

Gemeinsame Stellungnahme der

- **Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha)**
- **Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)**

Zu den Entwürfen für

Verbindliche Entscheidungen des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund

- **zu den Zulassungsanforderungen gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 15 Absatz 3 SGB VI**
- **zu dem Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen § 15 Absatz 9 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 3 Sätze 4 und 5 und Absatz 8 SGB VI**
- **zu der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 in Verbindung mit § 15 Absatz 6a SGB VI**
- **zur Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 15 Absatz 7 SGB VI**

Vorwort

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (RentÜG) hat der Gesetzgeber die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) verpflichtet, die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Regeln für die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als Leistungserbringer bis zum 30.06.2023 in Verbindlichen Entscheidungen einheitlich für alle Träger der DRV festzulegen.

Die DRV Bund soll dabei die Stellungnahmen der Interessenvertreter der Leistungserbringer und der Betroffenen „bei der Beschlussfassung durch eine geeignete Organisationsform mit dem Ziel einbeziehen, eine konsensuale Regelung zu erreichen.“. Die DRV Bund hat dazu im Mai 2021 ein Beratergremium geschaffen. Dort hat die DRV Bund in den zurückliegenden Monaten die Entwürfe der Verbindlichen Entscheidungen sowie ihre Planungen zur Umsetzung der darin formulierten Grundsätze den Interessenvertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen vorgestellt. Mit diesem ersten Stellungnahmeverfahren im April 2022 endet diese erste Phase.

Die in der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) zusammengeschlossenen Verbände der Leistungserbringer sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. danken für die Möglichkeit zur Teilnahme am Beratergremium und haben sich auf diese gemeinsame Stellungnahme verständigt. Grundlage und Gegenstand der Stellungnahme sind die der AG MedReha und der DHS übersandten Textentwürfe für die Verbindlichen Entscheidungen von Ende März 2022, die Konsens-Dissens-Tabelle vom 11.04.2022 sowie mündliche Erläuterungen der Vertreter*innen der DRV zu den Entwürfen anlässlich der offiziellen Gespräche im Beratergremium.

Zahlreiche und wesentliche Regelungen der Verbindlichen Entscheidungen müssen durch weitere Verfahrensvorschriften oder Informationen der DRV ausgefüllt und konkretisiert werden. Die DRV hat im Beratergremium die schrittweise Entwicklung und Veröffentlichung dieser Verfahrensvorschriften, -beschreibungen und flankierenden Informationen angekündigt. Ohne Kenntnis dieser ergänzenden Informationen können aber die Inhalte und Auswirkungen der abstrakten Regelungen der Verbindlichen Entscheidungen aus der Perspektive der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer nicht zuverlässig und vollständig bewertet werden. Auch konnte aufgrund der Kürze der Stellungnahmefrist eine abschließende juristische Bewertung nicht vorgenommen werden. Diese Stellungnahme ist daher nicht abschließend.

A. Prolog aller Verbindlichen Entscheidungen

I. Konsensgebot

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Prolog erläutert in allen vier Verbindlichen Entscheidungen wortgleich die übergeordnete Zielsetzung und die Grundsätze für die neu formulierten Regelungen. Im Prolog fehlt aber der Hinweis auf die vom Gesetzgeber in § 15 Abs. 9 Satz SGB VI ausdrückliche formulierte Zielsetzung einer „konsensualen Regelung“.

2. Stellungnahme:

Die DRV soll bei der Beschlussfassung der Verbindlichen Entscheidungen die Stellungnahmen der Vertreter der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer durch eine geeignete Organisationsform einbeziehen, die einen Konsens, also eine inhaltliche Zustimmung dieser Gruppen, ermöglicht. Diese Vorgabe des Gesetzgebers stellt damit klare Anforderungen an den Beratungsprozess in verfahrensrechtlicher Hinsicht und an das Beratungsergebnis in inhaltlicher Hinsicht. Die Erfüllung dieser Anforderungen ist für das ordnungsgemäße Zustandekommen der Verbindlichen Entscheidungen auch wesentlich. Die AG MedReha und die DHS befürworten daher die ausdrückliche Nennung dieses Konsensgebotes im Prolog der Verbindlichen Entscheidungen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher die Aufnahme folgender Formulierung vor:

*„Die verbindlichen Entscheidungen nach § 15 Abs. 9 Satz 1 SGB VI zielen auf ein transparentes, diskriminierungsfreies und nachvollziehbares Beschaffungsverfahren **im Konsens mit den Vertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen**, für das ebenso ...“*

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung nimmt der Prolog der Verbindlichen Entscheidungen das vom Gesetzgeber formulierte Ziel einer konsensualen Regelung auf. Damit macht die DRV bei der Beschlussfassung deutlich, dass sie die Vorgabe akzeptiert und das Finden von inhaltlichen Übereinstimmungen und den Abbau von unterschiedlichen Auffassungen bei der Ausgestaltung der neuen Regelungen aktiv und dauerhaft anstrebt.

