

Kann ISO ein Reha-Zertifikat bleiben?

ZeQ, Mannheim, arbeitet an einer Anpassung an die neuen Richtlinien

Seit Kurzem existiert die gesetzliche Vorgabe, dass Rehabilitationskliniken künftig nur dann von gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen belegt werden, wenn sie zertifiziert sind und wenn ihre Zertifizierung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) anerkannt ist. Ulrike Hoffrichter sprach mit Rüdiger Herbold, Vorstand der Unternehmensberatung ZeQ AG in Mannheim, über die Situation, die sich daraus für die Rehakliniken ergibt.

M & K: Wie viele Rehakliniken sind deutschlandweit bisher zertifiziert?

Rüdiger Herbold: In Deutschland haben wir etwa 1.250 Rehakliniken. Ungefähr die Hälfte oder etwas mehr als die Hälfte dürfte zertifiziert sein.

Nach welchen Verfahren sind diese Rehakliniken zertifiziert?

Herbold: Ich schätze, dass etwa 300 Kliniken nach DIN ISO zertifiziert sind. Jeweils 150 bis 180 Rehakliniken haben die Zertifizierungsverfahren DEGEMED und IQMP-Reha gewählt. Die weiteren verbreiteten Verfahren sind KTQ-Reha und QMS-Reha.

Wie beurteilen Sie die Kriterien, nach denen die BAR ihre Anerkennung der Zertifizierungen bemisst?

Herbold: Als die BAR die Kriterien veröffentlichte, war ich sehr ange-



Rüdiger Herbold, Vorstand der Unternehmensberatung ZeQ

tan. Sie sind gut ausgearbeitet und eine wirklich brauchbare Leitlinie für die Weiterentwicklung der Rehakliniken.

Was verlangt die BAR in diesen neuen Richtlinien?

Herbold: Im Wesentlichen geht es darum, bestehende Aktivitäten zu systematisieren. Das gilt z.B. für die Beziehungspflege zu Angehörigen, Leistungsträgern und Selbsthilfegruppen. Bestimmt werden viele Kliniken daran arbeiten müssen, ihre indikationsbezogenen Rehabilitationsprogramme systemati-

schon auszuarbeiten. Auch die interne Kommunikation und die Personalentwicklung müssen professionalisiert werden.

Enthalten die Richtlinien auch neue Anforderungen?

Herbold: Das kommt auf den Entwicklungsstand der jeweiligen Klinik an. Eine besondere Herausforderung liegt darin, sich noch mehr damit zu befassen, was die Behandlung eigentlich bringt. Hier geht es um die Messung von Qualitätsindikatoren.

Bisher nicht zertifizierte Rehakliniken haben nun drei Jahre Zeit,

um ein von der BAR anerkanntes Zertifikat zu erlangen. Rehakliniken, die bereits jetzt zertifiziert sind, haben ein Jahr länger Zeit bekommen.

Welche Probleme entstehen den Rehakliniken durch die Neuregelung?

Herbold: Betrachten Sie einmal die Kliniken, die nach DIN ISO zertifiziert sind. Diese große Gruppe an Kliniken würde die DIN ISO gerne beibehalten. Aber ISO, das bekanntlich kein reha-spezifisches Verfahren ist, entspricht nicht voll den BAR-Kriterien. So müssen die ISO-zertifizierten Kliniken nach aktuellem Stand auf ein anderes Verfahren umsteigen.

Haben Sie eine Lösung für dieses Problem?

Herbold: Wir arbeiten bei ZeQ daran, ein Verfahren zu entwickeln, das es Rehakliniken erlaubt, DIN ISO in Kombination mit den BAR-Kriterien einzusetzen. Für dieses Verfahren wollen wir bei der BAR die Akkreditierung beantragen.

Wann werden Sie Ihr Modell anbieten können?

Herbold: Wir werden unser Modell in den kommenden Wochen bei der BAR eingereicht haben. Wir hoffen, dass die BAR es dann bis Mitte 2010 genehmigt. Hier laufen ja Fristen ab. Aus zahlreichen Gesprächen weiß ich, dass etliche Kliniken große Hoffnungen mit dem Verfahren verbinden. Viele haben sich aber

zum Ziel gesetzt, bis Ende 2010 zertifiziert zu sein, sodass sie sich bald Klarheit über das Zertifizierungsverfahren wünschen.

Sehen Sie hier für ZeQ ein bedeutendes Geschäftsfeld?

Herbold: Das ergibt sich bereits aus der großen Zahl der nach ISO zertifizierten Rehakliniken. Wir begleiten viele dieser Kliniken ja schon seit langer Zeit und bewegen uns damit auf einem Feld, auf dem wir große Erfahrung haben. Unser Anliegen ist einfach, dass diese Kliniken ihre Organisationsentwicklung bestmöglich fortsetzen können.

