

## AUSARBEITUNG

---

**Thema:** System der amerikanischen Krankenhäuser

Fachbereich IX Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend

   
Abschluss der Arbeit: 17. Februar 2006

Reg.-Nr.: WF IX - 009/06

---

Ausarbeitungen von Angehörigen der Wissenschaftlichen Dienste geben **nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung** wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung des einzelnen Verfassers und der Fachbereichsleitung. Die Ausarbeitungen sind dazu bestimmt, das Mitglied des Deutschen Bundestages, das sie in Auftrag gegeben hat, bei der Wahrnehmung des Mandats zu unterstützen. Der Deutsche Bundestag behält sich die Rechte der Veröffentlichung und Verbreitung vor. Diese bedürfen der Zustimmung des Direktors beim Deutschen Bundestag.

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
1. Zusammenfassung	3
2. Kurzer Überblick über das System der Krankenversicherung in den USA	3
2.1. Der öffentliche Sektor	4
2.1.1. Medicare	4
2.1.2. Medicaid	5
2.2. Der private Sektor	5
2.2.1. Managed Care	7
2.2.2. Fee for service plans	7
2.2.3. HMO, Health Maintenance Organization	8
2.2.4. PPO, Preferred Provider Organization	8
2.2.5. HSA, Health Savings Accounts	8
3. Kurzer statistischer Überblick über die amerikanischen Krankenhäuser	9
4. Preisbildung im Krankenhaus	10
4.1. Medicare und Medicaid	10
4.2. Gewerbliche Krankenversicherungen	12
4.3. Die Beitreibung von Krankenhausforderungen	13
5. Hospital Ranking	14
6. Verzeichnis der Anlagen	15
7. Anhang	15
7.1. Health Savings Accounts	15
7.2. Advanced Search	18
7.3. San Geronio Memorial Hospital	20

## **1. Zusammenfassung**

Sowohl das System der Krankenhausversorgung wie auch das System der Krankenversicherung ist durch das föderale System in den USA stark fragmentiert. Zwischen den einzelnen Bundesstaaten bestehen erhebliche Unterschiede. Nahezu in allen Bereichen des im Grunde privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens spielen die beiden staatlichen Systeme Medicare und Medicaid eine bedeutende Rolle. Das System der Preisbildung für Krankenhausleistungen außerhalb des Sektors von Medicare und Medicaid ist marktorientiert und teilweise von der Marktmacht großer Versicherungsgesellschaften geprägt. Diese Entwicklung geht hauptsächlich zu Lasten der Selbstzahler, die keine organisierte große Nachfragemacht darstellen.

## **2. Kurzer Überblick über das System der Krankenversicherung in den USA**

Wegen der sehr unterschiedlichen Gestaltung und Festsetzung der Krankenhausentgelte für Patienten aus unterschiedlichen Gruppen der Versicherungen ist eine kurze Darstellung des Versicherungssystems sinnvoll.

Traditionell gab es in den USA fast ausschließlich den Selbstzahler. Im Laufe der Jahre wuchs jedoch der Markt für private Krankenversicherungen, so daß heutzutage eine Vielzahl von Amerikanern einen privaten Krankenversicherungsschutz genießt. Allerdings ist der Versicherungsmarkt sehr stark segmentiert. Ein kalifornischer Versicherungsmakler beispielsweise bietet für über 150 Versicherungsunternehmen etwa 5.000 unterschiedliche Pläne mit 500.000 Tarifen an<sup>1</sup>.

In den Jahren nach dem 2. Weltkrieg stiegen die Prämien für private Krankenversicherungen im Vergleich zur Vorkriegszeit relativ stark. Hinzu kam, daß eine große Zahl von Amerikanern – vor allem im Alter – überhaupt nicht gegen Krankheitskosten versichert war. Das führte dazu, daß im Jahre 1965 die Programme Medicare und Medicaid gesetzlich verankert wurden. Diese sahen eine Grundversorgung für bestimmte Personkreise vor.

---

1 Vgl. Anlage 1, Health Insurance Anywhere, Datei: Online Health Insurance Quotes: Compare 5,000 Plans 150+ Providers.pdf

Hier sei noch vermerkt, daß für die Veteranen ein Sonderversorgungssystem besteht, das innerhalb des Ministeriums für Angelegenheiten der Veteranen (Department of Veterans Affairs) von der Veterans Health Administration betreut wird. Das System umfasst etwa 4,5 Mio. Veteranen, für die neben anderen Einrichtungen 163 Kliniken bereit stehen. Neben der Gesundheitsversorgung sieht das System auch noch andere Leistungen vor<sup>2</sup>. Der Haushaltsansatz für das Fiskaljahr 2007 beläuft sich auf 33,2 Mrd. \$. Daneben gibt es für diesen Personenkreis noch das Programm Tricare für die zahnärztliche Versorgung.

## 2.1. Der öffentliche Sektor

Die beiden Systeme des öffentlichen Sektors leiden unter dynamischem Ausgabenwachstum und restriktiven öffentlichen Finanzen. Mit am stärksten betroffen ist der in diesem Zusammenhang nicht wichtige Sektor der Arzneimittel.

### 2.1.1. Medicare

Dieses Programm zielt auf die Altersgruppe ab 65 Jahren und jüngere Behinderte ab, die eine Art soziale Krankenversicherung für Personen, die Mitglied der Sozialversicherung sind<sup>3</sup>, darstellt. Alle unselbständig Beschäftigten zahlen von ihrem Arbeitsentgelt Pflichtbeiträge für die Sozialversicherung und Medicare. Personen, die Leistungen aus der Sozialversicherung beziehen, sind automatisch in Medicare versichert. Andere Personen in dem entsprechenden Alter können gegen Zahlung einer monatlichen Prämie Mitglied werden.

