

TOP 10

Die deutsche Gesundheitspolitik auf einer Gratwanderung

Prof. Dr. A. Encke

Präsident der AWMF, Frankfurt/M.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen!

Wie Sie alle wissen, ist die Gesundheitsgesetzgebung abhängig von zufälligen Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat. Wir erleben dies gerade erneut, und ein vernünftiger Kompromiß wäre wünschenswert. Das Gesetzesvorhaben der regierenden Koalition ist Ihnen bekannt, es ist diskutiert und auch etwas modifiziert worden. Einen Alternativvorschlag der Opposition gab es bis zum 16. Juni 2003 überhaupt nicht. Es erschien dann eine nicht von den Sachverständigen, sondern von den Parteivorsitzenden erstellte Vereinbarung, Herr Seehofer hat sich am Wochenende von dieser Position distanziert und ist eigene Wege gegangen. Wer am gestrigen Abend noch Gelegenheit hatte, die Talkshow "Berlin Mitte" im Fernsehen zu verfolgen, konnte die Gesundheitsministerin Schmidt, Herrn Seehofer und Frau Sager von den Bündnisgrünen einig in der Forderung erleben, daß es wie bisher nicht weitergehen kann, man einen vernünftigen Kompromiß braucht und die wichtigste Aufgabe darin besteht, die Qualität in der Medizin zu verbessern. Eine solche Forderung richtet sich, wie Sie alle wissen, indirekt immer gegen die Leistungserbringer, die Ärzteschaft und die Pharmazeutische Industrie. So etwa ist die Ausgangssituation zu umreißen.

Das Reformgesetz ist am 16. Juni 2003 in den Bundestag eingebracht worden. Es findet vom 23.-30. Juni 2003 eine Anhörung vor dem Bundestagsausschuß für Gesundheit und Soziales in Berlin statt, zu der ca. 140 Verbände und Einzelexperten eingeladen wurden. Der MFT ist nicht eingeladen,

die AWMF ist am heutigen Tage noch eingeladen worden. Hierbei kann es sich nur um eine Alibi-Veranstaltung handeln, wenn an vier Tagen alle Interessenvertreter und -gruppen, darunter vor allem auch nicht-wissenschaftliche und nicht-medizinische zu Wort kommen sollen. Insofern ist der Titel meines Vortrages - eine Gratwanderung der Gesundheitspolitik-, deren Ziel wir nicht kennen, sehr berechtigt.

Die Probleme der Hochschulmedizin sind Ihnen bekannt. Es sind dies die Fallpauschalen (DRG-System), die Integration der stationären und ambulanten Versorgung und die Öffnung der Hochschulambulanzen, die Innovationen und Klinischen Studien und die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement. Ich möchte meinen Vortrag auf die Themen Fallpauschalen und Qualitätssicherung als aktuelle Beispiele beschränken. Weitere Themen, die in Arbeit oder auch abgeschlossen sind, wären die Novellierung der ÄAppO, die Problematik von Weiterbildung und Spezialisierung, die Fortbildung und Rezertifizierung, das ärztliche Dienstrecht, der Mangel an ärztlichem Nachwuchs und das Arbeitszeitschutzgesetz.

1. DRG-Problematik

Sie kennen alle die Entwicklung bis zum vergangenen Jahr, als nach dem Scheitern der Konsensgespräche zwischen den Selbstverwaltungspartnern DKG und Krankenkassen durch das BMGS eine Verordnung zum 1. 1. 2003 erlassen wurde. Von allen Seiten waren Widersprüche angemeldet worden. Die Hochschulmedizin war vertreten durch eine gemeinsame Aktion von Wissenschaftlichem Beirat, AWMF, MFT, VUD und Bundesärztekammer. Die Aufforderung, die Einführung des deutschen DRG-Systems um ein Jahr zu verschieben, um sie besser vorbereiten zu können, wurde nicht akzeptiert. Vom BMGS wurde aber unser Angebot begrüßt, das Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus GmbH (InEK), dessen Direktor, Dr. Frank Heimig, Mathematiker und Mediziner ist, durch Sachverständige der medizinischen Fachgesellschaften bei der Umsetzung und Anpassung des "lernenden Systems" zu unterstützen und zu beraten. Weder die Krankenkassen noch die Deutsche Krankenhausgesellschaft waren von diesem Vorschlag begeistert. Sie haben ihm aber zugestimmt und als Träger des Institutes im Dezember 2002 einen "Strukturierten Dialog" initiiert. Bei diesem Dialog wurde ein

Fragebogen im Internet veröffentlicht, der wissenschaftlich-medizinische Sachverstand konnte auf diesem Wege bis zum 31. März 2003 eingebracht werden.

