

Herausforderungen für die Gesetzgebung 2012

Zum 1. Januar 2012 trat das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – in der Tagespresse auch „Landärztegesetz“ genannt – in Kraft. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erklärt dazu: „Mit dem Versorgungsstrukturgesetz haben wir die Weichen dafür gestellt, dass auch künftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung in ganz Deutschland sichergestellt werden kann ...“

Sicher ist es sinnvoll und notwendig, mit diesem Gesetz die Voraussetzungen für die ambulante Versorgung zu schaffen. Dazu gehören auch die notwendigen wirtschaftlichen Grundlagen, die Ärzte motivieren, sich nicht nur in größeren Städten, sondern auch auf dem Land niederzulassen. Es ist aber ebenfalls unerlässlich, die Krankenhäuser und Reha-Kliniken als Rückgrat der medizinischen Versorgung in den Blick zu nehmen. Auch hier gibt es einen erheblichen politischen Handlungsbedarf.

1. Orientierungswert endlich einführen

Die bereits mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beschlossene Entlastung für Krankenhäuser durch die Einführung des Orientierungswerts anstelle der Grundlohnrate muss im Jahr 2012 endlich vollzogen werden. Die Krankenhäuser sind zum wiederholten Male mit den Kosten einer außerordentlich teuren Tarifrunde mit Verdi und Marburger Bund konfrontiert, die sie nicht gegenfinanzieren können. Stattdessen wurde der Grundlohn für 2011 und 2012

noch um jeweils 0,5 Prozent reduziert, obwohl der Gesundheitsfonds extrem gut mit Geld gefüllt ist.

2. Zukunftskonzept für Mengensteigerungen

Es muss auch in Zukunft Anreize für die Krankenhäuser geben, ihre Effizienz zu steigern und mehr Patienten zu gewinnen. Dies ist eine notwendige Grundbedingung für eine sich stets verbessernde Patientenversorgung. Verständlich ist der Wunsch der Krankenkassen und Politik, das Morbiditätsrisiko als „Rundum-Sorglos-Paket“ auf die Krankenhäuser zu verlagern. Doch die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt werden den Leistungsbedarf im Krankenhausbereich insgesamt erhöhen. Diese Tatsache ist allen Entscheidungsträgern unseres Gesundheitswesens bewusst. Ein sinnvoller Ansatz könnte das bereits existierende System des Anrechnens der zusätzlichen variablen Kosten im Landesbasisfallwert sein, bei voller Berücksichtigung der Mehrleistungen auf Hausebene.

3. Psychiatrie-Entgeltsystem ausreichend finanzieren

Die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser stellen sich konstruktiv zur Entwicklung und Einführung des neuen Entgeltsystems für diese Leistungen. Das Entgeltsystem muss allerdings den Besonderheiten dieses Leistungssektors gerecht werden, ebenso wie eine ausreichende Finanzierung der Systembesonderheiten. Effizienzgewinne durch Verweildauerverkürzungen wie bei der DRG-Einführung im Bereich der somatischen Erkrankungen sind nicht möglich und würden die Versorgung der Patienten

verschlechtern. Pflichtversorgung und stringente Personalvorgaben geben nur wenig Spielraum für sinkende Preise und ein auf die Kliniken verlagertes Mehrleistungsrisiko.

4. Reha-Budget in der DRV abschaffen

In der medizinischen Reha haben sich die Verhältnisse in den vergangenen zehn Jahren gravierend verändert. Während noch Mitte der 1990er-Jahre große Frühverrentungsprogramme politisch beschlossen wurden, fehlen dem Arbeitsmarkt heute die erfahrenen Fachkräfte. Der Anteil der älteren Arbeitnehmer steigt bis zum Jahr 2025 massiv an. Gerade die älteren Arbeitnehmer sind in besonderem Maße auf Reha-Leistungen angewiesen. Sobald die Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter durch die Folgen chronischer Erkrankungen bedroht ist, können Arbeitnehmer nur mithilfe von Reha-Leistungen bis zum Renteneintrittsalter berufstätig sein.

5. Pflegereform: mit Reha Pflege wirksam verschieben

Für die Pflegereform wird es neben der Frage der Finanzierung und des Leistungskatalogs darauf ankommen, den Eintritt von Pflege durch die konsequente Nutzung von rehabilitativen Möglichkeiten so lange wie möglich zu verschieben. Die gesetzlichen Vorgaben sind klar, doch fehlt den Krankenkassen der finanzielle Anreiz, Reha-Leistungen zu finanzieren: Die vermiedene Pflegebedürftigkeit kommt lediglich der Pflegeversicherung zugute. Ein Weg wäre, den Krankenkassen die angefallenen Kosten für Reha-Leistungen durch die Pflegeversicherung zu erstatten.