Das Leistungspaket gliedert sich in Teil A und Teil B. Teil A umfasst im wesentlichen eine Grundversorgung für den ambulanten und stationären Bereich. Teil B sieht eine Art Zusatzversicherung vor, die 80 v.H. der genehmigten Kosten einer medizinischen Behandlung übernimmt. Von keinem Teil werden zum Beispiel die Kosten für verschreibungsfreie Medikamente, Routineuntersuchungen oder Zahnbehandlung ersetzt.

Die Bundesgesetzgebung für Medicare gibt nur einen Rahmen vor. Die einzelnen tatsächlichen Leistungskataloge werden auf der Ebene der Bundesstaaten erstellt, so daß es 51 verschiedene Medicare-Systeme gibt (50 Bundesstaaten und 1 District of Columbia). Die Leistungskataloge können sehr unterschiedlich ausfallen. Das zugrunde liegende

---

2 Vgl. Anlage 2, A Summary of VA Benefits, Datei: summaryVAbenefits.pdf

3 Die Sozialversicherung (Social Security) entspricht in der Intention einer Rentenversicherung mit lebenslanger Rentenzahlung.

Entgeltsystem für die ambulante und stationäre Versorgung ist allerdings durch den Bundesgesetzgeber vorgegeben.

### 2.1.2. Medicaid<sup>4</sup>

Dieses Programm steht allen Altersschichten offen und hat keinen Versicherungscharakter. Es handelt sich um ein Wohlfahrtsprogramm, das an der sozialen Bedürftigkeit anknüpft. Die meisten Empfänger dieser Hilfen sind nicht nur arm sondern verfügen auch nicht über ausreichende Kenntnisse der englischen Sprache beziehungsweise – vornehmlich in den südlichen Staaten – der spanischen Sprache. Sie hatten vor Einführung des Systems außerordentliche Schwierigkeiten, eine medizinische Versorgung zu erlangen, da die damals von der staatlichen Wohlfahrt gezahlten Entgelte für die medizinische Versorgung dürftig waren, und sich viele Ärzte oder Krankenhäuser weigerten, eine Behandlung zu übernehmen.

Die maßgeblichen Einkommensgrenzen, um in den Genuß der Leistungen von Medicaid zu kommen, sind sehr niedrig angesetzt, so daß Beschäftigte in den unteren Einkommensgruppen keinen Anspruch auf diese Leistungen haben. In der Regel sind sie auch in kleineren Firmen angestellt, die sich Gruppenversicherungen nicht leisten können, so daß dieser Personenkreis ohne Krankenversicherungsschutz ist. Der Abschluß einer individuellen privaten Krankenversicherung übersteigt dann meist ebenfalls die Leistungsfähigkeit des Betroffenen. Für Kinder gelten allerdings großzügigere Regelungen.

### 2.2. Der private Sektor

Wie schon eingangs erwähnt, gibt es eine Vielzahl von privaten Krankenversicherungsunternehmen, die dazu noch eine Vielzahl von sogenannten Gesundheitsplänen und Tarifen anbieten. Dazu kommt, daß alle Versicherungsunternehmen der Gesetzgebung des Bundesstaates unterliegen, in denen sie Policen anbieten. Daher sind die Prämien für einen bundesweit angebotenen Versicherungsvertrag unterschiedlich. So kommt es, daß ein Gesundheitsplan in Pennsylvania 1.500 \$ kostet, ein ähnlicher Gesundheitsplan in New Jersey aber 4.000 \$ kostet<sup>5</sup>. Das liegt vor allem daran, daß das Versicherungsvertragsrecht in die Kompetenz des einzelnen Bundeslandes fällt. Der Artikel in der Washington Times ist mit „Health Coverage Chaos“ überschrieben.

---

4 In Kalifornien heißt dieses Programm Medi-Cal.

5 The Washington Times vom 23. Januar 2006.

Dem Parlament liegt ein Gesetzentwurf vor, der unter anderem vorsieht, daß grenzüberschreitende Versicherungsverträge möglich sein sollen. Dies würde für eine Vereinheitlichung des zersplitterten Versicherungsmarktes beitragen. Gegner dieser Regelung führen allerdings ins Feld, daß uninformierte Personen leichtfertig ihnen günstig erscheinende Versicherungsverträge abschließen und über den Leistungsumfang nicht ausreichend informiert seien. Diese Diskussion erscheint ähnlich der Diskussion über die europäische Dienstleistungsrichtlinie mit dem Herkunftslandprinzip zu sein.

Die privaten Versicherungsverträge werden als Individualverträge von Einzelpersonen oder als Gruppenverträge seitens der Arbeitgeber abgeschlossen. In letzteren Fällen können die Beschäftigten dem Gruppenvertrag beitreten oder aber eine individuelle Versicherung abschließen oder ganz auf eine Versicherung zu verzichten. Dies ist möglich, da es in den USA keine Krankenversicherungspflicht gibt. Nach Bundesrecht muß jeder Arbeitgeber, der mehr als 25 Personen beschäftigt, den Mitarbeitern den Zugang zu einer Versicherung eröffnen.

