

Gemeinsame Stellungnahme der

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

Vom 11.11.2022

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.

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, die Konsens-Dissens-Tabelle (beides Stand 06.10.2022) sowie mündliche Erläuterungen der Vertreter*innen der DRV in Informationsveranstaltungen, im Beratergremium, in der Arbeitsgruppe Teilhabe (AGTH) und im Fachausschuss für Leistungen (FAL) der DRV.

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. Das Transparenz- und Konsensgebot müssen bei der Erstellung der Verbindlichen Entscheidung dringend beachtet werden, um die Gleichbehandlung aller Rehabilitationseinrichtungen als Marktteilnehmer zu gewährleisten. 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, Strukturanforderungen, Belegungsvertrag 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, Strukturanforderungen, Belegungsvertrag etc.) ergänzt und konkretisiert.

IV. Fortsetzung des Beratungsprozesses

1. Beabsichtigte Regelung:

Der Prolog kündigt die Schaffung von Beiräten für die Umsetzungsphase des Vergütungssystems sowie für die Weiterentwicklung des Produkts Public Reporting für den Zeitraum vom 01.07.2023 bis zum 31.12.2025 sowie die Einrichtung eines Begleitgremiums zu den weiteren Themen der verbindlichen Entscheidungen ab dem 01.07.2023 an. Ab dem 01.01.2026 sollen alle Themen der verbindlichen Entscheidungen gemeinsam im Begleitgremium in einem oder zwei Terminen pro Jahr besprochen werden.

2. Stellungnahme:

Die AG MedReha und die DHS begrüßen die Fortsetzung des Beratungsprozesses, da von den Auswirkungen der verbindlichen Entscheidungen etwa 1.000 Reha-Einrichtungen bundesweit mit etwa 200.000 Beschäftigten sehr konkret betroffen sein werden. Allerdings fehlt im Textentwurf der verbindlichen Entscheidung eine klare Kompetenzzuweisung für die angekündigten Beiräte bzw. das Begleitgremium. Ebenso erscheint die angedachte Frequenz für das Begleitgremium von einem oder zwei Treffen im Jahr als zu niedrig.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS halten daher an ihrem ursprünglichen Vorschlag fest und ergänzen ihn um eine konkrete Kompetenzzuweisung.:

*„Um die Auswirkungen der Verbindlichen Entscheidungen auf die medizinische Rehabilitation zu analysieren und zu bewerten und über deren Weiterentwicklung mit der Zielsetzung konsensualler Regelungen zu beraten, richtet die Deutsche Rentenversicherung nach Verabschiedung der Verbindlichen Entscheidungen ein ständiges Begleitgremium mit den Interessenvertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen ein. Das Begleitgremium tagt mindestens viermal im Jahr. Die Deutsche Rentenversicherung beruft das Begleitgremium öfter ein, wenn die Verbände der Leistungserbringer oder die Vertreter*innen der Rehabilitand*innen das vorschlagen.“*

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.

V. Externe Moderation:

1. Fehlende Regelung:

Der Prolog und die einzelnen verbindlichen Entscheidungen enthalten keinen Konfliktlösungsmechanismus, falls die Beteiligten bei strittigen Einzelfragen keinen Konsens erzielen können.

2. Stellungnahme:

Der bisherige Beratungsprozess macht deutlich, dass zahlreiche Themen noch nicht im Konsens geregelt werden können. Die Beratungen sollten dann mit externer Moderation und dem Ziel der Konsensbildung fortgesetzt.

3. Vorschlag:

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

*Wenn eine konsensuale Regelung für den Inhalt einer verbindlichen Entscheidung bis zu ihrer Beschlussfassung nicht getroffen werden konnte, finden als Konfliktlösungsmechanismus weitere Arbeitstreffen des Begleitgremiums auch nach der Verabschiedung der verbindlichen Entscheidungen zu diesem Inhalt mit einer externen Moderation statt. Die Teilnehmer*innen bestimmen gemeinsam und einvernehmlich die / den Moderator*in. Die von der / vom Moderator*in vermittelte konsensuale Regelung wird Grundlage der überarbeiteten verbindlichen Entscheidung.*

4. Begründung:

Das Begleitgremium sollte bei einem anhaltenden Dissens anlass- und themenbezogen auch nach formaler Beschlussfassung der verbindlichen Entscheidung erneut über das streitbefangene Thema beraten und dazu eine externe und neutrale Moderation einbeziehen. Die von der externen Moderation vermittelte Lösung wird dann Bestandteil der überarbeiteten verbindlichen Entscheidung.

