

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen
(November 2020)

1. Vorbemerkung

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt die Initiative der Bundesregierung, eine transparente und nachvollziehbare Grundlage für die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung – in Übereinstimmung mit den Regeln des (europäischen) Vergaberechts und unter Beachtung des Rechts der Selbstverwaltung – zu schaffen. Entsprechende Regelungen zur Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen, zur Finanzierung der Leistungen und zur Belegungssteuerung müssen zum einen die Innovationsfähigkeit und Weiterentwicklung der differenzierten und bedarfsorientierten Rehabilitationsangebote fördern und deren leistungsgerechte Finanzierung sicherstellen. Zum anderen müssen hierbei auch aktuelle Herausforderungen und Veränderungen im Rahmen der Corona-Pandemie welche einen erheblichen Einfluss auf die Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, eine angemessene Berücksichtigung finden.

Vom Grundsatz her hält der FVS es zudem grundsätzlich für erforderlich, im Gesetz auch die unterschiedlichen Leistungsformen (ganztätig) ambulante und stationäre Rehabilitation sowie deren Kombination zu verankern.

Darüber hinaus ist es aus Sicht des FVS erforderlich, dass die maßgeblichen Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer hinsichtlich der Vertragsgestaltung, der Grundsätze der Vergütung und entsprechender Anforderungen an ein Zulassungsverfahren beteiligt werden. Hierzu gehört, dass verbindliche Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung und Grundsätze zur Vergütung und ihrer Strukturen von den Trägern der Rentenversicherung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer vereinbart werden, welche in den Verträgen zwischen Rehabilitationseinrichtung und dem federführenden Träger der Rentenversicherung zu berücksichtigen sind. Zudem sollen Anforderungen an das Zulassungsverfahren gemäß §15 (5) unter Mitwirkung der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer entwickelt werden. Des Weiteren halten wir es für erforderlich, auf Bundes- bzw. Landesebene zwischen den jeweiligen Rentenversicherungsträgern und den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer Schiedsstellen einzurichten, sofern keine Einigung auf dem Verhandlungsweg zwischen einer Rehabilitationseinrichtung und dem zuständigen Rentenversicherungsträger bei der Vertragsgestaltung bzw. der Vergütung der Leistungen erzielt werden kann. Entsprechende Regelungen gibt es bereits im SGB V für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (s. § 111b SGB V).

2. Stellungnahme im Einzelnen

§ 15 Absatz 3 (1) Nr. 2

Ergänzungsvorschlag:

*„... sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund **oder der Gesetzlichen Krankenversicherung** teilzunehmen.“*

Hinweis: Bislang sind Rehabilitationseinrichtungen dazu verpflichtet, entweder am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) oder am Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) teilzunehmen. Die Teilnahme an dem jeweiligen QS-Verfahren ist abhängig vom Belegungsanteil der belegenden Leistungsträger. Bedauerlicherweise besteht bislang allerdings keine Kompatibilität beider QS-Verfahren. Eine entsprechende Vorgabe nach §15 Abs. 3 (1) Nr. 2 würde nun allerdings bedeuten, dass Rehabilitationseinrichtungen, die bislang am QS-Reha-Verfahren der GKV teilnehmen und die

auch von der Deutschen Rentenversicherung belegt werden, zukünftig an beiden QS-Verfahren teilnehmen müssten. Damit wäre ein erheblicher Mehraufwand verbunden. Zudem halten wir es für erforderlich, perspektivisch ein einheitliches Vorgehen von GKV und DRV im Bereich der Qualitätssicherung zu regeln, um die Vergleichbarkeit der beiden QS-Verfahren zu gewährleisten.

§ 15 Absatz 3 (1) Nr. 3

Vorschlag: Streichung

Im Gesetz die Verpflichtung zur Anerkennung eines noch nicht festgelegten Vergütungssystems durch die Rehabilitationseinrichtungen festzuschreiben, halten wir für keinen tragfähigen gesetzgeberischen Ansatz.

