

Politik einbinden und Sektoren vernetzen

Das Programm für den BDPK-Bundeskongress vom 16. bis 18. Juni 2010 in Berlin erscheint Ende März: Anmeldungen sind schon jetzt möglich

Politik trifft Praxis – ambulant trifft stationär. Auf diese in Schlagworten zusammengefassten Themen konzentriert sich der diesjährige BDPK-Bundeskongress, der vom 16. bis 18. Juni 2010 in Berlin stattfinden wird. Für die politische Auftaktveranstaltung am Mittwochabend, 16. Juni 2010, im Haus der FDP-Bundesgeschäftsstelle haben bereits die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, und der Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Herbert Rische, ihre Teilnahme zugesagt. Weitere zahlreiche namhafte Vertreter aus Politik und Praxis wurden und werden angefragt.

Der Kongress soll einen Beitrag dazu leisten, das Denken in Versorgungsektoren zu überwinden und zugleich die Gesprächskultur zwischen den politischen Entscheidungsträgern und den Praktikern, die ihre Vorgaben umsetzen, zu intensivieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie das künftige medizinische Versorgungssystem im Sinne der Bürger und Patienten zu gestalten ist und welcher Weg dorthin führt. „Eine hochwertige Gesundheitsversorgung muss vom Menschen her gedacht sein. Dafür ist ein Umdenken erforderlich.“ So heißt es im schwarz-gelben Koalitionsvertrag, was auch als Aufruf an alle Akteure des Gesundheitssystems verstanden werden kann, sich bei den Forderungen und Vorschlägen für die künftige medizinische Versorgungsstruktur auf den

Adressaten dieses Systems zu konzentrieren und sich für innovative Lösungsansätze zu öffnen. Als marktwirtschaftlich orientierte und damit den Bedürfnissen der Kunden und Patienten verpflichtete Unternehmen sehen es die privaten Klinikträger im BDPK als ihre ureigenste Aufgabe an, Motor und Ideengeber solcher Überlegungen und Ansätze zu sein, wofür der BDPK-Bundeskongress eine Kommunikationsplattform bietet.

Wie in den vergangenen Jahren, wird auch beim diesjährigen Kongress das Thema der abendlichen politischen Auftaktveranstaltung am Folgetag weiter auf die Praxis fokussiert. Dazu gibt es am Vormittag des 17. Juni 2010 ein Forum über den „Wettbewerb als Zauberformel für mehr Leistungen zu niedrigeren Preisen“ und nachmittags zwei Parallelveranstaltungen mit den Schwerpunkten Krankenhaus und Rehabilitation.

Konferenz- und Tagungshotel ist in diesem Jahr das Steigenberger Hotel Berlin, wo für Kongressteilnehmer ein Zimmerkontingent zu Sonderkonditionen reserviert wurde. Vordrucke für die Anmeldung zum BDPK-Bundeskongress und die Zimmerreservierung stehen auf der Webseite des BDPK (www.bdpk.de) zur Verfügung. Hier werden auch laufend aktualisierte Informationen zum Kongress-Programm veröffentlicht. Das gedruckte Programmheft wird Ende März 2010 erscheinen.

Liebe Leserinnen und Leser,

wie viel Mündigkeit trauen unsere Politiker den Bürgern und Patienten wohl zu? Wie viel Patientensouveränität und individuelle Wahl- und Entscheidungsrechte wird es künftig geben? In den nächsten Monaten dürfte es sich entscheiden, ob der Wettbewerb als ordnendes Prinzip für die Gesundheitsversorgung gestärkt wird und damit die Weichen gestellt werden zum Erhalt und Ausbau von Vielfalt, Effizienz und Qualität.



Als ein Signal dafür, was Wettbewerb in der Praxis bedeutet, gehen wieder einmal die privaten Klinikunternehmen mit einer Initiative wegweisend voran: Weil mehr Entscheidungssouveränität voraussetzt, dass für die Patienten auch mehr Transparenz über die medizinischen Leistungsangebote besteht, starten wir das Portal Qualitätskliniken.de, mit dem die Leistungen von Kliniken so laienverständlich und umfassend wie noch nie dargestellt werden.