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:

§ 15 Abs. 4 Satz 2 SGB VI enthält eine Zulassungsfiktion für vom Träger der Rentenversicherung selbst betriebene Rehabilitationseinrichtungen. Der Entwurf der Verbindlichen Entscheidung enthält hingegen keine Ausnahme für die Zulassungsentscheidung für Rehabilitationseinrichtungen in anderer Trägerschaft mit Versorgungsvertrag, 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. Das Zulassungsverfahren diskriminiert Rehabilitationseinrichtungen in anderer Trägerschaft, weil sie der Zulassung durch Verwaltungsakt bedürfen, während die Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger als zugelassen gelten. Auch wenn diese Ungleichbehandlung im Gesetz verankert ist, hat die Rentenversicherung die Möglichkeit, diese Ungleichbehandlung dadurch zu beseitigen, dass sie in der VE Zulassung eine Zulassungsfiktion für alle Bestandseinrichtungen unabhängig von der Trägerschaft normiert.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen daher 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. Die fiktive Zulassung wegen bereits gezeigter Eignung darf nicht auf die Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherung beschränkt bleiben, sondern muss auch für von anderen betriebene Rehabilitationseinrichtungen gelten. Für eine

Schlechterbehandlung anderer Einrichtungsträger gegenüber den Rentenversicherungsträgern, wie sie der Gesetzgeber in § 15 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Abs. 4 SGB VI vornimmt, fehlt jeder sachlich rechtfertigende Grund.

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 werden. 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, dass anstatt die Voraussetzungen in der Verbindlichen Entscheidung zu regeln, auf weitere Dokumente verwiesen wird, die dann von der Deutschen Rentenversicherung jederzeit einseitig geändert werden können.

Die Strukturanforderungen legen u.a. bauliche und 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. Beabsichtigte Regelung:

Der Federführer bietet den Fachabteilungen unmittelbar nach der Zulassung Verhandlungen zum Abschluss des Belegungsvertrags nach § 15 Abs. 6 SGB VI an. Nach der Gesetzesbegründung sollen in ihm „die näheren einrichtungsspezifischen Einzelheiten (wie) insbes. Inhalt, Umfang und Qualität der (...) zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelt werden.“

2. Stellungnahme:

Da ohne Belegungsvertrag die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung ausgeschlossen ist (vgl. § 15 Abs. 6 Satz 1 SGB VI), sind die Einrichtungen faktisch gezwungen, den vom Federführer „angebotenen“ Vertrag abzuschließen. Dies vermittelt dem federführenden Rentenversicherungsträger die Möglichkeit, die Vertragsbedingungen einseitig festzusetzen. Die AG MedReha und die DHS fordern deshalb, dass die Vertragsbedingungen mit den Interessenvertretungen vereinbart und nicht einseitig von der Rentenversicherung festgelegt werden.

3. Vorschlag:

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

„Die Inhalte des Belegungsvertrages werden zwischen der DRV Bund und den Vertretern der Leistungserbringer und der Betroffenen gemeinsam verbindlich festgelegt.“