Thomas Bublitz



Finanznot der Krankenhäuser

Auch mit dem neuen Versorgungstrukturgesetz, das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, werden die Kürzungen des GKV-Finanzierungsgesetzes für die Krankenhäuser in Höhe von rund 600 Milliarden Euro im Jahr 2012 nicht zurückgenommen. Der BDPK fordert daher, dass die Politik nun kurzfristig die Probleme der Krankenhäuser in den Fokus rücken muss, da sich diese in einer höchst angespannten finanziellen und personellen Situation befinden.

Die ursprünglich zur Sanierung der defizitären Finanzen der Krankenkassen verordneten „Sparbeiträge“ der Leistungserbringer können bei der aktuellen Finanzlage des Gesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenversicherung als obsolet angesehen werden: Hier bestehen Überschüsse in Milliardenhöhe.

Tarifeinigung für die Ärzte wirft erhebliche Kosten auf

Allein die Tarifeinigung für Ärzte an den Universitätskliniken und an Berufsgenossenschaftlichen Kliniken – mit einer Erhöhung der Tabellenentgelte um 3,6 Prozent beziehungsweise drei Prozent der Gehälter – zeigt auf, dass auf die Kliniken für das Jahr 2012 erhebliche Mehrbelastungen zukommen. Es steht noch die Einigung mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für die öffentlichen Krankenhäuser aus. Diese Abschlüsse werden Signalwirkungen auch für andere Tarifverhandlungen haben. Diese treffen die Krankenhäuser unter der gesetzlichen Kürzungsvorgabe für das Jahr 2012 mit einer begrenzten Refinanzierungsquote für Lohnerhöhungen von 1,48 Prozent. Das zwingt die Kliniken in den laufenden und noch anstehenden Tarifverhandlungen in eine Konfrontation mit den Gewerkschaften.

Der CDU-Abgeordnete Lothar Riebsamen spricht sich im Hinblick auf die vielfältigen finanziellen Probleme der Krankenhäuser für eine wirtschaftliche Sicherung der deutschen Krankenhäuser aus. Riebsamen ist Mitglied des Gesundheitsausschusses und verantwortlich für den Bereich Krankenhauswesen. „Die Probleme der Krankenhäuser sind vielfältig: Die Länder kommen oft ihren Investitionsverpflichtungen nicht nach, gleichzeitig sorgen demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und steigende Personalkosten für zusätzliche Ausgaben. Die Krankenhäuser sind daher zu unangemessenen Mengensteigerungen gezwungen“, so Riebsamen.

Die aus den bevorstehenden Tarifabschlüssen erwarteten Lohnerhöhungen könnten durch Änderungen in der Krankenhausvergütung gemildert werden. Hierzu Riebsamen: „Mit der Einführung des sogenannten Orientierungswerts, der die Ausgabenentwicklung für die Krankenhäuser bemessen soll, und des Mehrleistungsabschlags für zusätzliche Leistungen wurde dieses Zusammenspiel bereits grundsätzlich angegangen.“

Der Orientierungswert wird jedoch erst 2013 in Kraft gesetzt, daher wird eine Übergangslösung benötigt. Riebsamen spricht sich dafür aus, dass für das Jahr 2012 die durchschnittlichen Auswirkungen der vereinbarten Tarifierhöhungen anteilig für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen seien. Der Mehrleistungsabschlag solle künftig auf 30 Prozent gesetzlich festgeschrieben werden und jeweils für die ersten zwei (statt bisher ein) Jahre Anwendung finden.

Solide Finanzentwicklung der Krankenversicherungen

Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den ersten neun Monaten 2011 deutlich besser verlaufen als im vorvergangenen Jahr. Nach einem Plus von 277 Millionen Euro im ersten bis dritten Quartal 2010 haben die Kranken-

kassen im gleichen Zeitraum 2011 einen Überschuss von rund 3,9 Milliarden Euro erzielt.

Die gute Wirtschaftsentwicklung hat den Krankenhäusern bisher jedoch keine Entlastung gebracht. Die Preise für ihre Leistungen bleiben gedeckelt. Anstehende Tarifsteigerungen werden viele der ohnehin finanziell angeschlagenen Krankenhäuser tiefer in die roten Zahlen bringen. Die Politik erkennt hier leider keinen Handlungsbedarf. Im Gegenteil werden den Krankenhäusern auch in 2012 wieder „Sparbeiträge“ für die vermeintlich Not leidenden Krankenkassen abgefordert, obwohl hier bereits Rücklagen in Milliardenhöhe angesammelt wurden.

Aus Sicht des BDPK ist es politisch nicht mehr zu vertreten, weitere Sparbeiträge auf Kosten der Krankenhäuser zu fordern. Auch wenn diese von den politisch Verantwortlichen mit der Ausgabensteigerung der Krankenkassen für Krankenhausleistungen begründet werden. Hinter diesen Ausgabensteigerungen stehen jedoch medizinisch notwendige Leistungen, die von den Krankenhäusern nicht zum Selbstzweck, sondern für eine notwendige Patientenversorgung erbracht werden müssen. ■

11. Nationales DRG-Forum plus



29. und 30. März 2012
im Estrel-Hotel in Berlin

**Gehört das Reha-Budget
in die Rentenversicherung?**

Workshop
am 30. März 2012,
13.00 bis 14.30 Uhr

Leitung: Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer,
BDPK, Berlin

Reha-Kliniken fordern Abschaffung des Reha-Budgets

Mit einem Dringlichkeits-Appell wenden sich die Rehabilitationskliniken an die Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen und die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, das Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung schnellstmöglich abzuschaffen. Das derzeitige Reha-Budget der Deutschen Rentenversicherung reicht längst nicht mehr, um die immer älter werdenden Arbeitskräfte bis zum Eintritt in das Renteneintrittsalter im Erwerbsleben halten zu können.

