

## **Positionspapier zum Weiterentwicklungsbedarf des SGB IX**

Aus Sicht der AG MedReha sind trägerübergreifende Regelungen zur Koordination und Kooperation der Leitungsträger sowie zur Konvergenz der Rehabilitationsleistungen grundsätzlich weiterhin im SGB IX zu verorten. Diese Regelungen sollten zukünftig allerdings verbindlicher ausgestaltet werden. Darüber hinaus sollten die Beteiligungsrechte der Spitzenverbände der Leistungserbringer bei einer Überarbeitung aus SGB IX gestärkt werden. Vorschläge der AG MedReha sind im Einzelnen:

### **Geltungsbereich des SGB IX**

Das SGB IX muss aus Sicht der AG MedReha das maßgebliche und übergeordnete Gesetz für Teilhabeleistungen sein. Von daher sind abweichende Regelungen in anderen Leistungsgesetzen zu streichen bzw. entsprechend anzupassen. Die aktuelle Formulierung von § 7 SGB IX erschwert die Koordination der Leistungen und des Leistungsgeschehens. Das SGB IX sollte dahingehend präzisiert werden, dass der Vorbehalt abweichender Regelungen in den jeweiligen Leistungsgesetzen zukünftig entfällt.

### **Bundesausschuss für Rehabilitation**

Die AGMedReha begrüßt den Vorschlag, einen Bundesausschuss für Rehabilitation einzurichten. Dieser sollte insbesondere dafür zuständig sein, trägerübergreifend für alle Reha-Träger verbindliche Regelungen zur Bedarfsfeststellung, zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltung der Leistungen, zum Schnittstellenmanagement und den Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen.

Dringend erforderlich ist es, darüber auch die Mitentscheidungsrechte der Betroffenen und der Leistungserbringer der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation fest zu verankern. Ein entsprechender Vorschlag, der als § 13 a in das SGB IX integriert werden könnte, liegt bei (s. **Anlage 1**).

### **Koordination der Leistungen im Einzelfall**

Die Rehabilitationsträger sollen zur Koordination der erforderlichen Leistungen verpflichtet werden. Die Verantwortung zur Koordination sollte bei komplexen Fallgestaltungen bei demjenigen Leistungsträger liegen, der für die Erbringung der umfassendsten Leistung zuständig ist. Eine generelle Verortung der Fragen der Koordination von Rehabilitationsleistungen in einem Bundesteilhabegesetz lehnt die AG MedReha ab, vielmehr sind trägerübergreifende Regelungen im SGB IX zu treffen.

## **Bedarfsfeststellung**

Es bedarf einer einheitlichen teilhabeorientierten Bedarfsfeststellung unter Nutzung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Hierzu ist zusätzlich auch die verbindliche Orientierung an der ICD erforderlich. Entsprechende Instrumente zur Bedarfsfeststellung sollten in allen Sektoren, in denen Menschen mit Rehabilitationsbedarfs anzutreffen sind (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Betriebe, Jobcenter) zur Anwendung kommen. Es empfiehlt sich, hierzu gestufte und aufeinander abgestimmte Verfahren (allgemeine und spezifische Screeningverfahren, Diagnoseinstrumente und Assessmentverfahren) einzusetzen.

## **Zugang zu Leistungen**

Es sollten für alle Reha-Leistungsträger verbindliche Tatbestände festgelegt werden, bei denen regelhaft eine medizinische Rehabilitationsleitung zu erbringen ist. Die frühzeitige Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und der nahtlose Zugang zu diesen sind zu fördern.

## **Qualitätssicherung**

Die Reha-Qualitätssicherung sollte trägerübergreifend einheitlich und abschließend in § 20 SGB IX geregelt werden. Die Beteiligung der Spitzenverbände der Leistungserbringer ist hierbei erforderlich. Zielsetzung sollte es zudem sein, ein einheitliches Qualitätssicherungsverfahren der Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation zu schaffen und hierbei die Struktur-, Prozess-, und insbesondere auch die Ergebnisqualität angemessen zu berücksichtigen.

## **Transparente Leistungsorganisation nach dem Gebot der Gleichbehandlung**

Die Wettbewerbsneutralität der Auswahl- und Belegungsentscheidungen der Rehabilitationsträger sowie die Gleichbehandlung aller geeigneten Leistungsanbieter müssen sichergestellt sein. Dies erfordert auch eine neutrale Beratung im Vorfeld der entsprechenden Rehabilitationsleistung sowie eine transparente und qualitätsorientierte Fallsteuerung durch die Leistungsträger.

