

Versorgungsgesetz umstritten

Sachverständige äußern versorgungspolitische und rechtliche Zweifel

Der BDPK war mit mehr als 90 Fachleuten aus Verbänden des Gesundheitswesens und Einzelsachverständigen vom Gesundheitsausschuss des Bundestages zur fünfständigen Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eingeladen. Die geladenen Verbände hatten im Vorfeld die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) abzugeben.

Die Stellungnahme des BDPK enthält Änderungsvorschläge zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung, jeweils auch für Rehakliniken, zum Entlassmanagement sowie zur Entgeltbindung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Ausgründung von Privatkliniken.

Beschränkungen für MVZ umstritten

Der von der FDP befragte Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht, Helge Sodan, sah diese Beschränkungen als mit dem Grundgesetz vereinbar an. Es solle sichergestellt werden, dass medizinische Maßnahmen und Leistungen allein aufgrund medizinischer Notwendigkeiten verordnet oder angewendet werden.

Dem widersprachen die Sachverständigen Reimar Buchner und Joerg Schröder-Printzen und äußerten erhebliche verfassungs- und europarechtliche Bedenken. Es gebe keine Daten, ja nicht einmal Hinweise da-

rauf, dass Kapitalgeber medizinische Entscheidungen beeinflussten. Auch gebe es keine Anzeichen dafür, dass die medizinische Versorgung von der Art des jeweiligen Gründers oder der gewählten Rechtsform abhängt. Die kritischen Sachverständigen bestätigen damit das Gutachten von Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski, das der BDPK vor einigen Jahren beauftragt und veröffentlicht hatte.

Weiter wurde die Befürchtung geäußert, dass sich die vorgesehenen Beschränkungen negativ auf die Umsetzung der Integrierten Versorgung auswirken.

BDPK kritisiert Ausweitung von Satzungsleistungen

Der Gesetzentwurf sieht die Ausweitung von Satzungsleistungen auch für die medizinische Vorsorge und Rehabilitation vor. Hier hatte der BDPK kritisiert, dass solche Leistungen nicht eindeutig von den gesetzlichen Pflichtleistungen abgegrenzt werden könnten. Begrüßt wurde hingegen, Ärzte aus Rehabilitationseinrichtungen bei Unterversorgung in die vertragsärztliche Versorgung einzubinden.

Zustimmung gab es aus Sicht der Krankenhäuser zur geplanten Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). So sollen künftig Angelegenheiten, die lediglich Krankenhäuser betreffen, nur noch zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beraten werden. Sachfremder Einfluss auf Entscheidungen des G-BA soll minimiert werden.

Liebe Leserinnen
und Leser,

die unter anderem vom BDPK vorgetragenen Verbesserungen bei der Anhörung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages werden wohl nicht mehr ins Gesetz kommen. Für die Koalition gilt es, das Gesetz noch über die Ziellinie zu retten. Die Bundesländer haben ihren Widerstand gegen die ambulante spezialärztliche Versorgung durch Krankenhäuser artikuliert. Die spezialärztliche Versorgung durch Krankenhäuser würde die niedergelassenen Ärzte in ihrer Existenz gefährden. Anders hingegen die Länderposition zu den MVZ: Hier halten sie mehrheitlich wenig von der geplanten Zulassungssperre für Krankenhäuser in der Rechtsform der AG. Diese hat die Bundesregierung in den Gesetzentwurf geschrieben, damit unter anderem Krankenhäuser mit ihren MVZ die freiberuflich tätigen Ärzte nicht existenziell bedrohen. Ich glaube nicht, dass man mit wettbewerbsfreien Reservaten rund um die freiberufliche vertragsärztliche Tätigkeit unser Gesundheitswesen sinnvoll weiterentwickeln kann. In Brüssel werden derweil neue Kriterien für staatliche Beihilfen für Leistungen der Daseinsvorsorge von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (DAWI) verfasst, zu denen auch Krankenhausleistungen zählen. Für den EU-Wettbewerbskommissar kein einfacher Job, die Kriterien wettbewerbs- und effizienzfördernd für 27 Mitgliedstaaten zu formulieren. Dennoch können wir künftig gegen Beihilfensünder im deutschen Krankenhausmarkt vorgehen. Davon gibt es einige ...

Ihr Thomas Bublitz



Parlamentarisches Frühstück des 8. Deutschen Reha-Tages



v. l.: MdB Mechthild Dyckmans, FDP, Dr. Axel Reimann, Direktor DRV Bund, Hans-Ludwig Flecken, Leiter Unterabteilung IV BMAS, Dr. Ulrich Wandschneider, Vizepräsident BDPK, Dirk Neumann, DGB



v. l.: Hannelore Loskill, Stellvertretende Bundesvorsitzende BAG Selbsthilfe, André Nowak, persönlicher Referent des Abgeordneten Dr. Ilja Seifert (Fraktion Die Linke), Claudia Tietz, Referentin Abteilung Sozialpolitik, Hubert Hüppe, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Im Namen der Initiatoren des Deutschen Reha-Tages begrüßte Lothar Dufke, Vizepräsident des Sozialverbands Deutschland, am 19. Oktober Bundestagsabgeordnete und Vertreter der Verbände zum Parlamentarisches Frühstück.

