Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege



02.03.2020

Stellungnahme der BAGFW zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Regelung der Beschaffung von Leistungen der

medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs

Im Zentrum des Referentenentwurfs stehen Neuregelungen im Rehabilitationsrecht des SGB V, mit denen auf öffentliche Kritik im Zusammenhang mit dem „offenen Zulassungsverfahren“ geantwortet wird.

Die BAGFW nimmt die Möglichkeit wahr, zum o.g. Referentenentwurf Stellung zu nehmen.

Allgemeines:

Im Zentrum des Referentenentwurfs stehen Neuregelungen im Rehabilitationsrecht des SGB V, mit denen auf öffentliche Kritik im Zusammenhang mit dem „offenen Zulassungsverfahren“ geantwortet wird. In Übereinstimmung mit dem europäischen Vergaberecht soll nun

das bereits praktizierte Zulassungsverfahren gesetzlich geregelt und weiterentwickelt werden.

Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass der Referentenentwurf an der bestehenden Praxis eines offenen Zulassungsverfahrens festhält. Alle Leistungserbringer, die Interesse an der Leistungserbringung haben und fachlich geeignet sind, sollten einen Anspruch auf Zulassung haben. Ausdrücklich wird die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten begrüßt.

Ausgehend von einer – von uns geteilten - Kritik an der bestehenden Praxis, sollen zukünftig die Verfahren der Zulassung, Vergütung und Belegung transparent und diskriminierungsfrei ausgestaltet werden.

Die vom BMAS gesteckten grundsätzlichen Zielsetzungen werden begrüßt, gleichwohl sind aus Sicht der BAGFW die vorgeschlagenen Lösungen vor allem aus drei Gründen problematisch:

Erstens: Der nachvollziehbare Wunsch, sich gegen den Zwang zur Anwendung von Vergaberecht abzugrenzen, führt bedauerlicherweise nicht zu einem klaren Modell des Dreiecksverhältnisses. Vielmehr schafft das Nebeneinander von Zulassungssystem und Verträgen eine

Annäherung an das sog. Open House Modell mit allen damit verbundenen einseitigen Steuerungsbefugnissen für die Leistungsträger.

Zweitens: Es wird zwar als explizites Anliegen des Entwurfs die Selbstverwaltung der Rentenversicherung, gestärkt, nicht jedoch die gemeinsame Selbstverwaltung von Reha-Trägern, Leistungserbringern unter Einbeziehung der Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Selbsthilfe.

Drittens: Das rehabilitationsträgerübergreifende Recht des SGB IX wird zugunsten spezialgesetzlicher Regelungen beschädigt. Zusammengenommen mit den Diskussionen um das IPREG entwickelt sich das Leistungserbringungsrecht für die medizinische Rehabilitation in der Trägerschaft der Rentenversicherung und das der Krankenkasse diametral auseinander. In der Folge wird das Leistungserbringungsrecht des SGB IX zu einer leeren Hülle.

Aus Sicht der BAGFW sollte stattdessen das gemeinsame Rehabilitationsrechts des SGB IX gestärkt und weiterentwickelt werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu § 15 Abs. 3 (1) (neu), hier: Datenaustausch

Nach § 15 Abs. 3 (1) ist den Einrichtungen vorgegeben, den elektronischen Datenaustausch mit den Trägern der Rentenversicherung sicherzustellen. Auch zu diesen strukturellen Anforderungen wird die Rentenversicherung weitere Entscheidungen herbeiführen. Auch auf diesem Feld des Datenaustausches muss aufgrund der Verträge der Einrichtungen mit mehreren Reha-Trägern für die Zukunft ein Gleichschritt der Reha-Träger sichergestellt bleiben.

Der Datenaustausch, der faktisch bereits gemeinsam von Renten- und Krankenversicherung und in vertraglicher Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer auf der Grundlage des § 301 SGB V durchgeführt wird, sollte vereinheitlicht bleiben und nicht durch die vorgesehene gesetzliche Regelung im SGB VI separiert werden.