Schon im Januar 2003 wurde ein Fallpauschalenänderungsgesetz notwendig, um die Pilotphase ab 1.1.2003 in praxi umsetzen zu können.

Die Erstkalkulation der DRGs geschah unabhängig von der Korrektur und parallel zu den eingebrachten Vorschlägen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Das InEK hat der AWMF Erfahrungswerte und Daten zur Verfügung gestellt. (Tabelle 1). Bemerkenswert erscheint, daß sich unter den 125 Krankenhäusern kein Universitätsklinikum befand und auch die Häuser der Maximalversorgung unterrepräsentiert waren. Die Unikliniken hatten ihre Daten nicht zur Verfügung gestellt, weil die Datenqualität der herangezogenen Häuser ihnen nicht akzeptabel erschien.

Eine vollständige Auflistung der von Herrn Dr. Heimig zur Verfügung gestellten Daten findet sich als Anhang zum Protokoll der Delegiertenversammlung der AWMF vom 17.5.2003.

Tabelle 1: Lehren aus der Erstkalkulation

Kalkulation deutscher KG	geliefert	in Kalkulation eingegangen	Anteil
Krankenhäuser	125	116	92,8 %
davon Fachkliniken		19	
Fallzahl	633.577	494.325	78,0 %
davon Belegabteilung		14.421	
davon teilstationär	10.721		

Die Kalkulation für das Jahr 2004 wird auf einer etwas breiteren Grundlage stehen, weil sich inzwischen mehr Kliniken bereitgefunden haben, ihre Daten zu liefern. Dazu zählen nun auch 13 Universitätsklinika. Etwa 300 Krankenhäuser haben sich gut auf die Pilotphase vorbereitet. Es kommen aber, und das mag zu einer Verfälschung führen, etwa 500 weitere Häuser hinzu, die, nur um der Nullrunde zu entgehen, ihre Teilnahme erklärten, jedoch noch keine Erfahrungen mit dem neuen System besitzen. Es ist daher

zu befürchten, daß die Kalkulation für das Jahr 2004 ähnliche Schwierigkeiten wie die für das Jahr 2003 haben wird.

Was haben die aus wissenschaftlicher Sicht eingereichten Korrekturvorschläge erbracht? Bis zum 31. März 2003 waren 175 Vorschläge von Fachgesellschaften und Verbänden und 65 Vorschläge von Einzelpersonen eingegangen. Jeder Vorschlag bestand aus 1 bis 200 Einzelvorschlägen, so daß sich insgesamt eine Zahl von 1500 bis 2000 Einzelvorschlägen ergibt, die vom InEK bearbeitet werden sollen. Der dafür zu erbringende Aufwand wurde mit 2000 bis 2500 Minimalen Bearbeitungseinheiten (MBE) angegeben. Etwa 1/3 der eingegangenen Vorschläge waren aus Sicht des Institutes berechtigt und werden in die neue Kalkulation Eingang finden. 1/3 der Vorschläge betrafen lediglich eine gewünschte Kompetenzverschiebung innerhalb der medizinischen Fachgebiete und 1/3 der Vorschläge mußten als berufspolitisch bedingt oder inhaltlich unsinnig eingestuft werden. Es wurden 100 neue DRGs und 100 neue DRG-Splits vorgeschlagen, obwohl feststeht, daß wir über die bisherige Zahl von 600 DRGs kaum hinausgehen können. Es ist zwischen DKG und Krankenkassen noch strittig, ob Zusatzentgelte, die vernünftiger Weise zugestanden werden müssen, in diese Gesamtzahl von 600 DRGs aufgenommen oder ob sie darüber hinaus angerechnet werden. Ein Aufstocken der DRGs wird bisher abgelehnt, wenn nicht bestehende DRGs in Fortfall kommen, wofür bei Umbenennung oder Fehlerkorrekturen Anlaß bestehen kann. In den Anträgen wurden weiterhin 100 neue OPS-Kodes und 100 neue ICD-Kodes vorgeschlagen.