Aus Anlass des Deutschen Reha-Tages stellte das Parlamentarisches Frühstück die Rehabilitation in den Fokus der Diskussionen, um den politischen Handlungsbedarf zur Stärkung der Reha zu verdeutlichen. Bundestagsabgeordnete und Mitarbeiter

aus dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nahmen daran teil. Dabei wurden Potenziale herausgearbeitet, Erfolge sichtbar gemacht und auch erforderliche Weiterentwicklungen der Rehabilitation in den Blick genommen.

Der BDPK war von Anfang an Mitinitiator des Deutschen Reha-Tages, der in diesem Jahr am 24. September zum achten Mal stattfand. Die Besonderheit daran ist, dass sich bundesweit Leistungserbringer und Rehaträger aus der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation gemeinsam präsentierten, um die Rahmenbedingungen für die Rehabilitation zu stabilisieren.

Peter Clausing, Vorstandsmitglied des BDPK und Vorsitzender des Fachausschusses Rehabilitation und Pflege, moderierte den Thementisch „Wirtschaftliche Bedeutung der Rehabilitation angesichts von Demografie und Fachkräftemangel“. Hier wurde unter anderem der gesetzgeberische und politische Handlungsbedarf zur Anpassung des Rehabudgets an den demografischen Faktor diskutiert.

Jeder vierte Erwerbstätige wird im Jahr 2025 älter als 55 Jahre sein. Ökonomen, Arbeitsmarkt- und Sozialexperten appellieren deshalb an den Gesetzgeber, mehr für die Mobilisierung und die Gesunderhaltung von älteren und von Krankheit bedrohten Arbeitnehmern zu tun. Der Bedarf wird nicht zuletzt durch die Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 steigen. Ein wesentlicher Schritt ist, das Budget der Rentenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen aufzustocken und dem steigenden Versorgungsbedarf anzupassen.

Weitere Informationen auf der Website des Reha-Tages: www.rehatag.de.

Parteiübergreifender Konsens zum Reha-Budget

Der Antrag der Fraktion Die Linke, das Reha-Budget zu erhöhen, wurde am 29. September im Bundestag beraten und an den Ausschuss für Arbeit und Soziales verwiesen. Der Antrag löste eine parteiübergreifende Diskussion über das Reha-Budget aus. Über alle Parteien hinweg bestand Einigkeit, dass Reha wichtig sei und an Bedeutung gewinnen werde. Überwiegend bestand auch die Ansicht, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen.

Das Thema „Reha-Budget“ ist Bestandteil des derzeit im Bundesministerium für Arbeit und Soziales geführten Rentendialogs. Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen hat in Gesprächen mit Rentenversicherung, Fachpolitikern, Wohlfahrtsverbänden, Gewerkschaften und Arbeitgebern den Regierungsdialo g Rente gestartet. In diesem breit angelegten, offenen Diskussionsprozess sollen Entwicklungen in der Arbeitswelt und gesellschaftliche Veränderungen daraufhin untersucht werden, ob und welche Risiken sie für mehr Bedürftigkeit im Alter bergen. Ergebnisse dieses Rentendialogs sind bisher nicht bekannt geworden.

Dass das Reha-Budget erhöht werden muss, wurde auch von wissenschaftlicher Seite bestätigt. Der BDPK gab gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX eine Studie in Auftrag, die Prognos AG legte im August 2011 ein Kurzdossier zum Thema Reha-Budget vor. Durch mehr Reha werden allein im Jahr 2025 rund 200 000 Menschen dem Arbeitsmarkt zusätzlich erhalten bleiben.

Preissteigerungen: Rehakliniken brauchen höhere Vergütung

Im Auftrag der AG MedReha hat die aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH das „Gutachten zur aktuellen und perspektivischen Situation der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“ erstellt. Die Rehakliniken müssen auch im Jahr 2012 in allen wichtigen Bereichen mit Kostensteigerungen rechnen, die über steigende Vergütungssätze refinanziert werden müssten.

Die gutachterliche Stellungnahme zu den vergütungsrelevanten Kostensteigerungen soll den Kliniken als Grundlage für die Beantragung von Vergütungssatzerhöhungen und bei den Verhandlungen mit den Rehabilitationsträgern dienen. Zudem ist das Gutachten eine wichtige Grundlage im Rahmen von Verfahren vor den noch zu gründenden Schiedsstellen.

