



Zeitzeugen

Herr Professor Sievers und das „Kieler Modell“
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 8 (1989), Seite 468-471)

Herr Professor Sievers und das „Kieler Modell“

Heiner Rüschemann

Nicht einverstanden sind die Initiatoren des „Kieler Modells“, Dr. Heiner Rüschemann und Detlef Uthoff, mit den Ausführungen von Prof. Dr. Sievers aus Heft 6/89 des SHÄ. Dr. Rüschemann bezieht Stellung zur Kritik des Kieler Anatomen.

Nun endlich wissen wir es! Dank eines aufmerksamen und wissenschaftlich geschulten Professors wird endlich die Öffentlichkeit über die Schliche und Machenschaften der Initiatoren des „Kieler Modells“ aufgeklärt. Daß ausgerechnet ein seit vielen Jahren nicht klinisch tätiger Anatomieprofessor sowohl die klinischen wie auch wirtschaftlichen Belange von Akutkrankenhäusern so genau zu beurteilen in der Lage ist, verlangt Respekt. Auch die nicht in seinen Fachbereich fallenden gesundheitspolitischen Überlegungen zeigen, daß er seiner Zeit weit voraus ist. Wie könnte es denn sonst sein, daß man allen das „Kieler Modell“ begleitenden Personen und Institutionen (Weltgesundheitsorganisation, Bundesarbeitsminister, Landesministerien, wirtschaftswissenschaftliche Lehrstuhlinhaber im In- und Ausland, Lehrstuhlinhaber verschiedener medizinischer Fakultäten, Forschungsinstitute, Bundes- und Landesverbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie eine Vielzahl von kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern einschließlich der Krankenhausärzte dieser und weiterer Häuser) über Jahre ein „X für ein U“ vormachen konnte. Es ging den Initiatoren doch letztendlich nur um den schnöden Mammon, um eine Kostenverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich

und alle haben dies nicht gewußt oder nicht wissen wollen.

Es ist schon bemerkenswert, zu welchen Bewertungen Menschen kommen können, die für sich in Anspruch nehmen, Dinge besser zu durchschauen und zu verstehen als andere, um damit dann (vor)eilig an die Öffentlichkeit zu treten. Welche Motive sind es, die Herrn Professor Sievers dazu bewegen, die Initiatoren des „Kieler Modells“ in ein erhebliches Zwielficht zu stellen? Ist es die Sorge um die Zukunft unseres Gesundheitssystems?

Für ein so hohes Anliegen wären Recherchen und Sachkompetenz unabdingbar. Trotz erheblicher Bemühungen unsererseits konnten wir beides bei seinen didaktisch brillant formulierten Ausführungen nicht entdecken:

Recherchen

Wir zitieren: „So ist das also? Die vorgelegte Kostenrechnung schließt das ärztliche Honorar, also die durch den behandelnden Arzt entstehenden Kosten nicht ein? Ja, sind denn bei den angestellten Vergleichen ... Wer hat's gewußt? ... Wer hat nicht aufgeklärt oder darauf hingewiesen? Die GS_bG muß es gewußt haben, ihr Geschäftsführer, der innovative Herr Dr. Rüschemann, betreut ... und war daher über die gesamten entstehenden Kosten informiert. Die GS_bG hatte offenbar kein Interesse an der Offenlegung ...“

Hier haben wir also den Schwindler, der es gewußt hat, der nicht aufgeklärt hat, der informiert war und der offenbar kein Interesse an einer Offenlegung hatte!

