

17.05.2016

Stellungnahme
der AG MedReha zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen
mit Behinderung - Bundesteilhabegesetz

A) Grundsätzliche Aspekte

Die AG MedReha nimmt hiermit zu ausgewählten Aspekten des Referentenentwurfes, welche insbesondere die medizinische Rehabilitation betreffen, Stellung.

Aus Sicht der AG MedReha wird es begrüßt, trägerübergreifende Regelungen zur Koordination und Kooperation der Leistungsträger sowie zur Konvergenz der Rehabilitationsleistungen zukünftig noch verbindlicher auszugestalten. Allerdings ist dabei darauf zu achten, dass diese Regelungen in der Realität auch gut umsetzbar sind und im Sinne der betroffenen Menschen die Koordination unter den Leistungsträgern und ein möglichst reibungsloser Ablauf dadurch gestärkt werden.

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

Darüber hinaus sollten die Beteiligungsrechte der Spitzenverbände der Leistungserbringer und die rechtlichen Möglichkeiten der Leistungserbringer im Rahmen des BTHG gestärkt werden. Dies betrifft insbesondere die § 37 und § 38 des Gesetzesentwurfs, zu denen nachfolgend ausführlich Stellung genommen wird.

B) Änderungsvorschläge zu einzelnen Aspekten

§ 37 Qualitätssicherung

Entwurf

Die wesentlichen Inhalte zur Qualitätssicherung entsprechen im Grundsatz dem bisherigen § 20 SGB IX. Mit dem Absatz 4 ist eine zusätzliche Regelung geschaffen worden, die es den Rehabilitationsträgern ermöglicht, höhere Qualitätsanforderungen festzulegen und damit nur Einrichtungen als geeignet anzuerkennen, die diesen (höheren) Ansprüchen genügen (siehe Gesetzesbegründung).

Bewertung

Die alte wie die neue Vorschrift regelt in den Absätzen 1 und 2 grundlegende Anforderungen an die Leistungserbringer in der Qualitätssicherung (Sicherung und Weiterentwicklung der Leistungen) und im Qualitätsmanagement (QM-System, Verfahren und Zertifizierung). Dies schafft für alle Einrichtungen, die diese Anforderungen erfüllen, im Rahmen des Zulassungssystems die grundsätzliche Voraussetzung zur Teilnahme am Leistungserbringungsprozess. Eine Belegungsgarantie seitens der Leistungsträger ist damit nicht verbunden.

Einerseits kann diese Möglichkeit, zusätzliche Qualitätsanforderungen zu vereinbaren, von den Rehabilitationsträgern als ein flexibles Instrument genutzt werden, um auf spezifische Anforderungen und Bedarfe in der Leistungserbringung reagieren zu können. Andererseits wird dem Leistungsträger durch diese neue Vorschrift zu den höheren Qualitätsanforderungen ein zusätzliches Instrument zur Qualitätssteuerung aber auch zur Marktsteuerung und -bereinigung zur Verfügung gestellt. Dadurch wird die bislang schon einseitige Position der Leistungsträger gegenüber den Leistungserbringern weiter gestärkt und die Kalkulierbarkeit des Leistungsrahmens bei den Leistungserbringungen weiter eingeschränkt.

Des Weiteren besteht die berechtigte Sorge, dass mit der angedachten Regelung die bundesweit einheitlichen QS-Verfahren für die Bereiche der GKV und DRV in ihrer Bedeutung abgewertet werden. Wenn zukünftig die verschiedenen Leistungsträger einseitig mit einzelnen Einrichtungen Qualitätssicherungsinstrumente vereinbaren können, verlieren die z.T. in gemeinsamen Gremien (hier: SGB V Bereich) vereinbarten Qualitätssicherungsinstrumente ihren grundlegenden Charakter und spielen damit zukünftig immer mehr eine untergeordnete Rolle. Die Leistungsträger könnten ihre Vorstellungen ohne Abstimmung in bundesweiten Gremien über den neuen Weg in die Praxis umsetzen, bzw. sogar den Einsatz zusätzlicher QS-Instrumente von den einzelnen Einrichtungen fordern, die in bundesweiten Gremien bislang keine ausreichende Akzeptanz gefunden haben.

Hinzu kommt, dass in der medizinischen Rehabilitation durch die Qualitätssicherungsprogramme von DRV und GKV sowie durch die gesetzliche Zertifizierungspflicht der QM-System bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau in den Einrichtungen entwickelt und festgeschrieben wurde, das in anderen Bereichen des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens nicht annähernd erreicht wird. Daher sollte mit der Option zur Vereinbarung zusätzlicher Qualitätsanforderungen vorsichtig umgegangen werden und der tatsächliche Nutzen für die Rehabilitanden sorgfältig geprüft werden.