Die Gutachter berechnen für das kommende Jahr die zu erwartenden Kostenveränderungen für Rehakliniken. Der Prognosekorridor der Kostensteigerungen für das Jahr 2012 zeigt im Vergleich zu 2011 Steigerungsraten von rund 2,5 bis 3,0 Prozent. Demnach müssten die Vergütungssätze in der stationären medizinischen Rehabilitation im Durchschnitt um 2,75 Prozent steigen, damit die Kliniken eine kostendeckende Vergütung erhalten.

Die in der Modellrechnung dargestellten Entwicklungen betreffen Faktoren wie beispielsweise Tarifsteigerungen und Energiekosten, also

ausschließlich solche, auf die die Rehabilitationseinrichtungen keinen direkten Einfluss haben. Die getroffenen Annahmen sind eher konservativ. Die Prognosesicherheit ist für das kommende Jahr als sehr hoch einzuschätzen.

Um die Auswirkungen der externen Einflussfaktoren für die Rehakliniken zu bestimmen, wurde auf der Basis der Gewinn- und Verlust- (GuV-)Rechnungen mehrerer Rehabilitationseinrichtungen eine durchschnittliche relative Verteilung der einzelnen Aufwandspositionen berechnet. Dabei wurden Rehakliniken unterschiedlicher Fachrichtungen berücksichtigt, um eine möglichst repräsentative Abbildung der Aufwandspositionen zu gewährleisten.

Wie sich die Diskrepanz von Vergütungsentwicklung und Kosten über die vergangenen Jahre entwickelt hat, zeigt die unten stehende Tabelle.

Bereits in den vergangenen Jahren lagen die Anpassungen der Vergütungssätze zum Teil deutlich unter den ermittelten durchschnittlichen Kostensteigerungen in der Rehabilitation. Dieses Finanzierungsdefizit zwingt die Rehakliniken seit mehr als zehn Jahren, ihre Wirtschaftlichkeitsreserven aufzubrechen. Die Preise halten seit Jahren nicht mehr den Kostenentwicklungen stand. Auch Rationalisierungspotenziale sind in den ver-

gangenen Jahren ausgeschöpft worden, weshalb eine Vielzahl von Einrichtungen an der Grenze ihrer Belastbarkeit angekommen sind. Hinzu kommt, dass sich seit der Einführung der Pauschalvergütung im stationären Krankenhausbereich die Rahmenbedingungen von Rehabilitationseinrichtungen stark verändert haben. Laut einer Studie des Instituts für Krankenhaus-Management der Universität Münster (Redia-Studie) sind die Patienten bei der Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung oft in einem signifikant schlechteren Zustand als noch vor der Pauschalvergütung. Dadurch ist eine steigende Leistungs- und damit auch Kostenverlagerung hin zur Rehabilitation zu beobachten. Vergütungssatzsteigerungen sind notwendig, um die Versorgungsqualität der Leistungen nicht zu gefährden, zulasten der Patienten oder von qualifiziertem Personal.

Das Gutachten wird wie in den Jahren zuvor allen Rehabilitationsträgern zur Verfügung gestellt und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund persönlich von den Gutachtern und Vertretern der AG MedReha vorgestellt.

Das Gutachten zu den Kostenveränderungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation wurde erstmals für das Jahr 2007 vom BDPK bei der GEBERA – Gesellschaft für wirtschaftliche Beratung mbH, Düsseldorf, in Auftrag gegeben. Seit 2008 ist die „Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation (AG MedReha)“, der der BDPK angehört, Auftraggeber. Die AG MedReha ist ein Zusammenschluss von maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Die Mitglieder der AG MedReha vertreten die Interessen von rund 800 Rehabilitations-Einrichtungen mit mehr als 80000 Betten und Behandlungsplätzen.

Vergütung stationäre medizinische Reha

	2007	2008	2009	2010	2011
Tatsächliche Kostensteigerungen	4,15%	3,80%	3,00%	1,60%	2,39%
Kumulierte Kostenentwicklung indiziert auf 100	104,15	108,11	111,35	113,13	115,84
Grundlohnentwicklung	0,64%	1,41%	1,54%	1,15%	1,98%
Kumulierte Grundlohnentwicklung indiziert auf 100	100,64	102,06	103,63	104,82	106,90

Das Gutachten ist auf der Internetseite der AG MedReha und des BDPK unter www.agmedreha.de und www.bdpk.de abrufbar.



