilen angefertigt.

Loissin, Hamburg und Passau im Januar 2002

Gez.

J. Dahm

J. Gatermann

G. Lengfellner
