

VEREINIGTE STAATEN

Immer neue Formen des Wettbewerbs

Eine neue Abkürzung sorgt im ohnehin von der „Akü-Sprache“ (Abkürzungssprache) zerfressenen gesundheitspolitischen Schrifttum der Vereinigten Staaten für neue Verwirrung: die PPO. Das Akronym steht für „Preferred Provider Organization“; eine sinnvolle deutsche Übersetzung ist schwierig: Organisation bevorzugter Anbieter. Dahinter verbirgt sich eine neue Methode, in dem wegen des Fehlens eines Werbeverbots für Ärzte kompliziert gewordenen Gesundheitsmarkt neue Nischen zu nutzen. Zu einer PPO schließen sich Ärzte zusammen, auch Krankenhäuser, oder Krankenhäuser und die in ihnen belegenden Ärzte. Eine solche Organisation bietet dann Benutzergruppen – also beispielsweise Versicherungen, Arbeitgebern oder Gewerkschaften, die für ihre Arbeitnehmer bzw. Mitglieder Versicherungen abgeschlossen haben – ihre Leistungen mit Rabatt an. Liquidiert wird nach Einzelleistungen, der Rabatt beträgt im allgemeinen 20 Prozent. Für die Patienten bedeutet das einen Anreiz, die PPO in Anspruch zu nehmen, mit der seine Versicherung kontrahiert hat, aber keinen Zwang. Beim PPO-Anbieter übernimmt die Versicherung die direkte Bezahlung; geht der Patient woandershin, dann muß er den Rechnungsbetrag vorstrecken und außerdem einen Eigenanteil tragen. Der Patient hat also mehr Freiheit als in einer HMO (Health Maintenance Organization), in der er gegen Bezahlung seiner Versicherungsprämie pauschal freie Behandlung erhält, aber außerhalb der HMO ist er ungeschützt.

Ärzte und Krankenhäuser, die bisher PPOs gebildet, in sehr vielen Fällen aber noch keine Kontraktpartner gefunden haben, sagen ganz offen, das ganze Unternehmen diene dazu, angesichts steigender Arzttzahlen einen sicheren

Patientenstamm an sich zu binden. Ebenso besteht vielerorts ein harter Wettbewerb der Krankenhäuser, um die Betten zu füllen. Nicht ohne Grund befinden sich die meisten PPOs im zur Zeit lebhaft wachsenden und als Lebensraum auch von Ärzten bevorzugten Staate Kalifornien. Dallas, Texas, und Denver, Colorado, sind andere bevorzugte Plätze. Nicht immer operieren die PPOs geschickt: In einer Weststaaten-Stadt bot ein Krankenhaus als PPO 20 Prozent Rabatt, aber die angesprochenen Unternehmer hatten schnell bemerkt, daß die Bruttopreise dieses Krankenhauses 20 Prozent höher sind als die der anderen Spitäler – bisher gibt es deshalb keine Kunden.

Da wo es funktioniert, ist es nicht allein der Rabatt, der die Vertragspartner reizt. Die PPO-Mitglieder verpflichten sich nämlich, ihre Leistungen und ihre Liquidationen auf irgendeine Weise überprüfen zu lassen. Davon erhofft man sich eine wirksame Kostendämpfung.

Wie ein Überangebot und ein daraus entstehender harter Wettbewerb zum Entstehen von PPOs führte, dafür ist die Stadt Tulsa, Oklahoma, ein Beispiel. Stadt und Umland haben etwa eine halbe Million Einwohner. Bis vor kurzem hatte Tulsa eine mindestens ausreichende Anzahl von Krankenhausbetten; dann beschloß der reich gewordene Sektenprediger Oral Roberts, ein Superkrankenhaus „City of Faith“ – Stadt des Glaubens – zu bauen. Seit Anfang des Jahres ist es mit 777 Betten in Betrieb, und Roberts gründete, um Patienten zu bekommen, gleich auch eine MHO alten Stils. Daraufhin bildeten das St. John's Hospital am 1. April, zwei andere Krankenhäuser im Sommer PPOs, ein viertes Krankenhaus kündigte an, daß es mit seinen Ärzten eine große Gemeinschaftspraxis aufbauen würde – wieder eine neue Abkürzung: IPA, Individual Practice Association, das soll nun wiederum eine Art MHO werden. Die Sozialversicherungen Blue Cross

und Blue Shield tragen zu den Komplikationen bei, weil sie Pläne für noch andersartige Alternativsysteme erwägen. Hintergrund: Die Zahl der niedergelassenen Ärzte hat sich in Tulsa seit 1975 von 520 auf 842 erhöht; sie liegt also bei 1:600, was für die USA eine sehr hohe Arztdichte darstellt. Eine andere Idee, die zur Gründung von PPOs geführt hat, ist die, damit die Vergütung nach Einzelleistungen zu bewahren (Ärzte, die für MHOs arbeiten, bekommen Kopfpauschalen). Aber nicht einmal das scheint sich mehr durchhalten zu lassen: In Denver, Colorado, verhandelt eine PPO mit der Regierung um einen Kontrakt für Medicare-Patienten – aber die Regierung macht nur mit, wenn es einen Pauschalvergütungsvertrag gibt. Um das Gesicht zu wahren, sprachen die PPO-Verhandler von „Vorauszahlungen“. Trotzdem: Der Unterschied zwischen einer solchen PPO und einer HMO wäre minimal. Auch hier gibt es einen Hintergrund: Denver hat mit 140 000 von einer knappen Million Einwohner einen ganz besonders hohen Anteil an Medicare-Patienten.

Natürlich hat das PPO-System seine juristischen Fußangeln, insbesondere kartellrechtlich. Ist es eine (verbotene) Preisabsprache? Nur dann, sagen die Juristen (aber das kann durchaus noch durch alle Instanzen gehen), wenn eine PPO einfach eine Gebührenliste bekanntgibt. Bietet sie dieselbe Gebührenliste jedoch als Verhandlungsgegenstand an, dann ist es kein „Price fixing“ mehr. Außerdem muß der Beitritt zu einer PPO jedem einzelnen Arzt erkennbar so angeboten werden, daß er selbst freiwillig und unbeeinflusst entscheiden oder auch den Beitritt ablehnen kann. Sonst wäre die PPO nämlich eine Boykottmaßnahme gegen nicht ihr angehörende Ärzte und Krankenhäuser. Immerhin liegen in beiden Häusern des Kongresses inzwischen Gesetzesentwürfe, mit denen kartellrechtliche Gefahren für PPOs abgewendet werden sollen. bt