

Die vier Verbindlichen Entscheidungen der DRV für die Beschaffung von Reha-Leistungen Darstellung und Kommentierung

Der § 15 Absatz 9 Sozialgesetzbuch (SGB) VI1 verpflichtete die Deutsche Rentenversicherung Bund im Rahmen der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Buchstabe a SGB VI zugewiesenen Aufgaben, zu den in § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 - 4 SGB VI geregelten Themenkomplexen

- Zulassungsanforderungen,
- Vergütungssystem,
- Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall und
- Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung

bis zum 30.06.2023 vier Verbindliche Entscheidungen herbeizuführen.

Die vier Verbindlichen Entscheidungen gelten für Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach den §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nummer 2 SGB VI erbringen und entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden.

Am 12. Mai 2021 fand das Auftaktgespräch, geleitet durch Frau Gross, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund und Herrn Keck, erster Direktor der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, statt.

Ein Beratergremium, welches den Prozess der Erarbeitung der vier Verbindlichen Entscheidungen plus Prolog begleiten sollte, setzte sich aus Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer (vertreten durch die AGMedReha und DHS) und den Verbänden der Leistungsberechtigten zusammen und hatte die Aufgabe die Erarbeitung der vier Verbindlichen Entscheidungen fachlich zu unterstützen. Der FVS+ war als Mitglied der AGMedReha in persona Herrn Dr. Klein von Beginn an in den Prozess aktiv integriert und nimmt auch an den weiteren Beratungen teil.

Waren ursprünglich nur wenige direkte Beratungsgespräche geplant, so kann zurückblickend festgestellt werden, dass wir letztendlich mehr als zehn gemeinsame Konferenzen durchführten. Hinzu kamen zwei schriftliche Stellungnahme Verfahren, welche auch von Beginn an geplant waren. Bis zum 30.06.2023 fand ein sehr intensiver und nicht immer „konsensualer Prozess“ statt.

Ziel dieses Artikels soll es sein, einerseits das erzielte Ergebnis und ihre Relevanz für die Praxis vorzustellen, andererseits aber auch auf die Punkte aufmerksam zu machen, die aus Sicht der Leistungsberechtigten und Leistungsträger Verbände nicht realisiert wurden.

Die letztendlich aktuell auch im Internet veröffentlichte Version des Prologes und der vier Verbindlichen Entscheidung wurde vom Bundesvorstand der DRV im Mai 2023 verabschiedet. Der Link dazu ist: <https://rvaktuell.de/02-2023/verbindliche-entscheidung-des-bundesvorstandes-der-deutschen-rentenversicherung-bund-5-2023-2/>

Die weitere Begleitung durch die entsprechenden Gremien wird im Laufe des Artikels skizziert.

Prolog

Im Prolog zu den vier Verbindlichen Entscheidungen wird verdeutlicht, dass alle Versicherten auf der Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IV „eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und ganzheitliche Rehabilitationsleistungen“ erhalten sollen, die Individualität der Bedarfe bei der Ausgestaltung der vier Verbindlichen Entscheidungen berücksichtigt und vor allem auch die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts angestrebt wird.

Der Prolog weist darauf hin, dass zum Erreichen dieses Ziels in der vierten Verbindlichen Entscheidung zum Thema „Public Reporting“ eine Übersichtsplattform im Internet geschaffen wurde, die die Qualitätsdaten der Einrichtungen abbildet und so die Möglichkeit eröffnet, dass sich potentielle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Fachkräfte umfangreich informieren können.

Auch, um dem europäischen Vergaberecht hinsichtlich der Transparenz der Beschaffungskriterien zu entsprechen, wurde ein IT-gestütztes System der Einrichtungszuweisung geschaffen, sollte kein Wunsch- und Wahlrecht genutzt werden.

Das neue, letztendlich bis zum 31.12.2025 noch ausdifferenzierende Vergütungssystem, fördert, so der Prolog, u.a. die Berücksichtigung von einrichtungsspezifischen Besonderheiten, um auf die individuellen Bedarfe der Versicherten eingehen zu können.