Im Ergebnis wird an dieser Initiative auch deutlich, dass nicht Behörden und staatliche Planungen, sondern der Bedarf des Menschen und die Qualität von Leistungen darüber entscheiden, welche Versorgungsangebote erforderlich und richtig sind. Die Diskussion über dieses zentrale Element eines funktionierenden Gesundheitssystems möchten wir gerne mit Ihnen bei unserem diesjährigen Bundeskongress führen und laden Sie schon jetzt herzlich dazu ein.

Ihr
Thomas Bublitz

Qualität in vier Dimensionen

Im Sommer 2010 geht auf Initiative von privaten Krankenhausunternehmen ein neues Klinikportal ans Netz, das laienverständliche Qualitätsvergleiche beinhaltet

Im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin stellten am 26. Januar 2010 Vertreter der beteiligten Krankenhausunternehmen und des BDPK erstmals ihre Initiative vor, mit der bis zum Sommer 2010 ein neues Internet-Klinikportal in Betrieb gehen wird. Unter der Adresse „www.qualitaetskliniken.de“ können dann Patienten und medizinische Fachleute geeignete Krankenhäuser leichter als bisher finden und hinsichtlich ihrer Qualität vergleichen.

Gründer der Initiative sind die Asklepios Kliniken GmbH, die Rhön-Klinikum AG und die Sana Kliniken AG. Zu den Unternehmen gehören zusammen bundesweit 160 Krankenhäuser, in denen jährlich 3,5 Millionen Patienten behandelt werden. Das neue Klinikportal ist aber für alle offen. „Zur Teilnahme eingeladen sind alle deutschen Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft“, warb bei der Pressekonferenz Dr. Christoph Straub, Mitglied des Vorstands der Rhön-Klinikum AG.

Die Initiatoren entwickeln ein Klinikportal, für das der Nutzer keinerlei medizinisches Fachwissen benötigt, um die Qualität von Krankenhäusern nach objektiven Kriterien und seinen individuellen Bedürfnissen miteinander vergleichen zu können. „Ansätze hierzu gibt es zwar auch schon in verschiedenen bereits bestehenden Internetportalen, aber unsere Initiative Qualitätskliniken.de wird den bisher umfassendsten und innovativsten Ansatz zur Darstellung von Qualität in Krankenhäusern etablieren“, erklärte Dr. Tobias Kaltenbach, Vorsitzender der

Konzerngeschäftsführung der Asklepios Kliniken. Eine Arbeitsgruppe von Wissenschaftlern und Qualitätsexperten der beteiligten Klinikunternehmen hat dazu Bewertungsverfahren entwickelt, die auf national und international erprobten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Qualitätserfassung und -beurteilung beruhen.

Vier Dimensionen mit 400 Indikatoren

Den Aufbau des Verfahrens erläuterte Dr. Müschenich, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG: „Die Bewertung und Darstellung einer Klinik auf www.qualitaetskliniken.de umfasst rund 400 Qualitätsindikatoren, die von uns aus vier Dimensionen zusammengestellt wurden: Medizinische Qualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und Einweiserzufriedenheit.“ Die Ergebnisse der vier Dimensionen fließen in die Gesamtbewertung einer Klinik mit unterschiedlichen Gewichten ein. Entsprechend dieser „Vierdimensionalität“ firmiert die Initiative zukünftig als „4QD – Qualitätskliniken.de“.

Nach Abschluss der Planungs- und Gründungsphase beginnt nun die Realisierung des Projekts. Dazu gehören unter anderem die technische Umsetzung des Internetportals, die Durchführung der einheitlichen Patienten- und Einweiserbefragungen sowie die Information und Aufnahme weiterer an der Initiative interessierter Kliniken. Bis Sommer dieses Jahres wird das Portal für die Öffentlichkeit zugänglich sein.

Fortschritt für Transparenz des Marktes

Bei der Vorstellung des Projekts zeigten sich die Vertreter der Gründungsunternehmen sicher, dass der vorgesehene Zeitplan eingehalten wird. „Eine Vielzahl von Krankenhäusern aus allen Trägergruppen hat bereits angekündigt, vom Start an dabei zu sein“, erklärte BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz, der zugleich einer der Geschäftsführer von 4QD ist. Zudem sei schon allein die Zahl der Kliniken aus den beteiligten Gründungsunternehmen ein enormes Potenzial für den Start des Portals.

