

## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

Sonderdruck aus

# selecta

das magazin des schweizer arztes

# 17

28. April 1986



*Titel*

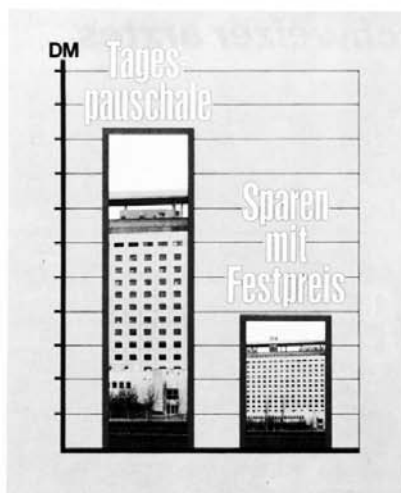
Kieler Modell:  
Kassenarzt  
spart  
stationäre  
Kosten



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### selecta 17



Zum Titel:

### Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten

Legen Kostendämpfer den medizinischen Fortschritt lahm, oder torpedieren wachsende Gesundheitsausgaben den wirtschaftlichen Aufschwung? Welche Prioritäten – ökonomische oder medizinische – bestimmen die Zukunft der Medizin? Diese Fragen wird der 89. *Deutsche Ärztetag* in Hannover debattieren.

Ein Diskussionsbeitrag soll die Titelgeschichte in diesem Heft sein. Kostendämpfung, so zeigt die Erfahrung eines Kieler Kassenarztes, ist *kein Gegensatz* zum medizinischen Fortschritt. In seiner Kieler Augenklinik, die er neben seiner Praxis betreibt, rechnet der Augenarzt Dr. *Delef Uthoff* mit den Krankenkassen nach diagnosebezogenen Festpreisen ab.



Medizinischer Fortschritt trotz Kostendämpfung

Er ist damit der erste in der Bundesrepublik, der – statt mit den üblichen Tagespauschalen zu leben – die in Amerika entwickelten sogenannten *diagnosis related groups (DRG)* im Modellversuch erprobt. Im Herbst vergangenen Jahres fiel der Startschuß. Schon nach wenigen Monaten stellten sich von allen Beteiligten unerwartete Erfolge ein.

Die Patienten profitierten von einer erheblich verkürzten Verweildauer – bei gleichbleibender, wenn nicht ansteigender Qualität. Die Krankenkassen bezahlen pro Fall weit niedrigere Preise als in vergleichbaren Konkurrenzhäusern, und das trotz wachsender Gewinne des Klinikträgers.

*SELECTA*-Redakteurin *Gabriele Prah* hat das „Kieler Modell“ vor Ort unter die Lupe genommen.

#### Herausgeber und Chefredakteur:

Dr. med. Ildar Idris  
Assistenz: Dagmar Galke

#### Stellvertretende Chefredakteure:

Dr. med. Erdmuthe Idris, Dr. med. Wilfried Ehnert

**Chef vom Dienst:** Dr. phil. Anne Feichtner von Ian,  
Dr. phil. Ilona Tahir-Ul-Haq (stellvertretend)

**Berufspolitik:** Klaus Schmidt

**Medizintechnik, Statistik:** Dipl.-Ing. Nihat Tezeren

**Redakteure:** Silvia Aulehla, Karl B. Filip, Irmtraut Frese, Bettina Goldner, Dipl. biol. Siegfried Hoc, Dr. med. Gülnar Idris, Beatrice Idris-Duncan, M. S., Helmut L. Karcher, Gabriele Prah, Hans Prettnner, German Reiter, M. A., Dr. med. Fritz Schnitger

**Korrespondenten:** Barbara Baker (San Francisco/USA), William Dial (Westbury/USA), Dr. med. Johanna Grieger-Fischer (Stuttgart), Dr. med. Erhard Groll (Darmstadt), Wes J. Perry (Cannes/Frankreich), Orhan I. Sadiq-Khan (Old Greenwich/USA), Dr. med. Paul Sanger (New York/USA), Dr. med. Thomas Schummer (Courtenay/Kanada), Dr. med. Roswitha Theile-Schlüter (Ahrensburg)

**Ständige Mitarbeiter der Redaktion:** Dr. med. Angelika Bischoff, Miklós Cocron, M. A., Dr. med. Elisabeth Hartmann, Dr. med. Gertrud Heyl, Dr. rer. nat. Margarethe Hoechst, Roland Idris, Dr. phil. Helga Kästner, Dr. es. Sci. Brigitte Kaufmann, Dr. med. Jorinde Krejci, Horst Middelhoff, Gertraud Mietzfeld, Dr. med. Ines Prager, Sylvia Sumavská, Lilo Wirth