Die strittigen Themen dieser Vorschläge für eine Aufbesserung oder Zusatzentgelte waren u.a. die Palliativmedizin, Infektionserkrankungen mit Meldepflicht, die Epilepsiediagnostik und -therapie, die Zentren für Querschnittsgelähmte, die Therapie des Morbus Parkinson, die Therapie von schweren Schädel-Hirn-Traumata, die MS-Spezialbehandlung, die Geriatrie, die Intensivtherapie, die Neonatologie, HIV/AIDS, das Polytrauma, Schwerbrandverletzte und die Neurologische Frührehabilitation. Erstaunlicherweise wurde die Onkologie von Herrn Dr. Heimig nicht genannt. Aufgabe des InEK ist es, diese Vorschläge in einer Simulation einzeln zu berechnen und dann den Trägern des Institutes mitzuteilen, ob sich daraus eine Verbesserung oder sinnvollere Einteilung, d.h. eine größere Homogenität der DRG-

Gruppen ableiten läßt. Die Berechnung aller eingegangenen Vorschläge wurde zugesagt.

Interessant ist, daß bei der Erstkalkulation 6 der DRGs weniger als 20mal getroffen wurden, daß 11 DRGs 20-50mal getroffen wurden und daß 25 % der DRGs 73 % der Kalkulationsfälle mit 64 % der Kosten beinhalten. Gerade diese Zahlen spiegeln die Erfahrung anderer Länder wider, wonach sich nur 2/3 oder gar nur die Hälfte aller Erkrankungen durch die DRGs sinnvoll abbilden lassen.

Die AWMF und die Bundesärztekammer haben im Herbst 2002 eine Sachkommission gebildet, die von allen Fachgesellschaften, die sich mit dieser Problematik beschäftigen müssen, auch aufgegriffen wurde. Sie haben die Sachverständigen benannt, die dem Institut InEK zur Verfügung stehen. Die Träger des InEK haben die interne Devise ausgegeben, die Sachverständigen möglichst wenig zu befragen, daher sind bisher nur 5 Anfragen gestellt worden, die aber sehr kompetent beantwortet werden konnten. In einem Fall gab es eine streithafte Diskussion zwischen zwei Fachgebieten, die gelöst werden konnte. Wir müssen mit dem DRG-System leben, es weiterentwickeln und versuchen, unsere innermedizinischen Verteilungsprobleme selbst zu lösen. Ich habe den Eindruck, daß das InEK die Kalkulation seriös betreibt und bin überzeugt, daß mit der nächsten Vorlage des DRG-Systems eine verbesserte – natürlich noch keine ideale – Version entstehen wird.

Das Regelwerk bleibt vorerst bei den Partnern Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen unter Verschuß und soll im September 2003 veröffentlicht werden. Nachdem beide Partner zur Zeit partiell erneut das Scheitern der Verhandlungen erklärt haben, ist eine ministerielle Entscheidung zu erwarten, die für den Herbst 2003 eine weitere Ersatzvornahme beschließen wird.

Dieser Stand der Erarbeitung und Einführung des deutschen DRG-Systems soll Ihnen die Schwierigkeiten verdeutlichen, derzeit Gesundheitspolitik zu betreiben. Es darf dabei nicht übersehen werden, daß die Existenz von Krankenhäusern auf dem Spiel steht, die wirtschaftliche Situation der Universitätsklinika gefährdet ist und ein erheblicher Strukturwandel Folge der

DRGs sein kann. Insofern kann ich Sie an dieser Stelle nur bitten, uns in den Fakultäten und Fachgesellschaften zu unterstützen, um aus dem DRG-System das bestmögliche zu machen.

2. Qualitätssicherung

Im Mittelpunkt der gegenwärtigen Qualitätsdiskussion steht aus politischer Sicht die Einrichtung eines *Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin*. Die Schaffung dieses Zentrums ist ein besonderes Anliegen der Bundesgesundheitsministerin, die dabei von einem unserer eigenen Kollegen beraten wurde. Das Zentrum hat in den letzten Monaten immer wieder neue Variationen erfahren. Beginnend mit einem Drei-Mann-Betrieb, soll es jetzt einen Direktor, dessen Stellvertreter, einen Beirat von 5 unabhängigen Wissenschaftlern und ein Kuratorium von 49 Mitgliedern, davon 3 Vertreter der medizinischen Fachgesellschaften (die gleiche Zahl darf der DGB stellen) umfassen. Dieses Zentrum wird von den Oppositionsparteien wie auch von uns abgelehnt, da wir der Meinung sind, daß es genügend bestehende Qualitätssicherungseinrichtungen gibt, die man weiterentwickeln kann und soll. Es scheint sich allerdings auch hier ein politischer Kompromiß anzubahnen.