4. Begründung:

Es ist irreführend, wenn in der verbindlichen Entscheidung zur Zulassung davon die Rede ist, dass der Federführer den Rehabilitationseinrichtungen unmittelbar nach Zulassung „Verhandlungen“ zum Abschluss eines Belegungsvertrags nach § 15 Abs. 6 SGB VI anbietet. Verhandlungen setzen ein Aushandeln des Vertrags und damit eine Einflussnahmemöglichkeit beider Vertragsparteien auf den Vertragsinhalt voraus. Da der Belegungsvertrag von der Rentenversicherung einseitig vorgegeben wird und die Vertragseinrichtung nur belegt wird, wenn sie dem Belegungsvertrag zustimmt, kann von echten Vertragsverhandlungen keine Rede sein. Mit diesen hoheitlichen Befugnissen der Rentenversicherungsträger geht für die Rehabilitationseinrichtungen eine Diskriminierungsgefahr einher. Die Diskriminierungsgefahr kann nur dadurch aufgehoben werden, indem die Vertragsinhalte mit den Interessenvertretungen geeint werden.

IV. Anerkennung des Vergütungssystems

1. Beabsichtigte Regelung:

Die Rehabilitationseinrichtungen müssen sich für die Zulassung verpflichten, das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung Bund anzuerkennen.

2. Stellungnahme:

Solange das Vergütungssystem in seiner konkreten Ausrichtung in der bisher vorgesehenen Verbindlichen Entscheidung so intransparent ist wie derzeit, kann eine Zustimmung dazu von den Rehabilitationseinrichtungen nicht erfolgen.

3. Vorschlag:

Das Vergütungssystem wird in der Verbindlichen Entscheidung transparent dargestellt und stellt sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen eine angemessene Vergütung erhalten.

4. Begründung:

Nur wenn das Vergütungssystem in seiner Struktur und Herleitung der Vergütungssätze bekannt und nachvollziehbar ist, kann die Rehabilitationseinrichtung für sich feststellen, ob die zu erwartende Vergütung auskömmlich und angemessen ist gemessen an der von ihr erwarteten Leistungserbringung.

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. Fehlende Bestimmtheit der VE Vergütung

1. Beabsichtigte Regelung:

Die VE Vergütung soll das Vergütungssystem regeln.

2. Stellungnahme:

Die VE Vergütung lässt nicht erkennen, welche Vergütung für welche konkrete Leistung gezahlt wird, da konkretisierende Grundlagen fehlen. Sie geht kaum über die Regelung im Gesetz hinaus und regelt nicht hinreichend bestimmt, wie der Basissatz ermittelt wird und welche leistungsspezifischen Besonderheiten die einrichtungsspezifische Vergütungskomponente erfasst. Damit genügt sie nicht dem Bestimmtheitsgebot und birgt eine Ausbeutungs- und Diskriminierungsgefahr der Rehabilitationseinrichtungen.

3. Vorschlag:

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

„Der Basissatz, die Bewertungsrelationen und die einrichtungsübergreifenden Vergütungskomponenten werden durch die DRV und die Interessenvertretungen der Leistungserbringer gemeinsam festgelegt.“

4. Begründung:

Nur durch eine gemeinsame Festlegung der Vergütungskomponenten kann ein transparentes und leistungsgerechtes Vergütungssystem entstehen und eine Diskriminierung verhindert werden.

II. 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. Sie sind nicht unter den Bedingungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs entstanden und damit nicht angemessen und leistungsgerecht. Die Ermittlung des Basispreises ist intransparent.

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 Entscheidungen sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen eine leistungs- und aufwandsgerechte Vergütung erhalten, die Vergütung transparent ermittelt und nicht einseitig durch die DRV Bund festgelegt wird.

III. 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.

IV. 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 Entscheidung sicher, dass nicht nur die Erstellung der Verbindlichen Entscheidung 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.

V. 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, da der Vergütungssatz auskömmlich und leistungsgerecht sein muss. Eine Begrenzung lässt sich auch nicht aus dem Gesetz ableiten. Die Formulierung in der Gesetzesbegründung bezieht sich darauf, dass der Verhandlungsspielraum auf die einrichtungsspezifische Komponente begrenzt ist.

3. Vorschlag:

Die AG MedReha und die DHS schlagen stattdessen vor:

„*grundsätzlich begrenzten*“ 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. Eine Beschränkung wird im Gesetz nicht normiert und führt ggf. zu einer nicht leistungsgerechten und angemessenen Vergütung.