**Grafik:** Sylvia Haage, Irina Mai-Holzmeier, Barbara Sander

**Herstellung:** Horst H. Bruch, Helmut Böhm, Roswitha Müller

Imprimatur: Winfried E. Ortward

**Verlagsleitung:** Katharina Schwarz  
Marketing: Dipl.-Kfm. Gerhard Finck

**Anzeigenleitung:** Wolf D. Eichhorst

**Vertriebsleitung:** Joachim Krebs

**Verlag und Redaktion:** Selecta-Verlag Dr. Ildar Idris  
Pasinger Straße 8, 8033 Planegg vor München  
Telefon (089) \*85 70 30, Fax: (089) 85 70 31 13,  
Telex 524096

**Konten:** Postgiroamt München 70591-807,  
Deutsche Bank München 2075 000 (weitere auf Anfrage)

**Anzeigenpreisliste:** Nr. 26 vom 1. Januar 1986

**Verantwortliche Druckerei:** R. Oldenbourg, München

**Verantwortlich für die \*Seiten:** INFORMED Presse & Werbe GmbH, 8032 Gräfelfing

#### Erscheinungsweise und Bezugsbedingungen:

*SELECTA* erscheint wöchentlich montags und enthält einmal monatlich das im Bezugspreis begriffene *SELECTA*-Supplement. Einzelpreis DM 3,40 zzgl. Porto, Jahresabonnement DM 74,40, Kombinationsabonnement mit *PRAXIS-KURIER* jährlich DM 91,20, jeweils einschl. Porto. Sonderpreise für Studenten gegen Einsendung der Immatrikulationsbescheinigung und angestellte Ärzte ohne Liquidationsrecht gegen Bescheinigung vom Arbeitgeber: Jahresabonnement DM 44,40, Kombinationsabonnement mit *PRAXIS-KURIER* DM 55,20 jährlich, jeweils einschl. Porto. Preise einschl. MWSt. Auslandsabonnements zuzüglich Portozuschlag. Bestellungen über den Verlag oder Buchhandlungen. Bei höherer Gewalt bestehen weder Belieferungs- noch Entschädigungsansprüche.

#### Copyright und Gewährleistung:

*SELECTA*-Beiträge sind urheberrechtlich geschützt und dürfen auch in Teilen ohne schriftliche Genehmigung weder vervielfältigt, übersetzt, gespeichert noch in anderer Form wiedergegeben werden. Trotz größter Sorgfalt bei Recherche und Dokumentation kann keine Gewähr für die Richtigkeit der im redaktionellen Teil enthaltenen Angaben übernommen werden. Keine Haftung für unverlangt eingesandte Manuskripte.

**Gerichtsstand und Erfüllungsort:** München

**Mitgliedschaften:** Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V. (LA-MED)

**IA-MED** Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V. (IVW)

**Druckauflage:** 57 500 Exemplare. ISSN 0582-4877

**Weitere Mitarbeiter** (sofern nicht voll namentlich genannt): Horst Beloch, Dr. Hildegard Criegee, Dr. Werner Golder, Dr. Michael Hallek, Dorothee Henkel, Konrad Müller-Christiansen, Lynn Payer, Lawrence C. Prescott, Dr. Wolfgang Schmidbauer



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### Diagnosebezogene Festpreise im Modellversuch

# Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten

Die Idee stammt aus den USA. Dort werden seit gut zwei Jahren Krankenhäuser über diagnosebezogene Festpreise finanziert. Die Folge: Die Kostenbremse greift. In der Bundesrepublik Deutschland, wo die Krankenhauskosten nach wie vor davonlaufen, hat

sich erstmals ein niedergelassener Arzt an dieses Modell gewagt. An seiner Augenklinik, die er neben einer ophthalmologischen Kassenpraxis betreibt, will er beweisen, daß Kostendämpfung und medizinischer Fortschritt sehr wohl miteinander vereinbar sind.

#### (TITELGESCHICHTE)

Die Väter der Reichsversicherungsordnung wußten, warum sie sich einen Freiberufler zum Kassenarzt erkoren haben. Unternehmer- statt Angestellten-Mentalität sollte den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommen. Das gilt noch heute.

Der Kieler Ophthalmologe Dr. *Detlef Uthoff* hat die Fehler der bundesdeutschen Krankenhausgesetzgebung zur Genüge auskosten müssen – anfangs als Krankenhausarzt, später als Belegarzt und schließlich als Klinikbetreiber.

