

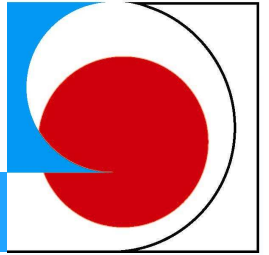
Herzlich willkommen zur BWKG-Info-Veranstaltung

**„Auswirkung des  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes  
auf die Rehabilitationskliniken“**

29. März 2007, Neuhausen

09:30 Uhr	Begrüßung	Dr. Josef Siebig
	<b>Was ändert sich?</b>	
09:40 Uhr	Übersicht über die wichtigsten Regelungen des GKV-WSG mit Bezug zur Rehabilitation	Matthias Einwag
10:10 Uhr	Rehabilitation nach dem GKV-WSG aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen	Walter Scheller
10:30 Uhr	Rehabilitation nach dem GKV-WSG aus Sicht der DRV	Fabian Walling
10:50 Uhr	Diskussion	Dr. Josef Siebig/Matthias Einwag
<i>11:10 Uhr</i>	<i>Kaffeepause</i>	
	<b>Internes Qualitätsmanagement und Zertifizierungspflicht</b>	
11.30 Uhr	Einführung eines Qualitätsmanagements im Verbund von 12 Rehabilitationskliniken	Olaf Werner
11:50 Uhr	Vom Qualitätsmanagement zur Zertifizierung nach IQMP	Bernd Sieber
12:10 Uhr	Erfahrungen aus der KTQ-Zertifizierung	Michael Skorzak
12:30 Uhr	Diskussion	Dr. Josef Siebig/Matthias Einwag
<i>12.45 Uhr</i>	<i>Mittagessen</i>	

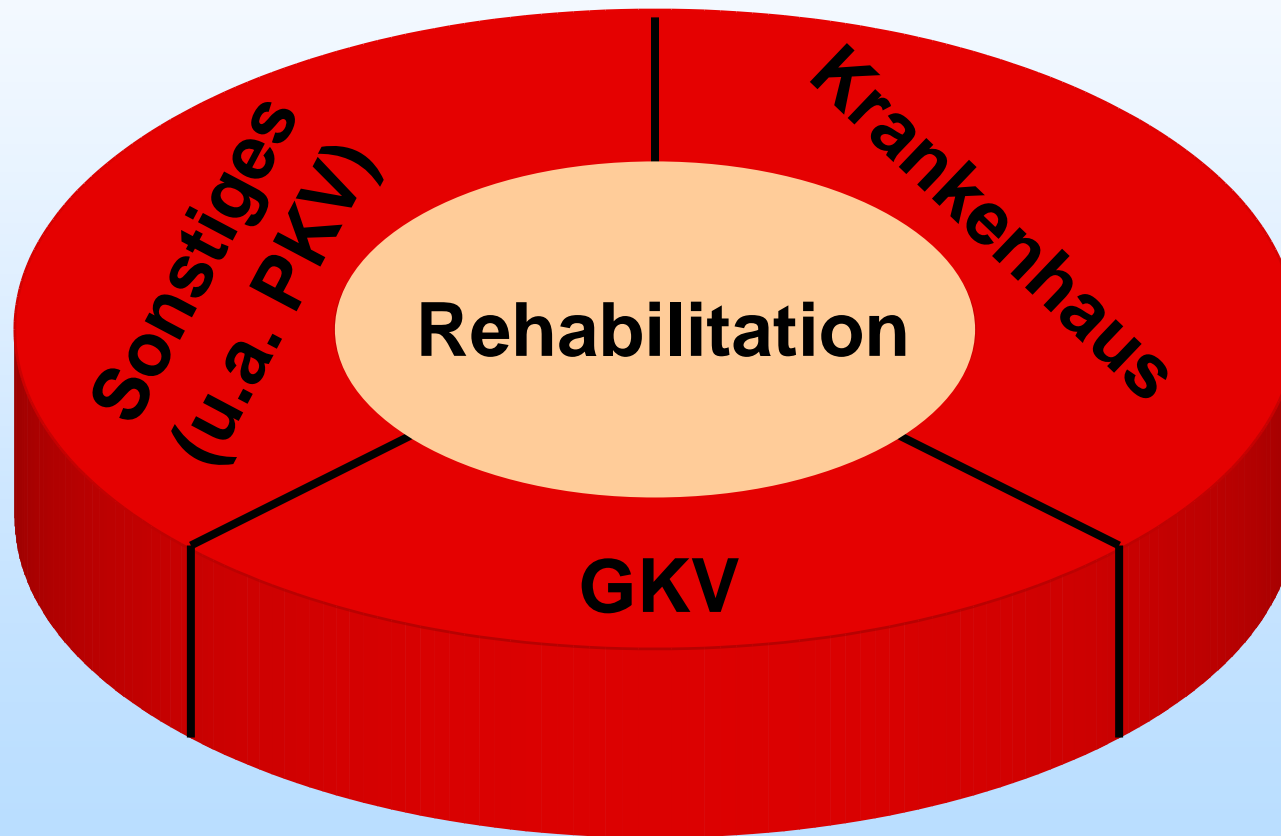
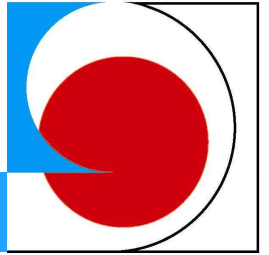
13:30 Uhr	<b>Stärkung der mobilen Rehabilitation</b>  Mobile Rehabilitation – Erfahrungen aus einem Modellprojekt Karlsruhe	Ulrike Sinner
14:00 Uhr	<b>Anspruch des Patienten auf Überleitungsmanagement</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verträge nach § 112 und 115 SGB und integrierte Versorgung</li> <li>• Pflegeüberleitung</li> </ul>	Dr. Matthias Geiser Rolf Schneider
14:45 Uhr	Abschlussdiskussion	Dr. Josef Siebig/Matthias Einwag
15:00 Uhr	Schlusswort	Dr. Josef Siebig
15:15 Uhr	<i>Kaffeepause</i>	
15:30 Uhr	Informationen zum Start des Reha-Benchmark-Projekts	Matthias Einwag/ Lars Goebel/ Dr. Alexander M. Würfel
ca. 17:00 Uhr	Ende	