Reform der europäischen Beihilfavorschriften

BDPK fordert faire Rahmenbedingungen im politisch gewollten Wettbewerb auf dem deutschen und europäischen Krankenhausmarkt

Die EU-Kommission hat Ende September ein neues Regelwerk für staatliche Beihilfen für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (DAWI) vorgelegt. Betroffene Verbände hatten Gelegenheit zur Stellungnahme gegenüber der Generaldirektion Wettbewerb der EU-Kommission und dem in Deutschland federführenden Bundesministerium für Wirtschaft. Bei der Überarbeitung der Beihilfavorschriften für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse fordert der BDPK mehr Transparenz über Defizitausgleiche an öffentliche Krankenhäuser.

Staatliche Beihilfen, die den Wettbewerb verfälschen, sind nach EU-Recht grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmen gelten für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse. Die Europäische Kommission hatte dafür Ausnahmeregelungen im sogenannten „Monti-Paket“ getroffen. Dieses nach dem damaligen Wettbewerbskommissar benannte Regelwerk läuft im November dieses Jahres aus. Die neuen Beihilferegulungen sollen bis Ende des Jahres verabschiedet werden.

Beihilfen verzerren Wettbewerb

Mit dem derzeit geltenden „Monti-Paket“ werden auch staatliche Beihilfen an defizitäre öffentliche Krankenhäuser legitimiert. Der BDPK sieht in diesen Defizitausgleichen einen Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht. Schließlich müssen alle anderen Krankenhäuser auch ohne zusätzliche staatliche Beihilfen auskommen. Alle Krankenhäuser in Deutschland, egal in welcher Trägerschaft, erfüllen den gleichen Versorgungsauftrag. Dafür erhalten sie von den Bundesländern

Gelder zur Finanzierung von Investitionen, während die Krankenkassen die aus der Patientenbehandlung entstehenden Betriebskosten über die DRG bezahlen. Kliniken in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft müssen ihren Versorgungsauftrag ohne zusätzliche staatliche Subventionierung bewältigen. So kommen selbst Krankenhäuser in wenig dicht besiedelten Gebieten auf den deutschen Inseln wie Helgoland oder Rügen ohne Subventionen aus. Der politisch gewollte Wettbewerb zwingt die Krankenhäuser, effizient zu arbeiten und verträgt aus Sicht des BDPK keine zusätzlichen staatlichen Beihilfen an öffentliche Krankenhäuser.

Der BDPK fordert, dass Ausgleichszahlungen nicht generell für „Krankenhausleistungen“ bezahlt werden dürfen, wenn sie nach der jeweiligen mitgliedstaatlichen Ordnung unter Marktbedingungen erbracht werden. Wenn Leistungen echte Wettbewerbsleistungen nach der jeweiligen nationalen Rahmenordnung sind, müssen die geförderten Leistungen vielmehr einen besonderen Zusatzgehalt haben, der die Zuschüsse rechtfertigt.

BDPK fordert Transparenz

Staatliche Beihilfen an Krankenhäuser müssen zudem transparenter werden: Der BDPK fordert eine nationalstaatliche Verpflichtung für ein Transparenzregister für staatliche Beihilfen an Krankenhäuser. Die Mitgliedstaaten sind zwar verpflichtet, regelmäßig einen Bericht über die Anwendung der Beihilfavorschriften abzugeben. Der letzte Bericht der Bundesregierung im Jahr 2008 enthielt dazu jedoch wenige Fakten.

Geplante Bestandteile des neuen Regelwerks

1. Mitteilung der Kommission über die Anwendung der Beihilfavorschriften der EU auf Ausgleichsleistungen für die Erbringung von DAWI.
2. Beschluss der Kommission über die Anwendung von Artikel 106 II AEUV auf staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen zugunsten bestimmter Unternehmen, die mit der Erbringung von DAWI betraut sind.
3. Verordnung der Kommission über die Anwendung der Artikel 107 und 108 AEUV auf Deminimis-Beihilfen an Unternehmen, die DAWI erbringen.
4. Mitteilung der Kommission – EU-Rahmen für staatliche Beihilfen in Form von Ausgleichsleistungen für die Erbringung öffentlicher Dienstleistungen.

Der BDPK reichte eine Beihilfeschwerde an die Kommission, in der die Praxis von Defizitausgleichen als wettbewerbsverzerrend kritisiert und zugleich die Kompetenz der Kommission infrage gestellt wird, Ausnahmeregelungen zu treffen. Darüber hat die Kommission bislang noch nicht entschieden. Um eine effektive Kontrolle staatlicher Beihilfen an Krankenhäuser zu gewährleisten, prüft der Verband gegenwärtig auch eine Klage nach dem Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG).

Studie: 96 Prozent aller Klinik-abrechnungen unbeanstandet

Die Kritik der Krankenkassen an den Krankenhausabrechnungen ist unbegründet. Das zeigt ein Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), das von der BDO-AG erstellt wurde. Tatsächlich bleiben auch nach intensiven Prüfungen durch die Krankenkassen 96 Prozent aller Krankenhausrechnungen unbeanstandet.