Wir haben im November 1988 eine Studie, erschienen in Buchform, zum „Kieler Modell“ veröffentlicht. Das Klinikum der Universität Kiel hat anschließend mehrere Exemplare

dieses Buches erworben. Wir verweisen auf die Grafik der Seite 137 — Abbildung 3.15: Entwicklung der Belegarztkosten je Fall (quartalsweise) — in Verbindung mit Seite 138: „Aufgrund unterschiedlicher Leistungsspektren und verschiedener Aufgabenstellungen nimmt die GS_bG keine Kostenvergleiche mit anderen Augenkliniken vor. Sollte dieses auf der Grundlage des veröffentlichten Datenmaterials von Dritten durchgeführt werden, sei der Hinweis erlaubt, daß nicht nur die Belegarztkosten zu den ermittelten Fallkosten der Klinik hinzugefügt, sondern daß insbesondere auch Investitionskostenanteile herausgerechnet werden müssen. Letztere sind üblicherweise nicht Bestandteil von Budget-/Pflegesatzverhandlungen.“

Öffentliche persönliche Verunglimpfungen, nicht recherchiert und nachweislich unwahr aus Sorge um unser Gesundheitssystem?

Wir haben an keiner Stelle einen Kostenvergleich mit dem Kieler Klinikum vorgenommen. Dies haben wir beispielsweise auch bei der Pressekonferenz zur Vorstellung unserer Ergebnisse im Beisein des Ärztlichen Direktors des Klinikums, Herrn Professor Wawersik, mehrfach betont. Dabei haben wir auch herausgestellt, daß die Universitäts-Augenklinik aufgrund anderer, weitergehender Aufgaben (Intensivmedizin, Laboruntersuchungen etc.) eine andere Kostenstruktur aufweisen muß.

Dennoch ergießt es sich weiter auf den unbefangenen Leser aus dem Studierstübchen des Anatomieprofessors: „Ja, sind denn bei den angestellten Vergleichen mit der Kieler Universitätsklinik auch die gesamten Arztgehälter der Uniklinik weg gelassen worden?“ oder „Wozu der Vergleich einer Belegklinik mit einer ‚richtigen‘ Universitätsklinik? Es erscheint unter fast allen denkbaren



Zeitzeugen

Herr Professor Sievers und das „Kieler Modell“
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 8 (1989), seite 468-471)

Aspekten wenig sinnvoll, die Kosten einer Klinik ohne ärztliche Leistungen zu vergleichen mit einem Klinikum, ...“ oder „Die Absicht hinter einem derartigen Vergleich hat andere Ziele ...“.

Welche Ziele und welcher Kostenvergleich denn nur? Wird hier nicht der Wunsch zu einer fixen Idee, wird hier nicht die Sorgfaltspflicht verdrängt und durch Polemik wettgemacht („Wir gratulieren ... In einer Zeit schlafloser Nächte für Herrn Blüm ... gelingt einer Gruppe intelligenter ... frohe Botschaft“)?

Welche Kosten haben wir denn nun wirklich verglichen? Exakt die der Klinik Kiel-Bellevue vor dem Modellversuch mit denen der Klinik Kiel-Bellevue im „Kieler Modell“. Das gleiche Haus, die gleichen Leistungserbringer, die gleiche Klientel, das gleiche Diagnosespektrum etc. Ein idealtypischer Vergleich, bei dem alle anderen Rahmenbedingungen unverändert blieben und somit das neue Finanzierungssystem in seiner Wirkung auf Leistungen und Kosten separat getestet werden konnte. Dazu mußten auch die Belegarztkosten aufbereitet werden, um zu prüfen, ob Kostenverlagerungen gleichzeitig stattgefunden hätten. Aufgrund der Kassenberechnungen hat sich dabei gezeigt, daß die durchschnittlichen Belegarztkosten je Fall vor und mit Modell stabil blieben (vgl. zitierte Abbildung). Sie hatten 1988 nahezu exakt denselben Wert wie 1985, und zwar DM 423,37.