Ein Beispiel ist für ihn die Verweildauer nach der Katarakt-Operation. „Der medizinische Fortschritt erlaubt es längst, den Patienten in der Regel nur drei Tage im Krankenhaus zu behalten. Allein aus finanziellen Gründen muß der Arzt ihn aber durchschnittlich 14 Tage im Bett liegen lassen.“

#### Unzumutbare Wartezeit

Das hatte zur Folge, daß er als Belegarzt seine neuen Patienten immer länger vertrösten mußte. Als die Wartezeit auf zwei Jahre angewachsen war, platzte ihm der Kragen. „Das kann man keinem Patienten, der langsam erblindet, zumuten.“ Auch die überweisen-

den Kollegen, in der Hauptsache Internisten und Allgemeinärzte, konnten das im Interesse ihrer Patienten nicht akzeptieren.

Uthoff gründete seine eigene „Fachklinik für Augenheilkunde und plastische wiederherstellende Lidchirurgie“. Schon in den ersten Monaten kamen sich der Arzt Uthoff und der Unternehmer Uthoff in die Quere. Als Arzt wollte er seinen Patienten keine unnötig langen Liegezeiten ver-

ordnen, als Krankenhausträger war er auf eine möglichst lange Verweildauer angewiesen, sonst machte er Verlust.

Schuld daran ist der vollpauschalierte Pflegesatz, nach dem heute noch so gut wie alle Krankenhäuser finanziert werden. Teure Operationen werden für das Krankenhaus erst rentabel, wenn der Patient anschließend lange im Bett bleibt. Die hohen Kosten der erbrachten Leistung können danach nur durch die Anzahl der Pflegetage wieder hereingebracht werden.

Das ist auch mit den aktuellen gesetzlichen Neuregelungen im Bereich des Krankenhauses kaum anders geworden. *Konrad Regler*, Eichstätt, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sagte auf dem Berliner Krankenhaus - Symposium: „Besondere Anstrengungen des Krankenhausträgers durch Verweildauerverkürzungen werden durch die Ausgleichsregelung in § 4 Abs. 1 KHNG nicht honoriert.“

#### Die Falschen begünstigt

Regler moniert, daß wieder Kliniken begünstigt werden, die „die im Budget zugrunde gelegte Belegung durch möglichst wenig Patienten mit möglichst langer Verweildauer erreichen“. Bestraft wür-



Renard

Medizin und Ökonomie unter einem Dach  
Die Fachklinik für Augenheilkunde Kiel-BelleVue



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### Gesundheitspolitik

den Häuser, die auf kürzere Verweildauer und steigende Fallzahlen abzielten.

Dem Kieler Augenarzt bleibt diese „Strafe“ erspart. Im Sommer 1985 wandte sich die Kieler „Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen“ an Uthoff. Geschäftsführer Dr. Hans H. Rüschemann, Kiel, wollte im wissenschaftlichen Modellversuch eine aus den USA importierte neue Form der Krankenhausfinanzierung erproben. Eine Fachklinik mit begrenztem Aufgabenspektrum erschien dem Gesundheitsökonom besonders geeignet, die sogenannten *diagnosis related groups*, kurz *DRG* genannt, für die Bundesrepublik zu testen.

Diagnoseabhängige Fallpauschalen sind, vereinfacht ausgedrückt, nichts anderes als Festpreise (siehe Textkasten auf Seite 1334), die für eine bestimmte Leistung in der stationären Versorgung anfallen. Die Krankenkassen zahlen also pro Fall einen vorher ermittelten Preis (*prospective payment system* = *PPS*).

#### Erfolge in den USA

Das Krankenhaus hat nun kein Interesse mehr daran, den Patienten länger als nötig im Bett zu lassen. Eher ist es darauf aus, einen neuen Patienten zu gewinnen. Auf diese Weise, das haben uns die USA bereits erfolgreich vorgeführt, läßt sich die Verweildauer



Renard

Gutachten für die AOK  
Dr. Hans H. Rüschemann, Kiel

erheblich abkürzen und die Fallzahl steigern. Die Amerikaner leben heute, obwohl das neue System erst seit Mitte 1983 eingeführt ist und längst noch nicht alle Versicherten einschließt, nur mehr mit 4,5% Ausgabensteigerung im Jahr. Unter dem alten Modus waren es über 12%.

Kassenarzt Uthoff erklärte sich bereit, seine Klinik (eine Augenklinik der Maximalversorgung) für einen

solchen Modellversuch zur Verfügung zu stellen. Weit schwieriger war es für Rüschemann, auch die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung für das sogenannte *Kieler Modell* zu gewinnen.

Doch entwickelte sich hier sehr bald die Ortskrankenkasse zum Verbündeten des Wissenschaftlers. Deren Geschäftsführer, *Eckhard Bertulat*, fand sich als erster bereit, den dreijährigen Modellversuch mit Uthoff vertraglich abzusegnen und die wissenschaftliche Begleitung mit der Gesellschaft für Systemberatung zu vereinbaren.