Trotz der Vielzahl der Gestaltungsmöglichkeiten sehen die meisten Versicherungsverträge eine Kostenerstattung in Höhe von 80 v.H. der angefallenen und von der Versicherung gedeckten Fällen vor. Dabei sind aber häufig bestimmte – in Deutschland übliche – Elemente ausgeschlossen wie Arzneimittel, oder Hilfs- und Heilmittel. Gerade die Arzneimittelkosten sind in den USA extrem hoch und können in einzelnen Fällen zu einem finanziellen Ruin des Erkrankten führen. Für diese Fälle werden allerdings Zusatzversicherungen angeboten.

Die von dem Arbeitgeber angebotenen Versicherungen haben in der Regel den Nachteil, daß sie an die Beschäftigung im Unternehmen gebunden sind. Da bedeutet, daß bei einer Entlassung oder einem Wechsel des Arbeitgebers der Versicherungsschutz verloren geht. In solchen Fällen kann der Betroffene den Versicherungsvertrag in einen individuellen Vertrag umwandeln, was allerdings in der Regel mit hohen Kosten verbunden ist.

Anders als deutsche private Krankenversicherungsunternehmen müssen amerikanische Versicherungsunternehmen nur in relativ geringem Maße Alterungsrückstellungen bilden, da ein Teil der Krankheitskosten für die Älteren durch das Programm Medicare abgedeckt ist.

Es ist nicht unüblich, daß eine Person durch mehrere private Krankenversicherungsverträge geschützt ist. Da ist auch völlig legal, denn die nachfolgend dargestellten Programme nebeneinander genutzt werden können. Die einzige Beschränkung besteht

darin, daß die Versicherungsleistungen insgesamt auf 100 v.H. der angefallenen Kosten beschränkt sind.

Zwischen dem Programm Medicaid und den privaten Krankenversicherungen gibt es eine große Gruppe nicht versicherter Personen in den USA. Deren Zahl belief sich im Jahre 2005 auf etwa 48 Mio. Amerikaner. Dabei handelt es sich vornehmlich um Personen im unteren Einkommensbereich, die bei kleinen Unternehmen beschäftigt sind, oder die selbständig sind, und sich die Kosten einer privaten Krankenversicherung nicht leisten können, die aber gleichwohl über der Einkommensgrenze für Medicaid liegen. In Kalifornien gibt es die meisten nicht versicherten Personen (7,1 Mio. oder 19,6 v.H. der Bevölkerung) gefolgt von Texas (5,9 Mio. oder 26,2 v.H. der Bevölkerung).

Die Mehrzahl der Versicherungsverträge sieht den Beitrag zu einem Gesundheitsplan vor. Häufig entspricht der Gesundheitsplan einem erweiterten disease management plan (DMP), wie sie zunehmend auch in Deutschland im Bereich der ambulanten Versorgung von den Krankenkassen angeboten werden. In den USA erstreckt sich dieser Plan dagegen auf das gesamte Spektrum der medizinischen Versorgung. Es haben sich im Laufe der Zeit mehrere Plantypen heraus gebildet.

#### 2.2.1. Managed Care

In diesen Fällen hat der Versicherer mit einer Reihe von Leistungserbringern Versorgungsverträge abgeschlossen. Für den Versicherten ist nur die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen dieser Leistungserbringer durch die Versicherung gedeckt. Nur in Notfällen können andere Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. In vielen Gesundheitsplänen erfordert die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen die Genehmigung durch die Versicherung. In der Mehrzahl der Verträge erstattet der Versicherer nur „reasonable costs“, was in etwa den Festbeträgen im Bereich der Arzneimittelversorgung in Deutschland entspricht. Stellt der Leistungserbringer eine höhere Rechnung aus, dann sind die über die reasonable costs hinausgehenden Beträge vom Versicherungsnehmer zu tragen.

#### 2.2.2. Fee for service plans

Bei diesen Verträgen kann der Versicherte den Leistungserbringer frei wählen, der Versicherer erstattet die anfallenden Kosten. Diese Gesundheitspläne entsprechen in etwa einem Vertrag bei einem deutschen privaten Krankenversicherer. Typischerweise sehen diese Verträge eine Kostenerstattung in Höhe von 80 v.H. der angefallenen Kos-

ten vor. Dazu kommen individuelle jährliche Selbstbehalte die zwischen einigen hundert Dollar und mehreren tausend Dollar pro Jahr schwanken können, je nach der gewählten Police.

### 2.2.3. HMO, Health Maintenance Organization

Bei diesen Plänen wird eine monatliche Fixprämie gezahlt. Dem Versicherten werden Sachleistungen durch vertraglich mit der HMO verbundene Leistungserbringer gewährt. Der Versicherte kann die Leistungserbringer nicht frei wählen, er ist an die Vertragspartner gebunden. Dem Versicherten wird eine Krankenversicherungskarte ausgehändigt, deren Funktion der deutschen Krankenversicherungskarte entspricht. Dies entspricht in etwa einer freiwilligen Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

In Kalifornien ist Kaiser Permanente das Beispiel einer großen HMO. Diese hat angestellte Ärzte und betreibt eigene Kliniken. Die Versicherten bekommen ein Verzeichnis der entsprechenden Leistungserbringer, die Sachleistungen gewähren. Der Versicherte ist verpflichtet, einen Hausarzt zu wählen, der ähnlich einem deutschen Hausarztmodell eine Lotsenfunktion übernimmt. Fachärzte können nur mit einer entsprechenden Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch genommen werden.