Zu § 15 Abs. 3 und 4 bis 9 (neu); hier: Zulassung und Vertrag

Bislang gibt es keine gesetzliche Regelung für die „Zulassung“ von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zur Leistungserbringung. Die neuen Bestimmungen stellen die bisherige Praxis auf eine rechtliche

Grundlage und sollen klarstellen, dass die damit zusammenhängenden Verfahren die Merkmale des öffentlichen Auftrags im Sinne von § 130 GWB nicht erfüllen und folglich auch keine Pflicht zur Ausschreibung begründen. Zu diesem Zweck unterscheidet der Gesetzentwurf zwischen Zulassung, Vertrag sowie der tatsächlichen Inanspruchnahme/ Belegung.

Mit diesem Vorgehen schafft der Entwurf ein System, das dem Open House System sehr nahekommt, das nach Rechtsprechung des EuGH ausdrücklich nicht auszuschreiben ist, weil dabei jede selektive Auswahl von Vertragspartnern unterbleibt. Die BAGFW begrüßt, dass die Leistungserbringer bei Erfüllung bestimmter Zulassungsvoraussetzungen einen Anspruch auf die Zulassung haben. Ebenfalls begrüßt sie, dass der Referentenentwurf den für eine bestehende Angebotsinfrastruktur immer bedenklichen exklusiven und damit auszuschreibenden Vertragsgestaltungen eine deutliche Absage erteilt.

Allerdings wirft das hier ersichtlich angestrebte offene Zulassungssystem auch Fragen auf:

Es bleibt völlig unklar, wie die einzelnen Elemente dieses Systems ineinandergreifen. Abs. 6 sieht vor, dass die konkrete Inanspruchnahme einer Einrichtung durch Leistungsberechtigte durch einen Vertrag erfolgt. Jedoch heißt es in Abs. 6 auch, dass der Vertrag keinen Anspruch auf Inanspruchnahme durch den Träger der Rentenversicherung begründet.

Verbunden damit stellt sich dann aber die Frage, welche Rechtsnatur und welche Bedeutung der Vertrag nach Abs. 6 und 8 die Zulassungsentscheidung nach Abs. 3 hat. Wir bitten dringend, das Verhältnis der einzelnen Regelungs- und Gestaltungsinstrumente nochmals zu überdenken und nachvollziehbar aufeinander abzustimmen.

Darüber hinaus weist die BAGFW darauf hin, dass Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in der Regel von mehreren Rehabilitationsträgern belegt werden. Auch die Federführung kann wechseln. Bislang gibt es auch bei der externen Qualitätssicherung ein gemeinsames Verfahren, das mit dem Referentenentwurf gemäß § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 aufgehoben wird. Um diesem Sachverhalt genauso gerecht zu werden wie einem einheitlichen Leistungserbringungsrecht wäre es plausibel, Fragen der Zulassung trägerübergreifend zu regeln. Auf diese Weise würde auch deutlich werden, dass die Anforderungen der Reha-Träger an die Einrichtungen gemeinsame sind. Mit der Zulassung durch einen Reha-Träger sollten die Einrichtungen Anspruch auf Versorgungsverträge nach § 38 SGB IX bei allen den Reha-Trägern haben.

Zudem weisen wir auf zwei weitere Probleme im Katalog der Zulassungsvoraussetzungen nach Abs. 3 hin:

Die Voraussetzung für eine “Zulassung“, die aus der Sicht der BAGFW mit

einem Versorgungsvertrag verbunden sein soll, sollten sich auf Fragen der fachlichen Eignung beschränken. Alle weiteren relevanten Inhalte sollten in Rahmen- und Versorgungsverträgen geregelt werden. Dies ist deshalb von Bedeutung, da ansonsten Kliniken sich an spezifischen Verfahren, wie etwa dem externen QS-System der DRV, beteiligen müssten, ohne belegt zu werden.