Die Initiatoren rechnen fest damit, dass ihr Klinikportal trägerübergreifend starken Zuspruch unter den Krankenhäusern finden wird. Denn Qualitätskliniken.de werde nicht nur als unabhängiges und werbefreies Webportal eine wichtige Plattform zur Darstellung der Klinikleistungen sein, sondern es biete zugleich auch ein breit aufgestelltes Benchmark-Instrument zur Beurteilung und damit zur Verbesserung der Qualität im Krankenhaus. Dabei sei dank der Beteiligung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), die über Jahre nachgewiesen hat, dass sie sorgfältig und gesetzeskonform mit den hochsensiblen Daten umgeht, die Datensicherheit für die Kliniken durch ein erprobtes System gewährleistet.

Weitere Informationen für interessierte Kliniken:
Annabelle Neudam
Telefon: (030) 240 08 99 19
E-Mail: info@qualitaetskliniken.de
www.qualitaetskliniken.de

Patientenorientierung dient auch den Mitarbeitern

BDPK appelliert an die Gewerkschaften, die Belange der Patienten stärker zu beachten

In einem an die Gewerkschaften und ihre Einrichtungen gerichteten Appell mahnt der BDPK zu mehr Sachlichkeit in den Diskussionen über die Zukunft der Krankenhäuser und weist darauf hin, dass die Verantwortung für Patienten und Beitragszahler vorrangig vor Stellenplan-Diskussionen ist.

Der BDPK hat im Dezember vergangenen Jahres die Gewerkschaften und ihre Einrichtungen dazu aufgerufen, bei den notwendigen Diskussionen über die Zukunft von Krankenhäusern auf ideologische Polemik zu verzichten und stattdessen die Belange der Patienten und Beitragszahler stärker zu beachten. Gegenwärtig würden die teils heftigen Auseinandersetzungen über den Erhalt oder die künftige Trägerschaft von Kliniken allzu oft nur aus Sicht der Belegschaft und ihrer Vertreter geführt, wobei diese versuchten, mit dem „Schreckgespenst Arbeitsplatzverlust“ andere Argumente zu verdrängen.

Dies schade der notwendigen sachlichen und sachgerechten Weiterentwicklung des Krankenhaussektors, meint Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK, denn: „Wirklich sichere Arbeitsplätze gibt es auf Dauer nur in wirtschaftlichen Krankenhäusern – und das sind in der Regel diejenigen mit den besten Leistungen für die Patienten.“ Deshalb sei es erforderlich, in der Krankenhausversorgung die Bedürfnisse der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, woraus zwangsläufig ein Wettbewerb um die „beste Leistung zu adäquaten Preisen“ resultiere. Dazu gehöre außerdem auch, dass die in Deutschland

bestehende und politisch gewollte Trägerpluralität im Krankenhaus-Sektor nicht angegriffen, sondern – im Sinne von mehr Patientensouveränität – gestärkt werde.

Wir behandeln keine Betten, sondern Patienten

Auslöser für den Appell ist, so Thomas Bublitz, eine „emotionale Stimmungsmache“, die sein Verband bei den Gewerkschaften und gewerkschaftsnahen Organisationen zunehmend beobachtet habe. Jüngstes Beispiel ist eine vom DGB-Vorsitzenden Michael Sommer zum Jahresbeginn herausgegebene Erklärung, in der er ankündigt, die Gewerkschaften würden „auf breiter Front gegen die Gesundheitspläne der schwarz-gelben Koalition mobil machen“. Zugleich forderte er von der neuen Bundesregierung ein klares Nein zu weiteren Privatisierungen im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Als weiteres Beispiel nannte Bublitz den von der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung Ende vergangenen Jahres herausgegebenen Sammelband „Privatisierung von Krankenhäusern – Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten“. In diesem werde unter anderem anhand der Mitarbeiterzahl je Krankenhausbett suggeriert, dass Kliniken in privater Trägerschaft eine schlechtere Personalausstattung als öffentliche Häuser hätten. Dazu Bublitz: „Tatsache ist, dass das Personal in den Kliniken Patienten behandelt und keine Betten. Das Statistische Bundesamt dokumentiert seit Jahren, dass die Anzahl

der Patienten pro Arzt und Pflegekraft bei allen Krankenhausträgern nahezu gleich ist.“ Mit den Zahlenspielen und anderen Bedrohungsszenarien wolle die Gewerkschaftsseite, so vermutet Bublitz, bewusst den Eindruck erwecken, dass wirtschaftlicher Erfolg von Kliniken zulasten der Mitarbeiter und der Behandlungsqualität gehe.

