

# Qualität in der Steuerung - aktueller Sachstand

**Uwe Egner,**

Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben

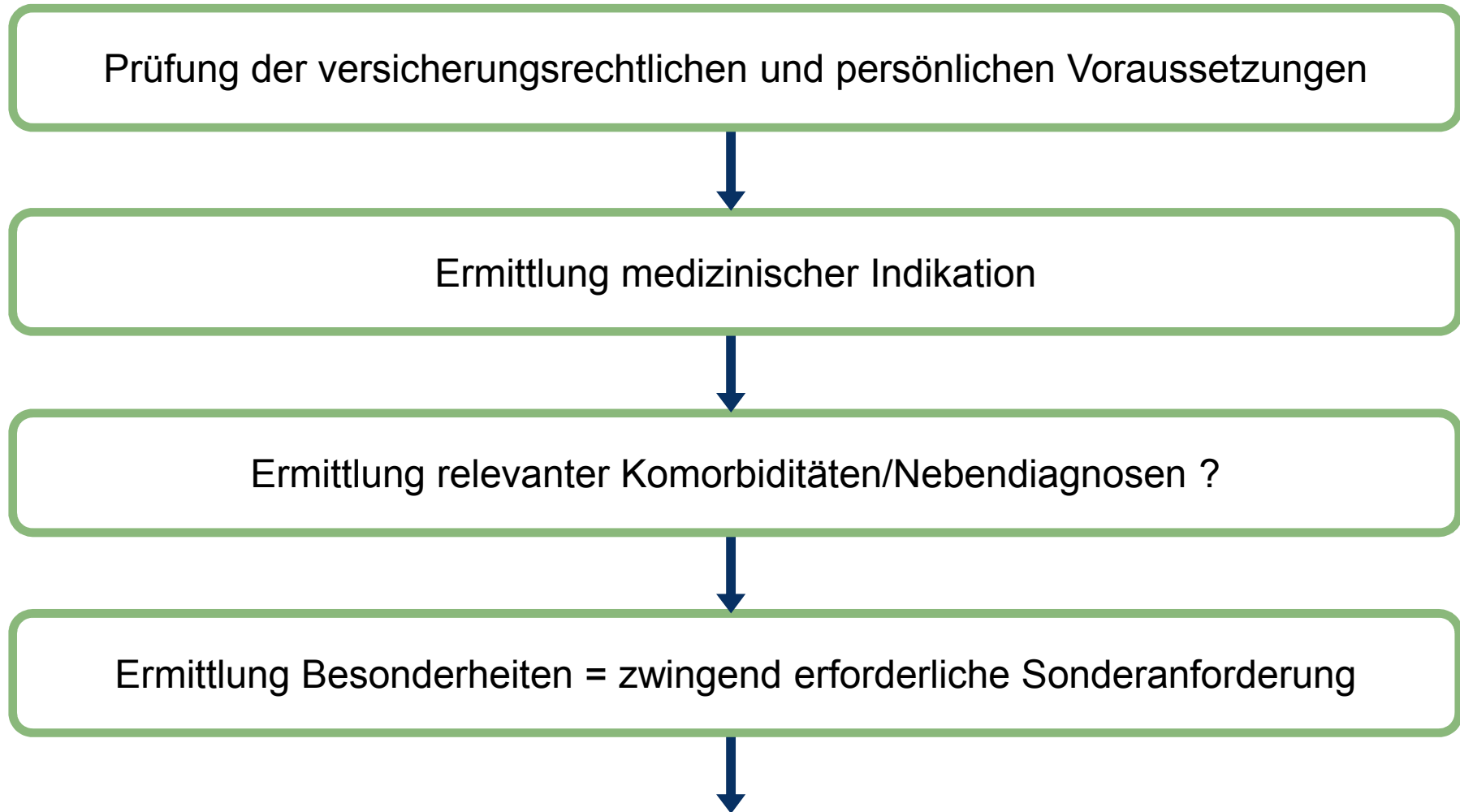
**Dr. Thomas Hansmeier,**

Fachbereichsleiter Rehabilitationseinrichtungen

# Agenda

- Verfahren der DRV-Bund heute
- Ausblick auf eine zukünftige RV-weite Umsetzung unter Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren

# Prozess der Reha-Einrichtungsauswahl I



# Indikationen

→ Indikationen

- spezifische Beschreibung über ICD- Codes (Internationale Diagnoseschlüssel)

Beispiel:

- Hauptindikation: M54 = Rückenschmerzen,
- Relevante Nebendiagnose: N18.5 chronische Nierenerkrankung
- fakultative Nebendiagnose: L23 Allergische Kontaktdermatitis

# Sonderanforderungen

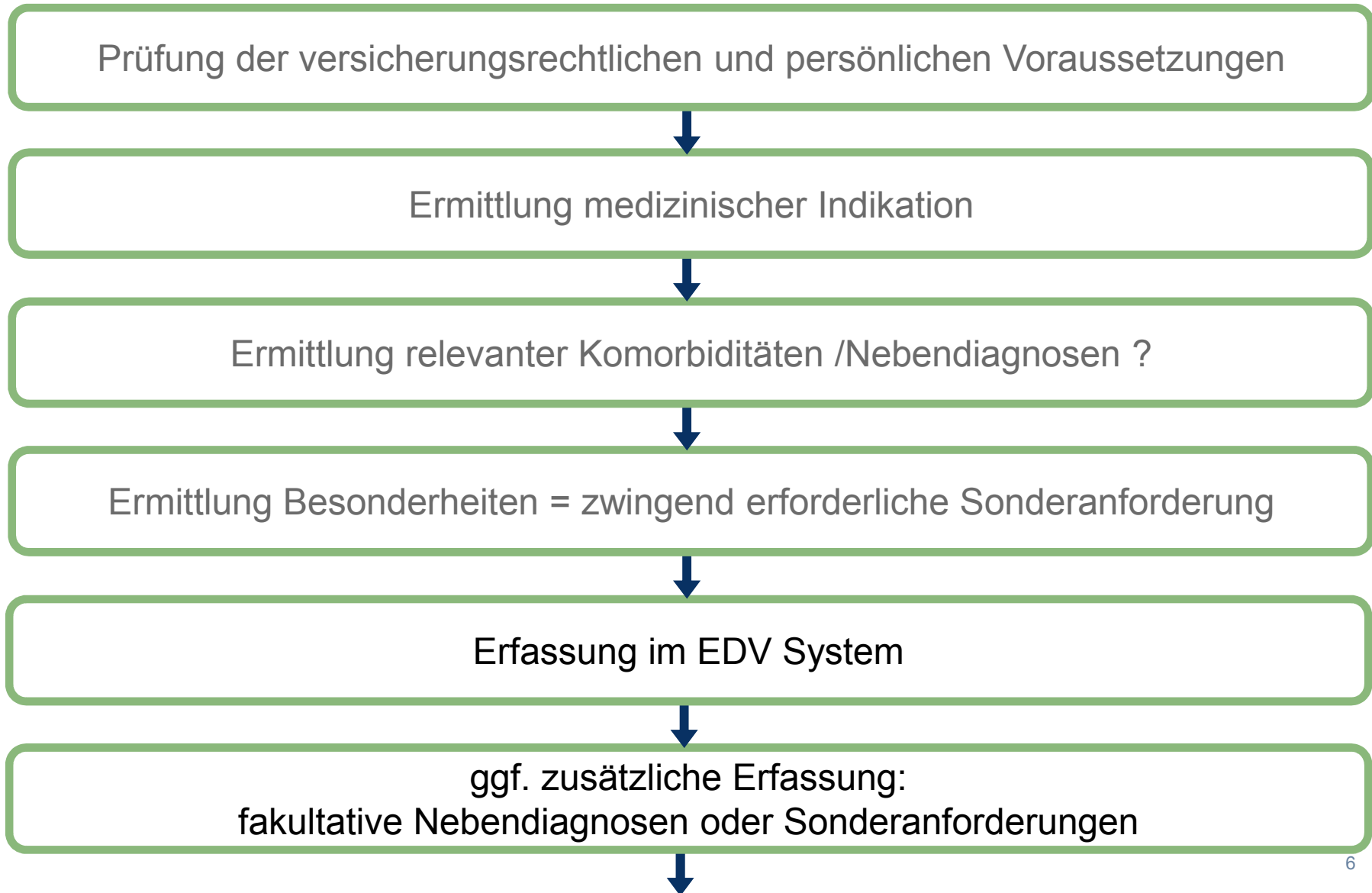
## → Sonderanforderungen

- spezifische Therapiekonzepte (z.B. tiefenpsychologische Therapie)
- besondere Berücksichtigung von Komorbiditäten (z.B. ausgeprägte Adipositas)
- besondere Angebote (z.B. externe Belastungserprobung)
- spezifische Zielgruppen (z.B. für Patienten mit zu pflegenden Angehörigen)