Das Kriterium der Teilnahme am QS-Verfahren der DRV Bund ist auch deshalb problematisch, weil sie die von der DRV zugelassenen Einrichtungen zwingt, falls sie auch von der GKV belegt werden, an zwei Verfahren teilzunehmen. Damit wird die diesbezügliche Absprache zwischen GKV und DRV, die genau dies ausschließen soll, torpediert.

Zu § 15 Abs. 9 (neu), hier: Vergütung

§ 15 Abs. 3 formuliert, dass die Rehabilitationseinrichtungen sich mit der Zulassung verpflichten, das Vergütungssystem der DRV Bund, das von dieser ohne Beteiligung der Leistungserbringer erarbeitet wird, anzuerkennen. Abs. 9 Nummer 2 sieht vor, dass die DRV Bund auch zu einem Vergütungssystem verbindliche Entscheidungen zu treffen hat.

Es ist nicht gewährleistet, dass das in § 15 Abs. 3 Satz 3 vorgesehene Vergütungssystem mit den einrichtungsindividuellen Konzepten, Leistungsanforderungen hinreichend verbunden ist. Wesentlich für die

Leistungserbringer ist es, sicherzustellen, dass die Zulassungsanforderungen nach § 15 Abs. 9 Nr. 1 auch im Rahmen des zu entwickelnden Vergütungssystems und in der einrichtungsindividuellen Vergütung zu einer leistungsgerechten Vergütung führen. Das klassische Open House-Modell geht davon aus, dass der Leistungsträger einen Vertrag entwickelt, bei dem die zu erbringende Leistung der vertraglich zugesagten Vergütung entspricht. Die Rehabilitationseinrichtungen haben in den letzten Jahren individuelle Leistungsprofile entwickelt, die sich in den einrichtungsbezogenen Versorgungs- und Vergütungsverträgen abbilden. Zudem müssen sich die tarifvertraglichen Vergütung sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in der Vergütung widerspiegeln. § 38 Absatz 2 SGB IX gilt entsprechend. Nur ein solches Vertragssystem ist geeignet, regionale, medizinische, patientenbezogene und weitere Besonderheiten der jeweiligen Leistungserbringung aufzunehmen, nicht hingegen ein Vergütungssystem, wie in Abs. 9 Ziffer 2 vorgesehen, dass einem einseitigen Preisdiktat entspricht. Von daher spricht deutlich mehr dafür, die von § 15 Abs. 9 vorgesehenen Themen in einem Rahmenvertrag zwischen Reha-Trägern und den Spitzenverbänden der Leistungsträger zu regeln, der auch Grundsätze der Vergütung formuliert, jedoch in einrichtungsbezogenen Verträgen umgesetzt wird.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird (auf S. 21) ausgeführt, dass die Höhe der Vergütung zukünftig nicht, wie bisher das Ergebnis von Verhandlungen ist, sondern das Ergebnis einer Bewertung der Leistungen der Reha-Einrichtungen anhand vorgegebener objektiver Kriterien. Nach Auffassung der BAGFW verkennt diese Vorgabe den Spielraum, den eine

Einrichtung bei der Erbringung von rehabilitativen Leistungen haben muss. Eine rehabezogene Diagnose auf der Basis der ICF determiniert kein rehabilitatives Behandlungsprogramm: Die rehabilitativen Maßnahmen müssen einzelfallspezifisch auf die jeweilige Problemkonstellation bezogen sein; hier verbieten sich deduktive Ableitungen zwischen Indikation und rehabilitativer Leistung. Zwar ist in der Begründung die Rede von einer „Vielzahl von ‚Reha-Produkten' (…), für die jeweils ein Vergütungssatz bestimmt wird" (S.21). Dies setzt jedoch nur voraus, dass nicht nur patientenseitig die fallspezifischen Bedarfe erkannt werden, sondern auch die einrichtungsbezogenen Besonderheiten vertragsindividuell beachtet werden.

Des Weiteren sollte, wie in anderen Leistungsgesetzen, unzweifelhaft klargestellt werden, dass entsprechende der Regelung in § 38 Abs. 2 SGB IX die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich gilt und anzuerkennen ist. § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3, in der auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verwiesen wird, ist entsprechend zu ergänzen.