Das bis zum 30.06.2023 aktive Beratergremium wurde in ein „Begleitgremium“ umgewandelt, welches ab dem 1. Juli 2023 fünf Jahre lang die Umsetzung der vier Verbindlichen Entscheidungen fachlich unterstützen soll und ein bis zweimal im Jahr mit der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe der DRV tagt.

Zusätzlich werden im Bereich Vergütung und Public Reporting Beiräte eingesetzt, die die jeweiligen Prozesse bis zum 31. Dezember 2025 aktiv unterstützen.

Kommentar

Von den Verbänden wurde kritisiert, dass

- im Prolog zwar die übergeordneten Zielsetzungen und Grundsätze der neu formulierten Regelungen erläutert werden, der jedoch vom Gesetzgeber in § 15 Abs. 9 ausdrücklich formulierte Aspekt der „konsensualen Regelung“ nicht auftaucht
- die einzelnen Themen zwar aufgeführt werden, der „verbindende Charakter der einzelnen Regelungen“ jedoch nicht ausreichend dargestellt ist
- ergänzende Dokumente - respektive die geforderte gemeinsame Erarbeitung von zukünftigen Dokumenten - nicht in den Text aufgenommen wurde und
- die von den Verbänden vorgetragene Idee, bei strittigen Themen einen Konfliktmechanismus zu etablieren, nicht berücksichtigt wurde.

1. Verbindliche Entscheidung - Zulassungsanforderung/Vertrag

Grundlage zur Aufnahme von Verhandlungen zum Abschluss eines Belegungsvertrages nach §15 Abs. 6 SGB IV ist die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen. Wird eine Zulassungsentscheidung vom zuständigen Federführer erteilt, so ist diese grundsätzlich unbefristet und wird im Amtsblatt der europäischen Union veröffentlicht. Voraussetzung zur Erteilung der Zulassungsvoraussetzung ist:

- eine fachliche Eignung entsprechend §15 Abs. 3 Satz 1 Nummer 1 SGB IV und impliziert die zur Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation festgesetzten personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen
- ein entsprechendes Konzept, das die für die jeweiligen Indikationen spezifischen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung hinsichtlich Strukturqualität darlegt und sicherstellt
- die Teilnahme an einem externen Qualitätssicherungsverfahren
- die Anerkennung des Vergütungssystems der Deutschen Rentenversicherung Bund
- die Sicherstellung des elektronischen Datenaustausches
- die Erfüllung der datenschutzrechtlichen Regelungen

Für die Fachabteilungen, die schon vor dem 1. Juli 2023 eine Zulassung hatten, wird keine fachliche Prüfung mehr erfolgen. Davon unberührt bleibt die Verpflichtung, alle sonstigen im Gesetz genannten Voraussetzungen zu erfüllen.

Kommentar

Ein grundsätzlicher Vorteil für Einrichtungen ist, dass sie diesen Vertrag mit ihrem Federführer abschließen und alle anderen DRV'en diesen anerkennen.

Darüber hinaus haben die Verbände in ihren Stellungnahmen und Kommentaren zu dieser Verbindlichen Entscheidung kritisiert, dass

- die DRV formuliert, dass die Zulassungsvoraussetzung unter anderem dadurch erfüllt sind, dass die Vorgaben zur Strukturqualität von Reha Einrichtungen erfüllt sind. Damit verweist die DRV Bund auf einzuhaltende Vorgaben für die fachliche Eignung, die sie außerhalb der Verbindlichen Entscheidung und vor allem mit sehr eingeschränktem Einfluss der Verbände festlegt
- Teil des Vertragswerkes ist, dass die Einrichtungen ein Vergütungssystem der DRV anerkennen müssen, welches zum Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung nur schemenhaft erkennbar ist und den Einrichtungen nur sehr wenige Informationen über die zu künftige Ausgestaltung ihres Vergütungssatzes bietet
- ein nicht eindeutiger Einfluss der Interessenvertretungen bei den weiteren Entwicklungen, zum Beispiel im Bereich der Veränderung des Basissatzes und der Bewertungsrelationen der Aufnahme neuer Konzepte sowie den Kriterien für die einrichtungsspezifische Komponenten

Fakt ist, dass die Verträge mit nahezu allen Einrichtungen die auch vor dem 01.07.2023 Teil des Versorgungssystem waren, abgeschlossen sind und damit eine neue Vertragssituation etabliert wurde.

