IPReG-Chancen

Positives

Höhere Vergütung

Lösung von Individuellen Rabatten ; Stärkung der gesamten Kliniken (Hinweis aus der Studie von heute Vormittag)

Chance, reale Kosten zu verhandeln

Chance auf höhere Vergütung

Verhandlungspartner auf Augenhöhe

Tarifbindung wird anerkannt

Zielvorstellung: möglicherweise 3/4-teiliger Tagessatz vgl. zu Pflege: Medizin/Pflege - Unterkunft u. Verpflegung - Investitionen ...

Refinanzierung Aufwand für Qualitätssicherung intern und/oder QS-Reha

Welche Rolle werden die Vorsorgeeinrichtungen spielen???

inpreisung eines „Unternehmerlohns"

Berücksichtigung von Investkosten?

Pauschale für Instandhaltung und/oder Investitionen

Verhandlung mit anderen Leistungsbereichen

Gleichstellung in der "Wertigkeit" im Vergleich zu anderen Reha-Sparten.

höhere Vergütung = mehr Anerkennung?

bestehende Vergütungsstruktur bleibt Basis- Aufwertungen der Arbeit und Anforderungen werden weiter nicht vergütet

stärkere Bindung für die Landeskassen

Zusammenhang von Zeit / Qualifikation / Tarif / Mitarbeiterstruktur und Vergütung

Würdigung und Kenntnisnahme unserer Leistungen

Den Anforderungen angepasster Personalschlüssel

Negatives

Risikoaufschlag kann / muss berücksichtigt und "eingepreist" werden

nicht klar formuliert, in welchem Rahmen wir uns bewegen

Einschränkung der Freiheit der Konzeptgestaltung

Korrektur der bisherigen Unterfinanzierung soll mit dem Gesetz nicht erfolgen; die Kassen sehen den Status Quo als ostendeckend an.

Vorgaben verbauen die Individualität der Kliniken

Vielfalt der methodischen Arbeit muss in eine enge Struktur gebracht werden

Verhandlungen - keine Vorgaben über Legislative oder Exekutive

geforderte Therapieanzahl mit Personalressourcen ggf. nicht umsetzbar

Sorge, dass Personalschlüssel zugrunde gelegt werden, die in der Realität nicht ausreichen, insbesondere in kleinen, spezialisierten Häusern

Gefahr: Verhandlung findet nicht auf Augenhöhe statt

Pauschale Anforderungen an eine Reha schwierig

Verzögerung der Regelungen durch langwierige Verhandlungen

Kann der Vergütungssatz auch niedriger werden als bisher?

keine Flexibilität in der Kostengestaltung

Verlust der Individualität unseres Angebotes?

Haben bestehende Rahmenempfehlungen noch Bestand? Was ist mit den Anforderungsprofilen für stationäre Vorsorge/Reha?

Investitionskosten ebenfalls refinanzierbar?

Sind Vertreter der MuVaKi Bereiche aus der täglichen Praxis dabei? Ist Erfahrungen aus Geschäftsführung, Betriebswirtschaft und Verhandlung mit KV vertreten im Kreis der Leistungserbringer?

Verhandlungschancen für die Interessen des speziellen MG Bereichs? Konkurrenz im eigenen Lager durch andere Geschäftsbereiche.

bleibt die endgültige Verhandlung weiter auf Landesebene? Werden sich die Kassen auf Landesebene die Hoheit der Vergütungsverhandlungen wirklich nehmen lasen?

Schiedstelle auf Bundes-Landesebene?

Chancen

Geben

ja, dass individuelle Verhandlungen dazu führen, von den Leistungsträger gegeneinander ausgespielt zu werden. Der Schulterschluss der Kliniken im Rahmen der Verhandlungen zum GPVG zeigt, dass unsere Forderungen

Wenn Differenzierung gewünscht wird, dann muss die Abweichung nach "oben" und "unten" möglich sein. Keine Einbahnstrasse für die Kostenträger.

Transparenz der Kriterien, Inhalte, Anforderungen der Eirichtungen gegenüber Kassen

Tarifanerkennung wird nnicht ohne umfangreichere Nachweise zu Ist Stellenplan zu haben sein

Basistherapieangebot plus Aufschlag für spezielle Anforderungen; z.B. Mehrbedarf für Psychosomatik im Bereich des PSD

lieber mehr Angebote als im Personalschlüssel festgelegt zu werden

Lieber Therapiemenge Stellenschlüssel

Hohe Verbindlichkeit und Klarheit für beide Seiten macht es "schwarzen Schafen" schwer langfristig zu bestehen.