Unwirtschaftliche Krankenhäuser sind eine doppelte Belastung

Dies sei zwar öffentlichkeitswirksam und könne für die Mitgliederwerbung dienlich sein, es sei aber sachlich falsch und widerspreche zudem den gesamtgesellschaftlichen Erfordernissen, wie der BDPK-Hauptgeschäftsführer erläuterte: „Was einem der gesunde Menschenverstand sagt, haben auch wissenschaftliche Studien bewiesen, dass nämlich medizinische Qualität und wirtschaftlicher Erfolg von Kliniken in einem direkten Zusammenhang stehen. Unwirtschaftliche Krankenhäuser sind eine doppelte Belastung, erstens durch die schlechtere Patientenversorgung und zweitens durch unnötig hohe direkte und indirekte Kosten.“ Da es in unwirtschaftlichen Kliniken außerdem keine sicheren Arbeitsplätze gebe, sei die Polemik letztlich auch nicht im Interesse der Arbeitnehmer.

Dringender Regelungsbedarf

Vergütung der neurologischen Frührehabilitation ist nach wie vor ein ungelöstes Problem

Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 entstand ein Abgrenzungsproblem zwischen akutstationärer und rehabilitativer Behandlung. Der in diesem Zusammenhang ergänzte § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V legte fest: „Die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.“ Zum einen konnte die neurologische Frührehabilitation (NFR) bislang im DRG-System nicht sach- und leistungsgerecht abgebildet werden. Zum anderen bestehen aufgrund der historisch gewachsenen Strukturen und unterschiedlichen leistungsrechtlichen Definitionen und Zuordnungen in der Versorgungspraxis keine bundeseinheitlichen Versorgungsabläufe und „Übergabepunkte“ zwischen der akutstationären Krankenhausbehandlung und der sich anschließenden medizinischen Rehabilitation.

Gleichwohl ist die Diskussion um das Ende der Krankenhausbehandlung in der NFR nach § 39 SGB V inhaltlich von den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V zu trennen. Die voneinander unabhängigen Leistungsansprüche der Versicherten auf Leistungen der akutstationären Krankenhausbehandlung mit neurologischer Frührehabilitation einerseits und die sich daran anschließenden Ansprüche auf Leistungen der neurologischen Frührehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 SGB V andererseits bleiben unabhängig voneinander bestehen. Eine Krankenhausbehandlung mit Leistungen der neurologischen Frührehabilitation ersetzt keineswegs die Leistungen der neurologischen Frührehabilitation in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen. Aus diesem Grund sind Krankenhäuser, die Leistungen der neurologischen

Frührehabilitation im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung erbringen, nicht für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation zugelassen.

Differenzierung führt zu Problemen für Patienten und Kliniken

Im DRG-Fallpauschalenkatalog erfolgt derzeit die Zuordnung der Leistungen im Bereich der NFR unter anderem anhand eines Verweildauersplits. Für Patienten mit einer Verweildauer von bis zu 27 Tagen wird eine kalkulierte DRG-Fallpauschale im Hauptabteilungskatalog ausgewiesen. Für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer über 27 Tage werden krankenhausespezifische Entgelte vereinbart. Diese grobe, zweistufige Differenzierung führt in der Praxis zu Schwierigkeiten für die Patienten und die Kliniken. Die Verweildauer ergibt sich in der NFR weniger aus der zugrunde liegenden Diagnose als vielmehr aus den sich aus der Schwere der Diagnose ergebenden Beeinträchtigungen und den damit verbundenen sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfen. Von den Kliniken ist die bestehende Vergütungssystematik bei der prospektiven Budgetplanung und der Verrechnung von Minder- und Mehrerlösen kaum zu beherrschen.

Diese Probleme lassen sich derzeit nur durch die Anerkennung der Leistungserbringung zur Neurologischen Frührehabilitation als „besondere Einrichtung“ lösen, was zurzeit regelhaft geschieht und vergütungstechnisch die Vereinbarung tagesbezogener Entgelte bedeutet. Politik und Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene signalisieren

jedoch deutlich eine Abkehr von dieser Ausnahmeregelung im DRG-System. In der Tendenz gehen die Bestrebungen dahin, die NFR stärker in das Fallpauschalen-System zu integrieren.

Der BDPK hat hierzu eine ausführliche Stellungnahme an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) abgegeben, die von Kliniken und Landesverbänden ergänzt wurde. Zwischen DKG und dem GKV-Spitzenverband wurde zwischenzeitlich vereinbart, dass ein Konzept zur Entwicklung von geeigneten Abgrenzungskriterien für das Ende der Krankenhausbehandlung auf der Basis der vorliegenden Vorschläge erarbeitet werden soll. Möglicherweise werden ergänzend dazu externe Sachverständige mit der Erarbeitung von Abgrenzungsvorschlägen beauftragt. Aus den Vorgesprächen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband wurde berichtet, dass keine Leistungsverchiebungen zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen erfolgen sollen und den unterschiedlichen regionalen Strukturen Rechnung getragen werden soll.

Bei einer möglichen Lösung mit tagespauschalierten Entgelten müssten diese nach Auffassung des BDPK ausreichend differenziert werden und den jeweils erforderlichen Ressourcenbedarf der Behandlung adäquat abbilden. Hierfür bedarf es einer Präzisierung der Leistungsdefinition für den Endpunkt der akutstationären Behandlung, die letztlich für die Differenzierung der Vergütung ausschlaggebend ist. Es bietet sich an, dabei auf die vorhandenen OPS-/ICD-Kataloge zurückzugreifen. Um eine Überfrachtung und Verkomplizierung der vorhandenen Codes zu vermeiden, sollte bei Bedarf eine Erweiterung der Kataloge um weitere Codes in Betracht gezogen werden.

Erfolgreiche Jahrestagung 2009

Zweitägige IQMG-Veranstaltung zur Vergütung von Qualität in der Rehabilitation

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG), eine Einrichtung des BDPK, veranstaltete am 12. und 13. November 2009 bereits zum sechsten Mal eine Jahrestagung für die Verantwortlichen aus den Rehabilitationskliniken. Rund 150 Teilnehmer waren der Einladung des IQMG gefolgt, das beim diesjährigen Veranstaltungsmotto *Frage und Forderung zugleich* stellte: „Qualitätsorientierte Vergütung in der medizinischen Rehabilitation?!“.

Damit wurde die Zielrichtung der Veranstaltung beschrieben, mit der beantwortet werden sollte, ob die Vergütung von medizinischer Rehabilitation an Qualitätsaspekte gekoppelt werden kann und welche Qualitätsdimensionen hierfür eine Rolle spielen könnten. Nach der Begrüßung durch

BDPK-Präsidentin Dr. Katharina Nebel gaben Vertreter der Reha-Träger, der Wissenschaft und der Kliniken ihre Statements zum Spannungsfeld von Qualität und Vergütung ab, und die Referenten stellten sich in einer Podiumsdiskussion den Fragen des Publikums. Am zweiten Veranstaltungstag fanden fünf Workshops zum Qualitätsmanagement für Praktiker statt. Hier informierten und diskutierten Experten der IQMG-Kooperationspartner aus den Bereichen Beratung, Zertifizierung und Software über die angebotenen Schwerpunktthemen.

Die Podiumsdiskussion wurde von Peter Clausing, Vorsitzender des IQMG-Verwaltungsrates und Geschäftsführer der Paracelsus Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA, geleitet. Als Referenten und Podiumsteilnehmer begrüßte er Uwe Eger von der Deutschen Rentenversicherung, Oliver Blatt vom Verband der Ersatzkassen, Dr. Nikolaus Gerdes (Hochrhein-Institut) und Dr. Karla Spyra (Charité Universitätsmedizin Berlin) als Vertreter der Wissenschaft sowie Etzel Walle (m&i Klinikgrup-

pe Enzensberg) als Vertreter der Kliniken. Neben den Referenten nahmen auch Bettina Cleavenger vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und Jens Kaffenberger, stellvertretender Bundesgeschäftsführer des Sozialverbands VdK Deutschland, an der Diskussion teil.

