

Doctors Buildings an amerikanischen Krankenhäusern

Um das Gesundheitssystem in den Vereinigten Staaten zu verstehen und insbesondere um die Grenzen der Übertragbarkeit dieses Systems auf Deutschland zu erkennen, muß man sich die grundlegenden Unterschiede zwischen dem amerikanischen und deutschen Gesundheitssystem vor Auge führen.

Es gibt in den USA keine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung im ärztlichen Bereich. Der Arzt ist in der Regel als Belegarzt tätig und weist den Patienten im Bedarfsfall in ein Krankenhaus ein, in dem er als Belegarzt tätig ist. Dabei ist es durchaus möglich, daß diese Belegarztstätigkeit in mehreren Krankenhäusern stattfindet. Die Krankenhäuser sind somit nicht nur an einer besonders hohen Anzahl von Patienten interessiert, sondern auch daran, qualifizierte Ärzte als Belegärzte an sich zu binden. Andererseits wird der Arzt solchen Krankenhäusern den Vorzug geben, die in der operativen und personellen Ausstattung seinen Vorstellungen und Bedürfnissen am ehesten entsprechen.

Es gibt in den USA kein spezielles Berufsrecht, keine berufsständischen Organisationen des öffentlichen Rechts und natürlich auch keine Organisationen, die der kassenärztlichen Vereinigung vergleichbar wären. Hieraus ergeben sich wesentliche Unterschiede in Ausübung des ärztlichen Berufes, verglichen mit Deutschland. Für unsere Betrachtung halte ich drei



Prof. Dr. Toni Hau

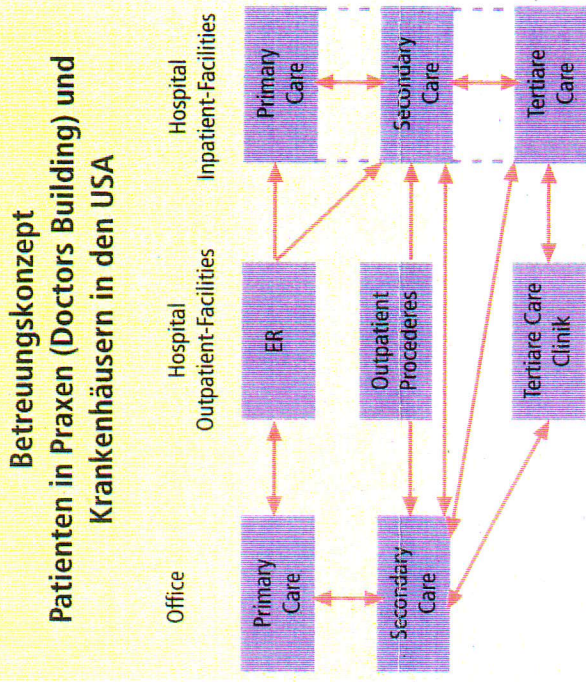
für wesentlich. Ein Arzt kann durchaus an verschiedenen Orten in der Stadt oder in einer Region ambulant oder stationär tätig sein. Eine Praxis, also eine Einzelpraxis oder eine Allgemeinpraxis wird gemeinhin als Private Corporation, also in etwa einer GmbH vergleichbar, geführt. Schließlich gibt es keine Gebührenordnung. Die Honorare werden zwischen dem Patienten bzw. seiner Versicherung und dem Arzt frei ausgehandelt. Eine Festsetzung von Honoraren für bestimmte Leistungen, an der sich mehrere Ärzte bzw. Corporations beteiligen, verstieße gegen das Kartellrecht in den USA.

Schließlich sind die Krankenhäuser normale Wirtschaftsbetriebe mit einer einheitlichen (monistischen) Finanzierung. Die den Pa-

tienten in Rechnung gestellten Beiträge beinhalten sowohl die laufenden Kosten wie auch die Investitionskosten des Krankenhauses. Das Krankenhaus kann also wie jeder Betrieb Rücklagen bilden und Kredite aufnehmen.