Lösungsvorschlag

Um die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen auf einem hohen und vergleichbaren Niveau zu halten, sollte § 37 Abs. 4 gestrichen werden.

Wenn zusätzliche Qualitätsanforderungen für erforderlich gehalten werden, bedarf es klarer Regelungen der Verfahrensebene. Es muss festgelegt werden, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen Leistungsträger höhere Anforderungen an die Qualität stellen können. Dies geht über die Vereinbarung der Rehabilitationsträger mit Einrichtungen, die Leistungen erbringen, hinaus und muss die verbandliche Vertretung der Einrichtungen einbeziehen. Um dies zu gewährleisten schlagen wir eine zusätzliche Formulierung in der Bestimmung vor. Darüber hinaus ist der Formulierungszusatz "...und das Qualitätsmanagement" zu streichen, da die Anforderungen an das Qualitätsmanagement standardisiert sind und für alle einheitlich sein müssen.

§ 37 Abs. 4 SGB IX (neu): Die Rehabilitationsträger können mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer über Absatz 1 hinausgehende Anforderungen an die Qualität vereinbaren. Zusätzliche Vereinbarungen an die Qualität werden gesondert refinanziert.

BTHG § 38 Verträge mit Leistungserbringern

Entwurf

Die wesentlichen Inhalte zu den Verträgen mit Leistungserbringern entsprechen im Grundsatz dem bisherigen § 21 SGB IX. Neu eingefügt wurde der Absatz 2 zur Akzeptanz von Tarifverträgen bei der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung. Im Absatz 3 wurde der Hinweis auf die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eingefügt, die ‚Kann-Bestimmung‘ zum Abschluss von Rahmenverträgen wurde beibehalten. Der alte Absatz 3, der auf die Zertifizierungsverpflichtung als Grundlage für die Eignung von Diensten und Einrichtungen hinweist, wurde in den neuen § 37 Absatz 3 übernommen.

Bewertung

Die Aufnahme des Absatzes 2 und damit die Anerkennung von Tariflöhnen durch die Rehabilitationsträger bei Vergütungsverhandlungen ist eine wichtige Ergänzung zur Sicherstellung der Refinanzierung von Personalkosten durch die Vergütungen. Zudem ist aber auch notwendig, dass erforderliche Investitionen und Strukturkosten über die Vergütungen refinanziert werden.

Der Hinweis auf die Grundsätze der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Absatz 3 darf nicht nur aus der Perspektive der Rehabilitationsträger verstanden werden. Insbesondere die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Reha-Leistungen lässt sich nur sicherstellen, wenn den Leistungserbringern eine mittelfristig auskömmliche Finanzierung zur Verfügung gestellt wird. In diesem Zusammenhang sind zwei Seiten der aktuellen Finanzierungskrise der Reha-Einrichtungen zu beachten: Zum einen wurden in den vergangenen Jahren die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer auf ein (verglichen mit anderen Leistungsbereichen des Sozial- und Gesundheitswesens) überdurchschnittliches formales Niveau angehoben. Zum anderen erfolgte gleichzeitig eine nur mäßige Anpassung der Vergütungen. Daraus hat sich eine erhebliche Finanzierungslücke bei den meisten Einrichtungen von rund 10% entwickelt, die aktuell zu einem Investitionsstau und zur Schließung von Einrichtungen führt, die trotz guter Auslastung nicht mehr wirtschaftlich arbeiten können. Mittelfristig sind dadurch gewachsene Versorgungsstrukturen gefährdet und damit auch die Möglichkeit, Rehabilitanden flächendeckend wirksame Behandlungsangebote zu machen.

Es fehlt weiterhin in der Systematik des Leistungserbringungsrechts ein angemessener Interessenausgleich zwischen den Anforderungen der Leistungsträger und den betrieblichen Notwendigkeiten auf Seiten der Leistungserbringer. Nur durch einen solchen Interessenausgleich kann das hochwertige Leistungsangebot im Bereich der medizinischen Rehabilitation nachhaltig abgesichert werden.

Lösungsvorschlag

- a) § 38 Absatz 3 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.
- b) Für Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesen Verträgen ist zusätzlich eine **Schiedsstellenregelung** zu schaffen, um den Interessenausgleich im Einzelfall sicherzustellen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum bspw. im SGB V Schiedsstellen für den Bereich der GKV gesetzlich vorgegeben werden, eine analoge Regelung jedoch für den Bereich der Deutschen Rentenversicherung im SGB VI oder SGB IX fehlt.

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), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), 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.