Rüschemann wird der AOK ein Gutachten vorlegen, das neben übergeordneten Vergleichen und Analysen insbesondere die Probleme bei der praktischen Umsetzung aufzeigt. Auch die veränderten Verhaltensweisen der Versicherten, der Krankenkassen, der öffentlichen Hand und des Krankenhauses werden detailliert beobachtet, ebenso wie die Auswirkungen auf Verweildauer, Fallzahl, Fallkosten und die Qualität der medizinischen Versorgung.

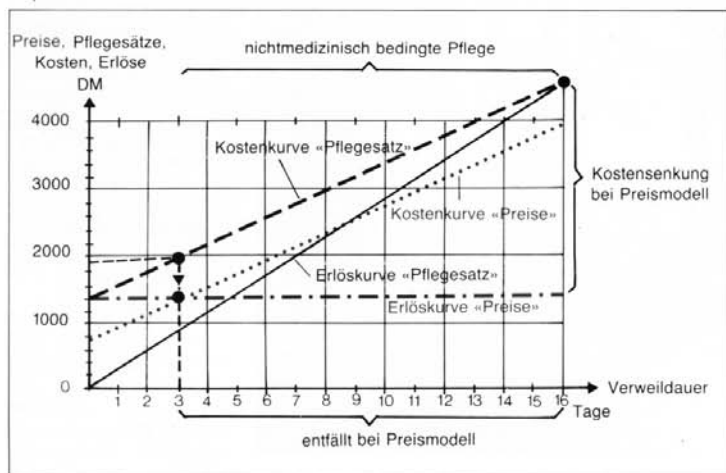
Abschließend soll beurteilt werden, ob das Kieler Modell auf „die gesamte Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung verschiedener Fachbereiche und unterschiedlicher Versorgungsstufen“ übertragen werden kann.

Das Kieler Modell wurde im Oktober 1985 aus der Taufe gehoben. Schon nach wenigen Monaten zeichneten sich so überzeugende Erfolge ab, daß nun auch die anderen RVO-Kassen und die Ersatzkassen in den Vertrag der AOK mit einstiegen.

#### Preise sinken rasch

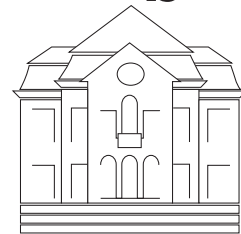
Hauptanreiz war, daß bereits nach vier Monaten Laufzeit die Klinik von sich aus eine Preissenkung von 5,7% anbieten konnte, obwohl schon zu Beginn des Modellversuchs die Fallkosten weit unter dem Preisniveau (mehr als 50%) vergleichbarer Kliniken lagen. Sobald das Krankenhaus auch in den Bedarfsplan Schleswig-Holsteins aufgenommen ist, sind weitere Preisnachlässe vereinbart.

Doch nicht nur der Kostenträger profitiert von den Festpreisen – auch die Patienten. Ein Beispiel: Eine Kataraktoperation erfordert im bundesrepublikanischen Durchschnitt heute noch immer einen Krankenhausauf-



selecta, nach Rüschemann

Das Finanzierungsmodell der Augenklinik am Beispiel der Katarakt-Operation



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### Gesundheitspolitik

enthalt von 14 Tagen. In der Augen-  
klinik Uthoff' reduzierte sich die Ver-  
weildauer auf 3,4 Tage; die Zahl der  
Fälle stieg dabei um 90%, womit wie-  
derum die durchschnittlichen Kosten  
pro Fall sanken.

Trotzdem mußte schon wieder eine  
Warteliste angelegt werden. Die Augen-  
klinik ist für die nächsten vier Mo-  
nate ausgebucht. Um, wie Rüschemann  
formuliert, „jedweder Spezialisierungstendenz zur Wahrung der All-  
gemeingültigkeit des Modellversuchs  
bereits im Ansatz zu begegnen“, hat  
man eine diagnosebezogene Wartezeit  
eingrichtet.

#### Keine Spezialisierung

Auch ein Blick in den Vertrag mit  
den Kieler Krankenkassen zeigt, daß  
Uthoff sich keineswegs, wie vielfach

110 DM, für die andere Häuser bei  
drei Pflegetagen rund 1000 DM be-  
rechnen.

Uthoffs Leistungen werden mit der  
Kassenärztlichen Vereinigung über  
Belegarztschein abgerechnet. Er er-  
hält hier also das gleiche Arzt-Hono-  
rar wie seine niedergelassenen Kol-  
legen. Daß er darüber hinaus als Kli-  
nikchef noch Interesse an einem mög-  
lichst preisgünstigen Einkauf für sein  
Haus hat, unterscheidet ihn von den  
Leitern anderer Häuser. Auch das ist  
eine Folge der Festpreise.