II. Zusammenhang zwischen Verbindlichen Entscheidungen

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Prolog nennt die einzelnen gesetzlich in § 15 Abs. 9 SGB VI vorgegebenen Themen der verbindlichen Entscheidungen, stellt aber den Zusammenhang zwischen den einzelnen Regelungen nicht ausreichend klar.

2. Stellungnahme:

Die neuen Regelungen zum Zulassungsverfahren, zur Vergütungskonzeption, zur Einrichtungsauswahl und zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten verändern die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der DRV und den betroffenen Einrichtungen grundlegend und massiv. Sie können daher nur im Zusammenhang beschlossen und in ihren späteren Auswirkungen nur gemeinsam betrachtet und bewertet werden. Daher kann sich auch das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel einer konsensualen Regelung, also der inhaltlichen Zustimmung der Vertreter der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer, nur auf alle vier Verbindlichen Entscheidungen in ihrer Gesamtheit beziehen. Der Prolog muss klarstellen, dass der fehlende Konsens zu einem einzelnen Thema auch den Konsens zu den übrigen Themen der Verbindlichen Entscheidungen beseitigt.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Die Deutsche Rentenversicherung stellt sicher, dass der notwendige Konsens mit den Verbänden der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer zu allen Themen der Verbindlichen Entscheidungen bei und nach deren Beschlussfassung gewahrt wird. Dabei besteht insgesamt kein Konsens, wenn und solange nicht zu allen Einzelfragen der Verbindlichen Entscheidungen ein Konsens hergestellt werden kann.“

4. Begründung:

Die vorgeschlagene Formulierung macht deutlich, dass eine konsensuale Regelung nur getroffen werden kann, wenn zu allen Details und Einzelfragen Konsens zwischen der DRV und den Verbänden der Leistungsberechtigten und der Leistungserbringer besteht.

III. Abstimmungsgebot und Konsensprinzip auch bei ergänzenden Dokumenten

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Prolog nennt keine die Verbindlichen Entscheidungen ergänzenden Dokumente. Lediglich der Abschnitt zur Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung nennt „bereits existierende Informations- und Beratungsangebote“.

2. Stellungnahme:

Zu allen Themen der einzelnen Verbindlichen Entscheidungen sind ergänzende einheitliche und für die Träger der DRV verbindliche Informationen oder Verfahrensbeschreibungen zwingend notwendig, um die Transparenz, die Diskriminierungsfreiheit und die Nachvollziehbarkeit der Beschaffungsverfahren dauerhaft herzustellen. Das vom Gesetzgeber formulierte Ziel einer konsensualen Regelung muss sich aufgrund der Bedeutung dieser ergänzenden Informationen und Verfahrensbeschreibungen auch darauf und nicht nur auf die Beschlussfassung der Verbindlichen Entscheidungen selbst beziehen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Alle die Verbindlichen Entscheidungen ergänzenden Dokumente (Informationen, Verfahrensbeschreibungen etc.) sind ebenfalls in einem gemeinsamen Prozess mit dem Ziel einer konsensualen Regelung mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen zu erstellen und bei Bedarf zu überarbeiten.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die DRV die Fortführung des partnerschaftlichen Dialogs und das Bemühen um konsensuale Regelungen auch nach Inkrafttreten der Verbindlichen Entscheidungen sicher, wenn die DRV diese durch formal nachrangige, aber in der Umsetzungspraxis genauso bedeutsame Dokumente (Informationen, Verfahrensbeschreibungen) ergänzt und konkretisiert.

IV. Fortsetzung des Beratungsprozesses

1. Fehlende Regelung:

Der Prolog und der übrige Inhalt der Verbindlichen Entscheidungen enthalten keine Ankündigung, dass der begonnene Beratungs- und Diskussionsprozess zwischen der DRV und den Interessenvertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen über die Inhalte und Auswirkungen der Regelungen nach dem Beschluss der Entscheidungen fortgesetzt wird.

2. Stellungnahme:

Bereits in den Verbindlichen Entscheidungen selbst sollte die Selbstverpflichtung der DRV enthalten sein, die Auswirkungen der Regelungen gemeinsam mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen zu analysieren und zu bewerten.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Um die Auswirkungen der Verbindlichen Entscheidungen auf die medizinische Rehabilitation zu analysieren und zu bewerten und über deren Weiterentwicklung mit der Zielsetzung konsensueller Regelungen zu beraten, richtet die Deutsche Rentenversicherung nach Verabschiedung der Verbindlichen Empfehlungen ein ständiges Beratergremium mit den Interessenvertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen ein.“

4. Begründung:

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation als Leistungserbringer und leistungsberechtigte Rehabilitand*innen als Betroffene sind von den Regelungen der Verbindlichen Entscheidungen unmittelbar betroffen. Ihre aktive Einbindung und Beteiligung bei der Bewertung und Weiterentwicklung der Verbindlichen Entscheidungen nach deren Inkrafttreten kann nur über eine feste institutionelle Einbindung erfolgen und muss durch die Selbstverwaltung der DRV selbst und unmittelbar im Text der Verbindlichen Entscheidungen verankert werden. Die bisher übliche und von der DRV praktizierte punktuelle Einbindung in so genannten Expertengruppen mit unklarer Zusammensetzung und fehlender Entscheidungskompetenz ist dafür weniger geeignet.

