

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs – Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 02.03.2020

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) will mit dem Gesetzentwurf die bisherigen Regelungen zur Zulassung von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung mit dem Vergaberecht vereinen sowie das Verhältnis von Übergangsgeld während einer Rehabilitation und Arbeitslosengeld II besser abgrenzen. Wesentliche Neuerungen sind:

Die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt bisher in zwei Stufen: In einer ersten Stufe werden Einrichtungen mit der notwendigen Eignung in einem sogenannten offenen Zulassungsverfahren ohne vorherige Ausschreibung als Leistungserbringer einer medizinischen Rehabilitation zugelassen. In der zweiten Stufe wählt der Rentenversicherungsträger die Einrichtung für die konkrete Maßnahme für einen Patienten aus.

Die Neuregelung betrifft beide Stufen. Dazu beabsichtigt das BMAS, objektiv festgelegte Anforderungen für die Zulassung im Gesetz festzuschreiben. Insbesondere soll die Deutsche Rentenversicherung Bund bis zum 31.12.2025 ein einheitliches Vergütungssystem für die Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen entwickeln. Zugelassen wird dann nur die Einrichtung, die dieses Vergütungssystem akzeptiert. Für die zweite Stufe soll das SGB VI einen Katalog an objektiven Kriterien erhalten, anhand derer die Rehabilitationseinrichtung ausgewählt wird. Der Rehabilitationsträger wird verpflichtet, das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten aus § 8 SGB IX zu beachten.

Weitere Neuregelungen betreffen das Übergangsgeld während einer Rehabilitationsmaßnahme oder einer anderen Maßnahme: Das Übergangsgeld soll davon abhängig gemacht werden, dass die Maßnahme nicht berufsbegleitend in Anspruch genommen werden kann.

Das Übergangsgeld soll für Bezieher von Arbeitslosengeld II wegfallen, da der Anspruch auf Arbeitslosengeld II auch während der Rehabilitationsmaßnahme weiter besteht. Ein finanzieller Nachteil entsteht nicht, da auch bisher das Übergangsgeld auf „die Höhe des Arbeitslosengeldes II“ begrenzt ist. Es entfällt lediglich die Kostenerstattung zwischen den Trägern der Rentenversicherung, die das Übergangsgeld zunächst zahlen, und dem Träger des Arbeitslosengeldes II. Die Bezieher von Arbeitslosengeld II sollen Übergangsgeld bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch einen Rentenversicherungsträger erhalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt die Angleichung des Zulassungsverfahrens für Rehabilitationseinrichtungen im Bereich der Rentenversicherungsträger an das europäische Vergaberecht. Schon aus Gründen der Transparenz und geringerer Angreifbarkeit ist diese Angleichung geboten.

Derart kleinere Anpassungen greifen jedoch zu kurz. Der VdK setzt sich für eine Reform von Grund auf des Systems und des Rechts der medizinischen Rehabilitationsleistungen ein. Eine erfolgreiche Rehabilitation hat große positive Wirkung für alle: Der Arbeitgeber profitiert von einem gesunden und motivierten Mitarbeiter. Der Sozialversicherungsträger verringert seine Folgekosten für diesen Patienten. Und der Einzelne kann auf eine gesündere Zukunft

im Arbeitsleben und in der Freizeit schauen. Rehabilitation hilft darüber hinaus, Pflegebedürftigkeit und Behinderung zu verhindern. Sozialwissenschaftliche Studien zeigen, dass jeder in eine erfolgreiche Rehabilitation investierte Euro eine Rendite von rund drei Euro erzielt. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit kann auch ein Jahr nach der Maßnahme bei mehr als der Hälfte der Patienten beobachtet werden. Damit bringt eine erfolgreiche Rehabilitation dem Einzelnen, seinem Arbeitgeber und der Volkswirtschaft viel Geld.

Ziel der Reform muss ein einheitlicher Kostenträger, eine einheitliche Anspruchsgrundlage mit einem Direktzugang und einem zwingend zu beachtenden Wahlrecht des Patienten sein. Derzeit gibt es eine Vielzahl von Trägern mit einer Vielzahl von Vorschriften. Acht verschiedene mögliche Kostenträger gewähren Rehabilitationsmaßnahmen mit zum Teil abweichenden Regelungen in sieben Büchern des Sozialgesetzbuches.

Der VdK fordert eine einheitliche Anspruchsgrundlage in einem Sozialgesetzbuch, die sich an einen Leistungsträger der Sozialversicherung richtet.

