

Symposium Reha 2020 am 18. Februar 2011 in Freiburg

Neue Vergütungssysteme in der Rehabilitation?

Anforderungen an neue Vergütungssysteme Die Sicht der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg

→ Hubert Seiter – Erster Direktor der DRV Baden-Württemberg

Tragendes Prinzip: Das Solidarprinzip der Sozialversicherung

- Solidarische Finanzierung
- Einheitlicher Versicherungsschutz unabhängig von Status, Geschlecht, Alter
- Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit als Ausfluss des Solidarprinzips
- Sachleistungsprinzip bzw. Persönliches Budget (§ 17 II SGB IX)
- Gegliedertes System (Krankenversicherungen, Rentenversicherungen)
und damit Wettbewerb auf Nachfrager- und Anbieterseite

Vergütungen

- nach Kostendeckungsprinzip?
Wettbewerb? / Qualität? / Leistungsumfang?
- nach marktgerechten Preisen?
Qualität? Offener Markt?
- nach Verweildauer und Preis = Fallpauschale
Qualität und Nachhaltigkeit?
- nach Qualität, Ergebnis, Nachhaltigkeit
als Forderung für die Zukunft

aber wie?

→ Über

Vergütungssatzbestimmung nach definierten Vorgaben/ Leistungsziffern?

GOÄ, DRGS bzw. Rehabilitationsbehandlungsgruppen (Neubau), Rehabilitanden-Management-Kategorien (Müller-Fahrnow), AOK-proReha, ...

Ergebnis: Fallpauschalen

Probleme: Ist Reha standardisierbar?
Was ist mit Ergebnisqualität?
Was ist mit Nachhaltigkeit?
Wer prüft vor Ort und danach?

→ Über

**definierte Leistungen, Angebot des Leistungsanbieters
(keine Vergütungssatzverhandlung)?**

- Gefahr: Dumping / Strukturverantwortung nach § 19 SGB IX?

→ Über

**Ausschreibung einer einzukaufenden Leistung?
Definierbar?**

- Auch hier: Gefahr der Reha zu Dumpingpreisen aus dem europäischen Ausland
- Wie kann die Strukturverantwortung im Sinne von § 19 I SGB IX gesichert werden?

→ Über

Einführung von Rabattsystemen?

- Degressive Preise abhängig von Zahl der Patienten aber auch hier wie Wunsch- und Wahlrecht gesichert?
- Ausschreibungspflicht?

Wie kann Effizienz im Sinne Nachhaltigkeit der Reha honoriert werden?

Über ergebnisorientierte Vergütung in Form von

→ verstärktem Qualitätswettbewerb durch Erfolgsprämien als Teil der Vergütung über Eingliederungserfolg / Beschäftigungserfolg oder durch erfolgsorientierte Komponenten wie z. B. Nachsorge inkludiert als Leistung

oder durch

→ „Garantieverpflichtung“ (z. B. bei Berentung trotz positiver Prognose, Abschlags- bzw. Rückerstattungspflicht)

oder durch

→ Motivationsbeteiligung des Versicherten und/oder Arbeitgebers als eine Art Prämienrückerstattung und aktiver Beteiligung

Konkretes Beispiel: Integrationsprämie bei den Berufsförderungswerke in Baden-Württemberg

Integrationsprämie (I)

- modellhafte Erprobung in 2007 und 2008
- mit BFW Schömburg und BFW Heidelberg
- in 2007: 1.000,-- €
in 2008: 2.000,-- €
für jede nachgewiesene Integration in Arbeit
- Zahlweise: 50 % bei Vermittlung
 50 % nach 6 Monaten
- sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder
Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit innerhalb
von 6 Monaten nach der Qualifizierung

Integrationsprämie (II)

→ Nachweise:

- Kopie des Arbeitsvertrages
- schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers
- Anmeldebestätigung der Einzugsstelle
- bei Selbständigkeit: Selbsterklärung/
- Bestätigung einer öffentlichen Stelle