B. Verbindliche Entscheidungen zu den Zulassungsanforderungen gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 15 Absatz 3 SGB VI

I. Bestandsschutz für Reha-Einrichtungen

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält keine Ausnahme für die Zulassungsentscheidung für Rehabilitationseinrichtungen, die bereits heute schon Leistungen für die Deutsche Rentenversicherung erbringen.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen es ab, dass das Zulassungsverfahren von Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden muss, die bereits seit Jahren für die DRV Rehabilitationsleistungen erbringen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Für Rehabilitationseinrichtungen, die bis zum 30.06.2023 in einem Rechtsverhältnis zu den Trägern der Deutschen Rentenversicherung stehen, bedarf es für die Zulassung keiner Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen. Sie gelten als zugelassen.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird klargestellt, dass Bestandseinrichtungen als zugelassen gelten. Eine Überprüfung der fachlichen Eignung stellt einen unnötigen bürokratischen Aufwand dar. Rehabilitationseinrichtungen, die fachlich nicht geeignet sind, dürften auch vor Inkrafttreten der Verbindlichen Entscheidungen keine Leistungen für die DRV erbringen.

II. Festlegung der Voraussetzungen für die Fachliche Eignung

1. Beabsichtigte Regelung:

§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB VI regelt, dass die Rehabilitationseinrichtungen fachlich geeignet sein müssen. Fachlich geeignet seien diejenigen Rehabilitationseinrichtungen, die zur Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die personellen,

strukturellen und qualitativen Anforderungen erfüllen. Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält die Formulierung „Diese Zulassungsvoraussetzung wird dadurch erfüllt, dass die Rehabilitationseinrichtung neben sozialmedizinischen Kriterien ... die für die jeweiligen Indikationen geltenden einheitlichen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von Reha-Einrichtungen (Strukturanforderungen) erfüllt.“. Damit verweist die DRV Bund in der Verbindlichen Entscheidung auf einzuhaltende Vorgaben für die fachliche Eignung, die sie außerhalb der Verbindlichen Entscheidung festlegt.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung ab. Dadurch sollen die Rehabilitationseinrichtungen Vorgaben zustimmen, die die DRV Bund einseitig trifft und zukünftig jederzeit verändern kann.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Diese Zulassungsvoraussetzung wird dadurch erfüllt, dass die Rehabilitationseinrichtung neben sozialmedizinischen Kriterien (medizinische Konzepte für rehabilitationsrelevante Indikationen orientiert am bio-psycho-sozialem Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) die für die jeweiligen Indikationen geltenden einheitlichen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von Reha-Einrichtungen (Strukturanforderungen) erfüllt. Anpassungen der Strukturanforderungen werden mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen vereinbart.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird sichergestellt, dass die Deutsche Rentenversicherung nicht einseitig die Voraussetzungen für die fachliche Eignung verändern kann. Grundsätzlich muss die Rehabilitationseinrichtung bei der Beantragung der Zulassung wissen, welche Anforderungen an sie gestellt wird. Nur so kann die Rehabilitationseinrichtung für sich feststellen, ob sie ein Rechtsverhältnis mit der Deutschen Rentenversicherung eingehen möchte. Die Rehabilitationseinrichtung braucht eine Planungssicherheit. Diese ist nicht gegeben, wenn sie jederzeit von der Deutschen Rentenversicherung mit neuen Anforderungen konfrontiert werden kann. Es kann auch nicht Sinn und Zweck einer Verbindlichen Entscheidung zu den Zulassungsanforderungen sein, anstatt die Voraussetzungen in der Verbindlichen Entscheidung zu regeln, auf weitere Dokumente zu verweisen, die dann von der Deutschen Rentenversicherung jederzeit einseitig geändert werden können.

Die Strukturanforderungen legen u.a. bauliche sowie qualitative und quantitative personelle Anforderungen fest. Diese Voraussetzungen sind von enormer wirtschaftlicher Bedeutung für die Rehabilitationseinrichtungen, die nicht ohne weiteres jederzeit aufgrund neuer Anforderungen umgesetzt werden können.

III. Belegungsvertrag

1. Fehlende Regelung:

Der Textentwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält keine Regelung zum Belegungsvertrag zwischen dem Federführer und der Reha-Einrichtung und zur Beteiligung der Interessenvertreter der Leistungserbringer und der Betroffenen an der Gestaltung von dessen Inhalt und Struktur.