Das Wunsch- und Wahlrecht des Rehabilitanden wird bisher nicht ausreichend beachtet. Obwohl dieses Recht ausdrücklich in § 8 SGB Abs.1 IX geregelt ist, weist der Sozialversicherungsträger den Platz für eine Rehabilitationsmaßnahme zu. Dies geschieht oft nach Kostengesichtspunkten. Mehrkosten muss der Patient zum Beispiel bei einer Maßnahme der Krankenkasse tragen, nach Inkrafttreten des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) noch zur Hälfte. Maßstab darf aber nicht die „billigste Maßnahme“, sondern im Interesse aller die „beste Maßnahme“ sein. Profitorientierung ist bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung fehl am Platz. Bei der Bewilligung einer Maßnahme wird es künftig auch ein Auseinanderfallen der Voraussetzungen geben. Durch das IPReG soll eine Inanspruchnahme geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen allein auf Verordnung des Vertragsarztes möglich werden. Fehlentwicklungen sind wahrscheinlich, wenn zum Beispiel eine geriatrische Rehabilitation bei der gesetzlichen Krankenkasse anstelle einer onkologischen Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger durchgeführt wird, weil die geriatrische Maßnahme leichter zu erreichen ist.

Gleichzeitig muss das Wunsch- und Wahlrecht des Patienten durch ein Fallmanagement des Sozialversicherungsträgers gestärkt werden. Der einzelne Patient, der keine Übersicht über die Rehabilitationseinrichtungen und freien Plätze hat, bedarf hier eines Ansprechpartners, der dem Patienten eine Auswahl nach Leistungen, Ort und Zeitraum vorschlägt. Der Fallmanager des Sozialversicherungsträgers muss auch indikationsübergreifende Rehabilitationsmaßnahmen erfassen und vorschlagen. Wenn zum Beispiel ein gehbehinderter Herzpatient allein eine kardiologische Rehabilitationsmaßnahme erhält, bleibt rund die Hälfte seiner Beschwerden ohne Gesundungsmöglichkeit. Darüber hinaus gerät der Erfolg der Maßnahme in Gefahr, da der Patient sich ggf. nicht ausreichend wahrgenommen fühlt und die Maßnahme insgesamt ablehnt. Außerdem können Synergieeffekte durch die Rehabilitation mehrerer gesundheitlicher Beschwerden genutzt werden: die Maßnahme für eine Wiederherstellung der Gehfähigkeit wird oft auch dem Herzen nutzen.

Die Barrierefreiheit der Einrichtungen ist besonders wichtig. Die Sozialversicherungsträger sind verpflichtet, die Rehabilitationsmaßnahme barrierefrei durchführen zu lassen (§ 17 Abs. 1 Nr. SGB I). Dennoch gibt es immer noch zu viele Einrichtungen, in denen Menschen mit Beeinträchtigungen nicht alle Räume oder Maßnahmen aufgrund fehlender Barrierefreiheit

nutzen können. Schon ein Treppenabsatz reicht zum Beispiel aus, damit Menschen mit Rollator oder Rollstuhl nicht in den Raum der Maßnahme gelangen können. Frustration und Abwesenheit bei den Maßnahmen können die Folge sein. Beides gefährdet den Erfolg der Rehabilitation. Ziel muss die Barrierefreiheit aller Gesundheitseinrichtungen – also auch der Rehabilitationseinrichtungen – sein.

Der VdK fordert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales auf, kurzfristig eine Rehabilitationsmaßnahme auf Verordnung des Arztes ebenso einzuführen. Langfristig muss es einen Direktzugang zu allen Rehabilitationsmaßnahmen auf Verordnung des Arztes geben.

Der VdK fordert, dem Patienten die volle Wahlmöglichkeit für seine Rehabilitationsmaßnahme zu belassen. Das Wunsch- und Wahlrecht ist durch ein Fallmanagement zu stärken, das insbesondere indikationsübergreifende Maßnahmen berücksichtigt. Rehabilitationseinrichtungen sind barrierefrei zu gestalten.

