

## **Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs – Medizinisches Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG)**

### **1. Vorbemerkung**

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt die Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, eine rechtliche Grundlage für die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung – in Übereinstimmung mit den Regeln des (europäischen) Vergaberechts und unter Beachtung des Rechts der Selbstverwaltung – zu schaffen. Entsprechende Regelungen zur Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen, zur Finanzierung der Leistungen und zur Belegungssteuerung müssen die Innovationsfähigkeit und Weiterentwicklung der differenzierten und bedarfsorientierten Rehabilitationsangebote fördern und deren leistungsgerechte Finanzierung sicherstellen. Vom Grundsatz her hält der FVS es deshalb für erforderlich, im Gesetz auch die unterschiedlichen Leistungsformen (ganztätig) ambulante und stationäre Rehabilitation sowie deren Kombination zu verankern.

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

### **2. Stellungnahme im Einzelnen**

#### **§ 15 Absatz 3 (1) Nr. 2**

Ergänzungsvorschlag:

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

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

Deutschen Rentenversicherung belegt werden, zukünftig an beiden QS-Verfahren teilnehmen müssten. Damit wäre ein erheblicher Mehraufwand verbunden.

### **§ 15 Absatz 3 (1) Nr. 3**

Vorschlag: Streichung

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

### **§ 15 Absatz 3, letzter Absatz**

Ergänzungsvorschlag Satz 2:

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

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

### **§ 15 Absatz 3 (4)**

Änderungsvorschlag Satz 1:

„Mit der Zulassungsentscheidung wird die Rehabilitationseinrichtung **für die Dauer der Zulassung** zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen.“

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

Bislang hat die Zulassungsentscheidung durch den Rentenversicherungsträger für die Rehabilitationseinrichtung eine unbefristete Gültigkeit. Diese kann widerrufen werden, wenn die Rehabilitationseinrichtung nicht mehr die objektive Eignung hinsichtlich der qualitativen Anforderungen erfüllt. Zur Überprüfung der Geeignetheit werden u.a. Visitationen durch den Rentenversicherungsträger durchgeführt.

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

Begrüßt wird, dass bei der Zulassungsentscheidung nicht zwischen Rehabilitationseinrichtungen, die vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden, unterschieden werden soll.

### **§ 15 Absatz 3 (5), letzter Satz**

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

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

### § 15 Absatz 3 (6)

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

### § 15 Absatz 3 (7)

Begrüßt wird, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund dazu verpflichtet wird, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen. Dies dient als Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung durch Träger der Rentenversicherung, wie auch der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch den Versicherten. Voraussetzung für verlässliche Informationen ist allerdings, dass die QS-Daten möglichst aktuell und valide sind sowie verschiedene Qualitätsdimensionen umfassen. Hierzu sehen wir noch deutlichen Entwicklungsbedarf des QS-Verfahrens der DRV, auch müssen regelmäßige Visitationen Bestandteil desselben sein. Auf das Problem der unterschiedlichen QS-Verfahren von DRV und GKV und damit verbundene Auswirkungen für Qualitätsportale der Leistungsträger wird nochmals verwiesen.

### § 15 Absatz 3 (8)

Ergänzungsvorschlag:

„Die Rehabilitationseinrichtung hat gegen den jeweiligen Träger der Rentenversicherung einen Anspruch auf **eine angemessene und leistungsgerechte** Vergütung gemäß Absatz 9 Satz 1 Nr. 2 der gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen. Der federführende Träger der Rentenversicherung vereinbart mit der Rehabilitationseinrichtung **einen angemessenen und leistungsgerechten** Vergütungssatz. **Die Bezahlung einer tarifvertraglichen Vergütung sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.**“

Kommentar: In diesem Zusammenhang weisen wir nachdrücklich darauf hin, dass für eine transparente, leistungsgerechte und diskriminierungsfreie Vergütungssystematik, die auf der Berechnung eines indikationsspezifischen Basispreises beruht, nicht die Marktpreisbandbreite der aktuellen Vergütungssätze im Bereich der DRV (bzw. deren Mittelwert) herangezogen werden kann. Vielmehr erfordert eine leistungsgerechte und transparente Berechnung der Kosten die Berücksichtigung der IST-Kosten auf Basis der entsprechenden Qualitäts- und Strukturanforderungen der Leistungsträger. Hierzu gehört im Übrigen auch die Berücksichtigung des Investitionsbedarfs und des Unternehmerrisikos (s. Brosius-Gersdorf, Gersdorf: Angemessene Vergütung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung. Berlin 2018). Entsprechende Gutachten zur Berechnung einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung liegen vor (aktiva 2012, 2015, 2019), die im Auftrag der AG MedReha erstellt wurden. Diese sind dem BMAS bekannt. Aus Sicht des FVS sind zudem entsprechende Verhandlungsspielräume bei der Festsetzung der einrichtungsbezogenen Vergütung unter Berücksichtigung konzeptioneller und einrichtungsspezifischer Besonderheiten notwendig. Hierbei sind auch regionale Faktoren (z.B. unterschiedliche Personalkosten für Fachkräfte, Miet-/Investitionskosten in Ballungsräumen) und - angesichts des zunehmendem Fachkräftemangels - deutlich steigende Personalkosten zu berücksichtigen.

Zudem müssen Leistungen zur Teilhabe sich gemäß SGB IX am individuellen Bedarf ausrichten. Von daher ist eine Flexibilität bei der inhaltlichen Ausrichtung der Behandlungskonzepte und damit auch der darauf basierenden Vergütungssätze erforderlich.

### § 15 Absatz 3 (9a) neu

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

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

### § 15 Absatz 3 (9) Nr. 2

Ergänzungsvorschlag:

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

- a) die Indikation,
- b) die Form der Leistungserbringung, ~~und~~
- c) spezifische konzeptionelle Aspekte und besondere medizinische, **therapeutische und teilhabebezogene** Bedarfe **und**
- d) **regionale Spezifika.**“

### § 15 Absatz 3 (9) Nr. 3

Ergänzungsvorschlag:

„... dabei sind insbesondere

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

Erläuterung:

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

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

Darüber hinaus ist die Entfernung zum Wohnort insbesondere im Indikationsbereich der Suchterkrankung für sich genommen kein eigenständiges Kriterium für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung. Vielmehr ist in diesem Fall vor dem Hintergrund des Einzelfalls zu entscheiden, ob eine wohnortferne oder wohnortnahe Behandlung besser geeignet ist, den Rehabilitations- und Genesungsprozess zu unterstützen.

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

### § 15 Absatz 3 (9), letzter Absatz

Der letzte Satz sollte wie folgt geändert und ergänzt werden:

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

Abschließender Hinweis:

Zu berücksichtigen ist zudem (ggf. in der Begründung), dass bei der Sonderform der ambulanten Reha Sucht ein einheitlicher Vergütungssatz von Renten- und Krankenversicherung gezahlt wird und in diesem Bereich eine Sonderregelung hinsichtlich der Finanzierung und der Festlegung der Qualitätsanforderungen besteht.

Ansprechpartner für Rückfragen:

*Dr. Volker Weissinger*  
*Geschäftsführer*  
*Fachverband Sucht e.V.*  
*Walramstraße 3*  
*53175 Bonn*  
*Telefon: 02 28/26 15 55*  
[v.weissinger@sucht.de](mailto:v.weissinger@sucht.de)