2. Stellungnahme:

Geeignete Reha-Einrichtungen haben Anspruch auf die Zulassung durch den federführenden Träger der DRV und auf Abschluss eines Belegungsvertrages. Der Belegungsvertrag legt die wesentlichen Inhalte des Leistungsaustauschs zwischen den Trägern der DRV und der Einrichtung fest. Er konkretisiert dadurch die abstrakten Regelungen der Verbindlichen Entscheidung. Sie muss sicherstellen, dass Inhalte des Belegungsvertrages ebenso wie die Verbindliche Entscheidung selbst zwischen der DRV Bund und den Vertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen möglichst im Konsens ausgestaltet werden müssen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme der folgenden zusätzlichen Formulierung im Abschnitt „Grundsätze“ vor:

„Zugelassene Einrichtungen haben Anspruch auf den Abschluss eines Belegungsvertrages. Die Inhalte des Belegungsvertrages werden zwischen der DRV Bund und den Vertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen gemeinsam verbindlich festgelegt.“

4. Begründung:

Der Belegungsvertrag ist die Grundlage für den Leistungsaustausch zwischen den Trägern der DRV, den Einrichtungen und den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Er beinhaltet die konkreten Hauptleistungspflichten sowie die zahlreichen Nebenpflichten der Vertragspartner und gestaltet die Leistungsbeziehungen zwischen den 16 Trägern der DRV und den über 1.000 Reha-Einrichtungen unmittelbar aus. Er betrifft damit auch konkrete Leistung von ca. 1 Mio. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro Jahr. Die Verbindliche Entscheidung muss daher den konkreten Auftrag an die DRV Bund formulieren, den Inhalt und die Struktur des Belegungsvertrages mit den Vertretern der davon betroffenen Einrichtungen und Leistungsberechtigten mit dem Ziel einer konsensualen Regelung zu verhandeln und festzulegen.

C. Verbindliche Entscheidungen zu dem Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 3 Sätze 4 und 5 und Absatz 8 SGB VI

I. Kalkulation des Basissatzes und der Bewertungsrelation

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält die Formulierung „Der Basissatz und die Bewertungsrelationen werden auf Grundlage der Vergütungsdaten aus dem Jahr 2022 festgelegt.“. Damit will die DRV Bund die Vergütungssätze auf Grundlage der bestehenden Marktpreise festlegen.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung ab. Die bestehenden Marktpreise sind historisch gewachsen und orientieren sich nicht an den Personal- und Strukturvorgaben der Deutschen Rentenversicherung und an den erbrachten Leistungen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

*„Der Basissatz und die Bewertungsrelationen werden auf Grundlage **kalkulierter Daten der Leistungsvorgaben durch ein unabhängiges Institut festgelegt.**“*

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidung sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen eine leistungs- und aufwandsgerechte Vergütung erhalten.

II. Anpassung des Basissatzes

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält die Formulierung „Anpassungen des Basissatzes außerhalb der allgemeinen Preis- und Kostenentwicklung sind möglich, wenn sich vergütungsrelevante Sachverhalte (z. B. Vergütungsordnungen für einzelne Berufsgruppen) verändert haben“.

2. Stellungnahme:

Der AG MedReha und der DHS geht die Regelung nicht weit genug und sie ist zu unkonkret. Der Basispreis **muss** angepasst werden, wenn sich vergütungsrelevante Sachverhalte ergeben. Weitere vergütungsrelevante Sachverhalte sollten konkret benannt werden.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher die Aufnahme folgender Formulierung vor:

*„Anpassungen des Basissatzes außerhalb der allgemeinen Preis- und Kostenentwicklung sind **erforderlich**, wenn vergütungsrelevante Sachverhalte, **insbesondere** Vergütungsordnungen für einzelne Berufsgruppen, **neue gesetzliche Vorgaben, neue Anforderung der Deutschen Rentenversicherung vorliegen.**“*

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung wird sichergestellt, dass die Vergütung an sich ändernde Sachverhalte angepasst wird und damit leistungsgerecht bleibt. Insbesondere bedürfen neue gesetzliche Anforderungen und neue Anforderungen der DRV einer Anpassung der Vergütungssätze.

III. Einbeziehung der Interessenvertretungen bei Weiterentwicklungen

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung regelt an mehreren Stellen, dass die DRV Bund über Veränderungen und Weiterentwicklungen entscheidet:

- Veränderungen des Basissatzes und der Bewertungsrelation
- Aufnahme neuer Konzepte
- Kriterien für eine einrichtungsspezifische Komponente
- Anpassungen des Vergütungssystems

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung ab. Sie legt die Anpassung des Vergütungssystems allein in den Entscheidungsbereich der DRV Bund ohne Einbeziehung der Interessenvertretungen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Die zuständigen Gremien der Deutschen Rentenversicherung Bund entscheiden über ..., nachdem sie mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen Einvernehmen erzielt haben.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidungen sicher, dass nicht nur die Erstellung der Verbindlichen Entscheidungen der Einbeziehung der Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Betroffenen bedarf, sondern auch jegliche Weiterentwicklungen. Andernfalls würde die Regelung in § 15 Abs. 9 SGB VI leerlaufen, wenn die DRV Bund nach Verabschiedung der Verbindlichen Entscheidungen jegliche Änderungen ohne die Einbeziehung der Interessenvertretungen vornehmen könnte.