Das *Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin* soll als Institut für Qualität bei den Anbietern sorgen. Es soll eine Informationsstelle für Patienten vergleichbar mit den Warentest-Firmen sein, und es soll den wirtschaftlichen Nutzen von medizinischen Leistungen erarbeiten und darstellen. Es ist klar, daß wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaften, als Fakultäten und Ärzteschaft bewußt sind, daß die Qualität der medizinischen Leistungen in der Breite verbessert werden kann und muß. Hier handelt es sich aber nicht um ein deutsches, sondern, um ein weltweites Problem. In den meisten europäischen Ländern gibt es bereits entsprechende Institute, die z.B. in Großbritannien (NICE), in den Niederlanden, aber auch in den USA existieren. Ein solches Institut wird wohl auch in Deutschland kommen, doch habe ich die Hoffnung, daß es uns gelingen wird, seine Trägerschaft mehr in Richtung des medizinischen Sachverstandes und nicht der politischen Administration zu bestimmen.

Die bisherige Qualitätssicherung hat eine lange Tradition und wir verfügen bereits über zahlreiche Methoden und Strukturen (Abb. 1).

- AQS (1993) BÄK, KBV, GKV, DKG
- ÄZQ (1995) BÄK, KBV, - Leitlinien Clearing (1997)
- KTQ (1998) BÄK, GKV, DKG, Pflegerat
- QM Internes Qualitätsmanagement
- BQS Externes Qualitätsmanagement (GKV, PKV, DKG, BÄK)
- SVR Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen:
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
- AEP Fehlbelegungsprüfung durch MDK
- Koordinierungsausschuß
 Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen
 (GKV, KBV)
 Bundesausschuß Krankenhäuser und Krankenkassen
 (GKV, DKG, BÄK)
 Medizintechnik
- HTA Health Quality Assessment (BMG, DIMDI)
- CAQ (1992) Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung

Abb. 1: Programme und Gremien der Qualitätssicherung in der Medizin in Deutschland

Die bestehende Verflechtung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Selbstverwaltung ist in einer Netzwerkdarstellung gut zu verdeutlichen (Abb. 2). Zu den in der oberen Leiste genannten Gremien ist nun auch noch die Rentenversicherung hinzugekommen. Alle Ausschüsse im unteren Teil der Graphik beschäftigen sich mit dem Clearing und der Implementation von Leitlinien, messen Qualität und beschäftigen sich mit Fragen der Zertifizierung von Krankenhäusern.