2. Verbindliche Entscheidung – Vergütung

Das neue Vergütungssystem der DRV versteht sich als „produktbezogenes Vergütungssystem“, welches eine einrichtungübergreifende und eine einrichtungsspezifische Komponente hat.

Der „indikationsübergreifende Basissatz“ entspricht der Vergütung für eine Reha Leistung ohne einrichtungsspezifische und ohne konzeptionelle Besonderheit, wird auf der Grundlage der Vergütungsdaten aus dem Jahr 2024 festgesetzt und über den Richtwert der Deutschen Rentenversicherung jährlich an die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung angepasst. Sollten sich vergütungsrelevante Sachverhalte zwischenzeitlich ergeben sind ebenfalls Anpassungen möglich.

Auf Basis dieses, allen Indikationsbereichen entsprechenden Basissatzes wird ein „indikationsspezifischer Satz“ berechnet, der den fiskalischen Ausgangswert jeder Einrichtung des Indikationsbereiches z. B. Abhängigkeitserkrankungen oder Psychosomatik vorgibt.

Der „einrichtungsspezifische Aspekt“ beinhaltet vergütungsrelevante Behandlungskonzepte, welche die spezifischen Bedarfe der Rehabilitanden aufgreifen. In der Einrichtung vorhandene spezifische Komponenten, welche die besonderen Bedingungen jeder Rehabilitationseinrichtung berücksichtigen sind darüber hinaus:

- Tarifkomponenten
- Strukturkomponenten, wie besonders regionale Strukturen, besonders bauliche oder grundstücksbezogene Strukturen,
- besondere personelle oder ausstattungsbezogene Strukturen
- leistungsspezifische Besonderheiten
- Innovations -und Nachhaltigkeitskomponenten
- Zuschläge für erstattungsfähige Sachverhalte wie zum Beispiel Kurtaxe oder Tele Matic Infrastruktur

Die Sachverhalte und die Ergebnisse der Verhandlung zwischen dem federführenden Träger und der Rehaeinrichtungen gelten für alle Rehaträger.

Für das neue Vergütungssystem, welches aktuell in der differenzierten Entwicklung befindet, wurde ein entsprechender Expertenkreis aus Leistungsträgern und Leistungserbringern eingerichtet . Es wird bis zum 31. Dezember 2025 entwickelt und erprobt.

Ab dem 1. Januar 2026 wird das System eingeführt und soll als lernendes System auch ständig weiterentwickelt werden.

Kommentar

Im Laufe der Gespräche mit der DRV wurde seitens der Verbände alternativ zu der Berechnung eines „Marktpreises“, so wie die DRV dies vorgeschlagen hat, ein „Kalkulationsmodell“ vorgeschlagen. Diese Form der Berechnung wurde jedoch seitens der DRV nicht akzeptiert.

Aktuell wurde eine „Expertengruppe Vergütung“ eingerichtet, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern von Leistungsträgern, Leistungserbringern und der Leistungsberechtigten zusammensetzt. Da diese Gruppe zahlenmäßig mit über 20 Vertretern sehr groß war, hat man eine Unter-Arbeitsgruppe gegründet, welche sich mit ganz pragmatischen Fragestellungen beschäftigt, wie zum Beispiel der möglichen Höhe eines Aufschlages für MBOR oder VOR. Diese zehn Experten haben ihre Arbeit aufgenommen und bereits mehrfach getagt. Auf dieser Basis sollen auch weitere konzeptionelle Besonderheiten von Einrichtungen finanziell veranschlagt werden. Die letzte Entscheidung auf Akzeptanz dieser Vorschläge liegt beim Bundesvorstand der DRV.