IV. Keine Begrenzung der einrichtungsspezifischen Komponente

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält die Formulierung „Zusätzlich zu einer einrichtungsübergreifenden Komponente enthält das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung einen grundsätzlich begrenzten Verhandlungsspielraum für eine einrichtungsspezifische Komponente.“. Damit will die DRV Bund eine Begrenzung des Vergütungssatzes nach oben regeln.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung ab. Der Verhandlungsspielraum darf nicht begrenzt werden.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen vor:

„grundsätzlich begrenzen“ zu streichen.

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidung sicher, dass die Vereinbarungspartner bei der Vergütung flexibel sind und der Verhandlungsspielraum alle Besonderheiten abdecken kann.

V. Berücksichtigung von Investitionen und weiteren kostenrelevanten Elementen

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält keine Formulierung zu „Investitionskosten, besonders teure Medikamente, Komorbiditäten, behinderungsbedingte Mehraufwände, Freihaltepauschalen bei vorübergehender Verlegung, Pauschale für Ausfalltage in der ambulanten Reha und Kurtaxe“.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS sind der Auffassung, dass diese Kosten im Vergütungssystem bisher nicht abgebildet sind und deshalb abgebildet werden müssen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Zudem werden Zuschläge bzw. Kostenerstattungen für (leistungsspezifische) Komponenten festgelegt, wie Investitionen, besonders teure Medikamente, Komorbiditäten, behinderungsbedingte Mehraufwände, Freihaltepauschalen bei vorübergehender Verlegung, Pauschale für Ausfalltage in der ambulanten Reha, Kurtaxe.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidung sicher, dass alle kostenrelevanten Komponenten im Vergütungssystem abgebildet werden und damit eine wirtschaftliche Betriebsführung den Einrichtungen möglich ist.

VII. Kosten Interkurrenter Erkrankungen

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält die Formulierung „Mit dem Vergütungssatz sind alle Leistungen abgegolten, die die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Rehabilitationsleistung erbringt.“. Damit will die DRV Bund regeln, dass alle

Leistungen der Rehabilitationseinrichtung mit dem Vergütungssatz abgedeckt sind und es keiner zusätzlichen Finanzierung bedarf.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung ab. Damit wird den Einrichtungen einseitig das Risiko der in ihrem Ausmaß nicht vorhersehbaren interkurrenten Erkrankungen übertragen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen bei interkurrenten Erkrankungen, die nicht mit dem Rehabilitationsleiden im Zusammenhang stehen, werden aufwandsbezogen erstattet.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidung sicher, dass den Rehabilitationseinrichtungen nicht das Kostenrisiko der interkurrenten Erkrankungen übertragen wird. Der Vergütungssatz kann diese nicht vorhersehbaren Kosten nicht abbilden. Die DRV muss deshalb die Kosten für interkurrente Erkrankungen, die nicht mit dem Rehabilitationsleiden im Zusammenhang stehen, individuell erstatten.

VIII. Einbeziehung der Leistungserbringer in die Entwicklungs- und Erprobungsphase

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält keine Formulierung dazu, dass die Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen in die Entwicklungs- und Erprobungsphase einbezogen werden.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS sind der Auffassung, dass die Entwicklungs- und Erprobungsphase in enger Abstimmung mit den Interessenvertretungen erfolgen muss. Insbesondere muss entschieden werden, ob eine Konvergenzphase erforderlich wird.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Die Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen werden regelmäßig über die Erprobungsergebnisse und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung informiert und bei Anpassungen einbezogen.“

4. Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Formulierung stellt die Verbindliche Entscheidungen sicher, dass bei Scharfschaltung des Vergütungssystems den Rehabilitationseinrichtungen eine auskömmliche und leistungsgerechte Vergütung bezahlt wird. Dazu ist es wichtig, dass die Interessenvertretungen über die Entwicklungen informiert sind und erforderliche Anpassungen des Systems initiieren können.

D. Verbindliche Entscheidung zu der Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 in Verbindung mit § 15 Absatz 6a SGB VI

I. Sozialmedizinische Entscheidung

1. Beabsichtigte Regelung:

Im Text des Entwurfes über die Verbindliche Entscheidung heißt es im Abschnitt

„Versicherter hat Vorschlagsrecht nicht ausgeübt oder dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden“:

„Über das IT-Verfahren wird für den Versicherten eine Vorschlagsliste erstellt, die jeweils zwei geeignete Rehabilitationseinrichtungen benennt.“

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS halten diese Beschreibung für irreführend, da suggeriert wird, dass die Entscheidung ausschließlich über IT-Strukturen gefällt wird. Stattdessen sollte in der Formulierung beschrieben werden, dass das IT-System die Entscheidungen unterstützt, die Entscheidung aber sozialmedizinische geprüft wird.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Das IT-Verfahren unterstützt den Prozess der sozialmedizinischen Entscheidung mit dem Ziel der Erstellung einer Vorschlagsliste für den Versicherten, die“

4. Begründung:

In den Gesprächen des Beratergremiums wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass es keine „automatische, ausschließlich computergesteuerte Auswahl der Einrichtungen“ gibt. Dies sollte auch in der Verbindlichen Entscheidung zum Ausdruck gebracht werden.