VI. 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. Tarifkomponente

1. Beabsichtigte Regelung:

Laut Gesetz sind tariflich vereinbarte Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu beachten. In den Gesprächen im Beratergremium wurde den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer mitgeteilt, dass für die Tarifkomponente ein siebenstufiger Zuschlag bei Anwendung eines Tarifvertrags oder nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen bis zur Höhe des TVöD geplant ist. Einen Zuschlag bei Bezahlungen, die beispielsweise auf einer Betriebsvereinbarung beruhen, soll es nicht geben.

2. Stellungnahme:

Eine Begrenzung des Zuschlags auf Rehabilitationseinrichtungen, die einem Tarifvertrag unterliegen und auf die Höhe des TVöD lehnen die AG MedReha und die DHS ab. Das Erfordernis eines Tarifvertrags verstößt gegen die negative Koalitionsfreiheit des Art. 9 Abs. 3 GG. Daraus folgt, dass auch nicht tarifliche Löhne bei Wirtschaftlichkeit von den Rentenversicherungsträgern zu finanzieren sind. Zudem darf der TVöD keine Obergrenze für die Finanzierung von Lohnkosten bilden. Regionale Besonderheiten können höhere, übertarifliche Löhne und entsprechend eine höhere Vergütung rechtfertigen.

3. Vorschlag:

Die Bezahlung von Löhnen ist grundsätzlich bei der Vergütung zu beachten, auch wenn sie nicht aufgrund eines Tarifvertrages oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung erfolgen. Eine übertarifliche Bezahlung kann im Einzelfall gerechtfertigt sein und ist zu beachten.

4. Begründung:

Eine Rehabilitationseinrichtung kann nur dann eine den Personalanforderungen entsprechende Leistung erbringen, wenn die Personalkosten refinanziert werden. Insofern müssen Personalkosten bei der Vergütungssatzfindung entsprechend berücksichtigt werden, egal auf welcher Grundlage sie bezahlt werden.

VIII. Betriebliche Altersversorgung

1. Fehlende Regelung:

Die verbindliche Entscheidung enthält keine Vorgabe, wie das künftige Vergütungssystem den Aufwand für betriebliche Altersversorgung für die Beschäftigten von Rehabilitationseinrichtungen als Bestandteil der Personalkosten berücksichtigt.

2. Stellungnahme:

Für Rehabilitationseinrichtungen sind Aufwendungen für betriebliche Altersversorgung ihrer Beschäftigten Personalkosten, die sie aus den Vergütungen für Reha-Leistungen tragen müssen. Rehabilitationseinrichtungen können diesen Aufwand auch nicht beliebig oder kurzfristig absenken, soweit sie durch Tarifvertrag dazu verpflichtet sind. Die verbindliche Entscheidung muss daher klarstellen, wie dieser Aufwand bei der Preisbildung berücksichtigt wird.

3. Vorschlag:

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

„Der tatsächliche Aufwand der Rehabilitationseinrichtung aus betrieblicher Altersversorgung wird bei der einrichtungsspezifischen Komponente berücksichtigt.“

4. Begründung:

Die von der AG MedReha im Sommer 2022 durchgeführte Erhebung unter Rehabilitationseinrichtungen zeigt den erheblichen Aufwand von Rehabilitationseinrichtungen, wenn sie für ihre Beschäftigten betriebliche Altersversorgung betreiben. Da dieser Aufwand sich zwischen den Einrichtungen teilweise erheblich unterscheidet, kann er nicht Bestandteil eines allgemeinen Basissatzes oder eines indikationsspezifischen Produktpreises sondern muss eigenständiger Teil der einrichtungsspezifischen Preiskomponente sein.

IX. 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.

X. Einrichtung eines Schlichtungsgremiums bei Streitigkeiten bei den zu vereinbarenden Vergütungssatzfindungen

1. Fehlende Regelung:

Der federführende Rentenversicherungsträger vereinbart mit der Rehabilitationseinrichtung den Vergütungssatz. Es fehlt eine Regelung für den Fall, dass sich Rentenversicherung und Rehabilitationseinrichtung nicht einigen.