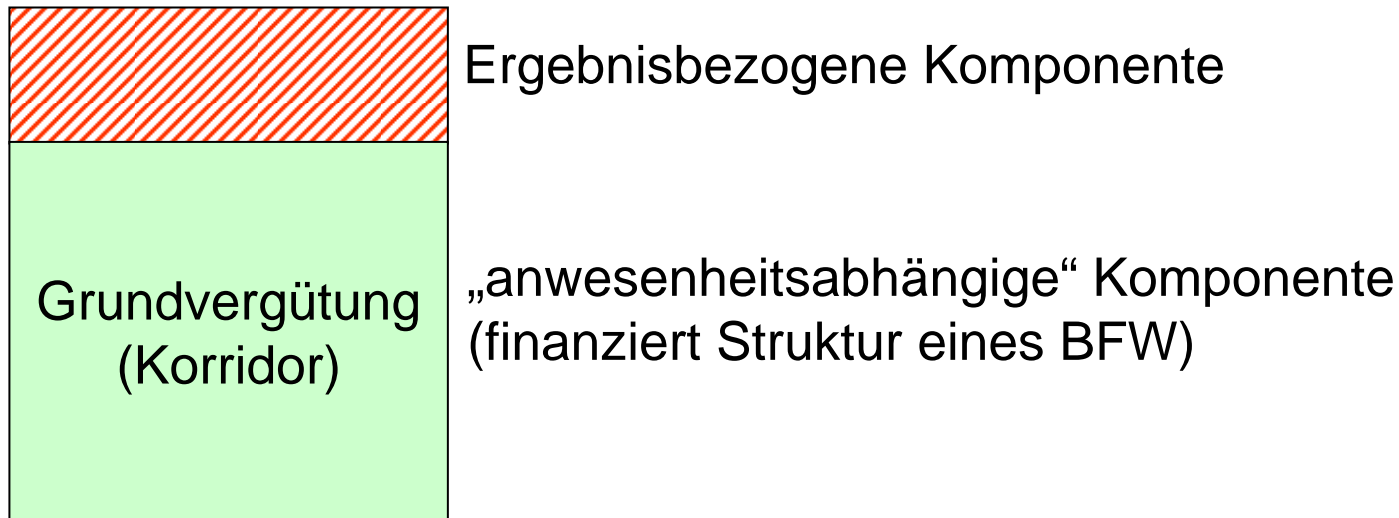
→ keine Prämie: bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Arbeitnehmerüberlassung (PSA)

→ Ausschlussfrist: Nachweis innerhalb 3 Monate

Prämienmodell in Baden-Württemberg

Gründe:

- Anreiz für kürzere, praxisnahe Qualifizierung
- Anreiz verstärkt die Integration zu fördern
- Ergänzung des starren Korridormodells um ergebnisbezogene Komponente



Prämienmodell in Baden-Württemberg

Erfahrungen:

→ Wirksamkeit grundsätzlich belegt

Ausblick:

→ Bundesweites (Modell-)projekt?

→ Nachbesserung bei der Erfolgsdefinition erforderlich?

z. B.