## **Verträge mit Leistungserbringern**

§ 21 Abs. 2 SGB IX sollte dahingehend abgeändert werden, dass die Rehabilitationsträger verpflichtet werden, die Inhalte der Verträge sowie Rahmenverträge mit den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen zu vereinbaren. Dies

umfasst auch Grundsätze zur Vereinbarung von Vergütungen. Das Vergütungssystem muss neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten der Leistungserbringer sowie Anpassungen der Mitarbeitervergütungen entsprechend der jeweils vereinbarten tarifvertraglichen Vergütungssätze berücksichtigen.

Für Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Verträgen sollte eine Schiedsstellenregelung im SGB IX geschaffen werden.

### **Wunsch- und Wahlrecht**

Es bedarf einer eindeutigen Regelung des Wunsch- und Wahlrechts. Spezialgesetzliche Ausführungen zum Wunsch- und Wahlrecht müssen gestrichen und stattdessen in den Spezialgesetzen eine Verweisung auf das SGB IX vorgenommen werden. Es muss klargestellt werden, dass die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts generell ohne die Zahlung von Mehrkosten erfolgt.

### **Persönliches Budget**

Das persönliche Budget kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn es sich um komplexe Fallkonstellationen handelt, an denen mehrere Leistungsträger beteiligt sind. Zur Umsetzung des persönlichen Budgets müssen für derartige Fälle differenzierte Regelungen hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen der Reha-Träger geschaffen werden. Es sollte zudem geprüft werden, ob das multiprofessionelle, trägerübergreifende Reha-Management selbst als Leistung ausgestaltet werden kann.

### **Case-Management**

Für die nahtlose Gestaltung von Übergängen an den verschiedenen Schnittstellen, welche den Zugang zur Rehabilitation und den postrehabilitativen Verlauf betreffen, ist ein Case-Management erforderlich. Hierfür sind verbindliche Regelungen hinsichtlich der Zuständigkeit der Leistungsträger und der Finanzierung zu schaffen.

### **Reha-Statistik**

Die AGMedReha unterstützt die Einführung einer eigenständigen Reha-Statistik. Für erforderlich sieht sie hierbei eine Trennung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie von Vorsorge- und Rehabilitationsfällen an. Zudem sollte die Reha-Statistik indikationsbezogen aufgebaut sein. Entsprechende Vorschläge hierzu sind in **Anlage 2** enthalten.

## Anlage 1

### **§ 13a Bundesausschuss für Rehabilitation**

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen bilden einen Bundesausschuss für Rehabilitation. Der Bundesausschuss für Rehabilitation ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und jeweils fünf Vertretern der Rehabilitationsträger, der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie der Verbände behinderter Menschen. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am xx.xx.xxxx beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum xx.xx.xxxx vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einer Rehabilitationseinrichtung beschäftigt waren. Haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Bundesausschuss für Rehabilitation. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei

Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit sechs Jahre. Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.

(3) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 tragen die Kosten des Bundesausschuss für Rehabilitation mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder.

(4) Der Bundesausschuss für Rehabilitation beschließt eine Geschäftsordnung, in der sie Regelungen zur Arbeitsweise der Reha-Kommission insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Gemeinsamen Empfehlungen durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Bundesausschuss für Rehabilitation trifft.

Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Die Beschlüsse des Bundesausschuss für Rehabilitation sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(6) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich. Die nichtöffentlichen Beratungen des Bundesausschuss für Rehabilitation, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(7) Die Aufsicht über den Bundesausschuss für Rehabilitation führen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

## Anlage 2

### **Aufbau einer Statistik für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)**

#### **Aktuelle Statistiknormen für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)**

- § 79 SGB IV (Statistiken der Sozialversicherung, näheres wird in allg. Verwaltungsvorschriften geregelt (Absatz 2))
- § 23 IV 2 SGB V, § 24 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 40 II 3 SGB V, § 41 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 28 KHG iVm §§ 1, 3 KHStatV (Grunddaten, Diagnosen)
- KSVwV (enthält KJ 1 und KG 5)
- RSVwV
- Erlass des BMGS vom 9.12.1985 für UV

#### **Vorschlag:**

Eine Statistiknorm im SGB IX und Erlass einer Rehabilitationsstatistikverordnung.  
Streichung der einzelnen rehabilitationsspezifischen Normen in den verschiedenen Gesetzen/Verordnungen mit Ausnahme des § 79 SGB IV.