2. Stellungnahme

Aus Sicht der AG MedReha und der DHS sollte bei Streitigkeiten zur Vergütungshöhe zwischen der einzelnen Rehabilitationseinrichtung und dem Rentenversicherungsträger ein gemeinsames Gremium aus Vertretern der Rentenversicherung und Interessenvertretungen entscheiden. Die Zusammensetzung und die Aufgabenstellung des Gremiums sollte in der Verbindlichen Entscheidungen geregelt werden.

3. Vorschlag:

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

„Bei Streitigkeiten zur Vergütungshöhe zwischen der einzelnen Rehabilitationseinrichtung und dem federführenden Rentenversicherungsträger entscheidet ein gemeinsames Gremium aus Vertretern der Rentenversicherung und den Interessenvertretungen der Leistungserbringer über die Höhe des Vergütungssatzes. Die DRV Bund und die Interessenvertreter der Leistungserbringer vereinbaren in einer Geschäftsordnung die Zusammensetzung, Aufgabenstellung und Entscheidungsfindung des Gremiums.“

4. Begründung

Das SGB VI und das SGB IX enthalten keinen Schlichtungsmechanismus bei Streitigkeiten über die Höhe des Vergütungssatzes. Um eine schnelle und bürokratiearme Lösung des Streits herbeizuführen, ist ein Schlichtungsgremium das geeignete Mittel und in vielen Bereichen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen bereits seit Jahren etabliert und normiert. Ein solches Schlichtungsverfahren für die Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung ist dringend geboten.

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. Fehlende Konkretisierungen der VE Belegung

1. Beabsichtigte Regelung:

In der VE Belegung wird das beabsichtigte Belegungssystem der DRV nicht hinreichend konkret dargestellt. Es ist nicht geregelt, welche „Sonderanforderungen“ die Rehabilitationseinrichtung ggf. erfüllen muss, um bei Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts belegt zu werden. Auch ist nicht näher geregelt, aus welchen „dem Vorschlag sonst entgegenstehenden Gründen“ der Vorschlag des Versicherten abgelehnt werden darf. Das Verfahren, wenn der Versicherte keine konkrete Rehabilitationseinrichtung nennt, sondern sich nur auf bestimmte Eigenschaften von Rehabilitationseinrichtungen bezieht (z.B. „Klinik am Meer“), ist nicht geregelt. Zudem besteht die Gefahr, dass die Rentenversicherung ihre Beratungsfunktion zugunsten der eigenen Rehabilitationseinrichtungen nutzt, so dass die VE Belegung eine Diskriminierungsgefahr birgt.

2. Stellungnahme:

Die VE Belegung bedarf zahlreicher Konkretisierungen und eine echte Beteiligung der Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Betroffenen bei der Festlegung des Belegungssystems.

3. Vorschlag:

Die Ausgestaltung des Belegungssystems wird mit den Interessenvertretern der Leistungserbringer und Betroffenen abgestimmt und hinreichend konkret in der Verbindlichen Entscheidung beschrieben.

4. Begründung:

Nur wenn die Struktur des Belegungssystems konkret geregelt und bekannt ist, kann die Diskriminierungsgefahr der Rehabilitationseinrichtungen in anderer Trägerschaft gebannt werden. Insofern muss das gesamte System hinreichend konkret in der VE geregelt und mit den Interessenvertretungen der Leistungserbringer und Betroffenen konsentiert sein.

II. Vorschlagsliste

1. Beabsichtigte Regelung:

Im Text des Entwurfes der Verbindlichen 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, erneut ab. Die Regelung entbehrt jeder Grundlage und ist offensichtlich nicht diskriminierungsfrei. Stattdessen sollten, gewichtet nach Qualitätskriterien, 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:

Der Textentwurf der VE erläutert, dass den Versicherten Rehabilitationseinrichtungen genannt werden, die 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 und ist nicht diskriminierungsfrei. Die Rentenversicherung verschafft sich einen Vorteil, indem sie eigene Rehabilitationseinrichtungen bevorzugt. Zudem gibt § 15 Abs. 6a SGB VI vor, dass die Belegung nach der nachweislich besten Qualität der Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen ist. Insofern gibt die Regelung keinen Spielraum, andere Kriterien heranzuziehen, sondern es ist im konkreten Einzelfall bezogen zu prüfen und die Vorschlagsliste festzulegen.