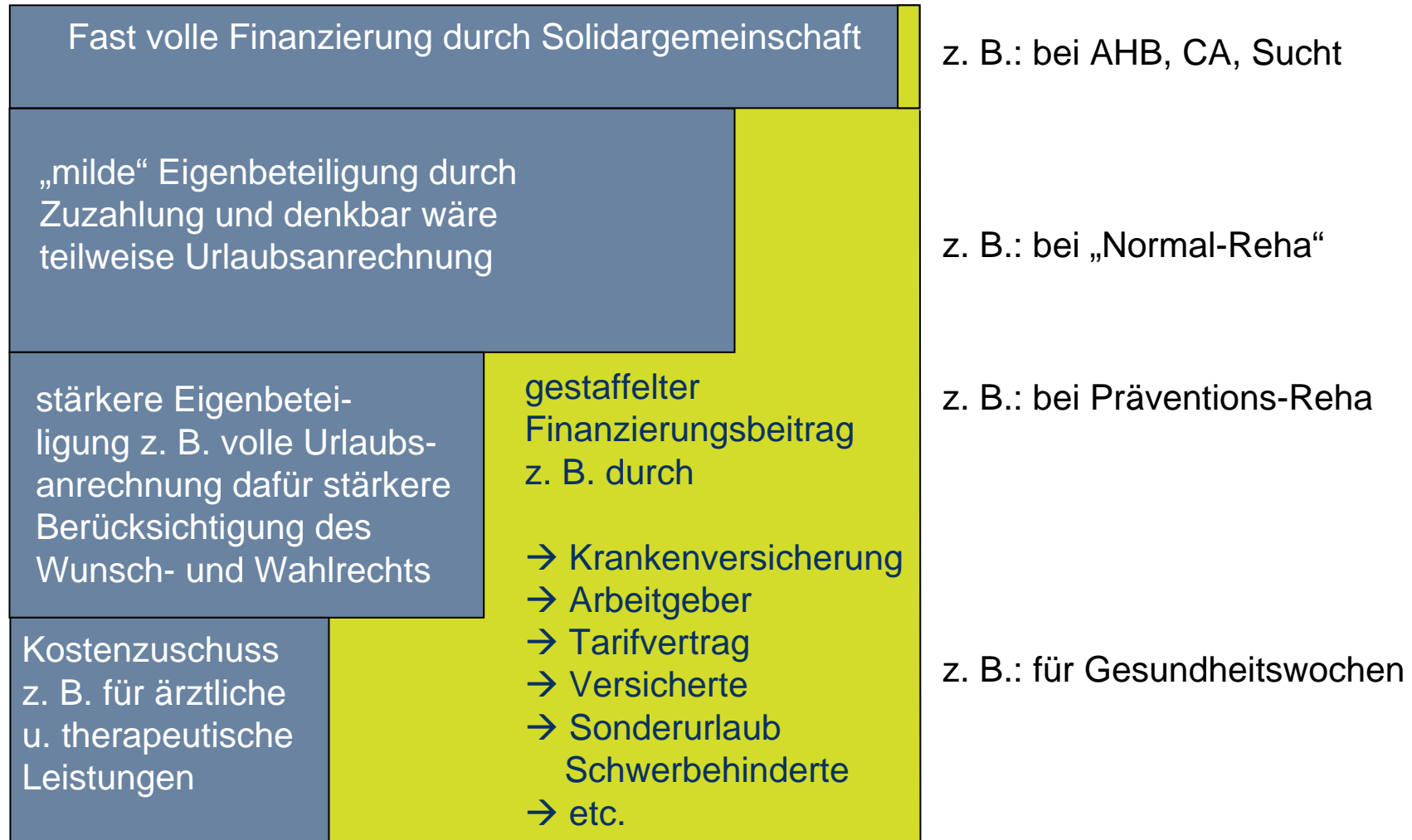
- Rückkehr in den alten Beruf
- Zeitarbeit

Was können BFW zumutbar belegen? Wer trägt ggf. das Risiko einer nicht leidensgerechten Beschäftigung? (Die BFW oder – wie bislang – der Reha-Träger?)

Wie könnte sich das Berufsförderungswerk in der Zukunft finanzieren?

- Der Erfolg / die Finanzierung der beruflichen Rehabilitation orientiert sich am Grad der Integration.
- Die Finanzierung muss schrittweise dem Ziel „Wiedereingliederung“ folgen.
- Risiken für das Berufsförderungswerk, die in der Person bzw. Arbeitsmarkt des Rehabilitanden liegen, können durch entsprechende Zuschläge gesteuert werden.
- Zusätzliche Erlöse für die Berufsförderungswerke aus der Netzwerkarbeit z. B. für Betriebe oder als Dienstleister für die medizinische Rehabilitation.