Die Interessen der Patienten müssen bei den Rehabilitationsträgern gehört werden. Bisher gibt es kein formelles Verfahren dafür. Eine Form der Selbstverwaltung wie im Krankenhausbereich wäre hier nicht das richtige Mittel, da das Vorschlagsrecht bei den Sozialpartnern, also den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, liegt. Die paritätische Besetzung mit Arbeitgebervertretern ist überholt, da die Arbeitgeber in den Sozialversicherungen nicht mehr paritätisch finanziell beteiligt sind. Das Vorschlagsrecht der Arbeitnehmerorganisationen repräsentiert nicht alle Versichertengruppen, zum Beispiel nicht die große Zahl der Rentner unter den Patienten etwa bei den Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkassen oder im Rahmen der onkologischen Nachsorge im Bereich der Rentenversicherung. Diese Patienten werden in der Hauptsache durch die Sozialverbände vertreten. Deren Beteiligung fehlt aber völlig.

Der VdK fordert daher eine Beteiligung der Sozialverbände als Interessenvertretung der Patienten durch ein geeignetes Verfahren.

Weiterhin zum Gesetzentwurf:

Ob die Anpassung an das europäische Vergaberecht ausreichend ist, kann der VdK dahin gestellt sein lassen. Entscheidend ist für den VdK, dass der einzelne Rehabilitand keine Nachteile bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung oder der Dauer bis zum Beginn der Maßnahme hat.

Der VdK befürwortet ausdrücklich die vorgeschriebene Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Patienten aus § 8 SGB IX bei der Auswahl der Einrichtung im Einzelfall.

Kritisch bewertet der VdK vor allem die beabsichtigte Neuregelung zur Gewährung des Übergangsgeldes in Abhängigkeit von einer berufs begleitenden Rehabilitationsmaßnahme.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. Einheitliche Standards für Rehabilitationseinrichtungen (zu § 15 Abs. 3 SGB VI-E)

Die aufgeführten Kriterien für die Zulassung reichen nicht aus. Es bedarf einheitlicher Mindeststandards für alle Rehabilitationseinrichtungen, um eine gleich hohe Qualität der Maßnahmen zu sichern und so zum Erfolg der Rehabilitation beizutragen. Diese Notwendigkeit besteht über die „Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ hinaus, da diese Anforderungen aus Juli 2014 stammen und nicht alle Elemente einer Rehabilitationseinrichtung erfassen. Diese einheitlichen Standards müssen insbesondere Vorgaben enthalten zu:

- Bauliche Einrichtung und Barrierefreiheit
- Personal in Bezug auf Ärzte, therapeutisches Personal, Pflegefachkräfte und deren Ausbildung
- Quantität und Qualität der angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen
- Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung
- Entlassungsmanagement in Bezug auf Abschlussbericht und Empfehlungen für Nachsorge, Anschlussrehabilitation und Maßgaben für den Hausarzt
- Überprüfung der Ergebnisqualität durch Patientenbefragungen

2.2. Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Veröffentlichung der Ergebnisse (zu § 15 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 7 und Abs. 9 Nr. 4 SGB VI-E)

Der VdK begrüßt ausdrücklich die Verpflichtung zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie deren Veröffentlichung für die Patienten. Interne und externe Qualitätssicherung ist grundlegend für eine Überprüfung eines erreichten Standards und für die weitere Aufrechterhaltung und Fortentwicklung dieses Standards. Nur so können Fehlentwicklungen früh erkannt und Gegenmaßnahmen ergriffen sowie Verbesserungsbedarf identifiziert werden. Die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation „Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX“ reicht nicht aus. Insbesondere bei den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung enthalten diese Empfehlungen keinerlei klare Handlungsanweisungen zum Beispiel zu Rhythmus und Tiefe einer externen Überprüfung. Es muss gesetzlich zwingende Vorgaben für alle Rehabilitationseinrichtungen geben, wie oft was und durch wen in welchem Verfahren geprüft wird.

Zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung: Für die Eigeninitiative des Patienten muss parallel die Recherchemöglichkeit über ein Online-Vergleichsportal der in Frage kommenden Einrichtungen bestehen. Ein vergleichbares Portal gibt es zum Beispiel unter weisse-liste.de für die Suche und Auswahl von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Zentraler Nutzen eines solchen Portals muss die Veröffentlichung der Ergebnisse einer unabhängigen Qualitätsmessung der Rehabilitationseinrichtungen zu Unterbringung, Behandlung und Behandlungserfolg sein. Diese Qualitätsmessung durch eine unabhängige

Stelle muss eingeführt werden, um den Patienten ein Kriterium an die Hand zu geben, wo sie die bestmögliche Rehabilitationsmaßnahme erhalten. Dies ist wichtiger Bestandteil des Wunsch- und Wahlrechts der Patienten. Gleichzeitig werden die Einrichtungen dadurch motiviert, ihre Qualität zu verbessern.