### 2.2.4. PPO, Preferred Provider Organization

Dies ist ein Mischsystem zwischen HMO und Fee for Service Plan. Der Versicherte bekommt eine Liste der preferred providers oder network providers, die einen Vertrag mit der Versicherung haben. Nur die bei diesen Leistungserbringern entstehenden Kosten werden ganz oder teilweise erstattet. Es wird ebenfalls eine Krankenversicherungskarte ausgehändigt, so daß der Leistungserbringer mit dem Versicherer die erstattungsfähigen Kosten abrechnet. Auch in diesem Modell muß ein Hausarzt mit Lotsenfunktion gewählt werden. Bei Inanspruchnahme nicht vertraglich gebundener Leistungserbringer sind in der Regel nur zwischen 50 bis 60 v.H. der Kosten erstattungsfähig.

### 2.2.5. HSA, Health Savings Accounts

Diese Möglichkeit wurde ab Januar 2004 für Personen unter 65 Jahren eröffnet. Es ist vor allem an die sogenannten individuellen Selbstversicherer gerichtet, die einkommensteuerbefreite Beträge in einen speziellen Sparvertrag einzahlen, dessen Guthaben

zur Begleichung von Krankheitskosten genutzt werden können. Die Einzelheiten finden sich im Anhang 1.

### 3. Kurzer statistischer Überblick über die amerikanischen Krankenhäuser

Die Zahl der Krankenhäuser hat in den Jahren von 1975 und 2003 von 7.156 auf 5.764 vermindert<sup>6</sup>. Davon entfielen 382 beziehungsweise 239 auf Bundeskrankenhäuser. Be diesen handelt es sich im wesentlichen um Militärkrankenhäuser und Krankenhäuser im Rahmen der Veteranenversorgung.

Die Masse der Krankenhäuser wird als Community Hospitals bezeichnet, das sind Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, die der allgemeinen Nutzung offen stehen. Diese teilten sich in den Jahren 1975 und 2003 folgendermaßen auf:

	1975	2003
Insgesamt	5.875	4.895
Nicht gewinnorientiert	3.339	2.984
Gewinnorientiert	775	790
Eigentum des Bundesstaates oder der Kommune	1.761	1.121

Die Zahl der Betten teilte sich folgendermaßen auf

	1975	2003
Insgesamt	941.844	813.307
Nicht gewinnorientiert	658.195	574.587
Gewinnorientiert	73.495	109.671
Eigentum des Bundesstaates oder der Kommune	210.154	129.049

Die Auslastungsrate hat sich trotz der Verminderung der Zahl der Krankenhäuser und der Betten ebenfalls vermindert.

---

<sup>6</sup> Die statistischen Angaben dieses Abschnitts sind entnommen aus: National Center for Health Statistics, Health, United States, 2005, With Chartbook on Trends in the Health of Americans, Hyattsville, Maryland: 2005

Auslastung in v.H.	1975	2003
Insgesamt	75,0	66,2
Nicht gewinnorientiert	77,5	67,7
Gewinnorientiert	65,9	59,6
Eigentum des Bundesstaates oder der der Kommune	70,4	65,3

Die Gesamtpersonalzahl in den Krankenhäusern hat sich von 5,2 Mio. in 2000 auf 5,7 Mio. in 2004 erhöht. Im Jahre 2000 arbeiteten 42,6 v.H. aller im Gesundheitswesen Beschäftigten in Krankenhäusern, während es 2004 nur noch 41,3 v.H. waren. Dagegen hat sich dieser Prozentsatz für den ambulanten Bereich von 1807 v.H. in 2000 auf nahezu 20,0 v.H. erhöht. Die Liegedauer hat sich von 7,5 Tagen im Jahr 1980 auf 4,8 Tage im Jahr 2003 deutlich verringert.

Insgesamt ist in den USA ebenso wie in Deutschland eine ähnliche Entwicklung sichtbar. Die Zahl der Krankenhäuser und Betten hat sich deutlich vermindert wie auch die durchschnittliche Liegedauer. Die relative Bedeutung der stationären Versorgung hat abgenommen, während die des ambulanten Sektors mehr in den Vordergrund gerückt ist.

#### **4. Preisbildung im Krankenhaus**

Seit etwa der großen Wirtschaftskrise in den dreißiger Jahren wurden in den USA wie auch in Deutschland die Krankenhausentgelte auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze abgerechnet. Zuvor wurden die Entgelte individuell mit den Patienten vereinbart. Die tagesgleichen Pflegesätze kamen erst dann zur Anwendung als die Blue Cross Versicherung unter dem Dach der American Hospital Association 1932 gegründet wurde. Blue Shield wurde 1939 auf Initiative der medizinischen Fachgesellschaften gegründet. Diese Zahlungsweise war für die Krankenhäuser akzeptabel, da die Versicherungen die Krankenhäuser direkt bezahlten und die Versicherungen ihrerseits eventuelle Selbstbehalte und Zuzahlungen bei den Versicherten selbst abrechneten. Mit der Gründung von Medicare und Medicaid wurde diese Zahlungsweise auf diese beiden Systeme übertragen. Dieses Zahlungssystem kam bis zu Beginn der achtziger Jahre allgemein zur Anwendung.

##### **4.1. Medicare und Medicaid**

Infolge stark steigender Kosten im stationären Sektor stellten Medicaid und Medicare das System der tagesgleichen Pflegesätze auf ein System differenzierter im Voraus fixierte Zahlungen um, das PPS (prospective payment system). Dieses bis heute angewandte System bildet auf der Grundlage von diagnose related groups (DRG), die mittlerweile auch in Deutschland Eingang gefunden haben, für bestimmte Handlungen Preise, die an das Krankenhaus gezahlt werden<sup>7</sup>.