Die derzeit übliche Krankenhausfin-  
anzierung zwingt die Krankenhaus-  
verwalter dazu, an Kosten nicht zu  
sparen, sie „nur“ glaubhaft zu be-  
legen und in den Pflegesatzverhand-  
lungen durchzusetzen. Bis zur Neuord-  
nung des Krankenhaus-Finanzie-



Optimale Geräteausstattung im Operationssaal  
Medizinischer Fortschritt trotz Kostendämpfung

Renard

von Kritikern behauptet, auf ein oder  
zwei lukrative Operationen spezialisier-  
t hat. Insgesamt bietet er zehnerlei  
an (Katarakt-Operation, plastische  
Operation, Tränenwegsspülung,  
Glaukom-Diagnostik, Glaukom-  
Operation, Nachstar/normal, Schiel-  
Operation, Nachstar/YAG-Laser, Netz-  
hautablösung/Laser und Vitrektomie).

Am teuersten ist bei Uthoff die Ka-  
tarakt-Operation mit 1887 DM; in ei-  
nem anderen Kieler Krankenhaus  
kostet der gleiche Eingriff die Kassen  
zwischen 6000 und 8000 DM. Am bil-  
ligsten ist die Tränenwegsspülung zu

runngesetzes wurden Kostensenkun-  
gen sogar generell mit Pflegesatzab-  
strichen bestraft. Das „Kieler Mo-  
dell“ dagegen belohnt solche Anstren-  
gungen: Wer feste Preise vereinbart,  
ist darauf aus, seine Kosten zu sen-  
ken, um den Gewinn zu erhöhen.

Uthoff führt den Einkauf von Lin-  
sen für die Katarakt-Operation als  
Beispiel an. Früher war es ihm gleich-  
gültig, zu welchen Preisen er das Im-  
plantat geliefert bekam. Heute han-  
delt er mit den Herstellern hart um  
den Preis – mit Erfolg. Statt 350 DM  
zahlt er jetzt nur noch 270 DM. Und  
ähnliches gilt für Geräte. ▶

### Innovation durch Kassenärzte

Es wird schon Jahre darüber geredet.  
Kein wissenschaftliches Symposium, keine  
Politikerrunde, kein Krankenhaustag, wo  
nicht die in den USA bereits erprobten dia-  
gnosebezogenen Festpreise eifrig debattiert  
wurden. Nicht selten war auch ein Gast aus  
Amerika mit dabei, der den bundesdeut-  
schen Theoretikern auf die Sprünge half.  
Doch zu mehr als verhaltenem Applaus hat  
man sich nicht hinreißen lassen.

Den einen paßt es nicht ins ideologische  
Konzept. Gewinnorientierung im Kranken-  
haus, Anreize zur Leistungsoptimierung –  
das verschreckt sozialpolitische Tagträu-  
mer. Andere fürchten eine über einen Lei-  
sten geschlagene Medizin, die die Vielfalt  
menschlicher Gebrechen negiert und,  
schlimmer noch, medizinischen Fortschritt  
um des schnöden Mammons willen aus dem  
Krankenhaus-Alltag verbannt. Einer dritten  
Gruppe wieder ist jede Änderung, die auch  
Kompetenzverschiebungen zur Folge hät-  
ten, per se suspekt.

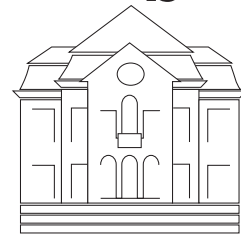
Bei so unterschiedlichen Interessenslagen  
kann niemand erwarten, daß die große  
Masse neuen Ideen aufgeschlossen gegen-  
übersteht. Sie zerredet ein Thema lieber,  
bevor sie ihm in der Praxis eine Chance  
gibt.

Das geht nur im Einzelfall. Diese Mög-  
lichkeit hat in unserem Gesundheitssystem  
der Kassenarzt. So war es nur logisch, daß  
ein Kassenarzt zusammen mit einer auf  
praktische Umsetzung gesundheits-ökono-  
mischer Theorien spezialisierten Gesell-  
schaft die Gelegenheit beim Schopf ergrif-  
fen hat.

Soviel Mut wird von einigen Wissen-  
schaftlern übelgenommen, erst recht, wenn  
er von Erfolg gekrönt ist. Da ist die Einstel-  
lung der Krankenkassen schon mehr von  
Realismus geprägt. Auf Innovationen in der  
Krankenhauslandschaft durch die Politik  
setzen sie nicht mehr; trotzdem zur Spar-  
samkeit angehalten, suchen sie sich mutige  
Partner zur Kostendämpfung.