Öffentliche Diskussion über Falschabrechnung

Die Krankenhäuser sehen sich regelmäßig mit Vorwürfen der Krankenkassen wegen angeblich systematisch und flächendeckend vorgenommener „Falschabrechnungen“ konfrontiert. Das betrifft auch viele BDPK-Kliniken. Behauptungen der Krankenkassen, dass nahezu die Hälfte aller Krankenhausrechnungen falsch sei, hat die Krankenhausseite stets zurückgewiesen. Vor diesem Hintergrund gab die DKG ein „Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens“ bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO in Auftrag.

Die Verfasser des Gutachtens kommen zum Ergebnis, dass die Aussagen und Veröffentlichungen der Kostenträger zum Thema Falschabrechnung im Krankenhaus sachlich nicht haltbar sind. Entscheidende und systembedingte Mechanismen werden in der Darstellung der Kostenträger außer Acht gelassen. Dadurch wird der Öffentlichkeit suggeriert, die Krankenhäuser würden bewusst und durchgängig falsch abrechnen.

Komplexität des DRG-Systems

Die meisten Rechnungskorrekturen entstehen durch die Nichtanerkennung tatsächlich erbrachter Leistungen. Das wiederum zlasten der Kliniken: Krankenhausbehandlungen werden durch

die Krankenkassen rückwirkend gekürzt und zu einem minimalen Aufwand abgerechnet. Die Kostenträger vergüten die Leistungen nicht entsprechend dem Aufwand und den Leistungen, die ihre Versicherten im Krankenhaus empfangen haben.

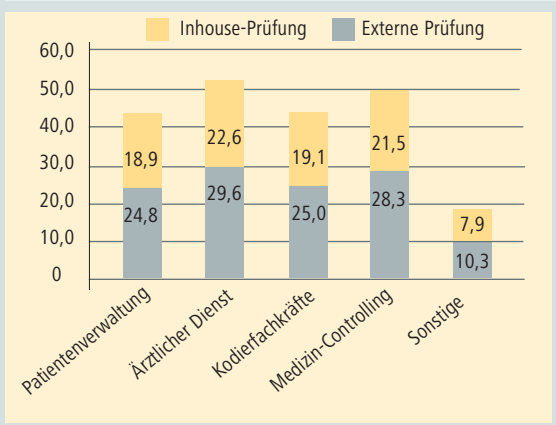
Es handele sich nicht um „Falschabrechnungen“, sondern um unterschiedliche Bewertungen aufgrund der Betrachtungszeitpunkte, so die Gutachter. Weitere Fälle betreffen strittige Abrechnungsregularien und medizinische Auslegungsfälle. Das sei nicht zuletzt dem komplexen DRG-System anzulasten, das derzeit auf 13 275 Diagnosen und 255 000 Prozeduren basiere. Plausibel, dass es hierbei zu legalen Wahlmöglichkeiten komme.

Das Gutachten deckt auf, dass die Motivation der Krankenkassen offensichtlich darin liegt, Kosten einzusparen. Sowohl die Behauptung der Krankenkassen, jede zweite Krankenhausrechnung sei falsch, als auch die auf dieser Aussage kalkulierten Beträge für Falschabrechnungen entbehrten laut Studie jeglicher sachlichen Grundlage.

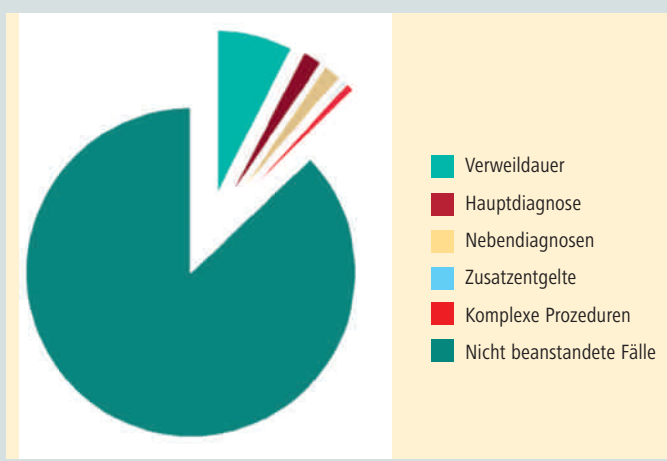
Aufwandspauschale bleibt umstritten

In der Folge auf die genannte Studie gab es in einem Expertengespräch des Gesundheitsausschusses kontroverse Diskussionen zwischen Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der DKG. Zur Diskussion gestellt wurde die Aufwandspauschale von 300 Euro, die eine Krankenkasse der Klinik zahlen muss, wenn eine Prüfung ergibt, dass die untersuchte Rechnung richtig war. Der GKV-Spitzenverband dringt beim Gesetzgeber darauf, die 300-Euro-Pauschale zu streichen oder den Kassen für ihren bürokratischen Aufwand ebenfalls eine Pauschale einzuräumen.