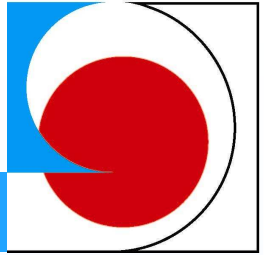


# **Was ändert sich?**

## **Übersicht über die wichtigsten Regelungen des GKV-WSG mit Bezug zur Rehabilitation**

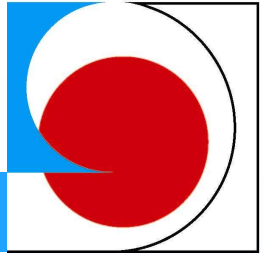
Vortrag im Rahmen der BWKG-Informationsveranstaltung  
am 29. März 2007 in Neuhausen





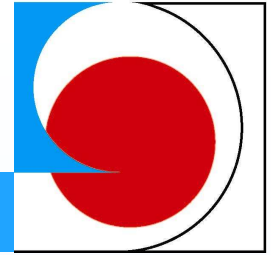
## Reha als Pflichtleistung der GKV

- Kongruenz zwischen Patientenansprüchen (§ 11 Abs. 2 SGB V) und Leistungspflicht der GKV (§ 40 Abs. 1 u. 2 SGB V)
- Ermessensspielraum zum „Wie“ der Leistung bleibt erhalten (§ 40 Abs. 3 SGB V)



## Reha als Pflichtleistung der GKV ... und die Folgen???

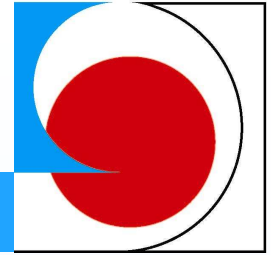
1. Anforderungen an die Ablehnung eines Rehabilitationsantrags steigen.
2. Fallzahlzuwachs/Ausgabensteigerung ist dann zu erwarten, wenn in der Vergangenheit die Ansprüche auf der Patienten med. Reha nicht erfüllt wurden.