Daß dies – selbst im stationären Sektor –  
ein Kassenarzt ist, bestätigt alle, die in dem  
freiberuflich tätigen Arzt den Garanten für  
umgesetzten praxisnahen Fortschritt sehen.  
Die Politik, aber auch die Selbstverwaltung  
selbst sollten sich hüten, diesen Fort-  
schrittsgeist durch immer neue bürokrati-  
sche Hürden zu bremsen und den Kassen-  
arzt immer mehr in die Nähe eines Ange-  
stellten der Krankenkassen zu rücken.

Unser System braucht Freiberufler mehr  
denn je. Appelle an die Sparsamkeit bewir-  
ken hier keine „Vogel-Strauß-Politik“,  
sondern Innovation. G. P.



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### Gesundheitspolitik

Nicht gespart werden kann an der Qualität. Der Hauptvorwurf gegen voraus kalkulierte Festpreise ist das angeblich sinkende Niveau der medizinischen Versorgung. Das Streben nach möglichst hohen Gewinnen, so Kritiker in den USA, führe dazu, daß Patienten zu früh entlassen, daß an Diagnose und Therapie zu drastisch gespart würde und daß sogar die Sterblichkeitsrate anwachse.

#### Keine sinkende Qualität

Dr. Josef Lindner, Medical Manager in Short Hills, nahm dazu auf dem Berliner Krankenhaus-Symposium Stellung. Steigende Mortalität sei in keiner begleitenden Studie in den USA belegt worden. Im Gegenteil, manche seien sogar zu dem Ergebnis gekommen, daß Krankenhausinfektionen durch die kürzere Verweildauer vermeidbar wären.

Obendrein standen die Krankenhäuser in einem harten Wettbewerb um die Patienten. Ein schlechter Ruf wegen übertriebener Sparsamkeit wäre tödlich für eine Klinik. Von daher unternehmen sie sogar besondere Anstrengungen, Patienten zu werben.

#### Harter Wettbewerb

Dazu zählen auch Patientenbefragungen. Eine entscheidende Rolle neben der Medizin spiele danach die Pflege. Der „höfliche Ton des Personals“ sei von den Patienten als ausschlaggebend für ihr Wohlbefinden genannt worden.

In Kiel hat man ähnliche Beobachtungen gemacht. Die Schar der Schwestern ist daher „handverlesen“ und darauf getrimmt, nicht nur eine erstklassige Pflege zu bieten, sondern ebenso für eine harmonische Atmosphäre zu sorgen. Auch das ist im Klinikalltag nicht selbstverständlich.

Ein Nachlassen in der medizinischen Versorgung aus Kostengründen hält Uthoff für so undenkbar wie der Amerikaner. „Wir stehen unter so scharfer Beobachtung; das könnten wir uns gar nicht leisten.“

Dennoch wird für das Begleitgutachten auch die Qualität gemessen. Erster Anhaltspunkt: Nach vier Monaten Laufzeit des Kieler Modells beträgt die Komplikationsrate 0,41%, und das, obwohl „8,23% aller Patienten sogenannte Problemfälle sind, die nach Operationen in anderen Kran-

kenhäusern eingewiesen wurden“ (Rüschmann). Der ebenfalls oft erwähnte Einwand gegen DRG-Modelle, sie verführten die Klinik dazu, teure Fälle gar nicht erst aufzunehmen, wird so entkräftet.

#### Fortbildung für Kollegen

Das ist aber auch schon deshalb unmöglich, weil Uthoff als niedergelassener Arzt immer in besonders engem Kontakt zu seinen Fachkollegen und zu den Hausärzten steht. Da lassen sich komplizierte Fälle nicht einfach abschieben, nur weil sie teuer werden könnten.



privat

Große Preisvorteile  
Eckhard Bertulat, Kiel

Für interessierte Kollegen bietet Uthoff Fortbildungs-Symposien an, die hauptsächlich von Hausärzten und Augenärzten aus Schleswig-Holstein wahrgenommen werden. Rüschmann: „In zunehmendem Maß kommen jedoch auch aus dem übrigen Bundesgebiet und dem Ausland Gäste hinzu.“ Dabei wird dann via Monitor eine Augenoperation gezeigt und das „Kieler Modell“ vorgestellt.

#### Fortschritt trotz Kostendämpfung

Die Ausrüstung des OPs, nicht nur mit einem Kamerasystem, sondern auch mit den modernsten Geräten, wie sie an manchen großen Ophthalmologischen Klinik-Abteilungen nicht zu finden sind, demonstriert auch, daß hier keine Billig-Medizin betrieben wird. Der Gerätepark ist gute vier Millionen DM wert. ▶

**SELECTA:** Warum haben sich die Krankenkassen in Kiel auf das Wagnis eingelassen, diagnosebezogene Festpreise im Modellversuch zu erproben?

