

Editorial



Das zweischneidige Schwert

Die Spannung wuchs, nachdem das Bundesverfassungsgericht am 25. August 2005 den Weg für die Bundestagswahl endgültig frei gemacht hatte. Die Zahl und die Schärfe der Rededuelle nahmen zu, die Demoskopen bekamen Hochkonjunktur. Nach dem 18. September werden die Karten neu gemischt: Rot-Grün oder Schwarz-Gelb – oder am Ende Schwarz-Rot?

Nichts scheint vollkommen undenkbar angesichts neuer Konstellationen in der Parteienlandschaft.

Auch ohne die „große Politik“ ist gerade der September 2005 für den Krankenhausbereich ein spannungsgeladener Monat, in dem – unabhängig von einem möglichen Regierungswechsel in Berlin – wichtige Weichen für die Zukunft gestellt werden. Das DRG-System für 2006 existiert als Entwurf, im September muss die Selbstverwaltung eine einvernehmliche Regelung finden; die Alternative wäre die „Ersatzvornahme“ durch das BMGS – wer auch immer dafür die Verantwortung trägt.

Das Genehmigungsschreiben des BMGS zur Verfahrensordnung des G-BA liegt vor. Die Entscheidung darüber wird im September im G-BA herbeigeführt: Zustimmung zur Neutextierung und den Auflagen des BMGS, ja oder nein? Nicht immer soll die Evidenzstufe 1 für die Nutzenbewertung notwendig sein; das Privileg des Krankenhausbereichs bleibt bestehen, wenn auch mit Aufslagmöglichkeiten. Eine Behandlungsmethode ist für den Krankenhausbereich so lange zugelassen, bis sie durch den G-BA widerrufen wird.

Eine 3. wesentliche Entwicklung mit Kurz- und Langzeitwirkung lässt sich unter der Überschrift „Qualitätssicherung“ subsumieren. § 137 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) ist die zentrale Norm. Die externe Qualitätssicherung läuft in dem Gespann G-BA/BQS. Die Qualitätsberichte sind seit Anfang August 2005 auf dem „Markt“, Zusammenfassungen und einseitige Kassenauswertungen konnten bereits kurze Zeit später im Internet abgerufen werden. Das Thema „Mindestmengen“ als ein weiterer, vom Gesetz vorgegebener Qualitätsparameter ist mit großer Brisanz behaftet. Gibt es überhaupt einen Zusammenhang zwischen einer jährlichen Mindestmenge an erbrachten Leistungen pro Krankenhaus/pro Arzt und der erbrachten Qualität? Ist die Mindestmenge ein Qualitätsindikator? Viele Experten – unterschiedliche Auffassungen: Das Lösungswort lautet „Jein“. Entscheidend sind der Blick des Betrachters und die Welt seiner Vorstellungen. Von der Kassenseite wird der Zusammenhang zwischen Mindestmenge und Qualität mit einem eindeutigen „Ja“ beantwortet. Neben den Qualitätsaspekten sollen die Mindestmengen ganz offensichtlich zur Marktberichtigung beitragen.

Die DKG hat zu den Mindestmengen unter der Voraussetzung „Ja“ gesagt, dass der Qualitätszusammenhang durch Studien und sonstige Quellen eindeutig belegt ist. Die Erfahrungen der BQS zeigen, dass die gewünschte Eindeutigkeit zwischen Menge und Qualität nicht immer gegeben

ist/sein muss. Es handelt sich um eine schwierige Materie; der G-BA hat gesetzliche Vorgaben umzusetzen, denen nicht ausgewichen werden kann. Krankenhäuser können mit Leistungspaketen aus der Versorgung ausscheiden, unabhängig davon, ob das Land ggf. der Vorgabe einer Mindestmenge widerspricht. Integrierte Versorgungszentren sind ein Ziel der DKG, daraus lässt sich jedoch kein Freibrief für die Festsetzung von Mindestmengen ableiten.

Alles ist im Fluss: das DRG-System – die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung – die künftige Rolle der Krankenhausplanung. Mindestmengen bringen eine zusätzliche Schärfe ins Spiel, weil das Schicksal vieler Häuser auf dem Spiel steht. Bislang gibt es 5 Vorgaben für Mindestmengenregelungen. Sie werden für 2006 noch aktualisiert. Die neueste Festlegung des G-BA lautet: 50 Knie-TEP pro Krankenhaus und Jahr, mit der Möglichkeit des Hineinwachsendens, wenn die Ergebnisqualität des einzelnen Krankenhauses nachweislich gut ist. Es handelt sich um eine bedeutsame und weitreichende Festsetzung; Kritik und Zustimmung halten sich die Waage. Wieder gibt es eine Diskussion über „Gewinner“ und „Verlierer“. Die Mindestmengen erweisen sich auch innerhalb des Krankenhausbereichs als Zerreißprobe.

Regelungen und Strukturqualitätsvorgaben für Frühgeborene und zur onkologischen Versorgung von Kindern stehen noch 2005 an. Der G-BA forciert die Thematik, um noch für 2006 die gesetzlichen Vorgaben, aber auch die politischen Erwartungen zu erfüllen. Für die Krankenhausvertreter bedeutet dies eine weitere Herausforderung. Wer tritt nicht gerne für mehr Qualität ein? Gerade der Krankenhausbereich hält sein Qualitätsverständnis hoch. Aber wer objektiviert und konkretisiert den Begriff der Qualitätssicherung? Vielen geht alles, was damit zu tun hat, nach wie vor nicht schnell genug, obwohl gerade hier Schnellschüsse der schlechteste Weg sind. Wer die geforderte Leistungsqualität nicht bringen kann, gefährdet oder verliert seinen Versorgungsauftrag. Deshalb kommt es darauf an, dass der Umsetzungsprozess bei der Qualitätssicherung nach dem Grundsatz „Step by Step“ erfolgt.

Bei der Realisierung der einzelnen Qualitätssicherungsschritte ist den Krankenhäusern der Weg vorgegeben. Mindestmengen, soweit vertretbar und begründbar, sind ein Teilaspekt. Aber was ist, wenn ein Krankenhaus eine einwandfreie Qualität liefert – kann und darf ein solches Haus dann über die Mindestmengenregelung stolpern? Anpassungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, wie bei den Knie-TEP festgelegt, sind der richtige Einstieg. Die Mindestmengen bleiben ein zweischneidiges Schwert.

DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers ■