



Liebe Leserinnen und Leser,

mit der nötigen Distanz zur Vorstellung der Eckpunkte für eine Krankenhausreform wird deutlich, dass den Krankenhäusern in Zukunft in Sachen Qualität einiges abverlangt werden wird. Ihre Ursache hat diese Ankündigung nicht nur in Vorwürfen von Krankenkassen, Politikern oder Patientenorganisationen. Auch die Krankenhäuser haben zu dieser Stimmung beigetragen: Den Krankenhausvertretern ist es nicht gelungen, die Frage überzeugend zu beantworten, warum in deutschen Krankenhäusern relativ viele, für die Patienten tragische, nosokomiale Infektionen auftreten und wie dies geändert werden soll. Das Ergebnis ist das Infektionsschutzgesetz mit vielen neuen Vorschriften, die wahrscheinlich auch einiges verbessert haben.



Der Vertrauensschaden ist groß. Die Politik ist der Auffassung, dass in den Krankenhäusern künftig auch unangemeldete Kontrollen durch den medizinischen Gutachterdienst der Krankenkassen nötig sind, um die Qualität zu gewährleisten. Spätestens jetzt müssen die

Alarmglocken schellen. Ich glaube, dass es für uns Krankenhäuser an der Zeit ist, in Qualitätsfragen wirklich in die Offensive zu gehen. Nicht auf der Rücksitzbank, sondern auf dem Fahrersitz!

Wie wollen die Krankenhäuser der Androhung der unangemeldeten MDK-Kontrollen begegnen? Aus meiner Sicht nur mit einem echten Alternativvorschlag. Ein umfassendes und verbindliches Peer Review-Verfahren, das, an die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gekoppelt, in den Qualitätsberichten veröffentlicht wird, ist eine solche Idee. Nicht minder wirkungsvoll, aber sicher eher akzeptiert als der MDK.

Durch welche Maßnahmen lässt sich die Behandlungsqualität in unseren Krankenhäusern tatsächlich verbessern? Sich ehrlich, konstruktiv einzubringen in Gesetzgebung und Selbstverwaltung, ist vielleicht unsere letzte Chance. Mitmachen, etwa in der neu gegründeten Stiftung Initiative Qualitätskliniken (siehe Seite 188), ist übrigens sehr erwünscht!

Ihr Thomas Bublitz

Kassenwettbewerb auf Kosten der Reha?

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zum 1. Januar 2015 der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent gesenkt. Das neue System gibt den Krankenkassen einerseits größere Spielräume, ihre Beiträge zu gestalten und Zusatzbeiträge zu erheben. Gleichzeitig haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und können leicht die Krankenkasse wechseln. Führt die neue Finanzstruktur zur Verschlechterung der Versorgung in der Rehabilitation?

Statt des pauschalen Zusatzbeitrags sowie eines Sonderbeitrags der Arbeitnehmer sind nun kassenindividuelle, einkommensabhängige Zusatzbeiträge möglich. Wie hoch diese ausfallen, hängt von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkasse ab. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatz-

beitrag erhebt oder diesen erhöht, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und können die Krankenkasse wechseln. Das soll zwar dazu führen, dass die Krankenkassen effizient wirtschaften, um diese Zusatzbeiträge möglichst gering zu halten. Um einem Mitgliederschwund entgegenzutreten, sind Krankenkassen aber gezwungen, kurzfristig zu sparen. So werden Ausgaben für Rehabilitation vermieden, obwohl die zu einer dauerhaften Verbesserung der Gesundheit ihrer Versicherten führt. Statt effizienter zu wirtschaften, führt die neue Finanzstruktur eher zu blinden Einsparungen.

Sparmaßnahmen bei Eltern und Kindern

Im Bereich der Mutter-Vater-Kind-Leistungen sind die Sparmaßnahmen bereits so gravierend, dass Abgeordnete des Deutschen Bundestags hellhörig geworden sind und der Sache auf den Grund gehen wollen. So erfragt die Vorsitzende des Rechnungsprüfungsausschusses des Deutschen Bundestages, Bettina Hagedorn, die aktuelle Bewilligungspraxis der



Krankenkassen. Sie wollte feststellen, ob die Krankenkassen ihre Marktmacht nutzen, um die Tagessätze für Mutter-Vater-Kind-Kuren auf „Dumping-Niveau“ zu drücken und dabei Indikationen und Bedürfnisse der betroffenen Familien außer Acht lassen. Aus Sicht des Rechnungshofs sei es ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn Versicherte allein aus Kostengründen an bestimmte Kliniken verwiesen würden und entspräche nicht dem gesetzlichen Auftrag der Krankenkassen.

Auch aus dem Bereich der indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitation häufen sich Hinweise, dass immer mehr Krankenkassen dazu übergehen, ihre Versicherten ausschließlich aufgrund von Preiskriterien bestimmten Einrichtungen zuzuweisen. Häufig wird selbst die ausdrückliche Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten mit dem Hinweis abgewiesen, es handle sich bei der gewünschten Einrichtung nicht um eine „Vertragsinstitution“ oder „Kooperationsklinik“ der jeweiligen Krankenkasse, ungeachtet dessen, dass es sich immer um Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag und einer gültigen Vergütungsvereinbarung handelt.

Krankenkassen üben Druck auf Einrichtungen aus

In Preisverhandlungen sind die Einrichtungen der Marktmacht der Krankenkassen ausgeliefert. Die Erfahrungen zeigen, dass in den Verhandlungen weder die tatsächlichen Kosten noch die zu erbringenden Leistungen und deren Qualität

eine Rolle spielen. Vorgaben für die vergütungsrelevanten Kriterien bestehen nicht. In Verhandlungen mit den marktstarken Krankenkassen, die einen hohen Belegungsanteil in der jeweiligen Einrichtung innehaben, sind diese Einrichtungen gezwungen, die von den Krankenkassen angebotenen Vergütungssätze zu akzeptieren, da sie wirtschaftlich auf die infrage stehenden Belegungsanteile angewiesen sind.

Die Folge ist eine erhebliche Diskrepanz zwischen den abzudeckenden Kosten der Einrichtungen und den Vergütungssatzabschlüssen mit den Krankenkassen. Im Hinblick auf den bestehenden Wettbewerb um Fachkräfte mit anderen Anbietern medizinischer Leistungen beziehungsweise der Kinderbetreuung wird es zunehmend zum Ding der Unmöglichkeit, langfristig und dauerhaft qualifiziertes medizinisches, therapeutisches und pädagogisches Personal vorzuhalten. ■

BDPK-Lösungsvorschläge: Der Zielkonflikt, in dem Krankenkassen stehen, wenn sie gleichzeitig für die Bewilligung und die Finanzierung der Leistung verantwortlich sind, muss aufgelöst werden. Dazu müssen der Stellenwert der ärztlichen Verordnung sowie das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten gestärkt werden.

Es bedarf eines gesetzlichen Auftrags zur Entwicklung eines leistungs- und verweildauerorientierten Vergütungssystems in der Rehabilitation. Ein solches System stellt sicher, dass die Vergütung an Art und Menge der Leistung angepasst ist, und es bietet die systematische Grundlage für weitergehende Qualitätsmessungen und -analysen.

Bundeskongress in Stuttgart

Nachdem der Bundeskongress in den vergangenen drei Jahren in Berlin stattfand, haben sich die Mitglieder entschieden, den Ort und auch das Bundesland zu wechseln. In diesem Jahr wurde der BDPK eingeladen, den Bundeskongress in Baden-Württemberg auszurichten; Termin ist der 24. und 25. Juni in Stuttgart.



Am Mittwoch, dem 24. Juni, findet der Seminartag mit den beiden Fachforen „Rehabilitation“ und „Krankenhaus“ statt. Die beiden Fachforen werden parallel ausgerichtet. Im Forum Rehabilitation erwartet die Teilnehmer nach Impulsvorträgen eine Diskussion zum „Handlungsbedarf für eine leistungsfähige medizinische Rehabilitation“. In einem weiteren Themenblock werden die Schnittstellen zur Versorgung mit medizinischer Rehabilitation – besonders der Zugang zur AHB und aus der vertragsärztlichen Versorgung –, aber auch die Anforderungen an die Steuerung der Versicherten durch Krankenkassen näher beleuchtet.

Im Forum Krankenhaus wird der Handlungsbedarf für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhauslandschaft

beleuchtet. Ein weiterer Themenblock befasst sich mit der Qualität in der Landeskrankenhausplanung sowie den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Nach dem Seminartag lädt der BDPK die Teilnehmer zu einem abendlichen Dinner in den Räumen des Porsche-Museums in Stuttgart-Zuffenhausen ein. Dort gibt es die Gelegenheit, die Ausstellung des Porsche-Museums zu besichtigen.