Seit 1997 sind die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung gesetzlich gede-

ckelt und werden nur entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer angepasst. Wegen des steigenden Anteils der älteren Arbeitnehmer an der gesamten Beschäftigtenzahl sowie der wachsenden Erwerbsquote älterer Menschen reicht das Reha-Budget nicht mehr aus, um den Rehabilitationsbedarf abzudecken.

Sobald die Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter durch die Folgen chronischer Erkrankungen bedroht ist, sind Arbeitnehmer auf Rehabilitationsleistungen dringend angewiesen, um bis zum Renteneintrittsalter berufstätig sein zu können. 74 Prozent aller Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung werden im Alter ab 45 Jahren benötigt.

Zusätzlich werden mehr medizinische Rehabilitationsleistungen dringend benötigt, weil sich die Behandlungsdauer in Akutkrankenhäusern immer weiter verkürzt und das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre angehoben wird. Dadurch ist bis zum Jahr 2025 mit einem weiteren Anstieg des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von mindestens 20 Prozent zu rechnen.

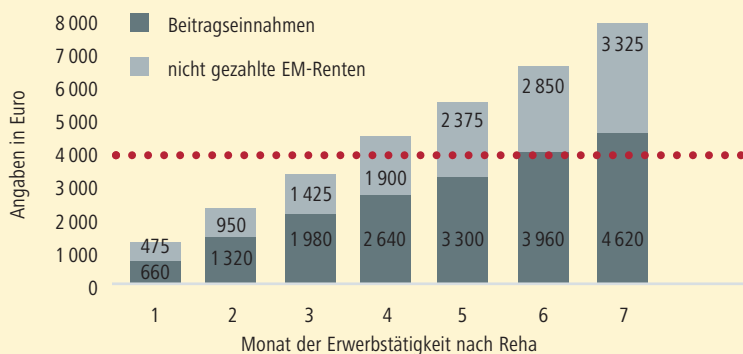
Im Jahr 2010 wurde das Reha-Budget ausgeschöpft. Um die Auswirkungen einer absehbaren Überschreitung zu minimieren, haben die Träger der Deutschen Rentenversicherung massive Sparmaßnahmen eingeleitet. Die heutigen Herausforderungen liegen darin, einen zu frühen Rentenbezug zu vermeiden und dem einzelnen Menschen auch im höheren Alter die Erwerbstätigkeit zu ermöglichen. Zu diesen veränderten Anforderungen passt keine Budgetierung von Reha-Leistungen. Deshalb muss das Reha-Budget in der Deutschen Rentenversicherung abgeschafft werden.

Sollte für die verantwortlichen Sozialpolitiker eine Abschaffung des Rehabilitationsbudgets nicht in Betracht kommen, müssen aufgrund des enormen Anstiegs der über 45-jährigen Erwerbstätigen und der deutlich steigenden Erwerbsquoten höherer Altersgruppen vor dem Einstieg in das Rentenalter die Ausgaben für Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung mindestens um einen Sockelbetrag von 0,5 Milliarden Euro an den gestiegenen Versorgungsbedarf angepasst werden. Weiterhin müssen die Ausgaben für medizinische Rehabilitation zusätzlich zur Bruttolohnsteigerung jährlich um mindestens 1,1 Prozent angepasst werden.

Welche Kosten und welcher Nutzen entstehen?

Eine erfolgreiche medizinische Reha amortisiert sich für die Deutsche Rentenversicherung bereits ab dem vierten Monat nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit durch den Rehabilitanden. Auf Basis der Diskussion des sozialmedizinischen Verlaufs über fünf Jahre konnte bei 18 Prozent der Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung des Jahres 1997 eine Erwerbsminderung vermieden werden (Rische 2006). Insgesamt zahlten diese Personen 1,9 Milliarden Euro an Rentenbeiträgen, außerdem konnten 2,5 Milliarden Euro an Frührentenzahlungen eingespart werden.

Der gesamte Ertrag der Rentenversicherung belief sich somit auf 4,4 Milliarden Euro. Dem standen Kosten der medizinischen Reha zuzüglich Folgeleistungen in Höhe von 2,7 Milliarden Euro gegenüber. Unter den gemachten Annahmen haben sich aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung die Ausgaben für die Reha damit mit einer Ersparnis von 1,7 Milliarden Euro gelohnt.