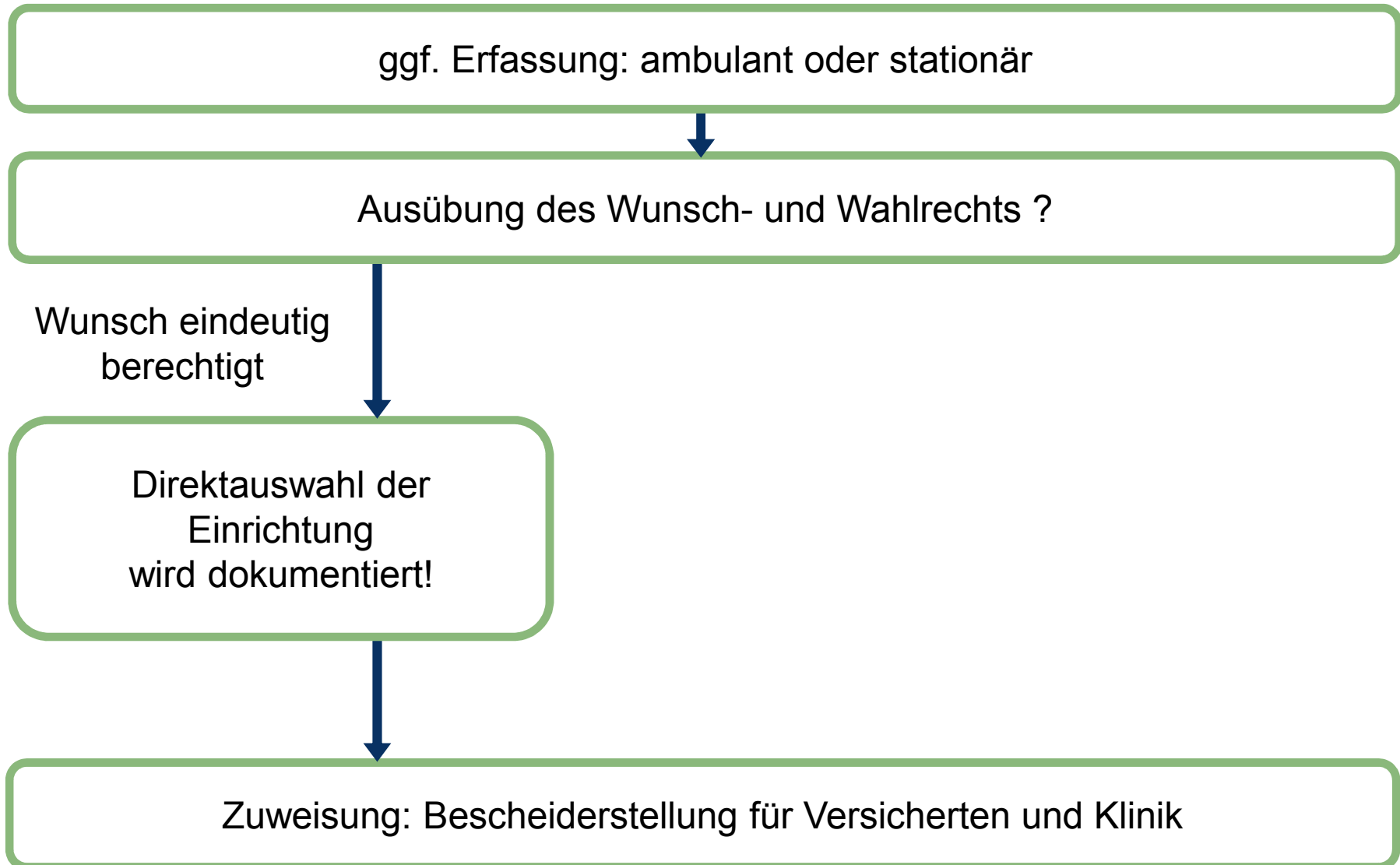
### Beispiel:

- zwingend erforderlich: Dialysemöglichkeit
- fakultativ: Fremdsprachliches Personal

# Prozess der Reha-Einrichtungsauswahl II

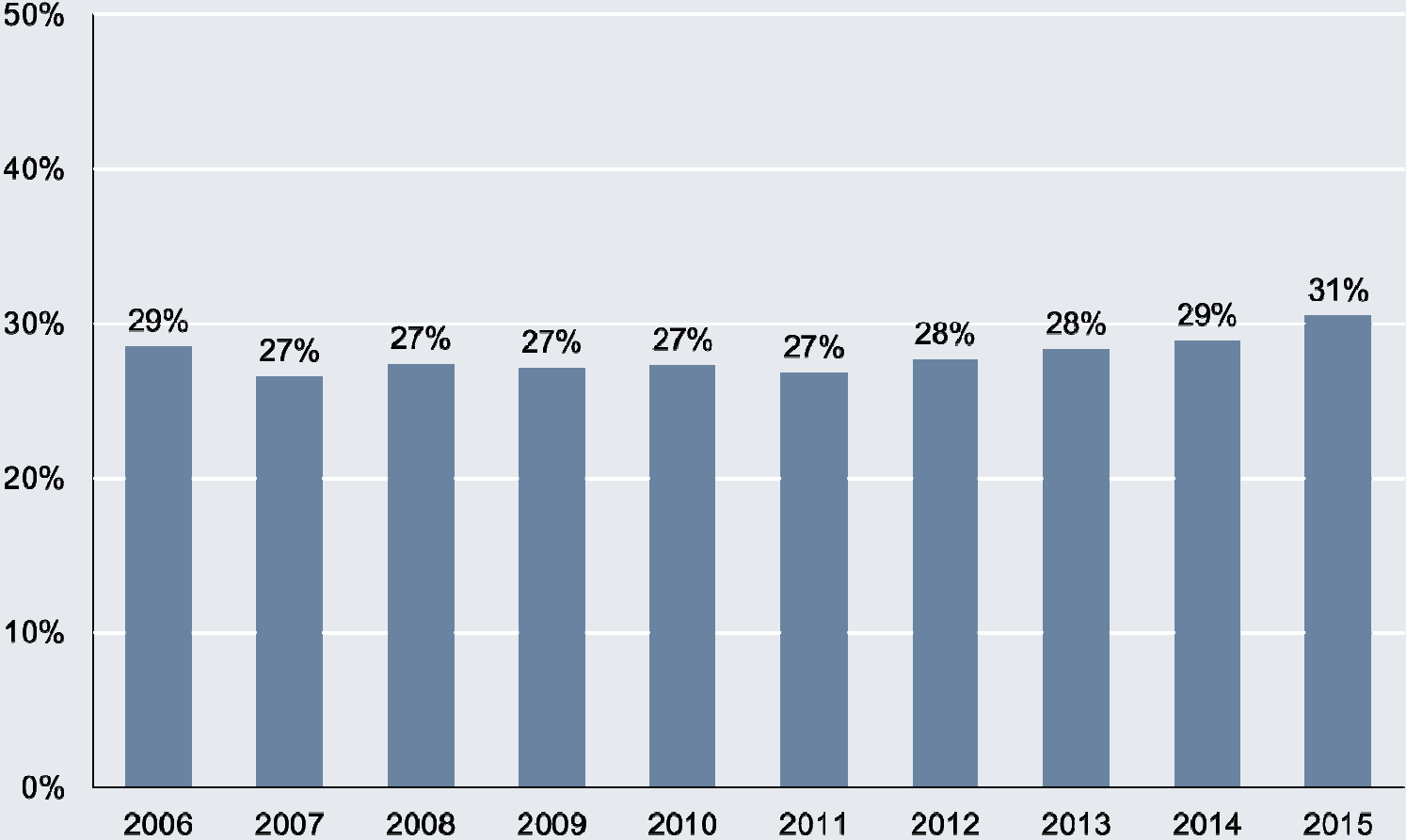