Das Flußdiagramm zeigt die Patientenströme, wobei in waagerechter Richtung der Ort der Behandlung und in senkrechter Richtung der behandelnde Arzt wechselt. Dabei nehmen der im Emergency-Room, also die Notfallambulanz, die Outpatient Proccederes, also die therapeutischen und diagnostischen Angriffe, die ambulant durchgeführt werden, und jene hochspezialisierten Polikliniken großer Universitätskliniken und Krankenhäuser eine Zwischenstelle ein, da sie ambulante Leistungen erbringen, aber im Krankenhaus angesiedelt sind. Allerdings gibt es auch Notfallambulanz und ambulante Operationseinrichtungen, die vollkommen vom Krankenhaus getrennt sind.

Der Bau von Ärztehäusern in den USA wurde schlicht und einfach vorangetrieben, um möglichst viele Patienten zu akquirieren. Sie bieten sowohl für die Patienten wie auch für Ärzte und Krankenhäuser erhebliche Vorteile. Für den Patienten ist es angenehm, daß sich alle von ihm möglicherweise benötigten Einrichtungen unter einem Dach befinden und sich weite Wege erübrigen. Das gleiche gilt auch für die dort tätigen Ärzte, da sich Überweisungen und spezielle Untersuchungen kurzfristig durchführen lassen.



Quelle: Sande; Toni Hau

© GIT VERLAG

Ärzteläger in unmittelbarer Nachbarschaft des Krankenhauses führen natürlicherweise zu einer engeren Bindung der dort tätigen Ärzte und auch Patienten an das Krankenhaus. Es eröffnet andererseits den Ärzten die Möglichkeit, die Einrichtungen des Krankenhauses mitzubenutzen und wird die Koordination von ambulanten und stationären Arbeiten erleichtert.

Die zweite Form von Ärztehäusern, die für Krankenhäuser von Interesse sind, hat sich in den letzten Jahrzehnten durch demographische Veränderungen ergeben. Viele der Krankenhäuser sind traditionell in den Innenstädten angesiedelt. Nachdem es zu einer Migration, insbesondere der

wohlhabenden Bevölkerung, von den Innenstädten in die Vororte gekommen ist, ist es insbesondere für diese Krankenhäuser schwierig, Patienten und Ärzte weiter an sich zu binden. Man sorgte vor und hat in den Vororten Ärztehäuser gebaut. Die Krankenhäuser haben den Vorteil, daß sie auch Patienten aus entfernter gelegenen Gebieten als stationäre Patienten für sich gewinnen. Beim Bau und Betrieb von Ärztehäusern gibt es prinzipiell drei Möglichkeiten:

dort im Hause tätigen Ärzte anteilmäßig entweder direkt oder durch ihre Gemeinschaftspraxis beteiligt sind.

- Die zweite Möglichkeit ist, daß das Doctors Building durch das Krankenhaus gebaut und unterhalten wird. Die Praxisräume werden von den Ärzten gemietet.
- Schließlich gibt es noch die Möglichkeit, daß ein Investor das Doctors Buildings baut und betreibt. Hier würden die Ärzte ebenfalls zur Miete wohnen.

Im letzten Jahrzehnt ist es üblich geworden, daß große Versicherungsträger als Health Maintenance Organisation (HMO) oder Preferred Provider Organisation (PPO) mit Ärztegruppen und Krankenhäusern Verträge über die Behandlung ihrer Versicherungsnehmer abschließen. Es hat sowohl auf der Krankenhausseite wie auch auf der ärztlichen Seite zu größeren Zusammenschlüssen geführt. Außerdem ist eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Krankenhäusern notwendig, um Leistungen kostengünstiger in einem Paket anbieten zu können. Um die Kosten niedrig zu halten, ist eine optimale Ausnutzung und Koordination zwischen dem ambulanten Bereich, dem Doctors Building, und dem stationären Bereich, dem Krankenhaus, notwendig.

Prof. Dr. Toni Hau
 Nordwest-Krankenhaus
 Sanderbusch
 26452 Sande 1
 Tel.: 0 44 22/80 13-01
 Fax: 0 44 22/80 13-30