#### **Welche Daten sollen erhoben werden**

Unterscheidung:

- I. **Vollerhebung bei den Einrichtungen** nach Muster der KHStatV erweitert um
  - Ambulante Einrichtungen, teilstationäre Einrichtungen
  - Getrennt nach Vorsorge- und/oder Rehabilitations- **sowie Nachsorge**einrichtung
  - Getrennt nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO
  - Vollerhebung auch bei den Diagnosedaten (derzeit nur über 100 Betten)
- II. **Erhebung bei den einzelnen Rehabilitationsträgern** nach Muster der RSVwV und KSVwV:
  - **Anträge auf Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation **sowie Nachsorge** und ihre Erledigung unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
  - **Bewilligte Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation **sowie Nachsorge** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch

- **Abgeschlossene Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation **sowie Nachsorge** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
- **Leistungsausgaben** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; **Nachsorge**; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
- **Leistungstage** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; **Nachsorge**; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch sowie unterschieden nach reguläre Beendigung/alle/planmäßige Beendigung (Entlassformen 1, 2, 3, 7 des Reha-Entlassberichts)

#### **Regelungserfordernisse:**

- I. Die statistische Erhebung bei den Vorsorge- und Rehabilitations- **und Nachsorge**einrichtungen muss differenzierter erfolgen.
- II. Die Datenerhebung über das Leistungsgeschehen aller Träger der medizinischen Rehabilitation muss einheitlich erfolgen.

#### **Gesetzesvorschlag:**

##### **Zu I.)**

##### **1. § 1 Absatz 1 Nr. 1 KHStatV wird wie folgt geändert:**

„die Krankenhäuser, **Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitations sowie Nachsorge - einrichtungen**, ihre organisatorischen Einheiten, ihre personelle Besetzung und sachliche Ausstattung sowie ihre Leistungen,

#### **Begründung:**

Die Rehabilitationsdaten der Einrichtungen werden zur Zeit analog der Krankenhausdaten aufgrund einer Statistikregelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG erhoben. Dabei wird nicht zwischen Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtung **sowie Nachsorgeeinrichtung** unterschieden.

Mit der Änderung kann die Datenerhebung differenziert nach Vorsorge- und Rehabilitations- **sowie Nachsorgeeinrichtungen** erfolgen.

**2. § 3 KHStatV wird wie folgt geändert:**

„2. Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Verträge nach § 111, **111a** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **§ 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch** oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung.“

„14. **aus dem Krankenhaus mit mehr als 100 Betten oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, ...“

**Begründung:**

Derzeit erfolgt keine Differenzierung nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO. Mit der Änderung in Nr. 2 können Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sowie Einrichtungen der Renten- und Unfallversicherung gesondert erfasst werden.

Derzeit werden Diagnosedaten nur für Einrichtungen mit über 100 Betten erhoben. Die erhobenen Daten sind somit nur bedingt aussagekräftig. Mit der Änderung in Nr. 14 wird eine Vollerhebung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreicht. Dies ist aufgrund vieler kleinerer Einrichtungen sachgerecht.

Zu II.)

**3. Im SGB IX wird folgende Norm eingefügt:**

„(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 4 führen nach Geschlecht differenzierte indikationsspezifische statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation **und Nachsorge** sowie deren Erledigung, bewilligte und durchgeführte Maßnahmen, Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen und Leistungstage durch.

(2) Das Nähere wird durch eine allgemeine Verwaltungsvorschrift geregelt.“

**Begründung:**

Daten der Rehabilitationsträger werden aufgrund der einzelnen Leistungsgesetze mit unterschiedlicher Abfrage erhoben. Eine einheitliche Statistik besteht nicht. Die neue Norm bietet eine einheitliche Grundlage für die Erhebung von Daten durch die Rehabilitationsträger und schafft damit mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger.

**4. § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird gestrichen.**

**Begründung:**

Folgeänderung zu Nr. 3: Die Erforderlichkeit einer speziellen Erhebungsgrundlage im SGB V entfällt durch eine einheitliche Norm im SGB IX.