Personalbindungsminuten im Krankenhaus aufgrund von MDK-Fallprüfung



Verteilung der MDK-Prüfgründe



Zehn Jahre Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG) trafen sich in Berlin am 20. und 21. Oktober 120 Klinikexperten bei der Jahrestagung zum fachlichen Austausch. Das Thema lautete: „Reha goes Internet – Qualität und Transparenz der Rehabilitation im Zeitalter des Internets“.

Peter Clausing, Verwaltungsratsvorsitzender der IQMG GmbH, betonte bei seiner Festrede, dass der BDPK vor mehr als zehn Jahren der festen Überzeugung war, die qualitätsgesicherte Rehabilitation mit professionellen Qualitätsmanagement-Systemen zu flankieren. Damals, unmittelbar nach der Reha-Krise, war es keineswegs selbstverständlich, dass sich Reha-Kliniken und deren Verbände mit Konzeptionen zum Qualitätsmanagement auseinandersetzten.

Er berichtete von kontroversen Diskussionen zum Gründungsprozess der IQMG GmbH als 100-prozentige Tochter des BDPK. Die Gründung der IQMG GmbH am 14. September 2001 gab den Startschuss für die Entwicklung eines zukunftsweisenden und marktführenden Qualitätsmanagementverfahrens, dem IQMP-Reha, und ist inzwischen ein Erfolgsmodell. Mittlerweile sind mehr als 170 Kliniken nach IQMP-Reha zertifiziert.

Clausing wandte den Blick jedoch nicht nur der Vergangenheit zu. Eine der zukünftigen Herausforderungen sei die Auseinandersetzung mit den aktuellen Entwicklungen im Gesund-

heitswesen. Dazu gehörten die stark steigende Inanspruchnahme von Klinikportalen zur Meinungsbildung und die Entwicklung eines fachlich fundierten, auf Qualitätsdaten basierenden Reha-Portals.

Neue Anforderungen an die Qualitätssicherung

Dr. Hiltrud Kastenholz, Leiterin des Referates „Qualitätssicherung, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Personal im Krankenhaus“ des Bundesministeriums für Gesundheit, überbrachte Glückwünsche zum Jubiläum und zeichnete die gesetzliche Ausgangslage für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach.

Insgesamt müsse die Qualitätssicherung die Ergebnisqualität der Leistungserbringung genauer beurteilen und auf eine verstärkte Transparenz setzen sowie auf die Verbesserung der Versorgung, so Kastenholz.

Die Bundesregierung setzt große Bedeutung in sogenannte Pay-for-Performance-Modelle (P4P-Modelle). Eine qualitätsorientierte Vergütung im Gesundheitswesen auf Grundlage valider Qualitätsdaten sei denkbar, jedoch müssten noch zahlreiche Fragen geklärt werden. Daher wurde eine wissenschaftliche Studie beauftragt, deren Ergebnisse im nächsten Jahr vorliegen werden.

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Dr. Here Klosterhuis, Leiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, erläuterte bewährte sowie in einer Neukonzipierung befindliche Verfahren und Instrumente des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund.



Dr. Hiltrud Kastenholz, Leiterin des Referates Qualitätssicherung, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Personal im Krankenhaus des Bundesministeriums für Gesundheit

Er verglich die Qualitätssicherungsergebnisse (QS) stationärer und ambulanter Reha-Einrichtungen für ausgewählte Indikationsbereiche. Die QS-Ergebnisse seien zwar insgesamt positiv, jedoch mit Unterschieden bei einzelnen Indikationen zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. Unterschiede von stationären gegenüber ambulanten Reha-Einrichtungen seien unklar, hier gebe es Forschungsbedarf.

Peter Follert, MBA in der Abteilung Medizin des GKV-Spitzenverbands, stellte das aktuelle QS-Reha-Verfahren vor und stellte die Aufgaben der Auswertungsstelle, den Umgang mit den von den Einrichtungen übermittelten Daten und den QS-Ergebnissen sowie die konkrete Ablaufplanung des Verfahrens in den Fokus seines Vortrags.

Im Anschluss daran erläuterte Dr. Ralf Bürgy, Leiter der Abteilung Qualität, Organisation & Revision der Mediclin AG Offenburg, die Merkmale einer Selbstbewertung sowie des Selbstbewertungsprozesses im IQMP-Reha-Verfahren. Er hob den vielseitigen Nutzen eines Selbstbewertungsberichts für die Kliniken hervor. Dieser liegt nach Bürgys Ein-



Peter Clausing,
Verwaltungsratsvorsitzender der IQMG GmbH



Podiumsdiskussion, Teilnehmer von links nach rechts: Susanne Heintzmann, Dr. Jörg Sagasser, Peter Follert, Dr. Hiltrud Kastenholz, Brigitte Gross, Peter Clausing, Ingo Bach, Moderator: Thomas Bublitz (nicht im Bild)

schätzung vor allem darin, Potenziale zu erkennen und Initiativen zur Verbesserung zu priorisieren.