**Eckhard Bertulat:** Wir haben hier in Kiel einen hohen durchschnittlichen Pflegesatz. Er liegt pro Tag 50 DM über dem Bundesdurchschnitt. Das kommt daher, daß die Universitätsklinik besonders stark frequentiert wird. Da liegen auch leichte Fälle, für die wir dann den hohen Pflegesatz der Uni-Klinik bezahlen müssen.

Das ist unwirtschaftlich; wir subventionieren damit die teuren Fälle, die

#### Kassen profitieren

aber vielfach auch aus dem Umland kommen. Die Kieler Kassen stehen sich also viel besser, wenn mehr Patienten in eine andere Klinik gehen und wenn fall- und nicht tagesbezogen abgerechnet wird.

**SELECTA:** Sind Sie zufrieden mit den ersten Ergebnissen des „Kieler Modells“?

**Bertulat:** Ja, da sind sich alle Kassen einig. Bei mindestens gleicher Qualität sparen wir pro Fall grob gerechnet durchschnittlich 1270 DM.

**SELECTA:** Sie haben keine Sorge, daß die Qualität sinkt?

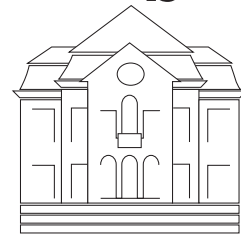
**Bertulat:** Nein, das ist ein beliebtes Scheinargument. Wenn die Klinik, beispielsweise um mehr Gewinn zu machen, die Patienten zu früh entließe, wäre sie nach einem halben Jahr pleite. Das würde nämlich, da die Patienten dann in die Uni-Klinik zur Nachbehandlung müßten, sofort publik.

**SELECTA:** Wollen Sie das Modell auch auf andere Kieler Krankenhäuser übertragen?

**Bertulat:** Die AOK hat ein Gutachten bestellt; das wird nach Ablauf des Modellversuchs vorliegen. Danach, also in zweieinhalb Jahren, werden wir wissen, ob weitere Kliniken in Frage kommen. Ich glaube, daß die Mehrzahl der Kliniken mit Festpreisen arbeiten kann.

Ausnahmen sind hier sicherlich psychiatrische Krankenhäuser. Dort kann man oft weder die Diagnose hundertprozentig festlegen noch im Vorhinein wissen, wie lange der Patient stationär versorgt werden muß.

Eckhard Bertulat ist Geschäftsführer der AOK Kiel



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

### Gesundheitspolitik

#### Kritik aus München, Lob aus Kiel

Daß ausgerechnet ein Kieler „Nordlicht“ sich als erster an die diagnosebezogenen Festpreise gewagt hat, stößt in Bayern auf anerkennenden Neid. Hier spekulieren die Krankenkassen, insbesondere die Ortskrankenkassen, schon eine ganze Weile mit dem Gedanken, ebenfalls die DRGs zu erproben.

Den Lorbeer des mutigen Neuerers hätte man sich im Freistaat schon gerne selbst auf die Stirn gedrückt. Die Daten für das bayerische Modell will Infratest liefern.

Von daher kein Wunder, daß sie den Kielern mit besonderer Kritik begegnen. Infratest-Mitarbeiter *Udo Müller*, München, bezweifelte auf dem Berliner Krankenhaus-symposium, daß in Kiel überhaupt DRGs im Modellversuch erprobt werden.

*Müller* zur *SELECTA*: „Im Grunde handelt es sich hier um nichts weiter als von der Klinik mit den Kassen ausgehandelte Festpreise“ – während doch die amerikanischen DRGs durch Millionen von Patientendaten ermittelt wurden, nach denen sich dann die Krankenhäuser richten müssen.

Grundlage ist der international gebräuchliche ICD-Schlüssel (*international classification of diseases*), mit dessen Hilfe man unter Einbeziehung der medizinischen und wirtschaftlichen Belange 467 Diagnosegruppen geschaffen hat. Jeder Patient wird einer solchen Gruppe zugeordnet, in der die Hauptdiagnose (und vier Nebendiagnosen, die Behandlungsart, das Alter des Patienten, sein Geschlecht und sein Versicherungsstatus) erfaßt werden.

Infratest will diese amerikanischen Daten durch hiesige ergänzen und auf diese Weise zu bundesdeutschen DRGs gelangen. Im AOK-Bundesverband teilt man die Kritik am Kieler Modell nicht.

DRG-Experte *Dr. Eckhardt Westphal*, Bonn: „In den USA wurden zwar alle Sachkosten exakt erfaßt, nicht aber die Personalkosten. Sie konnte man auch nur schätzen. Sie machen aber immerhin 70% der Gesamtkosten eines Falles aus.“

Auch bezweifelt er, daß die von Infratest gelieferten deutschen Daten (sie sollen hauptsächlich aus Erhebungen für die Pharma-Industrie stammen) den tatsächlichen Klinikalltag widerspiegeln. Von daher kann sich niemand der Beteiligten darauf berufen, über die wissenschaftlich „härteren“ Daten zu verfügen.