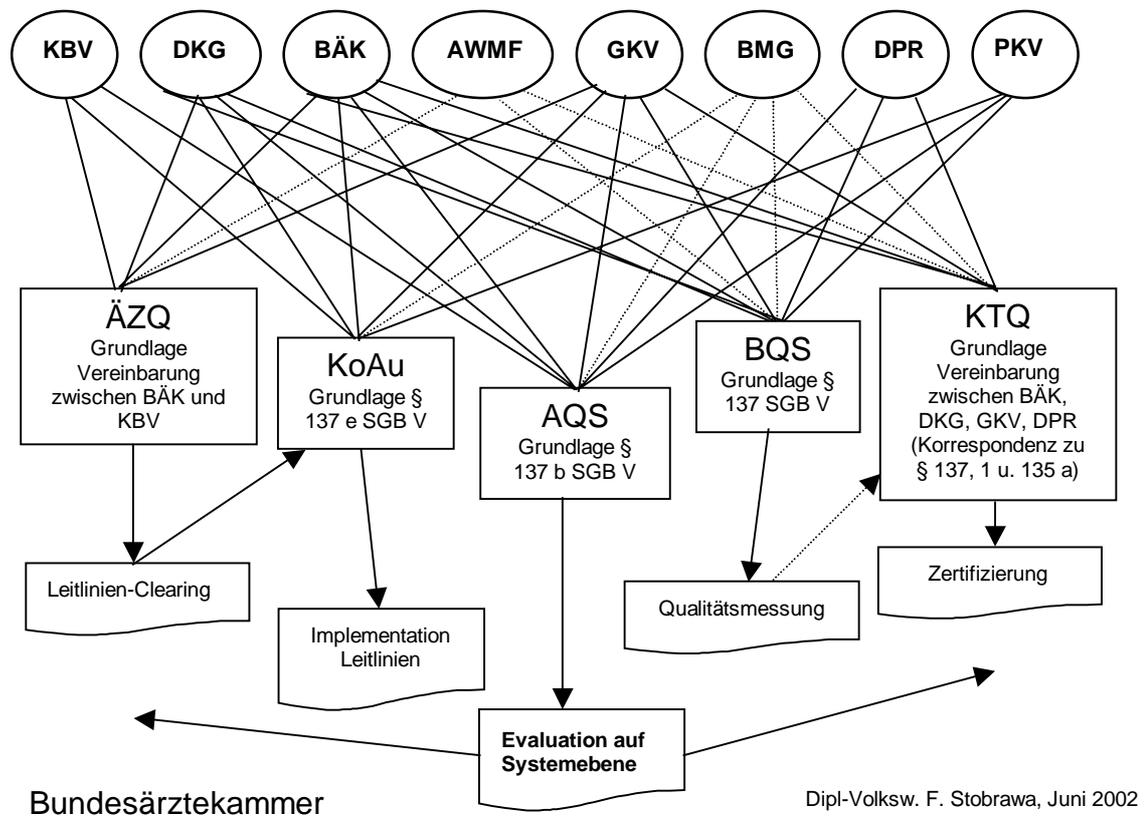


Abb. 2: Netzwerk Qualitätssicherung der Selbstverwaltung

Unser Wunsch ist es, die Gesetzgebung so zu beeinflussen, daß eine oder mehrere der hier aufgeführten Institutionen mit der Wahrnehmung der Aufgaben des geplanten Institutes für Qualitätssicherung betraut werden. Die Finanzierung ist bisher völlig unsicher. In Großbritannien wird ein vergleichbares Institut mit 15 Mio. £ pro Jahr ausgestattet. Es ist unklar, wer in Deutschland solche Beträge aufbringen kann und wird. Die Bundesärztekammer, die KBV und die AWMF haben sich mehrfach beraten, um eigene Instrumente der Qualitätssicherung (ÄZQ, Leitlinienkommission der AWMF) weiter zu entwickeln.

Die Hauptaufgabe eines solchen Instituts wird aus unserer Sicht die Erstellung von Leitlinien sein. Der Gesetzestext spricht von "evidenzbasierten Leitlinien". Die Definition der "Evidenzbasierung" ist häufig umstritten oder unbekannt. Deutschland stellt – einmalig in der Welt – diesen Begriff, der

für eine Wissenschaftstheorie steht, in einen Gesetzestext. Ein solches von der wissenschaftlichen Medizin geleitetes Institut muß m.E. die Kostenträger (Krankenkassen) mit einbeziehen. Denn die von uns erstellten Leitlinien müssen auf ihre Funktion in der alltäglichen Praxis durch BÄK und KBV, bezüglich ihrer Finanzierbarkeit durch die Krankenkassen überprüft werden. Auch Patienten müssen in die Generierung von Leitlinien integriert werden. Das Primat der Erstellung muß aber beim wissenschaftlich-medizinischen Sachverstand liegen und darf nicht aus der Hand gegeben werden. Die AWMF hat einen Drei-Stufen-Prozeß der Leitlinienentwicklung erarbeitet (Abb. 3).

Stufe 1: Expertengruppe (S1)

Informeller Konsens einer repräsentativen Expertengruppe der Fachgesellschaften

Stufe 2: Formale Konsensfindung (S2)

Beratung der S1-Leitlinien in formalen Konsensverfahren (Nominaler Gruppenprozeß, Delphi, formale Konferenz)
Diskussion der Evidenz (mit Literatur)
Mitarbeit von Methodikern

Stufe 3: Alle Elemente systematischer Erstellung (S3)

Konsens
Logik (Klinischer Algorithmus)
Evidenz-Basierung
Entscheidungsanalysen (Kosteneffektivität)
Outcome-Analyse

Abb. 3: Leitlinienentwicklung der AWMF

Die Stufe 3 ist das wünschenswerte Ziel jeder Leitlinie, ist aber von erheblicher zeitlicher und finanzieller Dimension und für viele Erkrankungen aus methodischen Gründen gar nicht möglich. Das Verfahren ist ideal für die Einführung neuer medikamentöser Maßnahmen, dagegen fast unmöglich für neue operative Vorgehensweisen. Die meisten Leitlinien entsprechen der