Aus der Praxis eines Krankenhaus-Konzerns nach der Zertifizierung berichtete Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Bereichsleiterin der Sana Qualitätsmedizin. Im Jahr 2007 führten die Sana Kliniken zum ersten Mal Risikoaudits durch und erhielten das Qualitätszertifikat KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Damit die erreichten Qualitätsstandards aufrechterhalten werden konnten, gab es bei den Sana Kliniken eine gezielte Weiterentwicklung: In den Jahren 2008 bis 2011 wurden Risiko- und Hygieneauditoren ausgebildet und gegenseitige Audits durchgeführt. 2011 wurde das Sana-Qualitätsboard gebildet, die Mitglieder wurden zu Peers ausgebildet und Peer Reviews im Pflegemanagement und im ärztlichen Bereich durchgeführt. Ziele waren und sind die Verbesserung der medizinischen Qualität, ein Erfahrungsaustausch unter den Kollegen sowie ein Know-how-Transfer.

Risiken und Chancen der Neuen Medien

Die Leiterin der Unternehmenskommunikation der Sana Kliniken, Susanne Heintzmann, sprach über neue Kommunikationsformen im Umfeld von Kliniken im Google-Zeitalter und ihre Kehrseiten. Wachsende Anforderungen an Krankenhäuser entstehen demnach vor allem durch die rasante Beschleunigung der Kommunikation. Das machte sie am Beispiel einer Beschwerde eines Patienten

deutlich, der sehr lange in der Notaufnahme warten musste. Er machte mit seinem Mobiltelefon unvorteilhafte Bilder in der Klinik, schrieb noch vor Ort einen Beschwerdebericht, den er noch auf dem Weg nach Hause im Internet veröffentlichte. Die Geschwindigkeit der Informationsverbreitung machte daher ein sofortiges Krisenmanagement in der Unternehmenskommunikation erforderlich.

Allerdings benannte sie auch Vorteile des Internets für Kliniken: Der Dialog mit den Patienten und deren konstruktives Feedback dienen der Nähe zu Patienten und könnten ein Pluspunkt für die Klinik werden. Als weitere Stärken der Social Media bezeichnete sie die Kraft der Verbraucher, den mündigen Patienten sowie Vorteile für Kliniken bei der Personalrekrutierung.

Den Blick auf Gesundheitsinformationen für Verbraucher im Internet richtete Ingo Bach, Redakteur des Berliner Tagesspiegels. Er ist verantwortlich für die Verlagsprodukte Klinikführer Berlin, Rehaklinikführer Berlin und Brandenburg sowie das Suchportal www.gesundheitsberater-berlin.de.

Seit 2006 wurden zunächst in Berlin Klinikvergleiche angestellt, um den Patienten einen Überblick über die mehr als 70 Krankenhäuser, 25 Rehasentren, 300 Pflegeheime, circa 6700 niedergelassenen Ärzte sowie Zahnärzte und Psychotherapeuten zu geben. Um den Patienten bei der Auswahl zu unterstützen, wurden Gesundheitsinformationen in den Klinikführern gebündelt sowie in einer Datenbank im Internet veröf-

fentlicht. Die Informationen wurden für Laien geschrieben und die Texte entsprechend vereinfacht dargestellt, jedoch von Experten auf medizinische Richtigkeit geprüft. Ingo Bachs Fazit zum Thema Gesundheitsinformationen im Internet war, dass er sich einen offenen Wettbewerb wünscht, um das beste, fachlich fundierteste und anwenderfreundlichste Portal im Sinne der Patienten zu schaffen.

Umfassende Informationen über Krankenhäuser bietet das Internetportal Qualitätskliniken.de. Der Geschäftsführer von 4QD – Qualitätskliniken.de, Dr. Dr. Klaus Piwernetz, stellte das Portal vor. Patienten können ihre Klinik nach Fachgebiet, Krankheitsbild oder Behandlung auswählen. Ebenso können sie nach Ort und Umkreis wie auch via digitalem Körpermodell nach bestimmten Erkrankungen, die sie behandeln lassen möchten, suchen.

Die Zielsetzung von Qualitätskliniken.de sei, den umfassendsten Blick auf Qualitätsdaten in Krankenhäusern zu liefern. Dieser Gedanke dränge sich auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation auf. Warum bieten die Rehakliniken nicht auch Patienteninformationen im Internet über die Qualität ihrer Leistungen? Dies sei ein logischer Weiterentwicklungsansatz der umfassenden Qualitätsstrategien, die sich aus den bisherigen Aktivitäten des IQMP-Reha ergeben. Anhand eines Prototypen skizzierte Piwernetz die Inhalte und das Design von „QualitätsRehaKliniken.de“.