In der Anfangsphase, bis etwa 1985, waren die den DRGs zugewiesenen Preise – diese entsprechen in etwa den hier üblichen landesweiten Basisfallwerte – recht generös, so daß die Krankenhäuser Gewinnspannen von etwa 13 v.H. erwirtschaften konnten. Dies führte zu einer deutlichen Reduktion der Fallwerte so daß die Gewinnspanne auf etwa 2,4 v.H. in 1991 sank<sup>8</sup>.

In der Folgezeit sanken für die Krankenhäuser mit Medicare und mehr noch Medicaid abzurechnenden Entgelt sehr stark. Die Fallwerte werden jährlich angepasst auf der Basis von den Krankenhäusern einzureichenden Kostenberichten. Diese sind innerhalb von fünf Monaten nach der Abrechnungsperiode von den Krankenhäusern einzureichen. Auf dieser Basis werden die Werte angepasst, die ab der folgenden Abrechnungsperiode gelten, so daß zwischen der Referenzphase und der Phase der neu anzuwendenden Werte eine Zeitlücke von zwei Jahren besteht.

In den Fällen, in denen bei schwer- und schwerstkranken Patienten die Kosten für die Behandlung exorbitant über den Durchschnittswerten liegen, wird eine Sonderzahlung gewährt. Die Festsetzung dieser Sonderzahlungen ist ein ständiger Streitpunkt. „Wir sind besonders besorgt über die Zahlungsforderungen für diese Sonderpatienten. Jedes Jahr, wenn wir die Durchschnittswerte anpassen, setzen wir für diese Sonderzahlungen eine Schwelle von 5,1 v.H. der Gesamtzahlungen fest“<sup>9</sup>.

Die Patienten der Krankenhäuser verteilen sich in etwa auf folgende Gruppen:

Patienten nach Versicherung	Prozentsatz
Gewerbliche Krankenversicherungen	35
Medicare	24

7 Die gesamte Problematik der DRG kann hier nicht behandelt werden.

8 Vgl. Tompkins, Christopher, P., Altman, Stuart, H. und Eilat, Efraim, The Precarious Pricing System for Hospital Services, in Health Affairs, Vol. 25 (2006), S. 45-56

9 Testimony of Thomas A. Scully, Administrator Centres for Medicare & Medicaid Services (CMS) for Hospital Outliers before the Senate Appropriations Subcommittee on Labour, Health and Human Services, and Education, March 11, 2003

Blue Cross	13
Medicaid	9
HMO	8
Selbstzahler und andere	11

Quelle: Johnson, Allan, N., Aquilina, David, Datawatch, in Health Affairs Vol. 4(1982), S. 103

#### 4.2. Gewerbliche Krankenversicherungen

„Die Preisstrategie der Krankenhäuser wird von einer komplexen Mischung von unterschiedlichen Preisbildungsprozessen, vertraglichen Vereinbarungen und Marktkräften angetrieben“<sup>10</sup>. Dies betrifft die Preisbildung für den Sektor außerhalb von Medicare und Medicaid, wengleich die Patienten beziehungsweise die von ihnen verursachten Kosten einen großen Teil der Leistungen des Krankenhauses auf sich vereinigen. Die von diesen beiden System geleisteten Mittel bilden ebenfalls einen großen Teil der Einnahmen. Dabei argumentieren die Krankenhäuser, daß die so vereinnahmten Mittel nicht kostendeckend seien.

In der Tat ist das System der Preisbildung in den meisten Krankenhäusern relativ undurchsichtig. Allgemein kann man sagen, daß jedes Krankenhaus sogenannte Listenpreise hat. Das sind die frei kalkulierten oder auch nur festgesetzten Preise für die Leistungen, die das Krankenhaus anbietet. Sie sind vergleichbar den Aushangpreisen, die sich beispielsweise in jedem Hotel finden. Jedem Kunden wird zunächst einmal dieser Preis in Rechnung gestellt.

Daneben gibt es sogenannte Nettopreise, die tatsächlich abgerechnet werden. In dem zuvor abgehandelten Bereich von Medicare und Medicaid sind dies die vereinbarten DRGs plus eventueller Zuschläge. Ansonsten hängt es von der Markt- und Verhandlungsstärke des jeweiligen Vertragspartners ab, welche Preise tatsächlich gezahlt werden. Hierbei sind die großen marktmächtigen Versicherungsunternehmen mit ihren verschiedenen Gesundheitsplänen in einem erheblichen Vorteil, indem sie dem Krankenhaus Preise aufzwingen können die nicht immer kostendeckend sind.

Aus Florida wurde der Fall bekannt, daß Krankenhäuser gegen eine private Krankenversicherung klagten, die nicht den in Rechnung gestellten Preis bezahlte. Medical Savings Insurance, eine Gesellschaft mit 40.000 Versicherten weigerte sich, den in Rechnung



gestellten Preis zu zahlen. Anstelle des Rechnungsbetrages überwies sie den von Medicare bezahlten Satz mit einem Zuschlag von 20 v.H.<sup>11</sup>

Eine weitere Quelle defizitärer Leistungserbringung stellen die Notaufnahmen (Emergency Rooms) dar, die eigentlich verpflichtet sind alle Notfälle unabhängig von dem Versicherungsstatus des Patienten aufzunehmen. Dies trifft vor allem die kommunalen Krankenhäuser, die sich in der Regel im Stadtzentrum in einem eher einkommensschwachen Umfeld befinden. Allein durch die Standortwahl gelingt es vielen gewinnorientierten Krankenhäusern sicherzustellen, daß wegen der räumlichen Nähe nur solche Notfälle aufgenommen werden müssen, die auch zahlungskräftig sind.