Der VdK regt die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung in Form eines nutzerfreundlichen Online-Portals sowie als Druckerzeugnis für die nicht so internet-affinen Patienten an.

2.3. Barrierefreiheit als objektives sozialmedizinisches Kriterium bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung (zu § 15 Abs. 9 Nr. 3 SGB VI-E)

Bei den objektiven sozialmedizinischen Kriterien für die Auswahl einer Einrichtung für den einzelnen Rehabilitanden fehlt das Merkmal Barrierefreiheit. Ob dies unter die „unabdingbaren Sonderanforderungen“ im Sinne Nr. 3 c) der Vorschrift fällt, lassen die beabsichtigte Neuregung und die Begründung zum Gesetzentwurf offen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert, die Barrierefreiheit als objektives sozialmedizinisches Kriterium in das Gesetz aufzunehmen. Barrierefreiheit sollte gerade für Gesundheitseinrichtungen heutzutage selbstverständlich sein. Bei einem Rehabilitanden mit Beeinträchtigungen kann der Erfolg der Maßnahme schon allein davon abhängen, dass er sich mit seiner Beeinträchtigung in der Rehabilitationseinrichtung gut aufgehoben fühlt. Außerdem ist so sichergestellt, dass der Patient an allen Maßnahmen teilnehmen kann, was ebenfalls selbstverständlich sein sollte.

Ob hier eine Ergänzung als neuer Buchstabe g) des § 15 Abs. 9 Nr. 3 SGB VI-E in Frage kommt oder eine ausdrückliche Nennung unter Buchstabe c) „die unabdingbaren Sonderanforderungen“, kann der VdK offen lassen.

2.4 Übergangsgeld in Abhängigkeit von einer berufsbegleitenden Maßnahme (zu § 20 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI-E)

Übergangsgeld soll künftig nur bewilligt werden, wenn die Maßnahme nicht berufsbegleitend möglich ist. Dabei soll Maßstab nicht die individuelle Situation des einzelnen Patienten sein, sondern es soll der abstrakte Maßstab gelten, dass die Maßnahme vom wöchentlichen Stundenansatz her allgemein nicht geeignet sein darf, neben einer beruflichen Tätigkeit erbracht zu werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Es handelt sich um eine Einschränkung bei der Gewährung von Übergangsgeld. Der VdK befürchtet hier einen – bewussten oder unbewussten – Effekt bei der Bewilligung von Maßnahmen, eher berufsbegleitende als ganztägige Maßnahmen zu gewähren. Die berufsbegleitenden Maßnahmen sind nicht nur aufgrund der kürzeren Dauer und der nicht zwingenden

stationären Aufnahme kostengünstiger. Zusätzlich fällt dann auch der Anspruch auf Übergangsgeld weg, was wiederum kostengünstiger ist. Um hier nicht sachgerechte Erwägungen wie zum Beispiel Sparzwänge zuzulassen, darf das Übergangsgeld nicht von der Eigenschaft der Leistung als „berufsbegleitend“ abhängig gemacht werden.

Außerdem bleibt offen, was passiert, wenn die Maßnahme zwar grundsätzlich berufsbegleitend wahrgenommen werden kann, dies aber dem Versicherten aufgrund seiner speziellen Tätigkeit nicht gelingen kann. Einem Schichtarbeiter kann es unter Umständen schlicht nicht möglich sein, eine Maßnahme berufsbegleitend durchzuführen, wenn dies regelmäßig nach den normalen Bürozeiten stattfindet und zu dieser Zeit seine Spätschicht beginnt. Da dann auch kein Übergangsgeld gezahlt wird, muss sich der Einzelne entscheiden: Arbeit oder Maßnahme. Diese Wahl wird regelmäßig für die Arbeit ausfallen, da der Einzelne davon lebt. Weil es hier keinen Erfolg insbesondere einer Leistung der Prävention Rehabilitation geben kann, schadet dies am Ende sowohl dem Einzelnen, dem Rentenversicherungsträger als auch dem Arbeitgeber.

Daher fordert der VdK, es bei der bisherigen Rechtslage zu belassen und die Änderung durch Art. 1 Nr. 4 a) aa) des Gesetzentwurfs zu streichen.