II. Vorschlagsliste

1. Beabsichtigte Regelung:

Im Text des Entwurfes über die Verbindliche Entscheidung heißt es im Abschnitt:

„Versicherter hat Vorschlagsrecht nicht ausgeübt oder dem Vorschlag kann nicht entsprochen werden:

... Über das IT-Verfahren wird für den Versicherten eine Vorschlagsliste erstellt, die jeweils zwei geeignete DRV-trägereigene und zwei geeignete Vertragseinrichtungen benennt.“

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die Regelung, die jeweils zwei DRV-eigene und zwei Vertragseinrichtungen benennt, ab. Stattdessen sollten insgesamt vier Rehabilitationseinrichtungen genannt werden, welche trägerunabhängig und objektiv betrachtet die Voraussetzungen erfüllen, um die Erkrankung erfolgreich zu behandeln.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS sind für eine Streichung des Trägerbezuges und schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Das IT-Verfahren unterstützt den Prozess der sozialmedizinischen Entscheidung mit dem Ziel der Erstellung einer Vorschlagsliste für den Versicherten, die entsprechend der Qualitätskriterien vier geeignete Rehabilitationseinrichtungen benennt.“

4. Begründung:

Zu Beginn des Absatzes wurde darauf hingewiesen, dass den Versicherten Rehabilitationseinrichtungen genannt werden, welche die objektiven sozialmedizinischen Kriterien (Hauptdiagnose, Nebendiagnosen sowie die unabdingbaren Sonderanforderungen) erfüllen. An dieser Stelle dann zwischen Einrichtungen in Trägerschaft der Rentenversicherung sowie anderen Vertragseinrichtungen unabhängig des Erfüllungsgrades der objektiven Kriterien zu differenzieren, entbehrt jeglicher Gesetzesgrundlage.

III. Reihenfolge der Kriterien

1. Beabsichtigte Regelung:

In der Aufzählung der Kriterien ist die Reihenfolge Qualität, Entfernung und Wartezeit aufgeführt.

2. Stellungnahme:

In der Gewichtung der Kriterien ist jedoch die Qualität mit 50 %, die Wartezeit mit 40% und die Entfernung mit 10% berücksichtigt.

3. Vorschlag:

Änderung der Reihenfolge nach Gewichtung der Kriterien.

- *Qualität der Rehabilitationseinrichtungen,*
- *Wartezeit bis zur Aufnahme*
- *Entfernung zum Wohnort des Rehabilitanden*

4. Begründung:

Die Reihenfolge sollte den jeweiligen Einfluss der Kriterien wiedergeben.

IV. Reihenfolge der Nennungen der geeigneten Kliniken

1. Beabsichtigte Regelung:

Trifft die / der Rehabilitand*in innerhalb der in § 15 Absatz 6a Satz 5 SGB VI geregelten Frist von 14 Tagen keine Auswahl, wird vom Träger der Rentenversicherung die der / dem Rehabilitand*innen an erster Stelle vorgeschlagene Rehabilitationseinrichtung ausgewählt.

2. Stellungnahme:

In den Gesprächen des Beratergremiums wurde den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer mitgeteilt, dass die beiden ausgewählten Einrichtungen der DRV an Platz eins und zwei geführt werden sollen. Dies entspricht nicht dem Grundsatz der Priorisierung der Qualitätskriterien.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

*„Trifft die / der Rehabilitand*in innerhalb der in § 15 Absatz 6a Satz 5 SGB VI geregelten Frist von 14 Tagen keine Auswahl, wird vom Träger der Rentenversicherung **entsprechend dem Qualitätsranking** der Rehabilitandin / dem Rehabilitanden die an erster Stelle vorgeschlagene Rehabilitationseinrichtung ausgewählt.“*

4. Begründung:

Die Reihenfolge der genannten Einrichtungen sollte nicht trägerspezifisch, sondern entsprechend den Ergebnissen der Qualitätssicherung erfolgen. Sollten die Einrichtungen der DRV separat genannt werden und immer an erster Stelle stehen, so ist dies eine Wettbewerbsverzerrung.

V. Reihenfolge der Nennungen der geeigneten Kliniken

1. Beabsichtigte Regelung:

Die Bestimmung der Einrichtungen, die in die Vorschlagsliste aufgenommen werden, erfolgt anhand der Kriterien:

- Qualität der Rehabilitationseinrichtungen,
- Entfernung zum Wohnort des Rehabilitanden,
- Wartezeit bis zur Aufnahme.

Die Kriterien werden im IT-Verfahren der Rentenversicherung bundeseinheitlich gewichtet.