Weitere Defizite entstehen nicht selten dann, wenn Selbstzahler mit den Zahlungen in Verzug geraten, oder die Forderung gänzlich ausfällt. Diese Fälle sind durchaus keine Seltenheit, wenn auch die Krankenhäuser bei der Eintreibung ihrer Forderungen nicht immer zimperlich verfahren. Dazu mehr weiter unten.

Die so entstehenden Defizite gehen voll zu Lasten der Selbstzahler, weil sie die einzige Patientengruppe darstellen, denen der Listenpreis abverlangt werden kann. Ganz besonders betroffen sind natürlich die nicht Versicherten, die bis zur Privatinsolvenz getrieben werden können.

Die Listenpreise liegen erheblich über den tatsächlichen Kosten des Krankenhauses. Der Zuschlag variiert von etwa 130v.H. in Arkansas bis zu circa 250 v.H. in Kalifornien. Melnick<sup>12</sup> stellt für die Entwicklung der letzten Jahre folgendes Fest:

- „Krankenhäuser haben ihre Listenpreise viel schneller erhöht als die Nettopreise und stärker als der Kostenanstieg,
- Die Differenz zwischen Listenpreisen und Kosten variiert erheblich von Bundesstaat zu Bundesstaat,
- Die Differenz zwischen den Listenpreisen und den Nettopreisen variiert erheblich zwischen den einzelnen Krankenhäusern eines Bundesstaates.“

#### 4.3. Die Beitreibung von Krankenhausforderungen

In einigen Fällen ziehen Krankenhäuser Nachforderungen wieder zurück. In Florida hat sich folgendes ereignet<sup>13</sup>. „Als Karen Hamers' Tochter eine Knieoperation brauchte,

---

11 USA Today vom 12.04.2004

12 Melnick, a.a.O.

13 Hospital bills spin out of control, USA Today vom 13.04.2004

rief sie mehrere Krankenhäuser nahe ihres Hauses in Vero Beach, Florida, an und fragte nach dem Preis. Zu jener Zeit war die Familie nicht krankenversichert. Nach Auswahl des Krankenhauses zahlte sie den Chirurgen sowie das Krankenhaus für die Operation die vereinbarten 4.000 \$. Sechs Tage nach der Operation schickte das Krankenhaus eine Rechnung mit der es weitere 21.000 \$ forderte. Sie bat um eine Erläuterung und bekam eine spezifizierte Rechnung, die allerdings unverständlich war. ... Frau Hamers hatte ein Tagebuch während der zwanzigstündigen Behandlung im Krankenhaus geführt, in dem sie alle Leistungen und das daran beteiligte Personal aufgezeichnet hatte. Nach Prüfung des Tagebuchs und der krankenhausinternen Aufzeichnungen reduzierte das Krankenhaus die Zusatzrechnung auf 610 \$“.

In den Jahren 1999 bis 2003 stiegen die Listenpreise teilweise um über 20 v.H. pro Jahr. Dies ging voll zu Lasten der Selbstzahler und nicht Versicherten. In Connecticut beispielsweise führte dieser rasante Preisanstieg zu vielen Zahlungsausfällen. Die Krankenhäuser versuchten über Zahlungseintreibungsgesellschaften Druck auszuüben. Sie berechneten exorbitante Verzugszinsen, pfändeten Konten oder bestellten Zwangshypotheken, Obwohl es für einkommensschwache Patienten in jedem Krankenhaus einen „free bed fund“ gibt, wurden diese Patienten nicht darüber informiert. Im Februar 2003 klagte der Generalanwalt von Connecticut das betroffene Yale-New-Haven Hospital wegen Missbrauchs des free bed funds.

Entsprechend einer Untersuchung im Jahre 2003 hatten damals zwei von fünf Haushalten in den USA Probleme mit der Zahlung von Rechnungen für medizinische Leistungen oder waren bereits verschuldet. Ein Viertel von diesen Haushalten hatten bereits alle ihre verfügbaren Mittel aufgebraucht, um die Rechnungen zu bezahlen.<sup>14</sup>

## **5. Hospital Ranking**

Die Zeitschrift US News & World Report führt jedes Jahr ein Ranking unter den amerikanischen Krankenhäusern durch. Die Leitseite ist unter <http://www.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/tophosp.htm> abrufbar (Anlage 3). Die Methodologie für das Ranking ist in der Anlage 4 enthalten. Nach Wahl der Krankenhaus-kategorie kann man über die Auswahl (Advanced Search, Anhang 2) den entsprechenden Ort suchen. Für einen relativ kleinen Ort, Banning, in der Mitte zwischen

---

14 vgl. The Commonwealth Fund, Unintended Consequences : An Update on Consumer Medical Debt, [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/pryor\\_medicaldebt\\_749.html](http://www.cmwf.org/usr_doc/pryor_medicaldebt_749.html),

Los Angeles und Palm Springs findet man das San Giorganio Memorial Hospital (Anhang 3).