# Prozess der Reha-Einrichtungsauswahl III



# Entwicklung Wunsch- und Wahlrecht

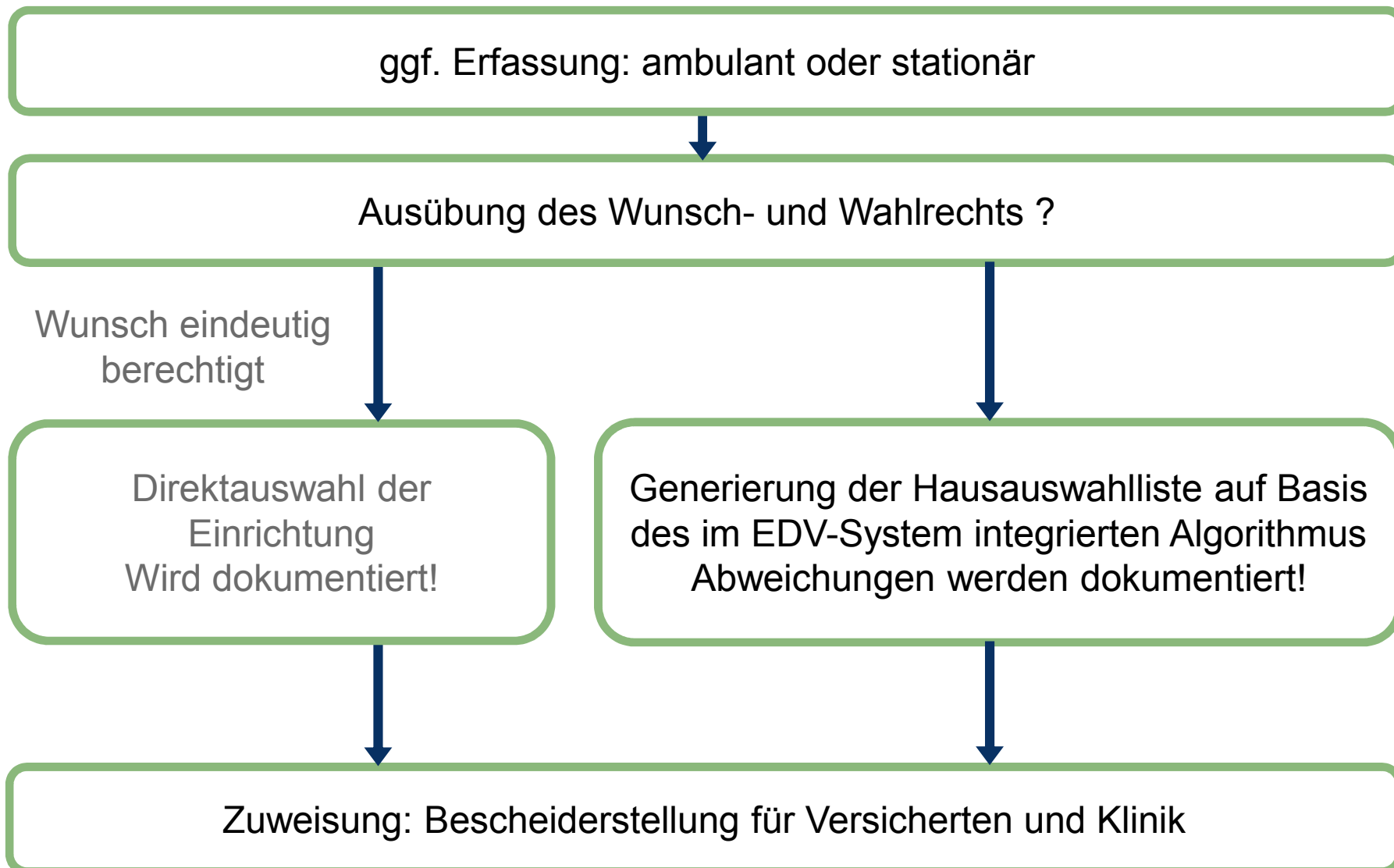
## Anteil Patientenwunsch an Zuweisungen 2006 bis 2015 (alle Durchführungsarten)