Qualitätsmanagement bringt betriebswirtschaftlichen Erfolg

Den Abschlussvortrag hielt Lutz Karrauchow, geschäftsführender Vorstand von Domino e.V. Er stellte das Qualitätsmanagementsystem als erfolgreiches Modell zur Unternehmensführung vor. Damit verdeutlichte er den erheblichen betriebswirtschaftlichen Nutzen von Qualitätsmanagement für Unternehmen und Kliniken.

Aus den Landesverbänden: Sektorübergreifende Patientenbehandlung

Gemeinsame Veranstaltung der Landesverbände Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen-Bremen

Am 4. Oktober 2011 trafen sich in Düsseldorf die Klinikvertreter der beiden Landesverbände zu ihrer gemeinsamen Informationsveranstaltung. Der Vorsitzende des gastgebenden Landesverbandes NRW, Dietgrim Reene, wies in seiner Begrüßung auf die Herausforderung der demografischen Entwicklung für das Gesundheitswesen hin.

Die gesundheitspolitischen Aspekte und Anforderungen an die künftige Patientenversorgung wurden von Barbara Steffens, der Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, beleuchtet. Folgende Veränderungen sind zu erwarten: Es wird immer mehr ältere und oft pflegebedürftige Menschen geben, zugleich immer weniger Geburten. In den Pflegeberufen droht wachsender Mitarbeitermangel, die Klinikstrukturen werden sich verändern. Das wiederum macht den Grundsatz Reha vor Pflege immer bedeutsamer. Folgen ergeben sich zukünftig daraus für die strategische Krankenhausplanung in den Versorgungsstrukturen.

Gerade vor dem Hintergrund der finanziellen Situation im Gesundheitswesen stellen die persönliche Hinwendung zum Patienten und mehr Menschlichkeit bei einer bedarfsgerechten Rehabilitation (zum Beispiel in der geriatrischen Versorgung) eine politische Herausforderung dar, die ebenso eine zentrale Aufgabe der regionalen Gesundheitskonferenzen sein wird. Gleichfalls sei die Politik, nach Aussage der Ministerin, hier offen für innovative und finanzierbare Modellprojekte.

Dr. Boris Robbers, Referatsleiter Krankenhäuser aus dem Ministerium für Soziales und Gesundheit in Niedersachsen, reflektierte die Faktoren auf die niedersächsische Krankenhausplanung.

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, berichtete aktuell



Günther Knauer, BDPK-Landesgeschäftsführer NRW, Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Dietgrim Reene, Vorsitzender des BDPK-Landesverbandes NRW (v. l.)

über die Notwendigkeit, aber auch guten Chancen zur Anhebung des Rehabudgets. Theo Barth von der Barmer GEK sprach über die strategischen Ansätze zur sektorübergreifenden Patientenbehandlung, und Holger Baumann, Geschäftsführer der DRV Rheinland, sprach über die Pflegereform und ihre Finanzierung sowie Reha vor Pflege.

Matthias Blum, Geschäftsführer Krankenhausgesellschaft NRW, und Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des BDPK, als Vertreter der Leistungserbringer, verwiesen auf die wachsenden Herausforderungen für Krankenhäuser und Rehakliniken. Der prognostizierte Arbeitskräftemangel liegt im Jahr 2025 bei rund vier Millionen. Krankenhäuser und Rehakliniken werden im Wettbewerb um Fachkräfte mit anderen Branchen stehen und dafür Sorge tragen müssen, dass Arbeitsplätze im Gesundheitswesen und Klinikbereich für Arbeitnehmer attraktiv sind. Auch das zunehmende Alter der Beschäftigten wird Auswirkungen auf Arbeitsplätze in Kliniken haben: Wenn in Zukunft der

Anteil der über 55-jährigen Arbeitnehmer stark anwächst, werden auch in Kliniken Veränderungen der Arbeitsbedingungen erforderlich sein.

Neuer Vorstand gewählt

In der Mitgliederversammlung des Landesverbandes der Privatkliniken NRW e.V. wurde der Vorstand neu gewählt. Dem Geschäftsführer Günther Knauer stehen zur Seite:

- als Landesvorsitzender Dietgrim Reene,
- als Stellvertreter Dr. Katharina Nebel und Hans-Joachim Ehrhardt,
- als Schatzmeister Arno Kuge,
- als Schriftführer Dr. Michael Küthmann,
- als Beisitzer Holger Schürmann, Jens Holsing, Volker Hippler, Alexander Spernau und Bernd Hamann.

Dietgrim Reene ■