2. Stellungnahme:

Einrichtungen, welche am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen, demnach die gesetzlichen Rahmenbedingungen auch erfüllen, erhalten nach der beabsichtigten Regelung keine Möglichkeit, durch das IT-Verfahren der RV mit ihren QS-Daten berücksichtigt zu werden.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme folgender zusätzlicher Formulierung vor:

„Nach Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts fließt die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen mit der größten Gewichtung in den Auswahlprozess ein. Rehabilitationseinrichtungen, die nicht am QS-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung teilnehmen, werden in der Vorschlagsliste ebenfalls berücksichtigt. Als Grundlage für die Bewertung der Qualität werden in diesen Fällen die Ergebnisse aus anderen anerkannten externen QS-Verfahren (insbesondere das QS-Reha®-Verfahren) herangezogen. Die Rehabilitationseinrichtungen werden in der Vorschlagsliste entsprechend den genannten objektiven Kriterien aufgeführt, wobei die Einrichtung mit dem besten Gesamtwert an erster Stelle genannt wird.“

Bei der Entscheidung über die Ausgestaltung und Gewichtung werden die Interessenvertretungen der Leistungserbringer und der Betroffenen einbezogen.“

4. Begründung:

Die vorgeschlagene Regelung stellt sicher, dass von der DRV zugelassene Einrichtungen ebenfalls an der Einrichtungsauswahl teilnehmen, auch wenn sie nicht am QS-Verfahren der DRV, sondern ausschließlich am QS-Reha-Verfahren der GKV teilnehmen. Außerdem wird beschrieben, wie die Reihenfolge der Vorschlagsliste erfolgt.

VI. Reihenfolge der Nennungen der geeigneten Kliniken

1. Beabsichtigte Regelung:

Die Einrichtungen der Kinder – und Jugendrehabilitation werden wie alle anderen Reha-Einrichtungen behandelt.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS halten die Gleichstellung der Kinder – und Jugendreha bei den Prozessen der Einrichtungszuweisung für nicht angemessen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Für die Zuweisungsalgorithmen in die Kinder – und Jugend Rehabilitation werden in Zusammenarbeit mit den Vertreterinnen und Vertretern der entsprechenden Leistungserbringer Kriterien erarbeitet.“

4. Begründung:

Die aufgeführten Kriterien bei der Auswahl von Einrichtungen wie Entfernung sowie Qualität und Wartezeit sind auf die Kinder – und Jugend Reha nicht eins zu eins übertragbar.

Die Entfernung macht angesichts der geografischen Verteilung der Einrichtungen nur bedingt Sinn.

In puncto Qualität besteht die Problematik darin, dass es für die Patientenbefragung derzeit keine Qualitätspunkte gibt, die RTS nur für sehr wenige Indikationen ausgewiesen sind und ein Peer Review Verfahren überhaupt nicht besteht.

Erst, wenn diese Parameter entsprechend besetzt sind, lässt sich auch eine Einrichtungszuweisung darüber steuern.

E. Verbindliche Entscheidung zur Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung gemäß § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 15 Absatz 7 SGB VI

I. Datengrundlage: Nur eigene QS-Daten der DRV

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung regelt im Abschnitt „Inhalte und Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung“ die Datengrundlage für die Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen Qualitätsdaten. Zur Veröffentlichung in dem geplanten Internetportal der DRV sollen „die von den Fachabteilungen jeweils zur Verfügung stehenden Qualitätsdaten herangezogen werden“. Diese Daten sollen dabei den Daten entsprechen, die die DRV auch in der Einrichtungsauswahl verwendet. Gemeint sind damit ausschließlich Daten aus der eigenen externen Qualitätssicherung (QS) der DRV. Nicht berücksichtigt werden Daten aus anderen gesetzlich zugelassenen QS-Verfahren wie z. B. dem QS-Reha-Verfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS lehnen die beabsichtigte Regelung ab. Denn die Regelung schließt Fachabteilungen vom neuen Informationsangebot faktisch aus, wenn diese Fachabteilungen ausschließlich am QS-Reha-Verfahren der GKV oder an QS-Verfahren anderer Rehabilitationsträger teilnehmen. Über diese Fachabteilungen hat die DRV keine eigenen Qualitätsdaten aus ihrem eigenen externen QS-Verfahren. Dies betrifft auch von der DRV zugelassene und regelhaft belegte Fachabteilungen.

Die Teilnahme an einem anderen QS-Verfahren kommt immer dann in Betracht, wenn die Fachabteilung überwiegend mit Rehabilitanden anderer Rehabilitationsträger (z. B. der Krankenkassen) belegt wird. Für diese Fachabteilungen haben die DRV Bund und der GKV-Spitzenverband bereits im Jahr 2013 ausdrücklich vereinbart, dass sie nicht an mehreren QS-Verfahren teilnehmen müssen. Die Zuordnung zu einem Verfahren der externen QS soll sich danach vielmehr nach dem Hauptbeleger der Fachabteilung richten.