Stufenmodell Prävention/Rehabilitation



Der „angemessene“ Vergütungs-/ Pflegesatz in der Reha oder Was wir aus „Stuttgart 21“ lernen können

1. Die Rahmenbedingungen:

Steigender Reha-Bedarf bei gedeckeltem Budget

- Politischer Überzeugungskampf nach „angemessenem Mehr“ ist gefordert
- Als **gemeinsames** Anliegen der Träger (Krankenversicherung/ Rentenversicherung), der Reha-Einrichtungen, ob ambulant oder stationär, der Politik im Südwesten, der Wirtschaft im Südwesten
- Sonst nur „Verteilung des nicht Ausreichenden“

Hier müssen wir gemeinsam handeln/überzeugen/kämpfen!

2. Die „Verteilung“ des Weniger oder des Mehr (sofern wir Erfolg haben sollten):

- Kein Diktat
- Transparent und fair
- Wer gemeinsam mit dem gleichen Ziel kämpft, geht fair miteinander um

Mein DRV-BW-Weg: Qualität / Visitation / Preisfindung: Ein Projekt mit offenem Visier

1. „Vorverfahren“

- Antrag auf Vergütungssatzerhöhung
- Verhandlungsführer / Federführer leitet Verfahren ein
- Legt den Verhandlungsablauf mit der Klinik fest (mit/ohne Visitation, mit/ohne Termin vor Ort, mit/ohne Mitbeleger usw.)
- Vorbereitendes Info-Verfahren intern (SMD/Leistungsabteilung) und extern (Mitbeleger)

2. „Durchführung der Verhandlung“

- Nach strukturierten Vorgaben mit klarer Position bzgl. erwarteter Leistung/Qualität, Lob/Kritik usw.
- Berücksichtigung der Finanzierbarkeit/des vertretbaren Vergütungssatzes
- Abschlussgespräch, das das erwartete Leistungspaket, die Qualitätsanforderungen sowie strukturelle Vorgaben beschreibt

Wichtig: Die Finanzierbarkeit / der Vergütungssatzrahmen ist einzubeziehen

3. „Schriftliche Fixierung“

- Erstellung eines Gespräch- bzw. Visitationsprotokolls, das unter Fristsetzung der Klinik zur Stellungnahme zugeleitet wird

4. „Umsetzung“

- der vereinbarten Aufgaben
- Verteilung des abgestimmten Protokolls an Intern/Extern, soweit es um Leistung, Qualität, sonstige Besonderheiten der Klinik geht (intern an die Leistungsabteilungen und extern an die Mitbeleger)
- Vergütungssatzrelevante Internas bleiben intern!

Fazit: Der angemessene Vergütungs-/ Pflegesatz in der Reha

Der Reha-Markt ist kein Markt im herkömmlichen Sinne.

Der Reha-Markt ist auch ein durch das SGB IX regulierter Markt:

- Strukturverantwortung der Reha-Träger (§ 19 Abs. 1 SGB IX)
- Leistungen sind unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen auszuführen (§§ 19 und 35 Nr. 4 SGB IX)
- Struktur, Qualität und Leistung der Reha-Einrichtungen sind durch Verträge zu definieren (§§ 19, 20, 21 u. 35 SGB IX)

Der angemessene Vergütungssatz ist somit kein „reiner“ Marktpreis.

Zur Feststellung der Angemessenheit dienen gemeinsam vereinbarte Therapiekonzepte und -standards, gemeinsam definierte Ziele, belegbare Ergebnisse aus Qualitätssicherung, Visitationen und Beschwerdemanagement unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit → d. h. die günstigste Zweck-Mittel-Relation.

Der angemessene Vergütungs-/ Pflegesatz ist Ergebnis einer „konzertierten Aktion“ von Reha-Trägern und Reha-Einrichtungen.

Symposium Reha 2020 am 18. Februar 2011 in Freiburg

→ **Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**