§ 15 Absatz 3, letzter Absatz

Ergänzungsvorschlag Satz 2:

„Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, leistungsgerechtes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem unter Beteiligung der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln.“

Hinweis: Grundlage für die Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen ist, dass die fachlich erforderlichen personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen unter Beachtung der indikationspezifischen Bedarfe zugrunde gelegt werden. Hierfür ist die Beteiligung der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer unter Berücksichtigung von wissenschaftlicher Expertise erforderlich.

§ 15 Absatz 3 (4)

Änderungsvorschlag Satz 1:

„Mit der Zulassungsentscheidung wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen. Für Rehabilitationseinrichtungen die vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, gilt die Zulassung als erteilt.“

Kommentar:

In diesem Absatz wird hinsichtlich der Zulassungsentscheidung einer Rehabilitationseinrichtung von der zeitlich beschränkten Dauer der Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesprochen.

Bislang hat die Zulassungsentscheidung durch den Rentenversicherungsträger für die Rehabilitationseinrichtung eine unbefristete Gültigkeit. Diese kann (s. § 15 Absatz 3 (5) Satz 5) widerrufen werden, wenn die Rehabilitationseinrichtung nicht mehr die objektive Eignung hinsichtlich der qualitativen Anforderungen erfüllt. Zur Überprüfung der Geeignetheit werden u.a. Visitationen durch den Rentenversicherungsträger durchgeführt.

Eine Begrenzung der Zeitdauer hinsichtlich der Zulassung halten wir von daher für keinen adäquaten Ansatz, zumal damit ein erheblicher Verwaltungsaufwand hinsichtlich einer Verlängerung der Zulassung oder der Neuzulassung für Leistungsträger und Leistungserbringer verbunden wäre.

Bei der Zulassungsentscheidung sollte zudem nicht zwischen Rehabilitationseinrichtungen, die vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden, unterschieden werden.

§ 15 Absatz 3 (5), letzter Satz

Im Absatz 5 wird geregelt, dass der Widerspruch und die Klage gegen den Widerruf der Zulassungsentscheidung durch den Rentenversicherungsträger keine aufschiebende Wirkung haben. Hingewiesen sei darauf, dass gemäß § 86b (2) SGG das Gericht auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen kann und nach (3) auch wenn der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen oder befolgt worden ist, die Aufhebung der Vollziehung anordnen kann.

Wir gehen davon aus, dass die betroffene Reha-Einrichtung natürlich vor dem Widerruf der Zulassungsentscheidung angehört und ihr die Möglichkeit gegeben wird, innerhalb eines angemessenen Zeitraums die Anforderungen an eine Zulassung wiederherzustellen. Hierzu steht auch das Verfahren des strukturierten Qualitätsdialogs im Bereich der DRV zur Verfügung.

§ 15 Absatz 3 (6)

In diesem Passus wird geregelt, dass die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung durch einen Vertrag erfolgt. Aus Sicht des FVS ist es notwendig, dass zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den maßgeblichen Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer verbindliche Rahmenverträge zu den Inhalten der einrichtungsbezogenen Verträge vereinbart werden, die bindende Wirkung für die Einzelverträge haben.

§ 15 Absatz 3 (7)

Begrüßt wird, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund dazu verpflichtet wird, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen. Dies dient als Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung durch Träger der Rentenversicherung, wie auch der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch den Versicherten. Voraussetzung für verlässliche Informationen ist allerdings, dass die QS-Daten möglichst aktuell und valide sind sowie verschiedene Qualitätsdimensionen umfassen. Hierzu sehen wir noch deutlichen Entwicklungsbedarf des QS-Verfahrens der DRV, auch müssen regelmäßige Visitationen Bestandteil desselben sein. Auf das Problem der unterschiedlichen QS-Verfahren von DRV und GKV und damit verbundene Auswirkungen für Qualitätsportale der Leistungsträger wird nochmals verwiesen. Zudem ergeben sich aktuell aufgrund der Corona-Pandemie erhebliche Veränderungen hinsichtlich der Erbringung von Leistungen in der medizinischen Rehabilitation und damit verbunden auch der Qualitätssicherung. Deshalb werden auch keine Qualitätspunkte im Kontext des QS-Programms der Rentenversicherung für das Jahr 2020 vergeben. Von daher muss bezogen auf die Zukunft erst wieder eine entsprechende solide Ausgangsbasis dafür bestehen, dass die Routinedaten zur Qualitätssicherung eine entsprechende Grundlage für die einrichtungsbezogenen und - übergreifenden Qualitätsvergleiche bilden können.