... und nochmal Recherchen

..... wie machen die das bloß?“ fragt sich der Professor, obwohl es ihm und seiner Frau — die bis Anfang dieses Jahres mit dem Klinikinhaber eine Gemeinschaftspraxis führte — bereits erläutert wurde. Es ist ihm wohl entfallen, daß eine deutliche Verweildauerverkürzung viele Pflegeetage weniger bedeutet, d. h. bei intensiverer Pflege je Tag und Patient insgesamt weniger Pflegeleistungen. Das heißt aber auch ein Mehr an Patienten aufgrund frei werdender Betten und damit wirtschaftlichere Auslastung des OP, Preissenkung medizinischer Bedarfsartikel aufgrund höherer Stückzahlen und in der Summe weniger Personalaufwand je Fall, aber mehr Personal pro Bett zur intensiven pflegerischen Betreuung. —

Tja, so machen wir das, Herr Professor, und nicht über eine Milchmädchenrechnung, wie Sie sie vorgenommen haben: „... eine erhebliche Verlagerung der ... entstehenden Kosten (im konkreten Fall ca. 1/5) aus dem stationären in den ambulanten Bereich ...“.

Der Professor strapaziert dann erneut den sachkundigen und informierten Leser: „Verwaltungsleiter und Ärztlicher Direktor des ökonomisch zum Vergleich herangezogenen Universitätsklinikums hatten weder Einblick in die Berechnungsmodalitäten der Kosten der Augenklinik Kiel-Bellevue ...“. Tatsache ist, daß die Augenklinik Kiel-Bellevue die erste und bisher einzige Klinik der Bundesrepublik Deutschland ist, deren sämtliche Kostendaten aufgliedert nach Leistungsarten, darunter nach fixen und variablen Kosten, darunter nach Kostenträgern (Diagnosegruppen) und darunter nach 6 verschiedenen Zeitperioden, nach absoluten Kosten, nach relativen Kosten und diagnosebezogen nach Fallkosten in der erwähnten Publikation auf über 70 Seiten bis ins letzte Detail dargelegt wurden. Darunter wurden auf knapp 30 Seiten die Berechnungsmodalitäten so tiefgegliedert offengelegt, daß die gesamte Kostenrechnung selbst für Laien nachzuvollziehen ist. Hätten wir die Ausführungen von Herrn Professor Sievers nicht schwarz auf weiß gelesen, wir hätten es nicht geglaubt.

In einem Punkt müssen wir dem Professor aber recht geben. Verwaltungsleiter und Ärztlicher Direktor des Klinikums sind sogar in Kenntnis unserer Daten nicht in der Lage, einen Kostenvergleich zu prüfen. Das liegt schlicht in der Tatsache begründet, daß das Universitätsklinikum wie grundsätzlich das deutsche Krankenhaus keine adäquate, leistungsorientierte Aufbereitung der eigenen Kostendaten besitzt.

Herr Professor Wawersik weist daher in diesem Zusammenhang zu Recht immer wieder auf Umverteilungsprobleme innerhalb des Pflegegesetzes hin (Subventionierung der einen Abteilung durch die andere, der einen Diagnosegruppe durch die andere). Ohne eine solche leistungsorientierte Kostenerfassung sind jedoch diagnosebezogene, beim Gesamtpflegegesetz auch abteilungsbezogene Kostenvergleiche ohne jeden Sinn. Ein

Patient mit Operation am offenen Herzen mag ebenso lange liegen wie ein Patient mit rheumatischen Beschwerden, verursacht jedoch unvergleichlich höhere Kosten.

Doch wenden wir uns wieder Herrn Professor Sievers zu. Eine geradezu philosophische Abhandlung kommt zu dem Ergebnis, die KV Schleswig-Holstein werde sich schon ihre Gedanken gemacht haben, jedoch wegen der Pflicht zur vertraulichen Behandlung arztbezogener Daten von ihrem Wissen wohl keinen Gebrauch machen können. Die bedauernde Kassenärztliche Vereinigung, sie muß wegen des Schutzes längst offengelegter Daten ihr Wissen verbergen. Dabei konnte sogar dem Wunsch der Augenklinik, die Belegarztkosten ebenfalls diagnosebezogen zu pauschalieren und in den Klinikfestpreis einzubeziehen, aus rechtlichen Gründen nicht entsprochen werden. Sollte etwa die KV mit den Initiatoren des „Kieler Modells“ unter einer Decke stecken? Natürlich nicht. Die KV ist eine eigenständige Institution, die keiner Interpretation ihrer Gedanken bedarf.