Als kritisch wurde auch erachtet, dass die Verbindliche Entscheidung zur Vergütung die Formulierung enthält „zusätzlich zu einer einrichtungsübergreifenden Komponente enthält das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung einen grundsätzlich begrenzten Verhandlungsspielraum für eine einrichtungsspezifische Komponente.“ Damit soll eine Begrenzung des Vergütungssatzes nach oben geregelt werden. Diese Formulierung haben wir als kritisch eingestuft, da der sonstige Grundsatz einer „entsprechend dem notwendigen Teilhabebedarf notwendigen Behandlung“, die auch eine entsprechende Finanzierung nach sich zieht, eingeschränkt wird.

Darüber hinaus wurde noch bemängelt, dass die vorgestellte Systematik weder die notwendige Berücksichtigung von Aufwendungen für eine betriebliche Altersversorgung, noch explizite Regelungen zum Umgang mit interkurrenten Erkrankungen vorsieht. Zudem bleibt die Frage der Finanzierung von Investitionen und weiteren kostenrelevanten Elementen, wie z.B. besonders teuren Medikamente, Komorbidität, Freihaltepauschalen bei vorübergehender Verlegung etc. offen. In den weiteren Verhandlungen des Expertenkreises Vergütung sollen diese Aspekte erneut eingebracht werden.

Eine besondere Problematik stellt die Formulierung der „Tarifkomponente“ dar. Vorgesehen ist, dass für die Tarifkomponente ein Zuschlag auf den Vergütungssatz gezahlt wird, wenn ein entsprechender Tarifvertrag mit den Gewerkschaften nachgewiesen werden kann. Einen Zuschlag bei Bezahlungen, die beispielsweise auf eine Betriebsvereinbarung beruhen, sollen nicht akzeptiert werden. Diese Auslegung, der im Gesetz formulierten „Tarifbindung“ wird von den Verbänden sehr stark infrage gestellt und bedarf einer politischen Klärung.

3. Verbindliche Entscheidung - Bestimmung der Rehabilitationseinrichtung im Einzelfall

Die Einrichtungsauswahl, die in der Verbindlichen Entscheidung „Bestimmung Reha-Einrichtung“ geregelt wird, ist ein zentraler Bestandteil der neuen Regelungen.

Grundsätzlich gilt dabei, dass die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen erfolgen können, die einen Vertrag nach §15 Abs. 6 SGB VI haben oder von einem Träger der Deutschen Rentenversicherung selbst betrieben werden.

Die Träger der Rentenversicherung nutzen für die Bestimmung einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung ein einheitliches IT Verfahren, welches vom jeweiligen Federführer nach einheitlichen Grundsätzen die Daten der Einrichtungen speichert und verwaltet. Diese Daten stehen

allen Trägern der Rentenversicherung uneingeschränkt zur Verfügung. Der Federführer gibt der Rehabilitationseinrichtung auf deren Verlangen Einsicht über alle über sie gespeicherten Daten.

Übt der Versicherte das in § 15 Absatz 6a Satz 1 SGB VI ausgestaltete Vorschlagsrecht (Wunsch- und Wahlrechts) aus, wird geprüft, ob die Wunscheinrichtung, respektive die Fachabteilung der Rehabilitationseinrichtung mit der DRV einen Vertrag hat und ob die objektiven sozialmedizinischen Kriterien – sprich Haupt und neben Diagnosen sowie die Sonderanforderungen - seitens der Einrichtung erfüllt sind. Ist dies alles gegeben, wird dem Vorschlag entsprochen.