Ist die DIN ISO für Sie das Verfahren der ersten Wahl?

Herbold: Nein. Wir werden weiterhin verfahrensunabhängig bleiben und denjenigen Kliniken, zu denen andere Verfahren besser passen, zu diesen Verfahren raten. Das sind wir nicht nur unseren langjährigen Partnern wie KTQ und IQMG schuldig, sondern liegt auch im Interesse unserer Kunden.

Kontakt:
Rüdiger Herbold
Vorstand
ZeQ AG
Unternehmensberatung, Mannheim
Tel.: 0621/328850-0
info@zeq.de
www.zeq.de

Grenzen der Belastbarkeit

Zum Tarifabschluss für den öffentlichen Dienst erklärt der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum: „Der Tarifabschluss für den öffentlichen Dienst ist ein schwieriger Kompromiss. Zwar gibt die vereinbarte Laufzeit von 26 Monaten den Krankenhäusern Planungssicherheit. Das Grundproblem bleibt aber bestehen: Die Vergütungen und damit die Preise der Leistungen dürfen für dieses Jahr nur um 1,54% steigen. Für 2011 sehen die

Zuwachsperspektiven bei den Vergütungen nicht besser aus. Die Krankenhäuser müssen eine gewaltige Überhangslast des letzten Tarifabschlusses schultern. Nur 50% dieser Steigerungen haben die Krankenhäuser durch eine Sonderregelung im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz refinanziert bekommen. Die nicht gedeckte Finanzierungslast beläuft sich auf über 2 Mrd. €.“

► www.dkgv.de

Knapper finanzieller Rahmen

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) und die Krankenkassenverbände haben den landesweiten Basisfallwert für 2010 vereinbart. Damit konnte die Grundlage für die Abrechnung der Behandlungen in den baden-württembergischen Kliniken mit einem Volumen von über 6 Mrd. € gelegt werden. Den Abrechnungen der Krankenhäuser liegt in 2010 ein Landesbasisfallwert von 2.962,81 € zugrunde. „Die Vereinbarung schafft

für die Krankenhäuser frühzeitig eine stabile Kalkulationsgrundlage“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der BWKG, Thomas Reumann. Die zusätzlichen Einnahmen seien dringend erforderlich, um die Patienten auch weiterhin gut versorgen zu können. „Unter dem Strich bleibt der finanzielle Rahmen für die Krankenhäuser auch weiterhin knapp bemessen“, so Reumann.

► www.bwkg.de

Spenden für SOS-Kinderdörfer in Haiti

Tausende SRH Mitarbeiter helfen den Erdbebenopfern in Haiti. Sie sind dem Spendenaufruf des Vorstands für zwei SOS-Kinderdörfer im Katastrophengebiet gefolgt. Nach Verdopplung der Summe durch die SRH ist ein hoher fünfstelliger Betrag zusammengekommen. Der SRH Vorstandsvorsitzende, Prof. Klaus Hekking, übergab

die Spende am 12. Februar 2010 stellvertretend an das SOS-Kinderdorf Palz. Der dortige Einrichtungsleiter, Hans-Peter Fromm, berichtete über die aktuelle Lage in Haiti und die Hilfsbemühungen der SOS-Kinderdörfer vor Ort.

► www.srh.de

Regionalbudget erhitzt Gemüter

Westküstenklinikum und Ärztegemeinschaft unterstützten Modellprojekt

Mit veränderten Strukturen bei der Honorierung und durch Kooperationen zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten will ein kleiner Kreis in Schleswig-Holstein die medizinische Versorgung der Zukunft sicherstellen. Das vom Land finanzierte Modellprojekt trifft aber nicht auf ungeteilte Zustimmung und bringt die Gemüter einiger Gegner in Wallung.

Landarzt will heute kaum noch jemand werden. Die Arbeitszeiten sind unattraktiv, die Honorierung ist unbefriedigend. Für strukturschwache Regionen ein beachtliches Problem. Ein kleiner Kreis an der Westküste Schleswig-Holsteins hat sich auf den Weg gemacht, um die medizinische Versorgung der Zukunft zu sichern. Mit einem im nördlichsten Bundesland einmaligen Modellprojekt, das vom Kieler Gesundheitsministerium mit 200.000 € gefördert wird, sollen die Probleme gelöst und die Region für Nachwuchsmediziner interessant gemacht werden.

Zurzeit gibt es zwar ausreichend Ärzte, die noch gut in der Fläche verteilt sind. 175 Haus- und Fachärzte arbeiten in Dithmarschen. Doch die ersten Probleme zeichnen sich ab. Laut Statistik wird es bis zum Jahr 2020 für 40% der in Ruhestand gehenden Ärzte keinen Nachfolger geben. „Einen Arzt für die Region einzuwerben ist schwierig“, so Dr. Stefan Krüger, Vorsitzender des Medizinischen Qualitätsnetzes Dithmarschen.