Und die Krankenkassen? „Das Arzthonorar braucht sie nicht zu interessieren, da es aus dem ‚ambulanten‘ Topf entnommen wird, und der hat einen Deckel.“ Wieder haben wir etwas gelernt: so einfach ist also die Strategie der Krankenkassen. Als ob es keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen gäbe und als ob es keinen Zusammenhang zwischen den Kosten anderer Bereiche oder sich ändernder Versorgungsstrukturen und der Höhe des „Deckels“ gäbe. Zu allen solchen Fragen gibt es eine Fülle von Literatur, deren Studium wir Herrn Professor Sievers nicht untersagt haben.

Sachkompetenz

Wir zitieren: „Ein Beispiel: die in der Augenklinik Kiel-Bellevue entstehenden Kosten für die Behandlung einer Katarakt (die bei weitem am häufigsten erbrachte Leistung) betragen DM 1457,18. Das aus der Gebührenordnung leicht errechenbare ärztliche Honorar liegt nach Schwere des Falles ungefähr zwischen DM 600,— und DM 800,—, so daß sich insgesamt ein Betrag von ca. DM 2050,— bis DM 2250,— ergibt. Und wieviel kostet dieselbe



Zeitzeugen

Herr Professor Sievers und das „Kieler Modell“
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 8 (1989), seite 468-471)

Operation an der Universitätsklinik? Z. Zt. beträgt die maximale Liegedauer 5 Tage; multipliziert mit einem Tagessatz von DM 395,— ergibt DM 1975,—. Zu wessen Gunsten rechnet sich der Unterschied?... nicht zu sprechen von der Vielzahl zusätzlicher Funktionen ... wie z.B. Weiterbildung, klinische Forschung etc.“

Hier wird es nun in der Tat abenteuerlich:

- Herr Professor Sievers, der uns unter der Überschrift „Äpfel und Birnen?“ einen nie durchgeführten Kostenvergleich mit dem Klinikum vorhält, dessen Ärztlicher Direktor einen solchen Vergleich aus vielen guten Gründen ablehnt, macht sich nun selbst auf den Weg, um Äpfel und Birnen zusammenzuzählen.

- Er vergleicht Kosten für eine Diagnosegruppe in der Klinik Kiel-Bellevue mit Ausgaben der Kassen für die entsprechende Gruppe im Klinikum. Die Ausgaben haben aber mit den Kosten für diese Gruppe nicht das geringste zu tun, denn der Pflegesatz ist ein pauschalierter Tagessatz über alle Abteilungen und alle Diagnosegruppen des Klinikums hinweg.

- Er multipliziert diesen Pflegesatz mit der Liegezeit in Tagen, was jedem Verwaltungslehrling in einer Klinik kaum verziehen würde; denn abgerechnet wird grundsätzlich nach Berechnungstagen, und das ist ein Tag mehr.

- Er setzt die Verweildauer für die Katarakt einfach mit maximal 5 Tagen an, was nach Auskunft der Krankenkassen falsch ist: Es sind im Durchschnitt 8,3 Berechnungstage für die Katarakt.¹

- Herr Professor Sievers, der uns vorwirft, die Belegarztkosten zu unterschlagen, was — wie wir inzwischen wissen — unwahr ist, vergißt bei seinem Vergleich, die Kosten für Investitionen einschließlich der Errichtung und Erstausrüstung der Klinik Kiel-Bellevue herauszunehmen, denn diese Kosten tauchen im Pflegesatz (duales Finanzierungssystem) der Universität nicht auf und werden vom Land getragen. In der Augenklinik Kiel-Bellevue ist der Investitionsanteil jedoch Bestandteil der ausgewiesenen Kosten (Übergang zum monistischen Finanzierungssystem). Für die Behandlung

eines Patienten beträgt er im Durchschnitt DM 325,19 je Fall.