Die Rentenversicherungsträger sehen sich unter Berufung auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit dazu berufen, primär ihre eigenen Rehabilitationseinrichtungen zu belegen, bevor sie anderen Rehabilitationseinrichtungen

Versicherte zuweisen. Diese Argumentation der Rentenversicherungsträger trägt allerdings deshalb nicht, weil der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht auf die Träger der Rentenversicherung und ihre Einrichtungen bezogen und begrenzt ist, sondern sich auf das gesamte System der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, zu dem auch Rehabilitationseinrichtungen Dritter gehören. Für die Belegungsentscheidung nach § 15 Abs. 6a SGB VI ist in erster Linie maßgeblich, welche Rehabilitationseinrichtung die Leistung in der nachweislich besten Qualität erbringt, d.h., die objektiven sozialmedizinischen Kriterien bestmöglich erfüllt. Nur bei gleicher Eignung von Rehabilitationseinrichtungen zur Erbringung der betreffenden Rehabilitationsleistung ist (neben dem Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten) der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Dies dient dem Schutz der Wirtschaftlichkeit des Systems der gesetzlichen Rentenversicherung, nicht der Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherungsträger.

III. 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 in Aussicht gestellt, dass die Reihenfolge der vier genannten Einrichtungen ausschließlich durch die Qualität bestimmt wird. Die AG MedReha und die DHS begrüßen die von der DRV angekündigte Formulierung:

„Die Sortierreihenfolge der Vorschlagsliste erfolgt durch das Kriterium der Qualität gemäß den Ergebnissen des externen Qualitätssicherungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung.“...

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.

IV. Einbeziehung von Einrichtungen, welche das Qualitätssicherungsverfahren der GKV nutzen

1. Beabsichtigte Regelung:

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

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

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, sollen nach mündlichen Bekundungen der DRV mit einem Durchschnittswert ebenfalls berücksichtigt werden. Dies fehlt in den Ausführungen der Verbindlichen Entscheidung.

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) in geeigneter Form 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 weitere Ausgestaltung und Gewichtung der Einrichtungen, welche das QS-System der KV nutzen, 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.

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: QS-Daten anderer Rehabilitationsträger einbeziehen

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 Belegungs Nachteile 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 ausreichend an Suchkriterien oder Vorgaben der Leistungsberechtigten. Sie werden anfangs nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, 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. Themen für Beirat:

1. Beabsichtigte Regelung:

Die verbindliche Entscheidung nennt nur abstrakt die Weiterentwicklung des Produkts Public reporting als Thema für den zu gründenden Beirat.

2. Stellungnahme:

Die Resonanz und Akzeptanz der Informationsplattform bei den Leistungsberechtigten als primärer Zielgruppe ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des Produkts Public reporting. Die Analyse und Bewertung dieser Resonanz sollte daher in der ersten Zeit nach dem Start der Informationsplattform auch eine Hauptaufgabe des Beirats sein und in der Verbindlichen Entscheidung ausdrücklich genannt werden.

3. Vorschlag:

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

„Der Beirat analysiert und bewertet die Resonanz und Akzeptanz der Informationsplattform durch die Leistungsberechtigten und die übrigen Nutzergruppen und entwickelt daraus Veränderungsvorschläge für das Produkt Public reporting.“

4. Begründung:

Das neue Informationsangebot muss nach seinem Start schnell eine hohe Reichweite und ein hohes Maß an Akzeptanz erreichen. Der Beirat muss sich daher im ersten Zeitraum bis 2025 diesen beiden Themen mit hoher Priorität widmen.

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 11.11.2022