QS reha Strukturvorgaben vergütungswirksam werden lassen

Transparenz in Angebotsbeschreibung

Leistungserbringer sind können gemeinnützig wie wirtschaftlich agieren. Offenheit gegenüber privater Konkurrenz?

Abkehr von Begleitkind Definition

Berücksichtigung des regionalen Arbeitsmarktes muss möglich sein

Indirekt gibt es diese Personal-Vorgaben bereits; 24-Stunden Präsenz der exam. KS gibt Personalintensität und -Qualität vor....

hohe Qualität wird bereits geboten

Gruppensetting ist Therapiebestandteil

Indirekt gibt es diese Vorgaben schon: 24-Stunden-Präsenz der exam. KS in QS-Reha gibt Personalintensität und -qualität bereits vor.

Wer leistungsgerecht bezahlt werden will, muss die Überprüfung der Leistungen zulassen.

Klare Strukturvorgaben lassen auch klare Vergütungsforderungen deutlich werden . Nachvollziehbarkeit muss auf beiden Seiten vorhanden sein.

Wenn Qualitätsvorgaben dann wirklich auf Muki zugeschnitten, und keine reinen Kostentreiber z.B. in der Ausstattung

Nehmen

Sicherheit für beide Seiten kann durch regelmäßige wissenschaftlich Begleitung / Evaluation erfolgen

Die Realität muss abgebildet werden können: Kurabbrüche, verzögerte Anreisen, ...

nur ein appell an eine selbstbewusste vehandlungsführung seitens der leistungsträger: eine bestimmbarkeit des Preises setzt doch immer eine bestimmbarkeit der leistung voraus (Anzahl, Qualität, Personal)

Wertung des Arbeitsmarktes- Fachkräftemangel in strukturschwachen Regionen; kleine Einrichtungen bieten keine Aufstiegschancen. Mithin kein attraktives Arbeitsfeld mit Hinblick auf Aufstieg

mehr Flexibilität gewünscht

Abweichungen vom "Standard / Musterklinik" kann als Besonderheit zusätzlich verhandelt werden

an Angebot angepasstes Vergütungsspektrum

Verbindlichkeit über Vergütungsstruktur (Investkosten)

keine unterschiedlichen Tagessätze für Mutter und Kind- Begleitkind mehr- alle sind Patienten einer Klinik und Preis ist einer/Kopf

Wenn die Qualifikation zu "schwammig" formuliert wird, dann besteht die Gefahr, dass der Standard sehr tief von den Kostenträgern angesetzt wird.

Um Flexibilität und spezifische Ansätze etc. zu würdigen (auch in der Vergütung) könnte das System Basics und Add ons vorsehen

klare Vergütungsstrukturen , z.B. bei Kurabbrüchen

Anforderungen an Personalschlüssel in Realität teilweise nicht umsetzbar

Verhandlungen werden nicht durch Grundsatzdiskussionen belastet; Verhandlung auf Augenhöhe mit Blick auf die individuellen Leistungen/Besonderheiten möglich

Transparente Wirtschaftsplanung

Rahmenempfehlung

Status Begleitkinder klar definieren, oder möglichst abschaffen

ärztliche Versorgung

Differenzierung in der Kurgruppe nach Vorsorge und Rehabilitation ist in Praxis nicht darstellbar, da bereits die Zuweisung nicht korrekt erfolgt

Ein wichtiges Thema wird weiter sein, die Bekanntheit und Anerkennung von Mi-Va-Ki, pfl. Angehörige einzubringen und gegen die Interessen der ´großen´ Leistungserbringer zu verteidigen.

päd. Kinderbetreuung incl.Schulbegleitung

vorzeitige Abreisen einpreisen

Alle Aspekte Vergütungss

Patientenkinder- vs. Begleitkinder, weiter Pauschalsatz?

konkret wie glich, so n wie g ;-)

Gruppensettings - keine Wertung von Leistungen allein nach Belegbett

Vereinbarung Pflegende Angehörige und gleichzeitger Anwesenheit des Pfleglings

wird es einen Unterschied zwischen Reha und Vorsorge geben?

erfüllen können. Es bleibt das Problem der "Preisorientierten Steuerung im Einzelfall" oder des "selektiven Einkaufs". Deshalb zusätzlich die gemeinsame (politische) Aufgabe bzgl. w+W recht weiter aktiv zu

Finanzierung Overhead?