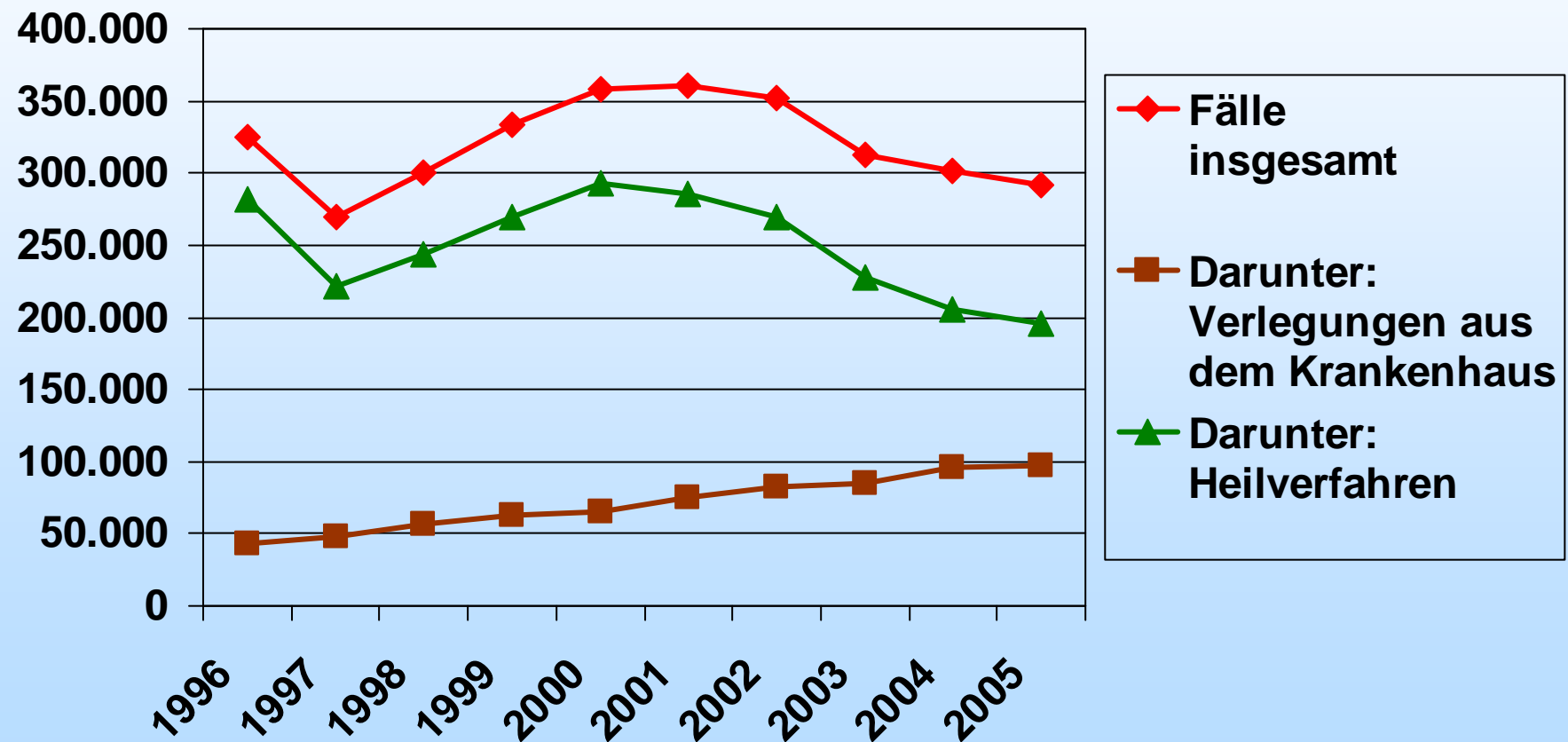
## Reha als Pflichtleistung der GKV ... und die Folgen?

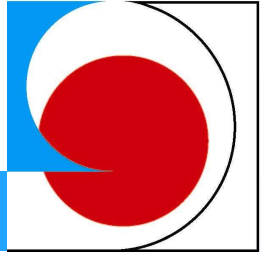
Jahr	Fälle insgesamt	Darunter: Verlegungen aus dem Krankenhaus	Darunter: Heilverfahren
1996	325.208	43.284	281.924
1997	269.701	48.566	221.135
1998	300.512	56.603	243.909
1999	333.004	62.851	270.153
2000	357.719	64.808	292.911
2001	360.358	75.311	285.047
2002	352.021	82.063	269.958
2003	312.483	84.897	227.586
2004	301.326	95.513	205.813
2005	292.084	96.700	195.384
MW	320.442		





## Reha als Pflichtleistung der GKV ... und die Folgen?

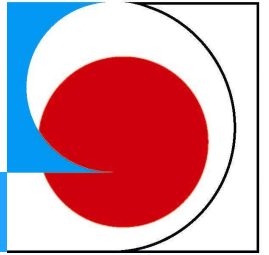




## Mutter-Kind-Vorsorge und Reha wird Pflichtleistung

(§ 24 Abs. 1 SGB V; § 41 Abs. 1 SGB V)