## 6. Verzeichnis der Anlagen

Nummer	Dateiname
1	Health Insurance Anywhere, Datei: Online Health Insurance Quotes: Compare 5,000 Plans 150+ Providers.pdf
2	A Summary of VA Benefits, Datei: summaryVAbenefits.pdf
3	US News & World Report, Best Hospitals 2005, Datei: USNews-Best hospitals.pdf
4	McFarlane, Emily, Olmsted, Murray, Murphy, Joe, Hill, Craig, Americas Best Hospitals 2005, Methodology, Datei: ABH_Methodology_2005.pdf

## 7. Anhang

### 7.1. Health Savings Accounts

#### **HEALTH SAVINGS ACCOUNTS**

**HEALTH SAVINGS ACCOUNTS ALLOW YOU TO CREATE A TAX-FREE SAVINGS ACCOUNT THAT CAN BE USED TO PAY FOR MEDICAL EXPENSES NOT COVERED BY YOUR HEALTH INSURANCE PLAN.**

**IT MAY ALSO BE USED TO PAY FOR ALTERNATIVE MEDICINE AND NATURAL THERAPIES, INCLUDING VITAMINS, HOMEOPATHIC & HERBAL REMEDIES, MASSAGE & BODYWORK, AND MUCH MORE.**

As of January 1, 2004, millions of Americans, under age 65, have access to Health Savings Accounts (HSAs) that can revolutionize health care in America. An HSA is a tax-free savings account that works like an IRA, except that the money is intended to be used for qualified health care costs. Most rules and procedures that apply to IRAs also apply to HSAs.

These accounts were designed to help correct a major flaw in tax law, which has distorted our entire health care system. In the past, tax laws lavishly subsidized third-party insurance and severely penalized individual self-insurance. This new law, part of the recently enacted Medicare prescription drug bill, gives deposits to HSAs the same tax advantages formerly granted only to health insurance premiums.

When combined with individually owned insurance, HSA deposits will be a deductible expense, even for income tax filers who do not itemize.

HSAs will be the most flexible, consumer-friendly accounts yet devised. Here's how they work:

You would purchase an HSA compatible health insurance policy. The policy that accompanies an HSA must have an overall deductible of at least \$1,000 for an individual or \$2,000 for a family. Individuals and employers can then make deposits each year equal to their health insurance deductible. Such deposits can not exceed the amount of the health insurance deductible, and typically cannot exceed \$2,600 for individuals and \$5,150 for families.

The account balances can, however, earn interest or be invested in stocks or mutual funds, and they will grow tax-free. HSA balances belong to the individual account holders and remain theirs if they switch jobs, become unemployed or retire. The funds can be used to pay medical expenses not covered by insurance, insurance premiums while unemployed and health expenses during retirement.

When you have medical expenses, you will spend first from your HSA. If you exhaust your HSA funds before reaching your insurance plan deductible, you would then pay out-of-pocket until reaching your deductible. Once you reach your deductible, your health insurance plan would pay all remaining costs (subject to the policy).

Seventy-three percent of the population spend \$500 or less on medical expenses each year. Most people will not spend all of their HSA funds in a year. What is not spent is yours to keep and earn interest.

**Self-employed workers who take advantage of this may get an even better break :** They can set it up in their company and deduct it as a business expense, offsetting the double Social Security and Medicare taxes that self-employed workers pay.

**Alternative Health Insurance Services** is pleased to be able to offer these programs to our clients. Please contact our office for additional information.

### **What qualifying medical expenses may be covered by the HSA?**

A Health Savings Account may cover expenses you paid that year for medical and dental care for yourself, your spouse, and your dependents covered by the qualified health insurance plan. Only expenses incurred while the HSA-qualified health insurance plan was in force may be included as a tax-free withdrawal.

The HSA plan may include expenses paid for the prevention or alleviation of a physical or mental defect or illness. Medical care expenses include payments for the diagnosis, cure, mitigation, treatment, or prevention of disease, or treatment affecting any structure or function of the body. Drugs are covered. Medical expenses include fees paid to doctors, dentists, surgeons, chiropractors, psy-

chiatrists, psychologists, and Christian Science practitioners . Also included are payments for hospital services, qualified long-term care services, nursing services, and laboratory fees.

Payments for **acupuncture** treatments or inpatient treatment at a center for alcohol or drug addiction are also covered medical expenses. You may include amounts you paid for participating in a smoking-cessation program and for drugs prescribed to alleviate nicotine withdrawal. However, you may not include amounts paid for nicotine gum and nicotine patches, which do not require a prescription. You may deduct the cost of participating in a weight-loss program for a specific disease or diseases, including obesity, diagnosed by a physician. You may not include the cost of purchasing diet food items.

In addition, you may include expenses for admission and transportation to a medical conference relating to the chronic disease of either yourself, your spouse, or your dependent (if the costs are primarily for and essential to the medical care). However, you may not include the costs for meals and lodging while attending the medical conference.

The cost of items such as false teeth, prescription eyeglasses or contact lenses, laser eye surgery, hearing aids, crutches, wheelchairs, and guide dogs for the blind or deaf are eligible medical expenses.

You may not include funeral or burial expenses, health club dues, over-the-counter medicines, toothpaste, toiletries, cosmetics, a trip or program for the general improvement of your health, or most cosmetic surgery.

Transportation costs primarily for and essential to medical care qualify as medical expenses. The actual fare for a taxi, bus, train, or ambulance can be included. If you use your car for medical transportation, you can include actual out-of-pocket expenses such as gas and oil, or you can deduct the standard mileage rate of 12 cents a mile. With either method you may include tolls and parking fees.

You may include in medical expenses the incidental cost of meals and lodging charged by the hospital or similar institution if your main reason for being there is to receive medical care.