BDPK-Stellungnahme zum Psych-Entgeltsystem

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2009 die Selbstverwaltungspartner beauftragt, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu entwickeln. Mit dem neuen Entgeltsystem soll der Weg von der krankenhausindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgesetzt werden.

Der Referentenentwurf lehnt sich eng an die Systematik des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für den Bereich der somatischen Einrichtungen an. Im Bereich der Somatik kamen diese Regelungen des fallbezogenen Vergütungssystems in Verbindung mit dem pauschalierenden Entgeltsystem einer besseren Versorgung der Patienten zugute. Wegen stringenter krankenhausplanerischer Strukturvorgaben sind solche Effizienzsteigerungen durch Verweildauerverkürzungen im Bereich der stationären Behandlung von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen jedoch nicht möglich. Daher ist die Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers für ein tagesbezogenes Vergütungssystem zu begrüßen.

Aus Sicht des BDPK besteht jedoch die Sorge, dass sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems die finanzielle Situation der stationären Einrichtungen in der Psychiatrie und Psychosomatik deutlich verschlechtern wird. Anzeichen hierfür finden sich etwa darin, dass:

- Mehrleistungen auf Hausebene künftig nur zwischen 26,5 Prozent und 50 Prozent (2017 bis 2021) finanziert werden,

- Mehrleistungen durch die Versorgung zusätzlicher Patienten nur mit dem variablen Kostenanteil berücksichtigt werden. Folge ist ein sinkender Basisentgeltwert.

- Die durch die BAT-Berichtigung (§ 6 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung, BPfIV) teilweise mögliche Refinanzierung der Gehälter in Höhe von 50 Prozent wird durch die in § 6 gesetzlich vorgegebene 80-prozentige Personalkostenquote begrenzt, was im Ergebnis erneut zu einer weiteren Öffnung der „BAT-Schere“ führen wird.

Pflichtversorgung

Anders als beim System der Somatik ist die Psychiatrie in Pflichtversorgungs-Regionen aufgeteilt. Dafür müssen die psychiatrischen Kliniken entsprechend der Größe ihres Pflichtversorgungsgebiets immer genügend Personal vorhalten. Unter diesen Voraussetzungen ist ein Wettbewerb – aufgrund unterschiedlich großer Pflichtversorgungsgebiete sowie der eingeschränkten Auswahlmöglichkeiten wohnortnaher Behandlungsalternativen – in der Psychiatrie nicht möglich. Der BDPK hält daher eine Grundsatzentscheidung über die Einführung eines Konvergenzprozesses von hausindividuellen Basisentgelten auf Landesbasisentgelte zum jetzigen Zeitpunkt für nicht durchführbar.

Der vom BDPK gesehene Änderungsbedarf am Referentenentwurf besteht in folgenden Punkten:

1. Veränderungsrate/

Orientierungswert

Um eine adäquate und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, ist es notwendig, dass die bisherige Budgetdeckelung durch die Veränderungsrate entfällt und die

realen Kostensteigerungen Berücksichtigung finden. Hierzu ist der vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnde Orientierungswert – spätestens mit der optionalen Umstellung auf das neue Entgeltsystem ab dem Jahr 2013 – anzuwenden.

2. Anreiz zur Nutzung des Optionsrechts in den Jahren 2013/2014

Da sich der vorliegende Referentenentwurf in wesentlichen Teilen an der Einführung des DRG-Systems und der damaligen Fassung des KHEntgG orientiert, ist auch im Zuge der Einführung des Psych-Entgeltsystems für die Optionsjahre 2013 und 2014 ein Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 95 Prozent anzusetzen.

3. Finanzierung von Mehrleistungen auf Hausebene

Mehrleistungen auf Hausebene sollen nach dem BMG-Referentenentwurf in der Konvergenzphase künftig nur zwischen 25,6 Prozent (2017) und maximal 50 Prozent (2021) refinanziert werden. Diese Regelung greift für die Behandlung von psychisch kranken Patienten zu kurz. Aufgrund des hohen Personalkostenanteils in der Psychiatrie und Psychosomatik (rund 80 Prozent) und des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Mehrleistungen und zusätzlicher Inanspruchnahme von ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sind diese Personalkosten zu 100 Prozent als variabel anzusehen.

Die komplette Stellungnahme des BDPK finden Sie im Internet unter der Adresse www.bdpk.de

Abgeordnete setzen sich für Eltern-Kind-Leistungen ein

Der BDPK kritisierte gegenüber der Politik, dem Gesundheitsministerium und den Aufsichtsbehörden den Rückgang der Leistungen für Eltern-Kind-Vorsorge sowie Eltern-Kind-Reha. Bei der Prüfung des Vorgehens der Krankenkassen stellte der Bundesrechnungshof Missstände fest, die nun beseitigt werden sollen. Der BDPK beteiligt sich aktiv an den Verbesserungsvorschlägen für die Eltern-Kind-Leistungen.

