

Optimierung der Wirtschaftlichkeit in den rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen

0. Vorbemerkung

Die Rentenversicherungsträger betreiben eigene Reha-Einrichtungen. Dabei haben sie den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gem. § 69 Abs. 2 SGB IV zu beachten.

1. Instrumente zur Sicherstellung und Optimierung der Wirtschaftlichkeit

Zur Sicherstellung und Optimierung der Wirtschaftlichkeit ihrer Kliniken haben die Träger verschiedene Instrumente entwickelt. Diese nachfolgend aufgeführten Instrumente werden konsequent angewendet und bei Bedarf weiterentwickelt:

- Jährlicher systematischer Marktpreisvergleich
- jährliche Analyse des Bettenbedarfs und der Auslastung
- Intensivierung der gegenseitigen Belegung
- Nutzung der Regionalverbände zur Steuerung der Belegung
- zweijährige Prognose der zu erwartenden Leistungen (zur Anpassung der trägereigenen Kapazitäten an den indikationsspezifischen Bedarf)
- Kooperationen an gemeinsamen Standorten
- Festlegung der Umsetzung des § 221 SGB VI
- Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in der Deutschen Rentenversicherung, auch mit Geltung für die Reha-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung
- Nutzung eines gemeinsamen Kontenplans
- vergleichbare Kostenträgerrechnungen
- Benchmarking-Tool für rentenversicherungseigene Einrichtungen.

Über die Anwendung der Instrumente berichtet die Deutsche Rentenversicherung Bund regelmäßig in den zuständigen Gremien.

2. Verfahren des Marktpreisvergleichs

Mit dem Marktpreisvergleich als einem Instrument zur Sicherung und Optimierung der Wirtschaftlichkeit der rentenversicherungseigenen Reha-Einrichtungen soll einerseits die erforderliche Transparenz für die Gesamtebene hergestellt und andererseits den Trägern eine, zu den von ihnen eingesetzten Steuerungsinstrumenten, zusätzliche Entscheidungshilfen an die Hand gegeben werden.

Dazu wird jährlich eine systematische Gegenüberstellung der Vergütungssätze, die die Träger der Deutschen Rentenversicherung den Vertragseinrichtungen zahlen (Marktpreise) mit den Kosten je Pflegetag in den eigenen Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger (Pflegekosten) durchgeführt. Sie erfolgt für die stationäre medizinische Rehabilitation von Erwachsenen.

Das hierzu anzuwendende Verfahren wird wie folgt festgelegt:

- Die Träger melden Vergütungssätze und Pflegetage je Diagnosegrundgruppe der von ihnen belegten Vertragseinrichtungen. Je Diagnosegrundgruppe werden die Marktpreise und die dazugehörige Anzahl von Pflegetagen, für die dieser Preis entrichtet wurde, zu Häufigkeitsverteilungen der Vergütungssätze nach Pflegetagen zusammengefasst.
- Aufgrund der erheblichen Spannweite der Marktpreise in den einzelnen Diagnosegrundgruppen wird die Verteilung der Vergütungssätze der Vertragseinrichtungen in jeder Diagnosegrundgruppe nach einheitlicher Methode auf eine relevante Bandbreite begrenzt. Hierdurch wird der Einfluss von Extremwerten ausgeschlossen. Je Diagnosegrundgruppe ergibt sich dadurch eine Marktpreisobergrenze als Orientierungswert.
- Die Ermittlung der Pflegekosten der rv-eigenen Kliniken wird retrospektiv als Vollkostenbetrachtung vorgenommen. Hierzu werden aus den von den Trägern für jede ihrer eigenen Kliniken in der erforderlichen Abgrenzung gemeldeten Aufwendungen und Erträgen sowie Belegungszahlen die Netto-Ist-Pflegekosten je Tag ermittelt.
- Für jede rv-eigene Klinik werden die Marktpreisobergrenzen mit den jahresdurchschnittlichen Belegungsanteilen jeder Diagnosegrundgruppe gewichtet und eine rechnerische Obergrenze für jede Klinik ermittelt.

- Diese rechnerische Obergrenze wird den tatsächlichen Pflegekosten der Klinik gegenübergestellt.
- Sondertatbestände (monetärer und nicht-monetärer Art) der rentenversicherungseigenen Kliniken sind beim Marktpreisvergleich gesondert darzustellen.

3. Verfahren bei Gefährdung der Wirtschaftlichkeit

Zur Sicherstellung und Optimierung der Wirtschaftlichkeit nutzen die Träger Informationen aus den unter Punkt 1 aufgelisteten Instrumenten und setzen weiterhin eigene Instrumente ein. Hierzu gehört auch die regelmäßige trägerinterne Prüfung aller klinikinternen Vorgänge im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit. Hieraus erhalten sie Hinweise zu Optimierungsmöglichkeiten und auch zu einer eventuellen Gefährdung der Wirtschaftlichkeit.

Anhaltspunkte für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Klinik bietet die Marktpreisobergrenze. Wird diese überschritten und liegen keine Sondertatbestände vor, die die Überschreitung hinreichend erklären können, sind geeignete Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Wirtschaftlichkeit zu ergreifen.

Die zuständigen Selbstverwaltungsgremien des jeweiligen Trägers sind über die Gefährdung der Wirtschaftlichkeit der betroffenen Klinik sowie über bereits ergriffene oder noch zu ergreifende Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Wirtschaftlichkeit zu informieren.

Sollte eine nachhaltige wirtschaftliche Betriebsführung nicht erreicht werden und auch prospektiv nicht zu erwarten sein, sind auch die Veräußerung oder Schließung der Klinik in die weiteren Maßnahmenplanungen mit einzubeziehen.