**Vitamins or nutritional supplements** do not count as qualified medical expenses unless they're recommended by a medical practitioner as treatment for a specific medical condition diagnosed by a physician.

**Massage** is a qualified expense if a physician or chiropractor recommends it, but not if someone just decides to seek it on their own.

**Yoga or mind-body programs** may count as qualified expenses when an authorized health care provider recommends them, but not when a person self-refers.

For more information, see IRS Publication 502.

None of the above information is intended to be legal or tax advice. You should consult with your own accounting or legal consultants to determine the extent you might benefit from owning an HSA.

Quelle: <http://www.alternativeinsurance.com/html/healthsavings.htm>

## 7.2. Advanced Search

### Advanced Search

Use [Basic Name Search](#) if you are looking for a particular hospital and know the name. Otherwise you can search by any combination of location, hospital type, and services offered.

#### Choose your location:

State



A dropdown menu for selecting a state. The menu is currently open, showing the following options: "Doesn't matter" (highlighted in blue), "Alabama", "Alaska", "Arizona", "Arkansas", and "California".

Tip:

To choose more than one item, hold down the **Ctrl** key and click on each one. Macintosh users should hold down the **apple** key.

Metro area



A dropdown menu for selecting a metro area. The menu is currently open, showing the following options: "Doesn't matter" (highlighted in blue), "Albany-Schenectady-Troy, N.Y.", "Albuquerque, N.M.", and "Allentown-Bethlehem-Easton, Pa.".

Distance from home

Search for hospitals close to home by entering your ZIP code and a maximum distance in miles.

Maximum distance (miles):

Your 5-digit ZIP code:

If you search by distance, fill in both fields.

#### Limit your results by adding one or more of these restrictions:

- Teaching hospitals
- Osteopathic hospitals
- Federal hospitals (Veterans' hospitals, for example)

**Narrow your search by services offered:**

- Return hospitals matching **any** services selected below
- Return hospitals matching **all** services selected below

**Key services**

General medical and surgical care	<input type="checkbox"/>
General intensive care	<input type="checkbox"/>
Cardiac intensive care	<input type="checkbox"/>
Cardiology department	<input type="checkbox"/>
Open-heart surgery	<input type="checkbox"/>
Neurology department	<input type="checkbox"/>

Tip:

To choose more than one item, hold down the **Ctrl** key and click on each one. Macintosh users should hold down the **apple** key.

**Specialized services**

**Inpatient:**

Birth room	<input type="checkbox"/>
Burn care	<input type="checkbox"/>
Elderly/disabled:	<input type="checkbox"/>
Acute long-term care	<input type="checkbox"/>
Skilled nursing care	<input type="checkbox"/>
Intermediate nursing care	<input type="checkbox"/>

**Outpatient:**

Alzheimer Center	<input type="checkbox"/>
Angioplasty	<input type="checkbox"/>
Arthritis center	<input type="checkbox"/>
Bariatric/w eight control services	<input type="checkbox"/>
Breast cancer screenings/mammograms	<input type="checkbox"/>
Cardiac catheterization laboratory	<input type="checkbox"/>

**Patient/family support services:**

Alzheimer Center	<input type="checkbox"/>
Ambulance services	<input type="checkbox"/>
Assistance with government services	<input type="checkbox"/>
Chaplaincy/pastoral care services	<input type="checkbox"/>
Oncology services	<input type="checkbox"/>
Patient support groups	<input type="checkbox"/>

**Community outreach:**

Health fairs	<input type="checkbox"/>
Health screenings	<input type="checkbox"/>
Meals on wheels	<input type="checkbox"/>

**Imaging services**

CT scanner	<input type="checkbox"/>
Diagnostic radioisotope facility	<input type="checkbox"/>
Electron beam computed tomography (EBCT)	<input type="checkbox"/>
Intensity-modulated radiation therapy (IMRT)	<input type="checkbox"/>
Gamma knife	<input type="checkbox"/>
Magnetic resonance imaging (MRI)	<input type="checkbox"/>

<input type="button" value="Search"/>	<input type="button" value="Reset"/>
---------------------------------------	--------------------------------------

Quelle: [http://www.usnews.com/usnews/health/hospitals/search/advanced\\_search.htm](http://www.usnews.com/usnews/health/hospitals/search/advanced_search.htm)

### 7.3. San Gorgonio Memorial Hospital

San Gorgonio Memorial Hospital  
Services provided

600 N Highland Springs Avenue  
Banning, CA 92220-3046  
(909) 845-1121

[www.sgmh.org](http://www.sgmh.org)

[At a glance](#)  
**Services provided**  
[By the numbers](#)

#### Key services

General medical and surgical care  
General intensive care  
Obstetrics  
Emergency department

#### Specialized services

##### Inpatient:

Birthing room  
Elderly/disabled–  
Skilled nursing care  
End-of-life services–  
Hospice  
Pain management  
Palliative care  
Infection isolation room

##### Outpatient:

Breast cancer screening/mammograms  
Psychiatric services–  
Outpatient care  
Urgent-care center  
Women's health center  
Patient/family support services:  
Chaplaincy/pastoral care services  
Patient representative/ombudsman  
Community outreach:  
Health fairs  
Health screenings

Imaging services (diagnostic and therapeutic)

CT scanner

Ultrasound

Quelle:

[http://www.usnews.com/usnews/health/hospitals/directory/service\\_6930225.htm](http://www.usnews.com/usnews/health/hospitals/directory/service_6930225.htm)