Zu § 15 Abs. 9 (neu), hier: externe Qualitätssicherung

Derzeit unterliegen die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der

externen Qualitätssicherung. Die –ohne rechtliche Grundlage- abgeschlossenen Vereinbarungen der Reha-Träger geben den Einrichtungen keine Sicherheit, in der Inanspruchnahme durch die Reha-Träger so behandelt zu werden, wie bei Anwendung des jeweils anderen QS-Verfahrens[1].

In der Praxis werden Einrichtungen bzw. Fachabteilungen durchaus gehalten, sich an zwei Verfahren gleichzeitig zu beteiligen, weil die Qualitätssicherungsergebnisse aus dem jeweils anderen Verfahren vom jeweils anderen Träger nicht anerkannt bzw. berücksichtigt werden.

Zwei Verfahren der externen Qualitätssicherung, wie etwa im Bereich der orthopädischen Rehabilitation oder der Kinderrehabilitation, widersprechen dem Geist des SGB IX, erschweren die Transparenz für die Versicherten, verursachen doppelte Kosten bei den Reha-Trägern und führen zu erheblichen Problemen in der Praxis der Leistungserbringer.

Stattdessen wäre ein zwar einheitliches, aber flexibel ausgestaltetes und im SGB IX zu verankerndes Verfahren der Qualitätssicherung sinnvoll. Es sollte, wie es im SGB V-Bereich der Fall ist, zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern vertraglich vereinbart werden.

Sollte sich der Gesetzgeber sich diese Position nicht zu Eigen machen, plädiert die BAGFW entschieden dafür, Leistungserbringer,

Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfe und die Verbände der Menschen mit Behinderung frühzeitig in die Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung zu beteiligen. Ein bloßes Anhörungsrecht wie in Absatz 9 Satz 2 vorgesehen ist nicht ausreichend. Die zu beteiligenden Akteure sind bei den Entscheidungen ins Benehmen zu setzen.

In Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 ist völlig unklar, was unter einer „nachweislich besten Qualität“ zu verstehen ist. Dies ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Die Qualität einer Einrichtung hängt eng mit der Indikation bzw. den Nebenindikationen, die in Ziffern 3a und b vorgesehen sind, zusammen. Da Satz 1 der Nummer 3 die Qualitätsanforderungen benennt, ist eine gesonderte Nennung von Ziffer 3d) entbehrlich. Unklar ist des Weiteren, was „unabdingbare Sonderanforderungen“ in Ziffer 3c) bedeuten soll. Die Sonderanforderungen hängen einer Einrichtung hängen wiederum eng mit der Indikation zusammen. Diesen sollte in Punkt 3c) Rechnung getragen werden. Darüber hinaus kann es behindertenspezifische Sonderbedarfsregelungen geben. Zu streichen ist die Nummer 1e) „Entfernung zum Wohnort“, denn je nach Indikation und Fallkonstellation kann es durchaus sinnvoll sein, eine Rehabilitationseinrichtung in größerer Ferne zum eigenen Wohnort zu wählen.

Zu § 15 Abs. 9 (neu), hier: Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten

Nach § 15 Abs. 9 erfolgt sowohl die Entscheidung der DRV Bund bezüglich die Anforderungen für die Zulassung als auch zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, nach den die Belegung erfolgt, unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten nach § 8 SGB IX.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass in der verbindlichen Entscheidung auch festgelegt wird, dass die versicherte Person bereits bei der Beantragung der Leistung über das Wunsch- und Wahlrecht informiert wird. Im weiteren Verfahren wird ihm die Möglichkeit eines Vorschlagsrechts eingeräumt und er wird dabei vom Träger der Rentenversicherung fachlich unterstützt. Diese Bestimmungen werden von der BAGFW ausdrücklich unterstützt. Sie sollten explizit in den Gesetzestext aufgenommen werden. Im vorliegenden Gesetzentwurf bleibt unklar, in welchem Verhältnis das Wunsch- und Wahlrecht zu den Auswahlkriterien nach § 15 Abs. 9 Nr. 3 steht. Hier sollte klar- und sichergestellt werden, dass das Wunsch- und Wahlrecht vorrangig vor den in Ziffer 3 genannten Kriterien ist und sichergestellt werden muss.

