

Diagnosebezogene „Fallgruppen“ – ein Flop?

BONN. Vorerst noch unter Verschuß gehalten wird ein vom Bundesarbeitsministerium im Herbst 1985 im Rahmen der ressortbezogenen krankenhauspolitischen Forschungsprojekte in Auftrag gegebenes und inzwischen fertiggestelltes Gutachten mit dem Titel „Vorstudie zu diagnoseabhängigen Fallpauschalen“. Gemeinsame Gutachter sind das Gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, die Abteilung Wirtschaftswissenschaften der (privaten) Universität Witten/Herdecke (Verwaltungsdirektor: Peter Meister) in Zusammenarbeit mit der Frankfurter Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Whinney GmbH (Geschäftsführer: Dr. Peter J. Kracht). Das Gutachten hatte der Projektausschreibung zufolge in erster Linie ausländische Erfahrungen (USA) auszuwerten und deren Übertragbarkeit auf das Krankenhausfinanzierungssystem in der Bundesrepublik Deutschland zu prüfen. Insbesondere sollten die seit 1983 in den USA gemachten Erfahrungen mit einem neuartigen Preisabrechnungssystem für Krankenhäuser nach „Diagnosis Related Groups“ (DRG) kritisch unter die Lupe genommen werden. Nach einer zunächst auf den Staat New Jersey begrenzten Erprobung des DRG-Systems (gegliedert nach 464 Diagnosegruppen) ist dieses System auf weitere Staaten ausgedehnt und für obligatorisch erklärt worden. Inzwischen ist auch in der Bundesrepublik ein DRG-Modellversuch gestartet worden, und zwar in der (privaten) Augenklinik Dr. Uthoff in Kiel-BelleVue, zunächst befristet auf drei

Jahre und getragen von der Arbeitsgemeinschaft der Kieler Krankenkassen (vgl. DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 24/1986). Ersten Informationen zufolge hat das Herdecker/Frankfurter Gutachten „katastrophale Ergebnisse“ zutage gefördert. So sollen nach den US-amerikanischen Modellversuchen besonders hoch dotierte, gewinnträchtige Diagnosegruppen häufiger abgerechnet und sogar computerunterstützt ausgewählt worden sein, so daß der Kostenaufwand trotz nachweislich reduzierter Krankenhausverweildauer im stationären Sektor insgesamt nicht vermindert werden konnte, so jedenfalls die Aussage des Frankfurter Ordinarius für medizinische Informatik, Prof. Dr. med. Wolfgang Giere. HC

FDP will die Konkurrenz beleben

BONN. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sollten, einem Vorschlag des FDP-Fraktionsvorsitzenden Wolfgang Mischnick zufolge, allein durch die Arbeitnehmer gezahlt werden. Bei einer solchen Regelung sollten die Bruttolohnkosten und -gehälter um den entsprechenden Arbeitgeberbeitrag erhöht werden. Dieser Vorschlag steht im Zusammenhang mit der Forderung der FDP, in der Krankenversicherung Selbstbeteiligungsformen einzuführen. Man müsse dafür sorgen, daß den Versicherten die Früchte der Selbstbeteiligung bei den Krankenversicherungsbeiträgen voll zugute kämen. Das sei aber nur der Fall, wenn die Beiträge allein von den Arbeitnehmern getragen würden.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung fehlen nach Aussage der FDP-Bundestagsabgeordneten

Dr. Inge Segall materielle Anreize zum sparsamen Verhalten sowohl bei Leistungserbringern als auch bei Leistungsempfängern. Hier liege die große Aufgabe der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Selbstverwaltung müsse einen möglichst großen Verantwortungs- und Kompetenzbereich haben. Regelungen der Vertragsparteien müßten Vorrang vor gesetzgeberischen Eingriffen haben. Frau Segall setzte sich ferner dafür ein, die „Konkurrenz auf der Ebene der Beitragssätze“ zu beleben. Sie kritisierte das Marketingkonzept des AOK-Bundesverbandes, das nach ihrer Auffassung allein „auf der Leistungsschiene“ läuft. Wörtlich: „Warum muß in Zukunft jede Ortskrankenkasse ihre Satzungsleistungen und Ermessensleistungen bis zum Ende ausreizen? Wäre es nicht für alle besser, man würde sich auf das besinnen, was die Menschen tatsächlich benötigen, als ihnen aus Konkurrenzgründen Leistungen anzubieten, auf die man sie überhaupt erst aufmerksam machen muß, damit sie in Anspruch genommen werden?“ NJ

Ausland

Abtreibungen legalisiert

ATHEN. Das Athener Parlament hat einen Gesetzentwurf verabschiedet, der den Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Schwangerschaftswoche ohne Indikation erlaubt.

Für das Gesetz stimmte die sozialistische Mehrheit. Bisher galten in Griechenland nur die mütterliche und die „eugenische“ Indikation. bt

Hunderte Millionen Dollar gegen die „Flußblindheit“

LOME. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) meldet beachtliche Erfolge in der Bekämpfung der Onchozerkose in mehreren westafrikanischen Ländern. Seit 1974 wird in Benin, Burkina-Faso (dem früheren Obervolta), der Elfenbeinküste, in Ghana, Mali, Niger und Togo systematisch der Überträger, eine im Englischen als „schwarze Fliege“ bezeichnete Stechmücke, auf 18 000 Flußkilometern wöchentlich mit einem Vertilgungsmittel bekämpft. Seit einiger Zeit sind keine neuen Fälle von Onchozerkose mehr bekannt geworden. Deshalb soll die Aktion jetzt auf Guinea, Guinea-Bissau, Senegal und Sierra Leone ausgedehnt werden.

Die bisherige Aktion kostete 133 Millionen Dollar, für die nächsten 5 Jahre werden es 162 Millionen sein – 1 Dollar pro Einwohner und Jahr. Die Weltbank, einige UNO-Organisationen, der Entwicklungshilfe-Fonds der Opec und 19 Staaten, darunter auch die Bundesrepublik Deutschland, haben bisher das Geld aufgebracht. bt



Jeder zweite Bundesbürger stirbt an Herz- oder Kreislauferkrankungen, jeder fünfte an Krebs. Dies geht aus einer Untersuchung des Statistischen Bundesamts für die Jahre 1981 bis 1983 hervor