Übt der Versicherte dieses Recht nicht aus oder kann dem Wunsch nicht entsprochen werden, da zum Beispiel die entsprechenden Diagnosen in der Fachabteilung nicht behandelt werden, erfolgt eine Auswahl seitens des Rentenversicherungsträger. Mit Unterstützung des IT- Verfahrens wird eine Vorschlagsliste erstellt, die anhand folgender Kriterien vier Einrichtungen auswählt. Diese Kriterien sind:

- Qualität der Rehabilitationseinrichtung (Anteil am Gesamtwert 50%)
- Wartezeit bis zur Aufnahme (Anteil am Gesamtwert 40 %)
- Entfernung zum Wohnort des Rehabilitanden (Anteil am Gesamtwert 10 %)

Die Berechnung des Qualitätsparameters, der mit 50% Anteil an dem Gesamtwert einer Einrichtung in die Bewertung einfließt wird aus folgenden Kriterien errechnet:

- Peer Review Verfahren (die Entlassungsberichte werden nach einheitlichen Grundsätzen von Gutachtern, d.h. geschulten Ärztinnen und Ärzten aus anderen Einrichtungen, bewertet)
- KTL Angaben (Dokumentation der therapeutisch erbrachten Leistungen während der Reha)
- RTS Erfüllung (Reha-Therapiestandards, Erfüllung der evidenzbasierten Mindestanforderungen der therapeutischen Versorgung)
- Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit
- Rehabilitandenbefragung zur Besserung

Die fünf einzelnen Positionen gehen mit ihren Qualitätspunkten zu gleichem Anteil (je 20%) in die Berechnung ein.

Die Berechnung der Wartezeit, die in Kürze täglich neu berechnet wird und auf der Internetseite der DRV im Bereich Public Reporting für alle sichtbar ständig aktualisiert wird, berechnet sich aus den Angaben über die Anzahl der Plätze der Einrichtung, den vorliegenden Leistungszusagen, den Aufnahme- und Entlassungsmitteilungen der Einrichtungen und der durchschnittlichen Verweildauer der Maßnahme. Sollte die Wartezeit länger als sechs Monate betragen wird eine Einrichtung so lange gesperrt, bis wieder eine Aufnahme innerhalb eines halben Jahres möglich ist.

Die Entfernung zum Wohnort des Rehabilitanden wird mit 10 % des Gesamtanteils berücksichtigt.

Die Reihenfolge der vier vorgeschlagenen Einrichtungen richtet sich ausschließlich nach deren Qualitätspunkten, die Beste steht an Nummer eins.

Sollte sich der Rehabilitand innerhalb von 14 Tagen nicht für eine Einrichtung entschieden haben, wird die Einrichtung ausgewählt, die an Position 1 steht.

In einer separaten Entscheidung des Bundesvorstandes außerhalb der vier Verbindlichen Entscheidungen wurde festgelegt, dass von den vier dem Versicherten mitgeteilten Einrichtungen zwei Vertragseinrichtungen und zwei DRV-eigene Einrichtungen sind (2+2 Regelung). Ob sich diese

Vorgehensweise bewährt, wird bis zum 30.06.2024 evaluiert, im Begleitgremium diskutiert und letztendlich vom Bundesvorstand entschieden.

Kommentar

Die neue Einrichtungsauswahl hat unterschiedliche Konsequenzen für die Fachbereiche Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik. Während im Bereich Abhängigkeitserkrankungen mit Abstand jetzt schon die überwiegende Anzahl an Rehabilitanden die Einrichtungen nach dem Wunsch- und Wahlrecht auswählen und von der neuen Einrichtungsauswahl weniger betroffen sein werden, ist dies im Bereich Psychosomatik sicherlich anders.

Dazu kommt, dass im Bereich Abhängigkeitserkrankungen die 2 + 2 Regelung schon daher nicht greifen kann, da es lediglich eine eigene Einrichtung der DRV (Fachklinik Eusserthal) gibt. Auch dies sieht im Bereich Psychosomatik anders aus.