Für *Westphal* ist das ohnehin Haarspalterei. Im AOK-Bundesverband hofft man auf ein vertragliches Nebeneinander der verschiedensten Modelle. Hauptsache ist, in die kostenträchtige Krankenhauslandschaft kommt endlich Schwung.

Natürlich spielen aber die Kieler im Kalkül der Krankenkassen eine besondere Rolle, seit die Landesregierung Schleswig-Holstein so viel Gefallen am „Kieler Modell“ gefunden hat, daß sie bei seinem geistigen Vater ein Gutachten zur Krankenhausbedarfsplanung bestellt hat.

*Dr. Hans H. Rüschemann*, Kiel, Geschäftsfüh-

rer der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, will dazu das Problem der überlangen Verweildauer in bundesdeutschen Krankenhäusern unter die Lupe nehmen. So lautet



Sparen, aber nicht auf Kosten der Patienten  
Ein Krankenzimmer der Augenklinik

Renard

seine These: Die Verweildauer ist nicht ausschließlich durch medizinische Indikationen bedingt. Sozial-humanitäre (pflegebedürftige alte Menschen) und ökonomische Faktoren beeinflussen die Liegezeit der Patienten.

Sie wird aber der Bedarfsplanung zugrunde gelegt, was prompt zu Überkapazitäten führt. Der Bettenberg wiederum zwingt aus wirtschaftlichen Gründen dazu, den Patienten lange im Krankenhaus zu behalten, womit dann wieder allzu lange Verweildauern die Krankenhaus-Bedarfsplanung falsch beeinflussen. Ein teurer Teufelskreis. Ihm will *Rüschemann* durch ausschließlich diagnosebezogene Verweilstandards begegnen, die wiederum Grundlage von DRG sein könnten. *G. P.*

Was angeschafft wird, bestimmen der medizinische Fortschritt, die Sicherheit der Patienten und der Operateur, der ohne lange Instanzenwege schnell zugreifen kann, wenn ein günstiges Angebot gemacht wird. *Rüschemann*: „Die Befürchtung, daß Festpreise den medizinischen Fortschritt verhindern, ist absolut unnötig. Umgekehrt ist es richtig. Der Patient kommt durch dieses Finanzierungssy-

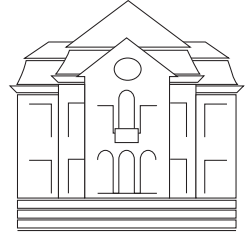
stem viel früher in den Genuß neuer Technik, denn die Entscheidung darüber, was angeschafft wird, und das wirtschaftliche Risiko dafür, liegen allein bei der Klinik. Ohne Investitionen kann sie in der heutigen Krankenhauslandschaft gar nicht bestehen.“

Er weiß natürlich, daß sich die wirtschaftliche Basis einer Augenklinik noch leichter kalkulieren läßt als für ein Akutkrankenhaus. Dennoch ist er überzeugt, daß das „Kieler Modell“ ausbaufähig ist. Nach Abschluß des Modellversuchs steht als nächstes das „Schleswig-Holstein-Modell“ auf dem Plan.

Mit dem Land hat er bereits den Vertrag für ein Gutachten über eine neue Krankenhaus-Bedarfsplanung in der Tasche. Dann werden die Erfahrungen, die ein Kassenarzt fürs Krankenhaus möglich gemacht hat, auf ein ganzes Bundesland übertragen.

#### Auch in Hessen

*Uthoff* ist jedoch nicht der einzige mutige Kassenarzt, der sich an die



## Zeitzeugen

Ein Kassenarzt senkt Krankenhauskosten  
(selecta Nr. 17 vom 28. April 1986)

---

DRG herantraut, er ist nur der erste gewesen. In Hessen wartet bereits Dr. Lutz Helmig, Grebenhain, auf das o.k. der Landesregierung zu seinem DRG-Versuch, der seit Anfang des Jahres läuft. In der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis der Klinik Oberwald wird die Varizen-Operation zum Festpreis angeboten.

Helmig zur *SELECTA*: „Die Ope-

ration an einem Bein kostet bei uns 1600 DM, an zwei Beinen 2200 DM.“ Aus Statistiken der AOK geht hervor, daß bereits 1982 die Krankenkassen im Durchschnitt 3600 DM für den Eingriff an einem Bein bezahlen mußten. Ein Indiz mehr, daß Kostendämpfung, Qualität und medizinischer Fortschritt keine Gegensätze bilden.

Gabriele Prahl 