Aktuell veröffentlichte Zahlen zur Ausgabenentwicklung der GKV zeigen, dass das Problem höchst relevant ist: Im Vergleich zum entsprechenden Zeitraum in 2010 sind die Ausgaben für Eltern-Kind-Vorsorge-Leistungen in den ersten drei Quartalen 2011 nochmals um 2,3 Prozent und die für Eltern-Kind-Reha-Leistungen um 24 Prozent zurückgegangen.

Trotz einer kurzzeitigen Stabilisierung durch die Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, in denen Medizinische Vorsorge- und Reha-Leistungen für Eltern zur Pflichtleistung wurden, gehen die Bewilligungen dieser Leistungen seit dem Jahr 2008 massiv zurück. Die Rückmeldungen der Versicherten an die Reha-Einrichtungen in privater Trägerschaft ließen vermuten, dass Krankenkassen jede Gelegenheit wahrnahmen, die Bewilligung der Leistungen zu umgehen. Der BDPK hat daraufhin sowohl

den Gesundheitsausschuss des Bundestags als auch eine Vielzahl einzelner Abgeordneter auf diese Problematik hingewiesen. Im Frühjahr 2011 hat sich der Bundesrechnungshof mit dem Leistungsgeschehen auseinandergesetzt. Er stellte fest, dass die Verwaltungspraxis der Krankenkassen für die Bewilligung und Ablehnung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht transparent ist und den sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen nicht genügt. Eine Gleichbehandlung der Versicherten ist nicht gewährleistet. Krankenkassen beachteten ihre Pflicht, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln, nicht hinreichend.

Gesundheitsausschuss und BMG verlangen Maßnahmen

Daraufhin forderten der Gesundheitsausschuss des Bundestags und der Bundesgesundheitsminister den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbands auf, spätestens bis Ende 2011 die Entscheidungsgrundlagen für die gesetzlichen Krankenkassen klarer zu fassen. Insbesondere müsse die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation überarbeitet sowie die Antragsvordrucke verbessert und vereinheitlicht werden.

Im September legte der BDPK Verbesserungsvorschläge für die Begutachtungsrichtlinie vor. Dabei forderte der BDPK insbesondere mehr Transparenz im Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren.

Konstruktive Fachgespräche

In den Fachgesprächen mit den Verbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbands konnten zahlreiche Vorschläge des BDPK umgesetzt werden. Sowohl in der Begutachtungsrichtlinie als auch in den „Umsetzungsempfehlungen“ wurden die relevanten gesetzlichen Grundlagen herausgestellt. Krankenkassen dürfen einen Antrag nicht aufgrund von mangelnden Informationen ablehnen, sondern sind verpflichtet, diese einzuholen. Grundsätzlich gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz.

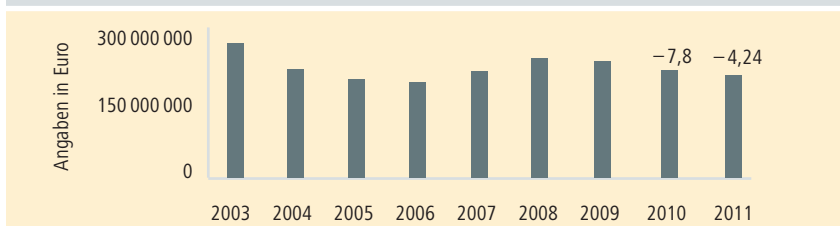
Es erfolgte eine Klarstellung, dass Eltern-Kind-Leistungen nicht durch die Deutsche Rentenversicherung erbracht werden. In der Vergangenheit waren Anträge auf Eltern-Kind-Leistungen häufig mit Hinweis auf die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung abgelehnt worden.

Allerdings besteht die Sorge, ob die geänderten Vorgaben auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden. Teile der Kritik des Bundesrechnungshofs bezogen sich auf Nichteinhaltung von Gesetzen (Rechtsbehelfsbelehrung, Amtsermittlung); hier hätte auch ohne Erlass von Umsetzungsempfehlungen die Praxis geändert werden können, da gesetzliche Vorschriften für Krankenkassen unmittelbar gelten.

BDPK fordert Verordnungsberechtigung für Vertragsärzte

Trotz verbesserter Grundlagen zur Begutachtung besteht die Gefahr, dass das aktuelle patientenferne Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren dem jeweiligen individuellen Versorgungsbedarf nicht gerecht wird. Der behandelnde niedergelassene Arzt wird grundsätzlich eher sachgerecht beurteilen, ob eine stationäre Maßnahme im jeweiligen Einzelfall medizinisch notwendig ist. Daher ist es aus Sicht des BDPK dringend erforderlich, eine Verordnungsberechtigung des Vertragsarztes zu erproben. ■

Vorläufige Ausgaben Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter 3. Quartal (KV 45):



Start des QS-Reha[®]-Verfahrens in den Regelbetrieb

Im Ausschreibungsverfahren des GKV-Spitzenverbands zur Bestimmung einer Auswertungsstelle für das QS-Reha[®]-Verfahren hat das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit den Zuschlag erhalten. Das QS-Reha[®]-Verfahren soll noch in diesem Jahr in den Regelbetrieb übergehen. Hierzu äußert sich Dr. Christof Veit, Geschäftsführer des BQS Instituts.