Am Donnerstag, dem 25. Juni, findet die Mitgliederversammlung des BDPK mit Vorstandswahlen statt.

Der Tagungsort des diesjährigen Bundeskongresses ist das Hotel Le Méridien in Stuttgart, in der Willy-Brandt-Straße 30. Weitere Informationen finden Sie auf der Website des BDPK unter www.bdpk.de. ■



Stiftung Initiative Qualitätskliniken gegründet

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und Qualitätskliniken.de (4QD) gründen eine gemeinsame Dachorganisation, die Stiftung Initiative Qualitätskliniken. Ziel der Stiftung ist die aktive Begleitung der Gesetzgebung zur Etablierung von Qualitätssicherung und Methoden der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung von Krankenhausleistungen.

IQM und Qualitätskliniken.de haben in den vergangenen vier Jahren systematisch Instrumente des Qualitätsmanagements für Krankenhäuser weiterentwickelt und in ihren Mitgliedskliniken etabliert. Beide Qualitätsinitiativen haben deutschlandweit zusammen mehr als 450 Krankenhäuser in öffentlicher, kirchlicher, universitärer und privater Trägerschaft. Die Mitglieder beider Initiativen zusammen behandeln jährlich mehr als sechs Millionen Fälle der stationären Akutversorgung. Das entspricht einem Anteil von einem Drittel an der stationären Patientenversorgung in Deutschland.

„Die Kliniken von IQM und Qualitätskliniken.de haben in den letzten Jahren entscheidende Impulse für Qualitätsentwicklung und Transparenz gesetzt, lange vor der geplanten gesetzlichen Verpflichtung, aus Interesse an der messbaren Verbesserung der Patientenversorgung. Diese Praxiserfahrung kann bei der anstehenden Gesetzgebung sehr wertvoll sein“, sagt Dr. Francesco De Meo, Präsident des IQM-Vorstandes.

„Beide Initiativen ergänzen sich mit ihren unterschiedlichen methodischen Erfahrungen hervorragend und repräsentieren gemeinsam die große Erfahrung der heute 450 Mitgliedskrankenhäuser in Sachen Qualitätsverbesserung. Jetzt besteht die Chance, Qualitätsverbesserung zu etablieren, und daran möchten wir gemeinsam arbeiten“, erklärt Dr. Michael Philippi, Vertreter der Gesellschafter von Qualitätskliniken.de.

Geschäftsführer der Stiftung Initiative Qualitätskliniken werden Dr. Roland Dankwardt aus der Asklepios-Konzerngeschäftsführung und Prof. Dr. Ralf Kuhlen aus der Helios-Geschäftsführung.

Über die Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Führende Krankenhausträger haben sich 2008 zur „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM) zusammengeschlossen. Die trägerübergreifende Initiative mit Sitz in Berlin ist offen für alle Krankenhäuser aus Deutschland, der Schweiz und Österreich. Vorhandenes Verbesserungspotenzial in der Medizin sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten durch aktives Feh-



Dr. Francesco De Meo,
Präsident des Vorstandes IQM



Dr. Michael Philippi,
Vorstandsvorsitzender
Sana Kliniken AG

lermanagement zu heben, ist das Ziel von IQM. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung. Die Mitglieder der Initiative verpflichten sich, drei Grundsätze anzuwenden: Qualitätsmessung mit Routedaten, Veröffentlichung der Ergebnisse und die Durchführung von Peer Review-Verfahren. In aktuell 321 Krankenhäusern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz versorgen die IQM-Mitglieder jährlich rund fünf Millionen Patienten stationär.

Über Qualitätskliniken.de (4QD)

Die 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH mit Sitz in Berlin wurde 2010 von führenden Krankenhausträgern gegründet. Sie ist Betreiberin des Klinikportals www.qualitätskliniken.de, in dem mehr als 250 Mitgliedskliniken aus der Akut- und Reha-Versorgung ihre Qualitätsergebnisse veröffentlichen. Die Ergebnisse werden in bis zu fünf Dimensionen in einer Klinikvergleichsliste transparent gemacht. Neben medizinischer Qualität werden Kriterien zur Patientensicherheit und die Ergebnisse der Patienten- und Einweiserzufriedenheitsbefragung in die Bewertung der Kliniken einbezogen. Mit Kriterien zu „Ethik & Werten“ hat Qualitätskliniken.de erst kürzlich eine weitere Dimension eingeführt, die Patienten, ihre Angehörigen, einweisende Ärzte und Krankenkassen bei der Suche nach einer für sie passenden Klinik unterstützt. Qualitätskliniken.de stellt flächendeckende, patientenverständliche und belastbare Informationen zur Qualität in Krankenhäusern transparent dar. Qualitätskliniken.de unterstützt Krankenhäuser in ihrer Qualitätsarbeit und hilft, die Patientenversorgung nachhaltig zu sichern. ■