Stufe 1, d.h. sie gründen sich auf den Konsens von Experten, die angefeindet werden können. Solche Leitlinien sind deswegen aber für die Praxis keineswegs nutzlos. Nur 20 % der Therapien aller behandelbaren Erkrankungen in der Medizin können durch randomisierte klinische Studien belegt werden, die übrigen Erkrankungen werden deswegen jedoch nicht durch "nutzlose" Therapien versorgt. Die Medienöffentlichkeit reagiert aber auch hier wieder typisch, indem in Publikationen der Tagespresse behauptet wird, daß 85 % aller Erkrankungen nicht nach wirklich gesichertem Wissen behandelt würden und 50 % aller Krankenhausaufenthalte nutzlos seien. Hier müssen wir mit unserem medizinischen Sachverstand durch begründete Stellungnahmen einschreiten.

Die Versorgungsforschung (*efficacy vs. effectiveness*) spielt eine zunehmende Rolle. Auch hier hat sich die Ärzteschaft aktiv einzubringen, um zu verdeutlichen, daß es ideale wissenschaftlich begründete Leitlinien und einen Versorgungsstandard, die nicht unbedingt übereinstimmen müssen, gibt. Während in den USA zwischen "efficacy" und "effectiveness" differenziert wird, erwartet man in Deutschland stets die maximalen Leistungen und vergißt dabei, daß z.B. Standards an der Harvard University nicht in einem community hospital des Mittleren Westens der USA erreicht werden können. Eine etwas pointierte Charakterisierung der deutschen Mentalität wurde kürzlich so formuliert: "Man möchte in Deutschland den Entwicklungsstand von Harvard mit dem Kostenaufwand von Lambarene erreichen".

Die großen Hindernisse der Versorgungsforschung in Deutschland liegen in der ungeklärten Finanzierung, den juristischen Auflagen (Aufklärung, Datenschutz), dem großen Aufwand für Dokumentation, sie liegen aber auch in der ärztlichen Mentalität ("Furcht vor Einengung") und der Mentalität des Patienten, der den persönlichen Rat des Arztes sucht und ihm folgt. Auch die Selektion der Patientenkollektive trägt zu diesem Problem bei. Das Ziel der evidenzbasierten Medizin besteht darin, das beste externe Wissen mit der persönlichen Erfahrung des Arztes und den Wünschen des Patienten zu vereinen. Zu diesen drei wesentlichen Elementen ist in der Arbeitsgruppe von Sackett der Begriff "Clinical State and Circumstances" hinzugekommen, der sowohl den Patienten wie auch die jeweiligen Bedingungen vor Ort mit erfassen soll (Abb. 4).

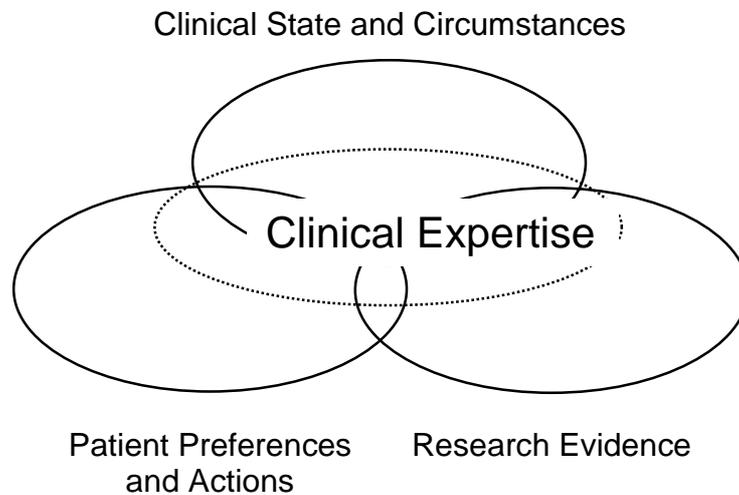


Abb. 4: Elemente einer evidenzbasierten Medizin

Zusammenfassend müssen wir feststellen, daß sowohl die Qualitätsmessung als auch ihre Sicherung ein berechtigtes Anliegen der Öffentlichkeit und natürlich der Patienten sind. Wir sollten uns deshalb bemühen, diese Problematik aus eigener Kompetenz zu bearbeiten.

Das Stichwort "Disease Management Programme" ist ein weiteres Beispiel. Es gibt eine vernünftige wissenschaftliche Begründung, solche Programme zu entwickeln. Es scheitert aber in Deutschland daran, daß mit der Einführung der Disease Management Programme eine gesundheitspolitische Entscheidung verbunden wird, in deren Mittelpunkt der Risikostrukturausgleich steht (Abb. 5).

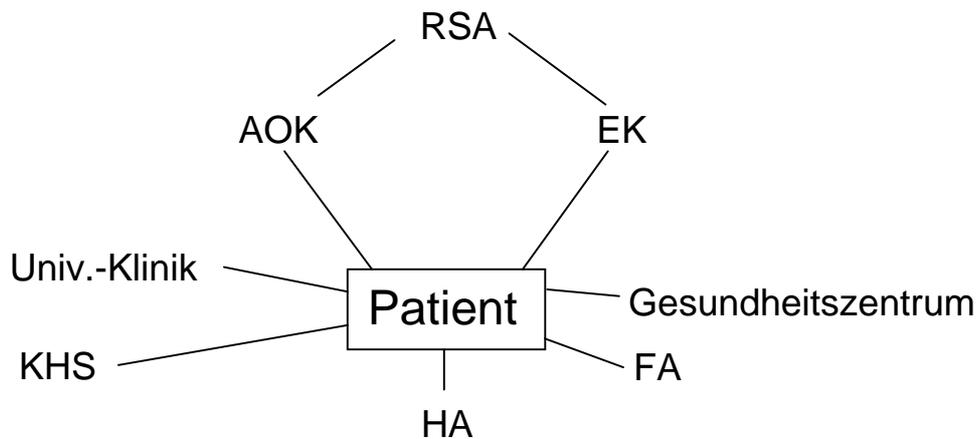


Abb. 5: Interessenvertreter beim Disease Management in Deutschland

Aus der Abbildung wird erklärlich, warum die Krankenkassen an den sinnvollen Disease Management Programmen nur so lange Interesse haben werden, wie der Anspruch auf den Risikostrukturausgleich (RSA) erhalten werden kann. Sollte dieser Anspruch entfallen, werden auch diese Programme wegfallen.

Ich habe versucht, Ihnen an zwei Beispielen darzustellen, daß wir Grund zur Resignation hätten, dies aber auch ein Stimulus zum aktiven Handeln sein kann. Ich möchte Sie deshalb bitten, an der Gestaltung unseres zukünftigen Gesundheitssystems aktiv mitzuarbeiten.

"Tua res agitur!" Diesem Zitat von Cicero möchte ich allerdings eins von Charles de Gaulle anfügen: "Die zehn Gebote Gottes sind deshalb so klar und verständlich, weil sie ohne Mitwirkung einer Sachverständigenkommission zustande gekommen sind."

Diskussion

Prof. **Schulze** dankt als Präsident der Sächsischen Landesärztekammer für die gebotene Übersicht, die der häufig geäußerten Behauptung, das deutsche Gesundheitswesen wäre durch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet, entgegengetreten ist. Eine solche Argumentation wird von der Politik und den Krankenkassen genutzt. Die Aufforderung, sich an der Re-professionalisierung der Medizin aktiv zu beteiligen, sollte an keiner Fakultät ungehört verhallen. Weiterhin gibt es gute Instrumente und Strukturen, mit denen die gute Qualität in der Medizin in guten Leitlinien ärztlich definiert und beschrieben werden kann. Es ist dann Sache der Politik, den Menschen zu sagen, was unter den gegebenen Umständen realisierbar und umsetzbar ist. Dieses muß deutlich gemacht werden, damit nicht eine versteckte Rationierung der medizinischen Leistungen auf dem Rücken des tätigen Arztes umgesetzt wird. Darin besteht die wichtige Aufgabe von Bundesärztekammer und AWMF. Er richtet an die Anwesenden die Bitte, der politischen Forderung nach einer Rezertifizierung der Ärzteschaft mit dem gut definierten und freiwillig zu erlangenden Zertifikat entgegenzutreten. Die tradierten Qualifikationsinstrumente der Ärzteschaft weisen eine gute Qualität auf. Wenn aber nur 3-5 % der Ärzte über solche Zertifikate verfügen, die übrigen aber aus Bequemlichkeit auf die Vorlage erworbener Qualifikations- oder Weiterbildungsnachweise verzichten, wird dieses Argument nicht stichhaltig sein können. Daher sollten die freiwilligen Zertifikate der Ärztekammern auch wirklich realisiert werden.