Das externe Qualitätssicherungsverfahren QS-Reha[®] der Krankenkassen wurde im Rahmen des gemeinsamen Ausschusses weiterentwickelt. Welche Reha-Einrichtungen sollen am QS-Reha[®]-Verfahren teilnehmen?

Veit: Es sollen alle Einrichtungen teilnehmen, bei denen die gesetzlichen Krankenkassen Hauptbeleger in der Einrichtung sind und die nicht bereits am Verfahren der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen. Auch eine freiwillige Teilnahme ist möglich. Dies kann für die Einrichtungen dann sinnvoll sein, wenn sie die Ergebnisse für die Darstellung gegenüber Patienten und Krankenkassen sowie für das interne Controlling nutzen wollen. Die Krankenkassen haben angekündigt, die Daten für ihre Zuweisungen zu verwenden.

Wann und wie werden die Einrichtungen eingebunden?

Veit: Das Verfahren beginnt mit ein-tägigen Schulungen der Koordinatoren in den Monaten März bis April im gesamten Bundesgebiet. Parallel dazu startet die Erhebung der Strukturqualitätskriterien zur räumlichen, medizinisch-technischen und personellen Ausstattung, zu den Therapieangeboten sowie zu strukturnahen Prozessmerkmalen. Voraussichtlich ab Mai können die Einrichtungen mit der Befragung der Patienten beginnen.

Welche Vorbereitungen müssen die Einrichtungen treffen?

Veit: Die Einrichtungen werden gebeten, einen Koordinator zu benennen, der sich registriert und für die Schulung anmeldet. Weiterhin organisieren die Einrichtungen die Patientenbefragung. Für die Strukturhebung und die Kommunikation mit dem BQS Institut über einen geschützten Bereich im Internet benötigt die Einrichtung einen Internetzugang, weitere Investitionen sind nicht nötig.



Dr. Christof Veit

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Veit: Bei Aufnahme wird der Patient über das Verfahren informiert und um seine Zustimmung zur Teilnahme gebeten. Das BQS Institut wird dafür Informationsmaterial und die Einverständniserklärung zur Verfügung stellen. Der behandelnde Arzt füllt anschließend den Arztbogen aus, mit dem medizinisch relevante Basisdaten erfasst werden, die zum Beispiel für die Risikoadjustierung notwendig sind, also um faire Einrichtungsvergleiche zu ermöglichen. Der Patient füllt den Fragebogen „Reha-Beginn“ aus. Nach Abschluss der Reha erhält der Patient den Fragebogen „Reha-Nachbehandlung“ und sendet ihn ausgefüllt an die Einrichtung zurück. Die

Einrichtung sammelt alle Dokumente und sendet sie an das BQS Institut zurück.

Welche Kosten entstehen für die Einrichtungen?

Veit: Die Einrichtungen tragen die Personalkosten ihrer Mitarbeiter für die Organisation und Durchführung des Verfahrens sowie die Kosten der An- und Abreise zum Schulungsort. Die Teilnahme an der Schulung ist kostenfrei. Die Kosten für den Versand der Unterlagen und Fragebögen trägt das BQS Institut.

Welchen Nutzen können Kliniken aus den QS-Ergebnissen ziehen?

Veit: Die Ergebnisse können für das interne Qualitätsmanagement verwendet werden. Die Einrichtungen erhalten ein differenziertes Bild der Ergebnisse, sodass die aufgezeigten Stärken und Schwächen zusammen mit den Mitarbeitern analysiert und bei der Planung der Unternehmensentwicklung berücksichtigt werden können. Die Teilnehmer dürfen darüber hinaus auch das QS-Reha[®]-Logo nutzen und für ihre Außendarstellung zur Information der Patienten verwenden.

Welche Informationen und Daten erhalten die Einrichtungen?

Veit: Sie erhalten fachabteilungsspezifische Auswertungen zu ihrer Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität und zur Zufriedenheit ihrer Patienten. Es wird Zusammenfassungen für die Führungsebene geben. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse durch uns ist nicht vorgesehen. Selbstverständlich steht es den Einrichtungen frei, die Ergebnisse zu veröffentlichen, entweder auf der eigenen Homepage oder über Suchportale wie www.qualitaetskliniken.de. Darüber hinaus sind wissenschaftliche Auswertungen der Ergebnisse geplant, die aber natürlich keinen Rückschluss auf die einzelne Einrichtung zulassen. ■

Seminarreihe Qualitätsmanagement

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) stellt die neue Seminarreihe für 2012 vor, die dieser *f&w*-Ausgabe in gedruckter Form beiliegt. Die Angebote richten sich an Führungskräfte, Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) und Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen.