§ 15 Absatz 3 (8)

Ergänzungsvorschlag:

*„Die Rehabilitationseinrichtung hat gegen den jeweiligen Träger der Rentenversicherung einen Anspruch auf **eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung gemäß Absatz 9 Satz 1 Nummer 2** der gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen. Der federführende Träger der Rentenversicherung vereinbart mit der Rehabilitationseinrichtung **einem angemessenen und leistungsgerechten Vergütungssatz**, dabei sind insbesondere zu beachten:*

- 1. leistungsspezifische Besonderheiten, Innovationen, neue Konzepte, Methoden*
- 2. der regionale Faktor und*
- 3. die erforderlichen Mehraufwände aufgrund der Corona-Pandemie.*

Die Bezahlung einer tarifvertraglichen Vergütung sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“

Kommentar:

In diesem Zusammenhang weisen wir nachdrücklich darauf hin, dass für eine transparente, leistungsgerechte und diskriminierungsfreie Vergütungssystematik, die auf der Berechnung eines indikationsspezifischen Basispreises beruht, nicht die Marktpreisbandbreite der aktuellen Vergütungssätze im Bereich der DRV (bzw. deren Mittelwert) herangezogen werden kann. Vielmehr erfordert eine leistungsgerechte und transparente Berechnung der Kosten die Berücksichtigung der IST-Kosten auf Basis der entsprechenden Qualitäts- und Strukturanforderungen der Leistungsträger. Hierzu gehört im Übrigen auch die Berücksichtigung des Investitionsbedarfs und des Unternehmerrisikos (s. Brosius-Gersdorf, Gersdorf: Angemessene Vergütung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung. Berlin 2018). Entsprechende Gutachten zur Berechnung einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung liegen vor (aktiva 2012, 2015,

2019), die im Auftrag der AG MedReha erstellt wurden. Zu begrüßen ist, dass leistungsspezifische Besonderheiten, Innovation, neue Konzepte und Methoden sowie regionale Faktoren hinsichtlich der Vereinbarung der Vergütung explizit benannt werden. Zudem müssen Leistungen zur Teilhabe sich gemäß SGB IX am individuellen Bedarf ausrichten. Von daher ist eine Flexibilität bei der inhaltlichen Ausrichtung der Behandlungskonzepte und damit auch der darauf basierenden Vergütungssätze erforderlich. Es sind dazu aber auch entsprechende Verhandlungsspielräume bei der Festsetzung der einrichtungsbezogenen Vergütung unter Berücksichtigung konzeptioneller und einrichtungsspezifischer Besonderheiten notwendig. Dies beinhaltet auch Miet-/Investitionskosten und - angesichts des zunehmendem Fachkräftemangels - deutlich steigende Personalkosten zu berücksichtigen. Aktuell ist es aufgrund der Corona-Pandemie dringend erforderlich, spezifische Mehraufwände aufgrund der erforderlichen Abstandsregelungen (- die mit einer geringeren Auslastung einhergehen -) sowie aufgrund aufwändiger Hygienemaßnahmen auf Einrichtungsebene bei den Vergütungsverhandlungen entsprechend zu berücksichtigen. Hierzu sollte die Zahlung eines Corona-Zuschlags durch die Rentenversicherung, der sowohl den Mehraufwand, wie auch eine Minderauslastung aufgrund des erforderlichen Social distancing umfasst, gesetzlich verankert werden.