Mit im Boot bei dem Modellprojekt sitzt auch das Westküstenklinikum (WKK). Denn unter einem Praxensterben in Dithmarschen leidet auch das Krankenhaus. Fehlen die Ärzte auf dem Land, gehen die Patienten ins WKK. Damit steigt die Belastung der Klinik-Ärzte und die Möglichkeit zur Spezialisierung. Die Gefahr, dass das Klinikum zu einem „konservativen Gemischtwarenhändler“ mit begrenztem Ertragspotential avanciert, ist groß. Die Folge: Patienten weichen auf Kliniken in Hamburg oder Kiel aus, und mit ihnen geht der Region das Budget verloren.

Im Mittelpunkt des von Hildebrandt GesundheitsConsult erarbeiteten Konzepts steht ein Regional-



Harald Stender, Geschäftsführer des Westküstenklinikums in Dithmarschen, setzt sich für ein Modellprojekt ein, um die medizinische Versorgung der Zukunft zu sichern.

budget. Geplant war, dass die Gelder, die die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für ambulante Leistungen nach Dithmarschen fließen lässt, in der Region selber verwaltet werden. Neben einer gerechten Honorierung gehört zudem auch eine stärkere Kooperation der Ärzte untereinander und auch mit dem Klinikum dazu. „Für viele Ärzte ist dies erschreckendes Neuland“, macht Dr. Klaus Bittmann, Mitglied des Vorstands der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein eG und Verhandlungsführer der niedergelassenen Ärzte, deutlich.

Eineinhalb Jahren wurde hinter den Kulissen diskutiert, verhandelt und an Details gefeilt. „Das ist ein hochsensibler Prozess“, so WKK-Geschäftsführer Harald Stender. Und damit trifft er den Nagel auf den Kopf. Denn die Ängste der niedergelassenen Ärzte gegenüber dem Klinikum als finanzielles Schwergewicht sind groß. Schon jetzt fließen 36 Mio. € jährlich in den ambulanten Bereich – 87 Mio. € erhält das WKK.

Schärfster Kritiker an dem Modellprojekt ist neben der KV, die keine Vorteile in der Honorarverwaltung in der Region sieht, der Praxisverbund Schleswig-Holsteiner Haus- und Fachärzte. Dr. Thomas Klink, Mitinitiator des 100 Mitglieder starken Verbundes, setzt sich zwar auch für eine Verbesserung der

aus seiner Sicht desolaten und ungerichten Honorarsituation und einen Abbau der Überregulierung ein. Durch ein Regionalbudget rückt dieses Ziel für ihn allerdings nicht in greifbare Nähe. Vorbehalte hat er vor allem gegenüber dem WKK, das aus seiner Sicht immer stärker in den ambulanten Bereich vordringt und den Ärzten „das Wasser abgräbt“.

Der Wirbel in Dithmarschen ist längst auch in Kiel angekommen. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg (FDP) orderte alle Beteiligten ins Landeshaus, um mit einem von HGC überarbeiteten Konzept mit dem Titel „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum 2020“ wieder Ruhe in die aufgewühlten Fronten zu bringen. Von Regionalbudget spricht jetzt niemand mehr. Und auch die KV ist wieder mit im Boot. Im Wesentlichen geht es bei dem jetzigen Konzept um Optimierungen im Gesundheitsbereich auf allen Ebenen und ein besserer Einsatz der finanziellen Mittel. Gegründet werden soll dafür eine Gesundheitsgesellschaft, in der Ärzte und WKK gleichberechtigt an einem Tisch sitzen und gemeinsam ein Versorgungs- und Kostenmanagement entwickeln, organisieren und steuern. Die dadurch eingesparten Gelder gehen nicht zurück an die Krankenkassen, sondern können in der Region frei verwendet werden. Unter anderem soll es zusätzliche Leistungsvergütungsoptionen und Gestaltungsspielraum geben und verhindert werden, dass Patienten und Ärzte abwandern.

WKK-Geschäftsführer Harald Stender sieht in dem neuen Konzept eine Chance für alle Beteiligten und HGC-Geschäftsführer Magnus Stüve ist überzeugt, damit auf einem guten Weg zu sein. Ins Detail will zurzeit aber noch niemand gehen. Denn die Zukunft des Modells hängt von den Ärzten vor Ort ab. Sicher ist, dass dies nicht auf ungeteilte Begeisterung stößt. Klink deutete bereits an, dass er auch von dem neuen Konzept wenig hält. Sicher ist auch, dass ohne die Zustimmung der Ärzte das Modellprojekt in der Versenkung verschwinden wird.

► Angela Schmid, Heide

Anz
Hartmann