Für Führungskräfte im Gesundheitswesen steigt die Bedeutung von Qualitätsmanagement seit Jahren. Im Fokus stehen Patientenbedürfnisse, Patientensicherheit durch Risikomanagement sowie Verfahren zum Umgang mit Beschwerden.

Schulungsangebote mit neuen Schwerpunkten

Im Jahr 2012 wird das seit drei Jahren erfolgreiche IQMG-Schulungsangebot fortgesetzt. Das Programm umfasst Semi-

nare zu den Grundlagen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen, zu QM-spezifischen Fachthemen bis hin zu IQMP-Reha-spezifischen Angeboten.

Mit Inkrafttreten der Zertifizierungspflicht für stationäre Reha-Einrichtungen durch die Vereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gewinnt der Umgang mit dem internen Qualitätsmanagement in diesem Leistungsbereich enorm an Bedeutung. Nach Ablauf der Übergangsfrist im Oktober 2012 werden nur noch zertifizierte Reha-Einrichtungen belegt. Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben ist das Seminarprogramm um Schwerpunktveranstaltungen zu den BAR-Kriterien erweitert worden.

Die ein- bis zweitägigen Seminarangebote vermitteln Fachkenntnisse, praktische Hilfestellungen und bieten eine Austauschplattform mit Kollegen aus anderen Unternehmen. Durchgeführt werden die Seminare hauptsäch-



lich in der BDPK-Geschäftsstelle in Berlin, weitere Veranstaltungsorte sind Bernkastel-Kues, Ismaning und Leipzig.

Der Seminarbeitrag beträgt für eintägige Kurse 300 Euro, für BDPK-Mitglieder 230 Euro. Zweitägige Kurse kosten 600 Euro beziehungsweise 460 Euro für BDPK-Mitglieder (jeweils zuzüglich Mehrwertsteuer). Frühbucher-, Mengen- und Gruppenrabatte werden gewährt. Anmeldungen können über die Webseite des IQMG (www.iqmg-berlin.de), per Fax oder per E-Mail erfolgen. Die Teilnehmerzahl ist je Seminar auf maximal 15 Teilnehmer begrenzt.

Eine Auswahl der Schulungen:

Basisschulung IQMP-Reha **10. Februar 2012**

Das Seminar bietet einen Überblick über das IQMP-Reha-Verfahren und seine Schwerpunkte. Die Teilnehmer lernen die Bewertungssystematik kennen und setzen sich mit dem veränderten Anforderungskatalog der Version 3.0 auseinander, in den die Anforderungen der BAR aufgenommen wurden.

Eine Selbstbewertung nach IQMP-Reha erfolgreich organisieren **16. Februar 2012**

Welchen Stellenwert besitzt die Selbstbewertung im IQMP-Reha-Verfahren, und welchen Mehrwert stellt sie für das jeweilige Unternehmen dar? Die Teilnehmer erarbeiten im Seminar einen Zeitstrahl für die Organisation der Selbstbewertung, der Orientierungspunkte für die praktische Organisation

der Selbstbewertung in Kliniken/Einrichtungen gibt. Sie werden befähigt, eine Selbstbewertung nach IQMP-Reha erfolgreich in ihrer Klinik/Einrichtung zu organisieren.

Basiselemente eines Qualitätsmanagement-Systems verstehen und umsetzen **8. März 2012**

Die BAR hat ihre grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinernes Qualitätsmanagement für stationäre Reha-Einrichtungen in insgesamt elf Kriterien formuliert.

Im Seminar lernen die Teilnehmer das BAR-Kriterium 5 „Basiselemente eines Qualitätsmanagementsystems“ und dessen Anforderungen an das Qualitätsmanagement in ihrer Einrichtung kennen und erfahren, wie sie diese in der Praxis umsetzen und für die Zertifizierung nachweisen können.

Qualitätsberichterstattung nach QB-Reha

10. Mai 2012

Das Seminar bietet einen kompakten Überblick über die Anforderungen an den Qualitätsbericht. Neben praktischen Tipps zur Erstellung eines Qualitätsberichts für die eigene Klinik werden auch Hinweise zur effizienten Planung und Umsetzung gegeben. Die Seminarteilnehmer lernen die Systematik des QB-Reha kennen und sind umfassend über die Inhalte der Qualitätsberichterstattung nach diesem System informiert.

Weitere Informationen zum Seminarprogramm sind erhältlich auf der Webseite des IQMG-Instituts: www.iqmg-berlin.de

Praktikumsaktion für Abgeordnete

Der BDPK hat Bundestagsabgeordnete zu einem Praxistag in einer Mitgliedsklinik in ihrem Wahlkreis eingeladen. In Gesprächen mit Ärzten, Verwaltungsmitarbeitern und Pflegekräften erhalten die Abgeordneten einen Einblick in den Arbeitsalltag und erleben unmittelbar, wie sich Gesundheitspolitik auswirkt.