Darüber hinaus sollten, wie auch im SGV V, die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt werden können.

Auf ein weiteres Problem soll aufmerksam gemacht werden: So sehr wir die Heraushebung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX begrüßen, stellt sich uns die Frage, welchen praktischen Stellwert dieses neben der von § 15 Abs. 9 Nr. 1 RefE intendierten engmaschigen Vorgabe von Zulassungsanforderungen hat. Der Entwurf lässt offen, inwieweit das hier verwirklichte Open House-Modell den Leistungserbringern Spielraum für die Umsetzung von individuellen Leistungskonzepten lässt. Je enger dieser Spielraum wird, desto mehr verengt sich auch der Spielraum der Leistungsberechtigten, bis nur noch die Auswahl des Leistungsortes verbleibt

Fazit:

Die BAGFW weist darauf hin, dass in dem in Diskussion befindlichen GKV IPREG ein anderer Weg beschritten wird: In der medizinischen Rehabilitation (und Vorsorge) in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen verständigen sich Krankenkassen und Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Rahmenempfehlungen (vgl. § 111 SGB V neu). Die Rahmenempfehlungen enthalten auch Grundsätze für die Vergütung. Dieser Regelungsweg wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt und sollte paradigmatisch für das medizinische Rehabilitationsrecht beschritten werden.

Wir machen mit großer Sorge darauf aufmerksam, dass es, sollte dieser Referentenentwurf Gesetzeskraft erlangen, in Zukunft sehr unterschiedliche Regelungen zum Verhältnis von Reha-Trägern und Leistungserbringern geben wird: Die Rahmenverträge im SGB V §, die Bestimmungen in § 15 SGB VI sowie das komplexe Leistungserbringungsrecht des SGB IX, das gemeinsame Empfehlungen, Rahmenverträge zwischen den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und der Reha-Einrichtungen (nach § 38 Abs. 4) (fakultativ) und Verträge zwischen Leistungserbringern und Reha-Trägern nach § 38 SGB IX vorsieht. Diese divergente Entwicklung ist angesichts einer Vielzahl von Reha-Trägern, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen und von Einrichtungen, die gleichzeitige Verträge mit unterschiedlichen Reha-Trägern haben sowie für die Rehabilitanden, die nach dem Anspruch des SGB IX für vergleichbare Ansprüche auch vergleichbare Leistungen erhalten sollen, nicht akzeptabel. Das Rehabilitationswesen droht in einen Zustand des zersplitterten Rechts vor Schaffung des SGB IX zurückzufallen. Dieser Entwicklung gilt es dringend entgegen zu wirken.

Diese Diagnose spricht dafür, dass anstelle neuer spezialgesetzlicher Regelungen in SGB V und VI das SGB IX als trägerübergreifender Rahmen weiterzuentwickeln ist, um in Rahmenverträgen der beteiligten Akteure (Reha-Träger und Spitzenverbände der Leitungserbringer) Fragen der Zulassungskriterien, Grundsätze der Vergütung und sozialmedizinische Kriterien für die Belegung zu bestimmen. Das hätte zudem den Vorteil, die Selbstverwaltung als gemeinsame Selbstverwaltung von Reha-Trägern und Leistungserbringern im Rahmen des sozialrechtlichen

Dreiecksverhältnisses zu gestalten.

---

[1] Gemeinsame Erklärung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung, des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Bundesknappschaftüber eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation Oktober 1999 und Vereinbarung des GKV-Spitzenverbands und der Träger der Deutschen Rentenversicherung Oktober 2013

Dateien

Stellungnahme MedRehaBeschG
112 KB

Zum Seitenanfang