Unterschiede bei Preisfindung und Verhandlungswegen

Grundsätzlich wurde die Frage gestellt, was – wenn nicht Qualität – in der Rehabilitation bisher vergütet wurde. Die Schwerpunkte und gleichzeitig Unterschiede bei der „Preisfindung“ waren bei der Rentenversicherung der Marktpreis sowie die Struktur- und Prozessqualität und bei den Krankenkassen der „Verhandlungsweg“. Für eine Weiterentwicklung zu einer tatsächlichen qualitätsorientierten Vergütung sprechen, so der Tenor der Diskussionsrunde, gute Gründe: vor allem die zu erwartende Transparenz für Patienten und für Kostenträger sowie eine „gerechtere Verteilung“ und gegebenenfalls auch

BAR gibt IQMP Anerkennung

Das Qualitätsmanagement-Verfahren „IQMP-Reha“ des IQMG erfüllt die Anforderungen an rehabilitationsspezifische QM-Verfahren der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und hat bereits Mitte Januar 2010 die Nachricht über die entsprechende Anerkennung erhalten. Damit können die rund 200 Kliniken, die bisher nach IQMP-Reha zertifiziert wurden, die reguläre Rezertifizierung ihrer Einrichtung vornehmen.

Das genaue Verfahren für die Rezertifizierung wird das IQMG in die Neuauflage des IQMP-Reha 3.0 aufnehmen, das derzeit überarbeitet und voraussichtlich bis Ende März 2010 vorliegen wird.



Die Referenten stellten sich nach ihren Vorträgen in einer Podiumsdiskussion den Fragen des Publikums.



IQMG-Verwaltungsratsvorsitzender Peter Clausing moderierte.

weitere finanzielle Mittel aus anderen „Systemen“, bei denen durch Reha Ausgaben eingespart werden.

Mit Blick auf das von der Prognos AG im Oktober 2009 vorgelegte Gutachten zum wirtschaftlichen Nutzen der Reha wurde darauf hingewiesen, dass es in der Praxis schwerfallen dürfe, innerhalb der Krankenkassenstrukturen den Nachweis zu führen, dass mit einer Investition in die Rehabilitation in fünf Jahren eine Einsparung möglich sein wird. Bettina Cleavenger stellte heraus, dass die Rehabilitation und insbesondere der Qualitätsgedanke im Koalitionsvertrag überaus positiv bewertet worden sei. Qualitäts-Rehabilitation habe ihren Preis, und Ver-

fahren, die Qualität fördern, sollten durch die Praxis hervorgebracht werden. Das BMAS würde entsprechenden Ansätze und Verfahren auch beim Bundesministerium für Gesundheit mit unterstützen. Grundsätzlich sehe sich das BMAS als Motor für die Rehabilitation. Zugleich wies sie darauf hin, dass die im Koalitionsvertrag vorgesehene Einrichtung von Schiedsstellen für die Vergütung im Krankenkassenbereich wohl auch der Deutschen Rentenversicherung zugutekäme. Jens Kaffenberger begrüßte ebenfalls die im Koalitionsvertrag vorgesehene Stärkung der Reha und bemängelte zugleich das Problem des „Töpfedenkens“, das insbesondere in der Rehabilitation und Pflege existiere.

Positive Ansätze im Koalitionsvertrag

Auch die Präsidentin des BDPK, Dr. Katharina Nebel, ging auf den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung ein, welcher der qualifizierten Rehabilitation einen besonderen Stellenwert einräumt. Die Koalitionäre hätten ein starkes Willensbekenntnis dafür abgegeben, dass sie die Rehabilitation angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung und der künftigen Herausforderungen weiter fördern wollen. Dies würde dem Verständnis des BDPK folgen, dessen Mitgliedsunter-

nehmen bereits seit Jahren Vorreiter auf dem Gebiet der medizinischen Qualität seien.

Deutlich werde dies nicht zuletzt an der Entstehung und Entwicklung des IQMG, das schon lange vor entsprechenden gesetzlichen Regelungen Qualitätsmaßstäbe für die Rehakliniken entwickelt und gesetzt habe. Auf der Grundlage des vom Institut entwickelten Programms IQMP-Reha seien inzwischen 200 Rehakliniken mit dem EQR-Siegel für „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ ausgezeichnet worden – mehr als mit jedem anderen Verfahren.