Der Ausschluss von Fachabteilungen vom Informationsangebot der DRV ist für die betroffenen Rehabilitationseinrichtungen und für die Leistungsberechtigten problematisch. Denn zum einen können sich die Leistungsberechtigten kein vollständiges Bild über die Eignung und Qualitätsprofile aller von der DRV zugelassenen Einrichtungen und Fachabteilungen machen. Sie erhalten damit nur eine lückenhafte Informationsgrundlage und können ihr Wunsch- und Wahlrecht nicht effektiv ausüben. Zum anderen werden Rehabilitationseinrichtungen trotz der bestehenden Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und der DRV Bund aus dem Jahr 2013 faktisch gezwungen, an beiden QS-Verfahren teilzunehmen, um Belegungsnighteile zu vermeiden.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen die Aufnahme folgender Formulierung vor:

„Inhaltlich werden die von den Fachabteilungen jeweils zur Verfügung stehenden Qualitätsdaten zur Veröffentlichung herangezogen. Dabei verwendet die Deutsche Rentenversicherung die Qualitätsdaten der eigenen Qualitätssicherung sowie mit Zustimmung der betroffenen Einrichtung die Daten aus den Qualitätssicherungsverfahren anderer gesetzlicher Rehabilitationsträger in ihrer jeweils aktuellsten Version. ...“

4. Begründung:

Die vorgeschlagene Formulierung stellt sicher, dass das Informationsangebot der DRV alle von der DRV zugelassenen und belegten Fachabteilung einbezieht und auch QS-Daten aus anderen QS-Verfahren abbildet. Dadurch werden die Leistungsberechtigten in die Lage versetzt, ihr Wunsch- und Wahlrecht gut und vollständig informiert auszuüben.

II. Stärkung der Autonomie der Betroffenen bei der Beeinflussung der Reihenfolge

1. Beabsichtigte Regelung:

Die Reihenfolge der dargestellten Einrichtungen orientiert sich nicht an Suchkriterien oder Vorgaben der Leistungsberechtigten. Sie haben keine Möglichkeit, bestimmte Faktoren oder Strukturmerkmale der Einrichtungen auszuwählen oder zu gewichten und dadurch auf die angebotenen Ergebnisse Einfluss zu nehmen.

2. Stellungnahme:

Die fehlende Einflussmöglichkeit der Betroffenen entspricht nicht mehr den üblichen Standards bei anderen Informationsangeboten über Dienstleistungen oder Gesundheitsangebote. Dort können Interessenten selbstverständlich durch die Vorgabe und Gewichtung objektiver Suchkriterien die Auswahl der Ergebnisse mit beeinflussen.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Ergänzung der folgenden Formulierung vor:

*„Die Kriterien, die über die Reihenfolge der dargestellten Fachabteilungen entscheiden, werden objektiv und transparent sein und mit den Leistungserbringern und Betroffenenverbänden im hierfür gegründeten Beirat abgestimmt. Die Adressat*innen sollen zusätzlich die Qualitäts- und Strukturdaten als Kriterien für die Auswahl einer Fachabteilung selbst auswählen und gewichten können. ...“*

4. Begründung:

Die vorgeschlagene Formulierung stellt die Möglichkeit für die Betroffenen sicher, auf die angebotenen Ergebnisse durch die Vorgabe und Gewichtung von Suchkriterien Einfluss zu nehmen und sie bei der Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechts patientenorientiert und objektiv zu unterstützen.

III. Reihenfolge der dargestellten Fachabteilungen

1. Beabsichtigte Regelung:

Die Verbindliche Entscheidung regelt nichts zur konkreten Reihenfolge der dargestellten Einrichtungen bzw. Fachabteilungen. Die Kriterien für diese Reihenfolge werden nur abstrakt als „objektiv“ und „transparent“ beschrieben.

2. Stellungnahme:

Die Verbindliche Entscheidung muss zusätzlich das Kriterium „trägerunabhängig“ ausdrücklich benennen, um sicherzustellen, dass den Leistungsberechtigten immer die Fachabteilung als erste angeboten wird, die unter Qualitätsgesichtspunkten sowie nach den übrigen relevanten Kriterien (Wartezeit, Entfernung) und unabhängig vom Betreiberhintergrund die geeignetste ist. Fehlt das Kriterium, besteht die Gefahr, dass auch der Betreiberhintergrund bei der Reihenfolge eine Rolle spielen wird und es zu einer nicht sachgerechten Differenzierung von Einrichtungen mit öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privater Trägerschaft kommt.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen die Ergänzung der folgenden Formulierung vor:

*„Die Kriterien, die über die Reihenfolge der dargestellten Fachabteilungen entscheiden, werden objektiv, **trägerunabhängig** und transparent sein.“*

4. Begründung:

Die vorgeschlagene Formulierung gewährleistet die Diskriminierungsfreiheit bei der Reihenfolge der vorgeschlagenen Einrichtungen, indem sie eine Differenzierung nach der Trägerschaft der Einrichtung (öffentlich, frei-gemeinnützig, privat) bzw. der Fachabteilung von vornherein ausschließt.

In der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha) sind die maßgeblichen Spitzenverbände der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zusammengeschlossen: Der Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR), der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), der Bundesverband Suchthilfe e. V. (bus,), das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR), die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) sowie der Fachverband Sucht e.V. (FVS). Die AG MedReha vertritt in Deutschland somit rund 800 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 80.000 Behandlungsplätzen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist die zentrale Dachorganisation der deutschen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. Nahezu alle Träger der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, der stationären Versorgung Suchtkranker und der Sucht-Selbsthilfe sind in der DHS vertreten.

Berlin, Hamm, den 02.05.2022