Reform Neuntes Sozialgesetzbuch

Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Teilhabe erhalten, sollen mit dem Bundesteilhabegesetz aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausgeführt werden. Die Eingliederungshilfe wird zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt. Darüber hinaus wird eine Weiterentwicklung des Neunten Sozialgesetzbuchs (SGB IX) angestrebt, um die Koordinierung der Rehabilitationsträger zu verbessern.

Als Vorbereitung für das eigentliche Gesetzgebungsverfahren bespricht die „Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz“ unter Leitung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mögliche Reformthemen und -ziele und mögliche Kompromisslinien zu den verschiedenen Themen der anstehenden Reform. In ihrer 5. Sitzung hat die Arbeitsgruppe in einem Arbeitspapier „Mögliche Änderungen im SGB IX, Teil 1“ beschrieben.

- Im Bereich der Zuständigkeit sollen Fristen und Regeln neu gefasst und mit Rechtsfolgen versehen werden.
- Beim Teilhabeplan soll ein verantwortlicher Träger als Beauftragter für die anderen Sozialleistungsträger handeln.
- Eine eigenständige Reha-Statistik erhöht die Transparenz.
- Die Zusammenarbeit der Reha-Träger soll verbessert werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erhält eine gesetzliche Grundlage und erweiterte Aufgaben. Alternativ kann sie als Geschäftsstelle eines Bundesausschusses Rehabilitation eingesetzt werden.
- Der Geltungsbereich des SGB IX soll verdeutlicht werden, die Aufhebung oder Klarstellung von § 7 SGB IX sowie Verweise aus den Leistungsgesetzen.

- Auch eine Angleichung der Leistungsgesetze soll erfolgen. Zum Beispiel Konfliktnormen im SGB IX, falls Leistungsgesetze bei gleichen Sachverhalten unterschiedliche Auswirkungen für den Rehabilitanden haben.

Weitere Änderungen sind erforderlich

Es soll eine einheitliche Geltung des SGB IX für alle Träger erreicht werden. Weiterhin ist die Einrichtung einer Reha-Kommission notwendig, die unter Beteiligung der Betroffenen und der Leistungserbringer trägerübergreifend verbindliche Festlegungen trifft, etwa zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltung der Leistung und den Maßnahmen der Qualitätssicherung. Das Wunsch- und Wahlrecht soll ohne Zuzahlung durch den Versicherten erfolgen.

Von zentraler Bedeutung sind darüber hinaus ein trägerübergreifendes, einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie ein leistungs- und verweildauerorientiertes Vergütungssystem. ■

Reha-Therapiestandards in Überarbeitung

Aktuelle Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung zur Einhaltung der Reha-Therapiestandards zeigen, dass im Vergleich zu früheren Erhebungen eine generelle Verbesserung der Ergebnisse in der Rehabilitation festzustellen ist.

Kernstück der Reha-Therapiestandards (RTS) sind die sogenannten evidenzbasierten Therapiemodule (ETM), die Mindestanforderungen an die Durchführung der Rehabilitation in einer Reha-Einrichtung definieren. Das Spektrum der therapeutischen Leistungen wird in den ETM über die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) abgebildet.

Ein genauer Blick in die Auswertungen zu einzelnen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) lohnt sich für die

Einrichtungen, um konkrete Verbesserungsmöglichkeiten herauszulesen.

Seit 1998 entwickelt die Deutsche Rentenversicherung Reha-Therapiestandards als Teil der Reha-Qualitätssicherung. Derzeit werden die RTS überarbeitet, wobei es mehrere Ansätze zur Beteiligung von Expertinnen und Experten an der Überarbeitung der Reha-Therapiestandards gibt. Bis März vergangenen Jahres bestand beispielsweise die Möglichkeit, über ein Online-Diskussionsforum Erfahrungen und Veränderungsvorschläge einzubringen. Die konkreten Änderungsvorschläge der Projektteilnehmer sollen diesen Sommer beraten und zum 1. Januar 2016 eingeführt werden. ■