Seminar-Angebot

Das IQMG startete im Frühjahr vergangenen Jahres mit einem Seminarprogramm, das sich an Rehakliniken und Akutkrankenhäuser richtet und in dem hochwertige Schulungen zum Qualitätsmanagement angeboten werden. Die breite Seminar-Palette reicht von den Grundlagen des QM über QM-spezifische Fachthemen bis hin zu IQMP-Reha-spezifischen Angeboten, womit das IQMG den unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen gerecht werden will. Im ersten Quartal 2010 stehen noch folgende Seminare auf dem Programm:

Selbstbewertung IQMP-Reha,

Bad Neustadt/Saale,

23. Februar 2010

Interne Auditorenausbildung,

Bad Gögging,

2. und 3. März 2010

Projektmanagement,

Berlin,

3. und 4. März 2010

Grundlagen der DIN EN ISO,

Berlin,

16. März 2010

Weitere Informationen und Anmeldungen unter:

www.iqmg-berlin.de



„Was – wenn nicht Qualität – ist in der Rehabilitation bisher vergütet worden?“ So lautete eine der zentralen Fragen.

Beschränkung ist Rückschritt

BDPK-Position zur Beschränkung der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren auf zugelassene Ärztinnen und Ärzte

In einem Schreiben an Bundeskanzlerin Angela Merkel und die Vertreter der Regierungsparteien hat sich der BDPK gegen eine Beschränkung der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ausgesprochen. Solche Überlegungen, die im Koalitionsvertrag Niederschlag gefunden hätten, seien ein offensichtlicher Rückschritt. Vorgesehen ist, dass Geschäftsanteile an MVZ nur im Besitz von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von Krankenhäusern sein dürfen und die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte zugelassenen Ärztinnen und Ärzten zustehen soll. Nur in Ausnahmefällen und in unterversorgten Gebieten soll hiervon abgewichen werden können.

Aus Sicht des BDPK steht eine solche Regelung dem Recht der Patientinnen und Patienten auf eine von Fremdeinflüssen weitgehend unabhängige Auswahl entgegen. Wenn Krankenhäuser nur minderheitsbeteiligte Geldgeber an Medizinischen Versorgungszentren zugelassener Vertragsärzte werden dürfen, dann wird sich für sie die Frage stellen, ob mit dem Investment eine adäquate Patientenzuweisung aus diesem Medizinischen Versorgungszentrum sichergestellt ist. So wäre die Minderheitsbeteiligung des Krankenhauses am MVZ des niedergelassenen Arztes eine verdeckte „Einweiserprämie“. Den Anforderungen an ein wettbewerblich orientiertes und von Entscheidungsfreiheit des Patienten

geprägtes Gesundheitswesen entspräche diese Regelung keineswegs. Auch die tatsächlichen Gegebenheiten rechtfertigen den Erhalt der bestehenden Rechtslage: Lediglich ein Drittel der rund 1200 zugelassenen MVZ befinden sich nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Die anderen MVZ sind im Besitz zugelassener Ärztinnen und Ärzte. Dies belegt, dass die Sorge vor der Dominanz der Krankenhäuser in der ambulanten Versorgung nicht begründet ist. Der BDPK werde sich weiter dafür einsetzen, dass die Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren neu überdacht werden.

Zahl schrumpft, Macht wächst

Anhaltende Konzentration bei den gesetzlichen Krankenkassen stärkt deren Nachfragemacht weiter

Die „Machtverhältnisse“ im Gesundheitssystem sind weiter in Bewegung. Nach den zum Jahresbeginn wirksam gewordenen Fusionen gibt es aktuell noch 169 gesetzliche Krankenkassen. Das sind 33 weniger als im Vorjahr. Aufsehen erregten zuletzt die Zusammenschlüsse von Gmünder Ersatzkasse und Barmer zur Barmer-GEK, der DAK mit der Hamburg Münchener Krankenkasse sowie die Fusion der IKKs aus Sachsen, Thüringen, Baden-Württemberg und Hessen zur neuen IKK classic. Weitere Fusionen sind in diesem Jahr zu erwarten; so haben bereits Gespräche der AOK Rheinland/Hamburg mit der AOK Westfalen sowie der AOK Hessen mit der AOK Plus (Sachsen/Thüringen) stattgefunden.

Der GKV-Spitzenverband begründet die zahlreichen Zusammenschlüsse mit dem wirtschaftlichen Druck, der auf den Krankenkassen lastet, die mit dem aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Geld auskommen müssten. Die Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, erklärte gegenüber einer Tageszeitung offen, dass die Kassen versuchten, ihre Geschäftsabläufe zu optimieren, ihre Produktivität zu erhöhen und ihre Marktmacht in Verhandlungen mit Leistungsanbietern besser auszuspielen.