Prof. **Encke** dankt für die Ergänzung, da die Rezertifizierung aus Zeitgründen nicht angesprochen werden konnte. Im Unterschied zur Bundesärztekammer spricht er sich aber für eine verpflichtende Weiterbildung aus. Auch andere europäische Länder kennen die verpflichtende Weiterbildung und Rezertifizierung.

Prof. **Hansis** ergänzt als Vertreter des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur DRG-Konstruktion, daß alle der 2000 eingebrachten Vorschläge in eine Rechensimulation eingegeben werden, um zu prüfen, ob bei der Umsetzung dieses Vorschlages eine größere Homogenität erreicht werden könnte. Die Zielgröße ist das Erreichen homogenerer DRG-Gruppen. Man wäre dabei auch bereit, über die gegenwärtigen 600 DRGs

hinaus zu gehen, wenn die Homogenität nicht auf andere Weise, z.B. über Zusatzentgelte, hergestellt werden kann. Das im Referat angesprochene Scheitern wurde nicht für die Neuberechnung, sondern nur für zwei abrechnungstechnische Sonderregeln erklärt, die aber am Rande einzuordnen sind. Zum Bundeskuratorium Qualitätssicherung (BQS) wird ausgeführt, daß das System verschlankt wurde, indem rund 1/3 der Qualitätssicherungsmodule abgeschafft wurden. Die übrigen wurden tendenziell intensiv verschlankt, ihr bürokratischer Überbau wurde reduziert. Für das im Referat angesprochene Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ist ein Gegenvorschlag gemeinsam von den Krankenkassen, der KBV - und mit Einschränkungen - der DKG, erarbeitet, der gemeinsam vorgelegt werden und somit recht große Chancen haben wird, Gehör zu finden. Dieser Vorschlag beinhaltet, ein Zentrum von den genannten drei Gruppen zu gründen, welches ein Dachverband des jetzt bestehenden Bundesausschusses und Koordinierungsausschusses sein soll. Dieses Zentrum soll dann nur die untergesetzlichen Normen erlassen. Es wird in einer Art wissenschaftlicher An-Einrichtung die vorhandenen Leitlinien aufgreifen und auf ihre Kompatibilität überprüfen. Die intensive argumentative Arbeit der Vergangenheit hat sich in der Übereinkunft ausgezahlt, nach der die Generierung medizinischen Fachwissens und die Verabschiedung von Leitlinien Sache der Fachgesellschaften ist. Im Augenblick besteht Konsens bei den drei Partnern, nicht in die Leitlinien hinein zu regieren, sondern nur zu prüfen, inwieweit ihre Aussagen zum SGB V passen. Die Überlegungen zur Rezertifizierung haben zu eigenen Projekten geführt.

Prof. **Encke** dankt für die Ergänzungen und würdigt die größere Übereinstimmung zwischen DKG und den Krankenkassen, die die Ausführungen im Vortrag doch etwas relativieren läßt. Auch der neue Vorschlag der Gestaltung des Zentrums für Qualitätssicherung und der ihm zu übertragenden Aufgaben weist in die richtige Richtung.

Prof. **Lehnert** bekundet als Alt-Präsident des MFT sein Unverständnis darüber, daß der MFT erneut nicht zu einer Anhörung geladen wurde und an den Medizinischen Fakultäten und Stätten der Maximalversorgung vorbei über medizinische Inhalte beraten werden soll. Er schlägt vor, daß der MFT das Präsidium bitten möge, an die Bundesgesundheitsministerin eine Anfrage bezüglich einer Begründung der Nichteinladung zu richten, oder zu die-

ser Anhörung hinzugezogen zu werden. Prof. **Encke** korrigiert, daß die Bundesgesundheitsministerin nicht Adressat sein kann, da die Anhörung vor dem Ausschuß Gesundheit und soziale Sicherung des Bundestages stattfindet und die Fraktionen die Einladungen ausgesprochen haben. Der MFT müßte sich daher an eine Fraktion des Deutschen Bundestages wenden. Prof. **Saß** dankt für die Anregung, das MFT-Präsidium wird eine entsprechende Anfrage formulieren.