Quelle: RAD (03/2016)

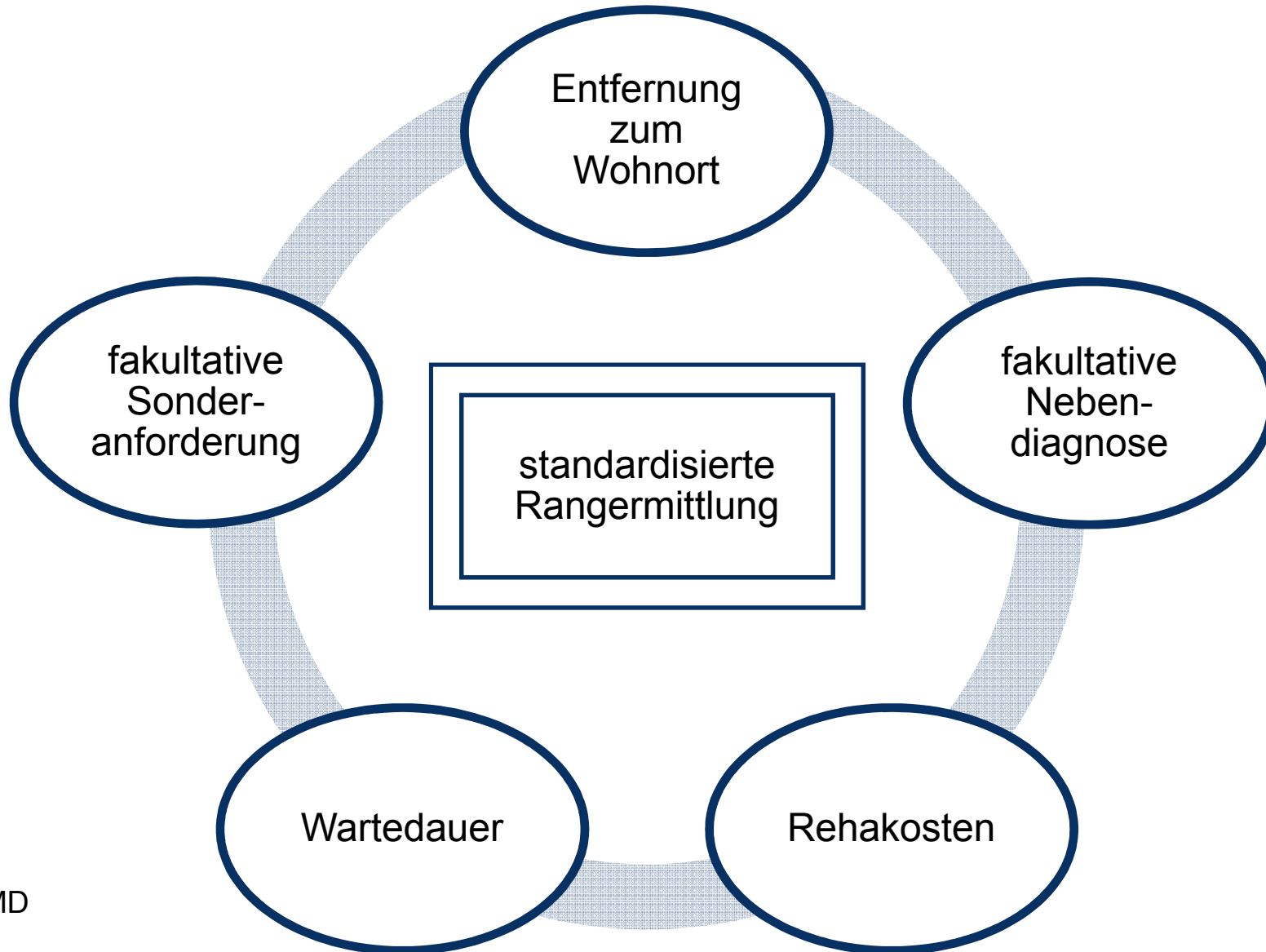


# Prozess der Reha-Einrichtungsauswahl IV



# Parameter der Zugangssteuerung

– Algorithmus mit Hilfe eines Programms \*



\* rvSMD

## Zugangssteuerung

### – Algorithmus mit Hilfe eines Programms \*

- Die Parameter fließen für jede Einrichtung, welche die zwingend erforderlichen Bedingungen erfüllt, standardisiert in einen Algorithmus ein.
- Für jede Einrichtung wird ein Rankingwert ermittelt.
- Es entsteht die Hausauswahlliste mit den Einrichtungen nach Rangfolge.