- Er berücksichtigt nicht, daß die Belegärzte der Augenklinik Kiel-Bellevue 15% der Belegarzteinnahmen (damit lediglich DM 359,86 statt der o.a. DM 423,37 je Fall) nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) an die Kassen weiterleiten.

- Er behauptet, das ärztliche Honorar für eine Katarakt liege je nach Schwere des Falles zwischen DM 600,— und DM 800,—. Tatsächlich — zu prüfen anhand der Zahlungsströme der Kassen — beträgt das ärztliche Honorar für eine Katarakt alles in allem im RVO-Bereich im Durchschnitt exakt DM 545,33 und im Ersatzkassenbereich DM 560,19.

Er geht im Klinikum von einem Tagessatz von DM 395,— aus. Der allgemeine Pflegesatz beträgt 1988 jedoch nur DM 386,93, wobei etliche Entgelte für Sonderleistungen (nicht in der Augenheilkunde) existieren, ohne die der Tagessatz nach Kassenauskunft etwa DM 438,— betragen würde. Für 1989 sind die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen. Es wird nach gegenwärtigem Verhandlungsstand jedoch ein deutlich höherer Pflegesatz (etwa DM 409,— zzgl. Sonderentgelte) erwartet.

- Er führt argumentativ auch die Forschung als kostenintensiven Block an. Nach dem KHG sind Forschungskosten jedoch vom Land zu tragen und nicht Gegenstand eines Pflegesatzes.

- Er läßt die Abhängigkeit der Fallkosten in einer Diagnosegruppe von der Anzahl der Fälle (z.B. sind die Kosten einer Kunstlinse bei höheren Stückzahlen deutlich geringer) unberücksichtigt und vergleicht damit Diagnosegruppen mit deutlich unterschiedlichen Fallzahlen in den verschiedenen Kliniken.

- Er vergleicht die Fallkosten der Klinik Kiel-Bellevue der ersten Hälfte des Jahres 1988 mit Werten der Uniklinik aus 1989. Er berücksichtigt nicht die Verweildauer der Uni-Augenklinik des Jahres 1988.

- Er begnügt sich trotz der Komplexität der Problematik eines Kostenvergleichs unkritisch mit einer 2-Minuten-Berechnung, da diese ja bereits ein Wunschergebnis hervorbringt; wenn er doch seinen falschen

Ansatz wenigstens formal korrekt zu Ende gerechnet hätte.

Bereits auf den ersten Blick eine Vielzahl fundamentaler Fehler in nur einem einzigen Gedankengang! Wir sind sicher, daß Herr Professor Sievers an seine wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der Anatomie höhere Anforderungen stellt.

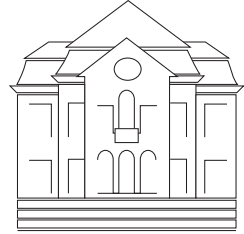
„Cui bono?“

In erster Linie dem Patienten. Er braucht nicht mehr die verlängerte Zeit im Krankenhaus zu liegen, wie es das Pflegesatzsystem ohne Verschulden der Krankenhäuser erzwingt. Für ihn kann es nur von Nutzen sein, wenn Elemente eines Wettbewerbs der Leistungen eingeführt werden. Leistungswettbewerb bedeutet stetes Bemühen um Leistungsverbesserung.

Dies sprechen wir auch niemand anderem ab. Im Preissystem ist es jedoch existentiell und somit eine ökonomische Steuerung zur Qualitätssicherung; denn ein Weniger an Patienten aufgrund schlechter Leistungen kann finanziell grundsätzlich nicht durch ein Mehr an Pflegetagen ausgeglichen werden. Darüber hinaus kommt nach unserer Einschätzung eine hohe Operationszahl bei den verschiedenen Indikationen aufgrund der damit verbundenen größeren Erfahrungen und Routine — vorsorglich sei erwähnt: „größere“ bezieht sich auf die Klinik Kiel-Bellevue vor Modell und auf niemand anderen sonst — dem Patienten zugute.