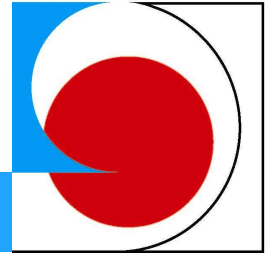
- Ambulante Behandlungsmöglichkeiten müssen vor Gewährung von stationärer Reha nicht ausgeschöpft sein  
(§ 24 Abs. 1 SGB V; § 41 Abs. 1 SGB V)



## **Stärkung der mobilen Rehabilitation** **mobile Rehabilitation auch in Pflegeeinrichtungen**

(§ 40 Abs. 1 SGB V)

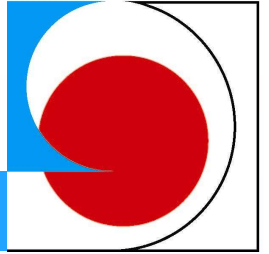
- Welche Zielgruppe?
- Zusätzliches Angebot, um Grundsatz „Reha vor Pflege“ endlich umzusetzen?
- Gewährleistung von Interdisziplinarität?
- Vergütung/Vertragsgestaltung?
- Entwurf für Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Reha liegt vor (BWKG-Mitt. 90/2007)



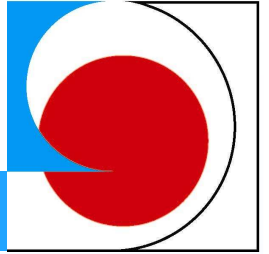
## **Pflicht zur Führung von Statistiken über Anträge auf Vorsorgeleistungen und med. Reha und deren Erledigung** (§ 23 Abs. 4 SGB V; § 40 Abs. 2 Satz 3 SGB V)

- Gilt für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehamaßnahmen

# Regelungen mit unmittelbarem Reha-Bezug



## Neuordnung von internem Qualitätsmanagement, Zertifizierung und externer Qualitätssicherung

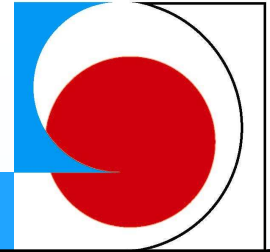


## **Zertifizierungspflicht für die Reha-Kliniken**

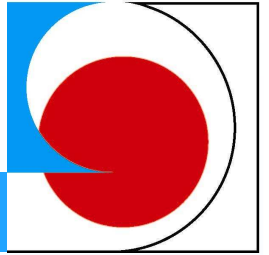
(§ 40 Abs. 2 SGB V i.V. mit § 20 Abs. 2a SGB IX)

- Im Rahmen der BAR vereinbartes einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren
- Basis: Internes Qualitätsmanagement, für das von der BAR „grundsätzliche Anforderungen“ formuliert werden.
- Sanktion: Vertragskündigung (§ 21 Abs. 3 SGB IX)
- Zertifizierung ermöglicht auch Zugang von Patienten, deren Krankenkassen keinen Versorgungsvertrag mit der Rehaklinik haben!

# Regelungen mit unmittelbarem Reha-Bezug



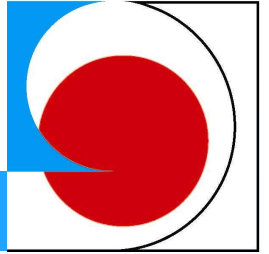
	Amb. Reha (§ 40 (1) SGB V)	Stat. Reha (§ 111/111a SGB V)	Amb. Vorsorge (§ 23 Abs. 2 SGB V)	Stat. Vorsorge (§ 111/111a SGB V)
Ges. Grundlage	§ 137 d Abs. 1 SGB V § 20 Abs. 1 u. 2a SGB IX		§ 137 d Abs. 3 SGB V	§ 137 d Abs. 2 SGB V
Wer?	SpiK, Leistungserbringer-verbände/Bund BAR		SpiK, KBV, Leistungserbringer/Bund	SpiK, Verbände d. stationären Vorsorge/Bund
Was wird vereinbart?	Ext. QS, (Beachtung § 20 Abs. 1 SGB IX) Anforderungen QM; Zertifizierungsverfahren		grunds. Anforderungen QM	Maßnahmen ext. QS Anforderungen QM
Wer zahlt?	GKV für ext. QS			GKV (ext. QS)



## **Flächendeckende MDK-Prüfungen nur bei Verlängerungsanträgen, ansonsten nur noch Stichproben** (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V)

- „Bürokratieabbau“ oder „Bürokratieverschiebung“?