\* rvSMD

## Fazit:

### Reha-Zugangssteuerung bei der DRV Bund

- Auswahl im Einzelfall erfolgt EDV-gestützt nach transparenten, diskriminierungsfreien Kriterien
  
- Abweichungen von der Systemauswahl werden mit Gründen dokumentiert.

## Perspektive:

### **RV-Weites Vorgehen bei der Reha-Zugangssteuerung**

→ Entscheidung in den Gremien der DRV 2015 / 2016:

- Möglichkeit der Anwendung des im gemeinsamen
- EDV-System integrierten Algorithmus (rvSMD)

→ Weiterentwicklungen werden innerhalb der DRV gemeinsam betrieben

→ Integration von Qualitätsaspekten in die Steuerung

# Verortung der stärkeren Qualitätsfokussierung

Ziel ist die ganzheitlich transparente Leistungsbeschaffung in allen Teilmärkten unter Wahrung der nachhaltigen Qualitätsorientierung in den Einrichtungen.

Marktzugang

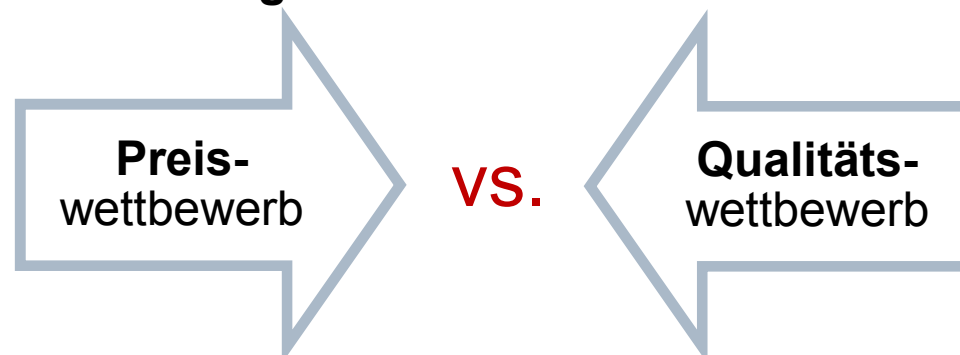
- ✓ Gleichbehandlung der Vertragspartner
- ✓ Senkung der Markteintrittsbarrieren

Vergütung

- ✓ regelmäßige Anpassung der Vergütungssätze
- Verhandlung der (neuen) Vergütungssätze

Qualität

- ✓ **Einhalten der Strukturqualität**
- **Förderung des Qualitätswettbewerbs**



## Erwartete Effekte einer stärkeren Qualitätsfokussierung

### → Positive Effekte für Versicherte und Rentenversicherung

- Chancen einer passgenaueren Wiedereingliederung/Teilhabe werden noch besser
- dadurch steigt auch der volkswirtschaftliche Effekt der Reha
- hohe Qualität stärkt die positive öffentliche Wahrnehmung der Reha

### → Positive Effekte für Reha-Einrichtungen

- Marktvorteile bei besserer Qualität
- höherer Anreiz für Qualitätsverbesserungen
- höherer Anreiz für Innovationen

## Vorgehen der DRV Bund

- Bildung eines „Expertenkreis Qualitätsmaßstab“ unter Einbezug von Vertreter\_innen der Verbände der Leistungserbringer:
  - Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V.
  - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
  - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
  - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
  - Fachverband Sucht e.V.
  
- Ständiger Dialog mit RV-Träger übergreifenden Projektgruppen (insbes. PGNQR)
  
- Aufgabe: Entwicklung eines Vorschlages für einen Reha-Qualitätsmaßstab (RQM)



## Ergebnisse der Modellrechnungen

→ Das erste Set an Qualitätsindikatoren ist definiert:

- Rehabilitandenzufriedenheit,
- subjektiver Behandlungserfolg,
- KTL,
- Reha-Therapiestandards,
- Visitationsergebnis,
- Beschwerdequote.