§ 15 Absatz 3 (9a) neu

„Auf Bundes- bzw. Landesebene bilden die jeweiligen Rentenversicherungsträger und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer Schiedsstellen. Diese entscheiden in Vertragsangelegenheiten, welche die Zulassung und Vergütung betreffen.“

Kommentar:

Der FVS hält die Einführung einer Schiedsstellenregelung auch im SGB VI für erforderlich. Diese kann angerufen werden, sofern es zu keiner einvernehmlichen Einigung zwischen Einrichtung und Leistungsträger kommt.

§ 15 Absatz 3 (9) Nr. 2

Ergänzungsvorschlag:

„... zu einem verbindlichen, transparenten, leistungsgerechten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 3; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen (...)"

§ 15 Absatz 3 (9) Nr. 3

Ergänzungsvorschlag:

„... dabei sind insbesondere

- a) die Indikation,*
- b) die Nebenindikation,*
- c) die unabdingbaren und speziellen bedarfsbezogenen Sonderanforderungen,*
- d) die Qualität der Rehabilitationseinrichtung,*
- e) die Entfernung zum Wohnort als indikationsspezifisch zu betrachtendes sozialmedizinisches Kriterium und*
- f) die Wartezeit bis zur Aufnahme ...“*

Erläuterung:

Auf die erforderliche Flexibilität der Behandlungskonzepte wurde bereits verwiesen. Bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung sind von daher neben der Indikation, Nebenindikation auch spezielle, bedarfsbezogene Sonderanforderungen (z.B. Berücksichtigung psychischer und somatischer Komorbidität, Behandlung von Traumata etc.) zu beachten.

Wir empfehlen im Übrigen, bei der Begründung S. 21 zu Buchstabe a) „Indikation“ 2. Zeile, die Klammer (orientiert an der ICF) zu streichen, da die Indikation auf der ICD in Verbindung mit den Teilhabebedarfen (ICF) beruht.

Darüber hinaus ist die Entfernung zum Wohnort insbesondere im Indikationsbereich der Suchterkrankung für sich genommen kein eigenständiges Kriterium für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung. Vielmehr ist in

diesem Fall vor dem Hintergrund des Einzelfalls zu entscheiden, ob eine wohnortferne oder wohnortnahe Behandlung besser geeignet ist, den Rehabilitations- und Genesungsprozess zu unterstützen.

Begrüßt wird, dass das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten eine besondere Beachtung bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung erfahren soll.

§ 15 Absatz 3 (9), letzter Absatz

Der letzte Satz sollte wie folgt geändert und ergänzt werden:

„Die Rentenversicherungen und die maßgeblichen Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer vereinbaren Rahmenverträge zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung und Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind für Einzelverträge zugrunde zu legen. Darüber hinaus sind die Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer an der Entwicklung eines Auswahlverfahrens nach § 15 (9) 3 und 4 zu beteiligen.“

Erläuterung:

Die vorgesehene Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. der Einbezug der Stellungnahmen der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen bei der Beschlussfassung der Rentenversicherung, reicht als Beteiligungsform aus unserer Sicht nicht. Vielmehr sollten entsprechende Rahmenverträge gemäß § 38 Nr. 3 SGB IX zwischen den Rehabilitationsträgern und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer vereinbart werden.

Abschließende Hinweise:

Zu berücksichtigen ist zudem (ggf. in der Begründung), dass bei der Sonderform der ambulanten Reha Sucht ein einheitlicher Vergütungssatz von Renten- und Krankenversicherung gezahlt wird und in diesem Bereich eine Sonderregelung hinsichtlich der Finanzierung und der Festlegung der Qualitätsanforderungen besteht. Zudem bestehen in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Sucht deutlich längere Regelbehandlungszeiten als drei Wochen (s. § 15 Abs. 2 (2) Satz 3).

Ansprechpartner für Rückfragen:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Dr. Thomas Klein
Stv. Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Telefon: 02 28/26 15 55
v.weissinger@sucht.de
t.klein@sucht.de