Die Kritik der Verbände konzentrierte sich in den Gesprächen mit der DRV vor allem an der oben beschriebenen 2 + 2 Regelung. Die Verteilung von DRV- und Vertragseinrichtungen ist in den jeweiligen Indikationsbereichen sehr unterschiedlich. Es wird spannend zu beobachten sein, welche Ergebnisse die Evaluierung dieses Algorithmus bis 30.06.2024 erbringt. Die Evaluation soll auch belegen, inwieweit sich die Verteilung auf Vertragseinrichtungen und DRV-eigene Einrichtungen durch die neue Vorgehensweise verändert hat.

Positiv zu bewerten ist, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung hinsichtlich der Einrichtungsauswahl herangezogen werden. Kritisch beobachtet werden muss jedoch auch, inwiefern das bestehende System der externen Qualitätssicherung mit den oben beschriebenen Parametern auch in Zukunft aussagefähige Ergebnisse über die wirkliche Qualität darstellen. Auch hier ist es wünschenswert, dass die Expertise der Verbände mit ihren Expertinnen und Experten in die Diskussion um die Entwicklung der Qualitätssicherung der DRV einfließen kann.

4. Verbindliche Entscheidung - Public Reporting

Die vierte Verbindliche Entscheidung beinhaltet die nähere „Ausgestaltung zur Veröffentlichung von Daten der externen Qualitätssicherung“ und konkretisiert die Adressaten der Veröffentlichung, den Inhalt und den Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung sowie die Form der Veröffentlichung.

Zu Beginn der neuen Internetplattform am 01.07.2023 (zu finden unter www.meine-rehabilitation.de) war das erste Ziel, mögliche Betroffene mit der dort dargestellten Information zu erreichen. Es soll ermöglicht werden über die Plattform Einrichtungen des benötigten Fachbereiches zu lokalisieren und umfangreiche Informationen zu erhalten. Die dargestellte Form soll die Qualität der Einrichtungen abbilden und Aussagen über die Einrichtung selbst beinhalten. Vor allem die Möglichkeit der Verlinkung auf die Homepage der Einrichtungen soll gewährleisten, dass Zugang zu detaillierteren Informationen zur Verfügung steht. Die Fachabteilungen erhalten, so ist es in der Verbindlichen Entscheidung niedergeschrieben, ihre Qualitätsdaten vor ab zur Prüfung und haben eine angemessene Rückmeldefrist.

Kommentar

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Menschen, die einen Rehabilitationsbedarf haben, sich umfangreich informieren können.

Dass diese Information auf der Grundlage des externen Qualitätssicherungsverfahrens Aussagen zu der Qualität der Einrichtung vermittelt, ist hilfreich für die Betroffenen.

Da, je nach Indikation unterschiedlich, jedoch 1-2 Punkte Unterschied ausreichen können um z.B. von Platz 3 auf Platz 33 abzurutschen und damit auf Seite 5 zu landen, muss zukünftig auch dieser Bereich weiterentwickelt werden. Was ist Qualität, wie messen wir Qualität ...?

Hilfreich für die Betroffenen ist, dass die entsprechende Verlinkung auf die jeweilige Homepage der Einrichtung noch weitere Informationsquellen erschließt.

Die nächsten Monate und Jahre sollten, auch in Zusammenarbeit mit dem dafür eingerichteten Beirat, genutzt werden, um auch Informationen für Fachpersonal wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Sozialdienste etc. in einer adressatenspezifischen Sprache bereitzustellen.

Aufgabe der Einrichtungen und des für sie zuständigen DRV-Federführers wird es sein, die jetzt vorhandenen Daten abzugleichen, die dargestellten Sonderformen noch weiter zu differenzieren und zu überprüfen. Eine besondere Herausforderung stellt auch die Aktualität der dargestellten Qualitätspunkte dar.

Absicht der DRV ist es, diese so zeitnah wie möglich zu aktualisieren. Die Realisierung dessen muss beobachtet werden.

Autor:
Dr. Thomas Klein
Fachverband Sucht* e.V., Bonn