→ Die 6 Indikatoren werden mit abgestimmten Gewichten in einem Rangverfahren in einen Gesamtscore (RQM) überführt.

## Ergebnisse der Modellrechnungen

- Für überdurchschnittliche Qualität bei mehreren Indikatoren werden zusätzlich Konsistenzpunkte vergeben (Belohnung durchweg guter Einzelqualitätswerte).
- Die Rehabilitandenorientierung (Patient Reported Outcomes - PROM) wird betont.
- Der RQM soll ergänzend zu den bisherigen Parametern in die Einrichtungsauswahl einfließen.
- Von der überwiegenden Mehrzahl der Fachabteilungen liegen ausreichende Informationen zu den 6 Qualitätsindikatoren vor
  - eine Berechnung eines RQM ist möglich.
- Konsistenzpunkte werden nur von einem kleinen Teil der Einrichtungen erreicht
  - die Anreizwirkung für durchgehend hohe Einzelwerte besteht.

## Ergebnisse der Modellrechnungen

- Für neue oder besonders kleine (z.B. ganztägig ambulante) Abteilungen ist eine RQM-Berechnung zur Zeit nicht möglich.
  - aber: Steuerung kleinster Einrichtungen nur in seltenen Fällen
  - Weiterentwicklungen der externen Qualitätssicherung können zu einer weiteren Verbesserung der Datenlage führen
  - bei neuen Einrichtungen wird das Ergebnis der Erstvisitation überproportional gewichtet.
  
- Eine eindeutige Korrelation zwischen Fallkosten und Qualität hat sich nicht gezeigt.

## Vorschlag zur Pilotierung

- Berücksichtigung des RQM als zusätzlicher Parameter in der Einrichtungsauswahl
- Beschränkung auf die Indikationen Orthopädie und/oder Psychosomatik (gute Datenqualität, hohe Fallzahlen, Steuerung einer großen Zahl an Einrichtungen, durchschnittliche Quote an Wunsch- und Wahlrecht)
- Dauer: 2 Jahre
- Fortlaufendes Monitoring

## Vorschlag zur Pilotierung

→ Fragestellung 1:

- Hat sich die Verteilung der Versicherten auf die Fachabteilungen gegenüber der vorherigen Steuerung verändert?

→ Fragestellung 2:

- Hat der beabsichtigte positive Anreiz gewirkt, d.h., sind die QS-Ergebnisse besser geworden?

→ Fragestellung 3:

- Sind bisher nicht bedachte Konsequenzen beobachtet worden?

## Neues Berichtswesen notwendig

**Reha-Einrichtungen sollen Informationen zu allen Qualitätsindikatoren, die den RQM bilden, und zu den Ergebnissen des RQM erhalten (Transparenz).**

- Bei den ausgewählten Qualitätsindikatoren ist (neu) eine Information zum Visitationsergebnis und zur Beschwerdequote erforderlich.
- Eine Information über die Positionierung in der Rangfolge ist wichtig (Anreiz, Steuerungsinstrument für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen).
- Der Bericht soll regelmäßig aktualisiert und zeitnah übermittelt werden.
- Das Verfahren und das Format des Berichtes ist noch zu klären.

## Durch die zusätzliche Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Einrichtungsauswahl ...

- erhält der/die einzelne Versicherte eine qualitativ hochwertigere Reha-Leistung,
- entsteht ein Qualitätswettbewerb,
- verstärken alle belegten Einrichtungen die Bemühungen, gute Ergebnisse bei der Qualitätssicherung zu erzielen,
- steigt die durchschnittliche Qualität aller belegten Einrichtungen,
- können Einrichtungen mit sehr guter Qualität einen Marktvorteil haben,
- können Einrichtungen mit weniger guter Qualität einen Marktnachteil haben.

# Rehabilitationsforum 2016

20. bis 21. Oktober 2016

Uwe Egener,  
Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben

Dr. Thomas Hansmeier,  
Fachbereichsleiter Rehabilitationseinrichtungen

Danke:        Dr. Stefan Schüring  
                  Dr. Marion Kalwa