Spezialisierung der einzelnen Kliniken vorantreiben

Spezialisierung kommunizieren

Versorgung

Immobilie

Personal

Vergütungsbereiche analog der stat. Pflege ("Pflege"; U +V; Invest)

Vorsorge als Thema setzen bzw. in Abgrenzung zu Reha - ist politisch gewollt (die Diskussion in Empfehlung bietet dafür eine Ausgangslage)

Personal: Menge und Qualifikationsgruppen

Behandlung an wieviel Tagen?

Regelungen (konzeptionell +vergütungszuschläge) für besondere Bedarfe von Patienten oder Kindern mit Behinderung und zusätzlichem Unterstützungsbedarf

Verhandlung analog zur Behindertenhilfe besser als Analog zur Pflege, weil da ist mehr Augenmerk auf Individualität der Zielgruppe, aber z.B. trotzdem Aufteilung der Kosten auf Investkosten etc.

Personalbedarfsberechnung 1 VK = 1.650 Anwesenheitsstunden

interkurrente Erkrankungen wieweit

Regelung i.d. Rahmenempfehlung Vergütung, dass auch grundsätzliche Strukturverhandlungen möglich sein müssen, wenn von Klinik beantragt wird.

Schnittstelle des Leistungsbereichs von BMG zu BMFSFJ bewerten

ortsbezogene Kurtaxe als add on zur Vergütung

Bestandsschutz: keine Senkung der vorhandenen Sätze bei passender Qualität

Beratungsumfang/-qualität - vor der Maßnahme - Therapeutische Kette

Unterscheidung kann vorgenommen werden, wenn nicht auf der anderen Seite das Argument der Mischfinanzierung angeführt wird

Auswertung von Attesten der Patient:innen nach Bedarf und Beschwerde (med. therapeutische Begleitung der Verhandlerin aus der Praxis nutzen)

Klare Definition von Therapie (Wann, Was, Wer) - Regelung zur Kurabbrüchen - PEP_Planung für MVK-Kliniken - Klare Regelung zur Qualifikationsnachweisen von Berufsgruppen (siehe Pflege vorhalten im Nachdienst) -

Transparenz der Rehaanforderungen

Therapieangebote für Kinder- -selbst wenn - auch Begleitkinder brauchen mehr als Verpflegung und Bett, Buntstifte

Therapiekinder in deutlicher Abgrenzung zur Kinderrehablilitation

Betreuungsschlüssel im Kinderbereich muss deutlich höher liegen, als in der Regelversorgung

Vorgaben zur Transparenz (vergleichbare Faktoren fassen), um Interpretationen zu verhindern

Risikoverteilung zu Lasten der Kostenträger bei Kurabbrüchen durch Patienten

Kostenstrukturen nicht zum Stichtag werten, Durchschnitte bilden, Sonderfälle zulassen (Bsp: Personalsuche kosten)

tatsächliche Abbildung der IST-Personalstrukturen in den Kliniken nicht herumkommen, wenn wir parallel eine bessere Ausfinanzierung der MVK-Kliniken analog den Krankhäusern einfordern. Stichwort: Mindestbesetzung bei

Nehmen: Entsprechende Vergütung um wirtschaftliches Arbeiten zu ermöglichen.

Geben. Vorhalten der benötigten Therapieangebote im Wandel der Zeit.

Geben: notwendige fachliche Besetzung an den verschiedenen Stellen der Klinik gewährleisten.

IPReG-Rahmenempfehlung
Wunschzettel

schnelle Verhandlungsergebnisse

Planungssicherheit durch Rahmenbedingungen schaffen

Transparenz in den Verhandlungen gegenüber den Trägern und Einrichtungen im MGW - gute Kommunikation in die Trägergruppen bis zu den Einrichtungen. Kurze Wege nutzen und Expertisen der Praxis nutzen.

Komplexität des Aufgabenbereichs muss den Kostenträgern deutlich werden.

Wunsch: Erkennen die KV im Land die Rahmenempfehlung einheitlich an? Kein Flickenteppich auf Grundlage des IPreG.

Verhandeln wir dann dieses Jahr noch auf Basis der GLS?

keine Unterscheidung zw. Vorsorge und Reha, Begleit- und Therapiekinder

Auf Landesebene nerven und höhere Steigerungen als GLS fordern!

Möglichkeiten der KV im Auge haben. KV meint derzeit, nicht mit allen Kliniken separat verhandeln zu können.....wegen zu großer Anzahl der Einrichtungen und wenig KV- Verhandler