Vor diesem Hintergrund hat der BDPK seinen Appell an die Regierungskoalition erneuert, einen geeigneten Wettbewerbsrahmen für das

Gesundheitswesen zu schaffen, der gleiche wettbewerbsrechtliche Spielregeln für Krankenkassen und Leistungserbringer definiert.

Darin wurde deutlich gemacht, dass nach Auffassung des BDPK das für freie Märkte konzipierte Wettbewerbsrecht aufgrund der Sicherstellungsverpflichtung der Leistungserbringer zur flächendeckenden Versorgung einschließlich der Notfallversorgung nicht voll angewendet werden kann. Die kartellrechtliche Fusionskontrolle findet für Krankenkassen keine oder nur begrenzte Anwendung. Dies ist im Hinblick auf die derzeitige Welle von Kassenfusionen und deren Rolle als „Einkäufer von Leistungen“ problematisch.

Zöller und Hüppe neue Regierungsbeauftragte

Hubert Hüppe ist seit dem 1. Januar 2010 der neue Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Das Bundeskabinett bestimmte Hüppe auf seiner Sitzung am 16. Dezember 2009. Er tritt damit die Nachfolge von Karin Evers-Meyer an, die das Amt seit 2005 ausgeübt hatte. Der Behindertenbeauftragte wird vom Bundeskabinett jeweils für die Dauer einer Legislaturperiode bestellt. Die Ernennung ist im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) geregelt. Das Amt des



Hubert Hüppe

Behindertenbeauftragten ist beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales angesiedelt. Hubert Hüppe gehörte dem Bundestag von 1991 bis 2009 an. Seit 2002 war Hüppe behindertenpolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Er ist selbst Vater eines behinderten Sohnes.



Wolfgang Zöller

Bereits Mitte November 2009 erhielt Wolfgang Zöller (CSU) von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler seine Ernennungsurkunde zum neuen Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen

und Patienten. Zöller war von 1990 bis 2004 ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung und von 1998 bis Januar 2005 dessen stellvertretender Vorsitzender. Von 1994 bis Januar 2005 war er Gesundheits- und Sozialpolitischer Sprecher der CSU-Landesgruppe, von 2001 bis 2007 Vorsitzender des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU und von 2004 bis November 2009 stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mit den Aufgabenbereichen Gesundheit, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.

Der Politiker ist für seine Geradlinigkeit bekannt, mit der er sich seit Jahren für ein freies, pluralistisch organisiertes und sozial abgesichertes Gesundheitswesen einsetzt.

Degemed mit neuem Vorstand: Schneider folgt Glahn

Die Mitgliederversammlung der Degemed (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V.) wählte am 11. November 2009 einen neuen Vorstand. Neuer Vorstandsvorsitzender wurde der Geschäftsführer der Waldburg-Zeil-Kliniken, Ellio Schneider. Als weitere Degemed-Vorstandsmitglieder wurden gewählt: Max Lux, Reha-zentren der DRV Baden-Württemberg gGmbH (Erster stellvertretender Vorsitzender), Volker Behncke, AWO Gesundheitsdienste gGmbH (Zweiter stellvertretender Vorsitzender), Hermann



Ellio Schneider

Buhler, Klinik am See, und Horst Gollée, Gollée GmbH & Co.

Amtsvorgänger von Ellio Schneider war Norbert Glahn, Vorstandsvorsitzender der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, der im Juni vergangenen Jahres in den Vorstand des BDPK berufen wurde. Er hatte seit 2002 das Amt des Vorstandsvorsitzenden der Degemed inne.

Die Degemed und der BDPK hatten bereits Anfang vergangenen Jahres einen Kooperationsvertrag geschlossen,



Norbert Glahn

um eine Basis für erfolgreiches Handeln zu verbreitern. Ausgangslage ist dabei die Einschätzung, dass es in Fragen der medizinischen Rehabilitation weder inhaltlich noch strategisch nennenswerte Auffassungsunterschiede gibt. Ziel beider Verbände ist es, dass sie – auch im Hinblick auf zu erwartende gesundheitspolitische Einschnitte – ihre politischen Kräfte bündeln und mit einer Stimme nach außen auftreten. Die ersten Umsetzungsschritte hierzu wurden inzwischen in der Bündelung der Aktivitäten der Qualitätsinitiativen der beiden Verbände vereinbart.