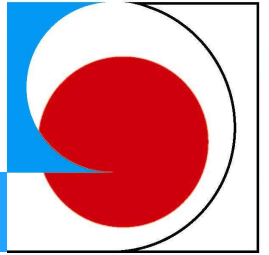


## **Keine Mittelzuweisung mehr aus IV-Projekten**

(§ 140 d Abs. 1 SGB V)

- Verwendung der Anschubfinanzierung nur für voll-/teilstationäre/ambulante Leistungen der KH und ambulante vertragsärztliche Leistungen.
- Bestandsschutz für Verträge, die bis zum 1.4.2007 abgeschlossen werden.

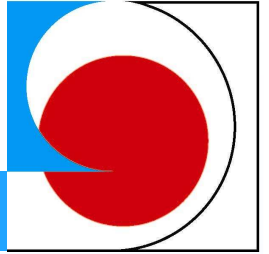
(Beachte: Urteil des LSG-BW zu Komplexpauschalen – BWKG-Mitt. 48/2007)



## **Anspruch der Versicherten auf Versorgungsmanagement**

(§ 11 Abs. 4 SGB V)

- Lösung von Schnittstellenproblemen
- Gegenseitige Übermittlung erforderlicher Informationen
- Unterstützung durch Krankenkassen
- Nur nach Einwilligung des Patienten
- Instrumente: IV, Landesverträge, Einzelverträge



## Erhebliche Finanzierungslücke in 2007 durch

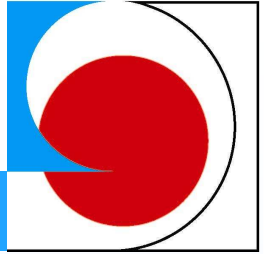
### **verringerte Einnahmen**

(0,5% Sanierungsbeitrag; Absenkung Mindererlösausgleich;  
Keine Rückzahlung IV)

und

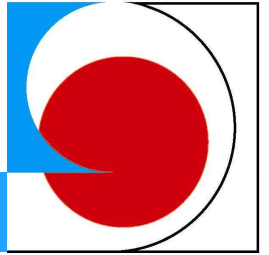
### **steigende Ausgaben**

(Tarifierhöhungen; abgesenkte Budgetsteigerungsrate;  
MwSt-Erhöhung)



## Positiv

- Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten  
(§ 116 b SGB V)

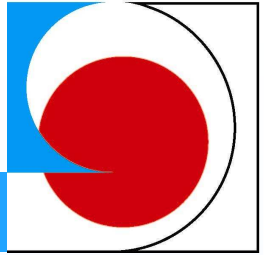


## GKV-Finanzierung über einen Gesundheitsfonds (I)

- Ziel: Keine Anreize zur Risikoselektion setzen

### Umsetzung:

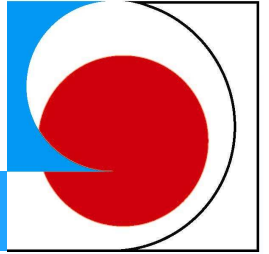
- Beiträge fließen in Gesundheitsfonds
- Je Versicherten gleiche Auszahlungen unter Berücksichtigung von 50-80 Morbiditätskriterien
- Zusatzprämien/Rückzahlungen bei Abweichung der kassenindividuellen Ausgaben von den Einnahmen



## GKV-Finanzierung über einen Gesundheitsfonds (II)

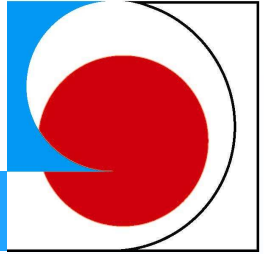
### Gegenargumente/Befürchtungen:

- 50-80 Morbiditätskriterien abbildbar?
- Einheitsfinanzierung=Einheitsversorgung
- Keine/unzureichende Berücksichtigung von Unterschieden im Versorgungs- oder Ausgabenniveau
- Individualprämie setzt Anreize zu starken Einsparungen; Beitragsrückgewähr entzieht dem System Geld



## Einführung eines Basistarifs

- Subventionierung über Vollversicherungen
- Vollversicherungen werden teurer > unattraktiver



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**