Das „Praktikum für Abgeordnete“ ermöglicht Politikern eine Innensicht in den Klinikalltag. Neben Klinikführungen und der Mitarbeit auf einer Station steht der Austausch mit Klinikmitarbeitern im Zentrum des Praxistags. Die Klinikmitarbeiter wiederum erhalten die Möglichkeit, die Politik auf aktuelle Missstände und Probleme aufmerksam zu machen.

Als Reaktion auf die Einladung gab es 48 Anfragen von Bundestagsabgeordneten aus elf Bundesländern, quer durch alle Parteien. Stattgefunden haben inzwischen zehn Besuche in Kliniken in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Saarland und Baden-Württemberg. Weitere Praktika stehen noch aus.

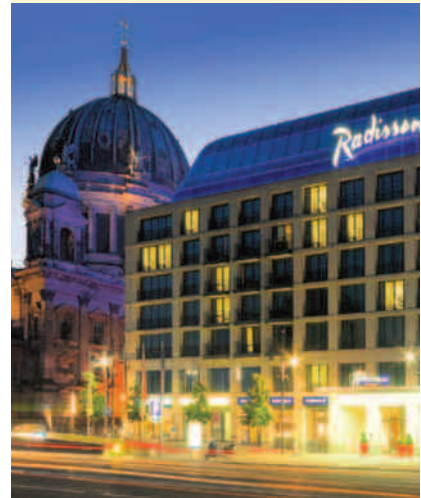
Bundestagsabgeordnete beim Praxistag

Der Thüringer FDP-Generalsekretär und Bundestagsabgeordnete Patrick Kurth besuchte die Zentralklinik Bad Berka. Der Abgeordnete erhielt die Gelegenheit, den Krankenhausbetrieb einmal „von innen“ kennenzulernen. Neben Gesprächen mit der Geschäftsführung der zur Rhön-Klinikum AG gehörenden Zentralklinik Bad Berka und ärztlichem Personal fasste der Abgeordnete auf der Intensivstation für Herzpatienten mit an und unterstützte die Pflegekräfte. Mit dem Seitenwechsel verfolgt Kurth zwei Ziele: „Einerseits geht es darum, ein Gefühl vom Arbeitsalltag in Krankenhäusern zu erhalten. Auf der anderen

Seite will ich wissen, wie sich die Gesundheitspolitik auswirkt und welche Probleme vor Ort gesehen werden. Ein Praxistag ist sehr gewinnbringend.“

Auf Einladung der Geschäftsführung der Schmieder Kliniken Heidelberg ließ sich der SPD-Abgeordnete Lothar Binding über die vielfältigen Therapieansätze in der neurologischen Fachklinik auf dem Speyrerhof informieren. Weil die Nachfrage nach Plätzen aufgrund der niedrigen Zahl geeigneter Reha-Einrichtungen immer weiter steigt, muss die Klinik derzeit vier von fünf Patienten der Frühreha-Phase abweisen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, bauen die Schmieder Kliniken ihren Standort aus. „Ich bin sehr froh, dass durch den Erweiterungsbau mehr Patienten die Chance erhalten, einen Weg zurück in ein möglichst selbstständiges Leben zu finden“, sagte Lothar Binding bei der Vorstellung der Baupläne.

Ebenfalls einen Einblick in eine ganz andere Welt holte sich die Vorsitzende des Finanzausschusses des Bundestags und Mannheimer Abgeordnete Dr. Birgit Reinmund bei ihrem Besuch in der psychosomatischen Reha-Klinik Schloss Waldleiningen in Mudau. „Dieser Einblick in die Praxis vermittelt mir wieder einmal, wo die wahren Probleme unseres chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystems liegen: Ein ausuferndes Berichtswesen und Bürokratie erschweren die Arbeit direkt am Menschen, während gleichzeitig die Zeitressourcen für die Therapie fortlaufend reduziert werden. Beeindruckend, mit welchem Engagement und in welcher Qualität Therapeuten, Pflegepersonal und nicht zuletzt die Geschäftsleitung dennoch das Beste aus der Lage machen“, resümierte die FDP-Politikerin nach ihrem Besuch.



BDPK-Bundeskongress 2012 in Berlin

Anders als in den vergangenen Jahren wird der BDPK-Bundeskongress 2012 an zwei statt an drei Tagen stattfinden, am 28. und 29. Juni. Tagungsort ist Berlin, Radisson Blu Hotel am Alexanderplatz.

Am 28. Juni beginnt die Veranstaltung um 12 Uhr mit dem Seminartag und Fachforen zu folgenden Themen:

- Krankenhausbudgetrecht
- Pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Vergütung in der medizinischen Rehabilitation.

Am Abend geht es über zur gesundheitspolitischen Diskussion. Ab 20 Uhr treffen sich die Teilnehmer des Bundeskongresses zum „Get-together“ in der Dom-Lounge des Radisson Blu Hotels.

Am Freitag, dem 29. Juni, finden ab 9.30 Uhr die Mitgliederversammlung und Vorstandswahlen des BDPK statt.

Die fortlaufende Aktualisierung der Programmplanung finden Sie auf der Website www.bdpk.de/Veranstaltungen.