In diesem Zusammenhang empfinden wir es als äußerst bedrückend, daß Herr Professor Sievers in seinen Ausführungen einzig und allein auf Monetäres abstellt und der Patient, dem doch unser aller Bemühen dient, nicht mit einem Wort Erwähnung findet.

Natürlich dient das „Kieler Modell“ auch den Kassen, die Kosten sparen, und dies insbesondere auch über den Mitzieheffekt, was die drastische Verkürzung der Liegezeit des Patienten bundesweit in den Augenkliniken betrifft. Hier nehmen wir mit Schmunzeln zur Kenntnis, daß die Universitätsklinik dies um so gelassener bestätigen, je weiter sie von Kiel entfernt liegen. Es dient auch der Klinik, die ärztlich gewünschte kürzere Verweildauern ohne ökonomische



Zeitzeugen

Herr Professor Sievers und das „Kieler Modell“
(Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 8 (1989), seite 468-471)

mische Bestrafung zulassen kann. Es dient auch den Ärzten, die in diesem Spezialfall einer Belegklinik bei hoher Operationszahl auf ein durchaus günstiges Einkommen schauen können. Dem stehen jedoch enorme Fortbildungszeiten und erheblich geringere Einnahmen in der Praxis gegenüber. Dennoch unterm Strich wegen der hohen Operationszahlen ein Mehr aus dem „Topf“, wird Herr Professor Sievers sagen. Er wird dann aber auch hier vergessen, daß ohne die hohe Operationszahl in der Klinik Kiel-Bellevue in Verbindung mit der kurzen Liegedauer noch weitere 60 Augenbetten in Schleswig-Holstein erforderlich wären (vgl. Krankenhausplanung des Landes), wie sie in den letzten Jahren ausschließlich durch Belegbetten mit zugehörigem Belegarzthonorar schon aufgebaut wurden. Für den „Topf“ ist dieser Aspekt damit uninteres-

sant. Interessanter ist da schon der Versuch von Herrn Professor Sievers, der Augenklinik Kiel-Bellevue nachhaltig zu schaden („Die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte trägt das ‚Kieler Modell‘, denn sie zahlt ...“).

„Cui malo?“

Das „Kieler Modell“ schadet sicherlich niemandem. Selbst wenn es nicht die positiven Ergebnisse hervorgebracht hätte, ja, selbst wenn es ein völliger Reifall geworden wäre, hätte es großen Nutzen gebracht. Es hätte dann nämlich als empirischer Feldversuch mit wissenschaftlicher Begleitung die Schwächen dieses neuen Systems offenbart und unser Krankenhauswesen bei der gegenwärtig rasanten Entwicklung von Fallpauschalen im Krankenhaus vor Schlimmerem bewahrt.

War es denn bei Herrn Professor Sievers vielleicht doch etwas anderes als die Sorge um unser Gesundheitswesen? Wie auch immer, nicht nur in Kiel, auch andernorts sagt der Volksmund: „Schuster, bleib bei Deinen Leisten.“

Dr. Heiner Rüschemann
Gesellschaft für Systemberatung im
Gesundheitswesen GS_bG
Lindenallee 21
2300 Kiel 1

¹⁾ Dennoch ist richtig, daß die Universitäts-Augenklinik während der drei Jahre Modellversuch die Verweildauer deutlich gesenkt hat. Von mehreren Universitätskliniken im süddeutschen Raum wurde bestätigt, daß sie nach dem Vorbild des „Kieler Modells“ die Verweildauer für eine Katarakt von über 11 Tagen auf etwa die Hälfte reduziert haben. Hier liegt der eigentliche (Ersparnis-)Erfolg des „Kieler Modells“.