

Stellungnahme

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

„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)“

Die DVfR begrüßt den o. g. Referentenentwurf als Grundlage für eine rechtssichere Gestaltung des offenen Zulassungsverfahrens von Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation, der Inanspruchnahme der Einrichtungen durch die Versicherten und eines transparenten und nachvollziehbaren Vergütungssystems.

Sie nimmt zu folgenden Aspekten Stellung:

1. Die DVfR unterstützt die Intention, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zu stärken.
 - a. Dem wird in der Begründung des Gesetzentwurfes dadurch Rechnung getragen, dass der Versicherte dem Rehabilitationsträger eine Einrichtung vorschlägt.
 - b. Auf die Bedeutung der Information der Versicherten, insbesondere auch über die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, wird mehrfach eingegangen. Bereits im Gesetz sollte deshalb in § 15 Abs. 7 nicht nur von „einer wahrnehmbaren Form“ gesprochen werden, sondern ausdrücklich die Barrierefreiheit und die Verständlichkeit (einfache Sprache) aufgenommen werden.
2. Die DVfR hält es für sinnvoll, dass auch die maßgeblichen Vertretungen der Betroffenen (z. B. Deutscher Behindertenrat, BAG Selbsthilfe) ein Anhörungsrecht erhalten, das im letzten Satz von § 15 Abs. 9 lediglich den maßgeblichen Vereinigungen für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen eingeräumt wird. Es ist wichtig, dass auch die konkreten Problemlagen und Erfahrungen der Patienten bzw. Rehabilitanden unmittelbar berücksichtigt werden können. § 15 Abs. 9 letzter Satz sollte deshalb entsprechend ergänzt werden.
3. Versuche, die konkrete Ausgestaltung der Rehabilitationsleistungen aus der ICF abzuleiten bzw. diese bestimmten Items der ICF zuzuordnen, sind bislang nach den Erfahrungen aus der DVfR, z. B. aus der Umsetzung der Bedarfsermittlung im Rahmen der Eingliederungshilfe, nicht geglückt. Deshalb ist die Frage zu stellen, ob sich die Indikation, auch bei der Auswahl einer Reha-Einrichtung, mittels der ICF ausreichend beschreiben lässt, wie dies in der Begründung zu § 15 Abs. 9 Nr. 2 a) nahegelegt wird. Die ICF beinhaltet z. B. keine Diagnose und gestattet keine Erfassung kausaler Zusammenhänge, der Prognose oder von Verläufen. Insofern sollte für die Indikation eher das biopsychosoziale Modell verwendet und klargestellt

werden, dass wie bisher auch die maßgeblichen Diagnosen nach der ICD (derzeit der ICD-10), berücksichtigt werden. Ferner ist klarzustellen, dass die Indikation für die Einrichtungsauswahl aus dem Ergebnis der Bedarfsermittlung, die ja den Anforderungen des § 13 SGB IX Rechnung tragen muss, abzuleiten ist.

4. In der Begründung zu § 15 Abs. 9 Nr. 2 a) ist von einer Vielzahl von „Reha-Produkten“ die Rede. Hier sollte klargestellt werden, dass mit Reha-Produkten nicht etwa einzelne Bestandteile von Rehabilitationsleistungen (z. B. Aufnahmegespräch, Ergometertraining) gemeint sind, die jeweils einzeln und nach getrennten Vergütungssätzen vergütet werden. Sinnvoll ist nur die Definition von Reha-Produkten, die beispielsweise eine „normale“ medizinische Rehabilitation von einer Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) unterscheidet und diese Rehabilitationsformen unterschiedlich vergütet. Die Verwendung von Reha-Produkten für die Vergütung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darf weder zu Leistungseinschränkungen noch zu einer weitgehenden Standardisierung der Reha-Leistungen führen, die der allgemein als notwendig angesehenen Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation widerspräche. Diese Problematik kann durch das Prinzip „gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“ verstärkt werden. Innerhalb eines Reha-Produkts muss aber dem jeweils individuellen Bedarf Rechnung getragen werden. Denn häufig sind scheinbar gleiche Leistungen, z. B. eine Physiotherapie, bei verschiedenen Personengruppen doch unterschiedlich zu erbringen, z. B. im Hinblick auf einen Transfer- und Lagerungsaufwand, die Dauer (z. B. bei vorliegender Spastik) oder die Kommunikation bei einer schweren Hörbeeinträchtigung, Blindheit oder Intelligenzminderung. Multimorbidität, multiple strukturelle und funktionelle Schädigungen und auch der Einfluss der vielfältigen, z. B. auch der personenbezogenen Kontextfaktoren, dürften der Standardisierung der Rehabilitationsleistungen bzw. der Reha-Produkte Grenzen setzen.
5. Die DVfR begrüßt ausdrücklich, dass unabdingbare Sonderanforderungen nach § 15 Abs. 9 Nr. 3 c) bei der Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen sind. Diese werden in der Begründung exemplarisch näher beschrieben. Hier sollte (auch wenn die Rehabilitanden der Rentenversicherung in der Regel nicht pflegebedürftig sind) Pflegebedürftigkeit ausdrücklich erwähnt werden, da bislang eine vorhandene Pflegebedürftigkeit die Teilnahme an den meisten Rehabilitationsleistungen ausschließt. Bauliche Barrierefreiheit sollte hingegen nicht zu den unabdingbaren Sonderanforderungen gerechnet, sondern für die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung generell gefordert werden.
6. Die DVfR vermisst bei der Bewertung der Entfernung zum Wohnort in der Begründung zu § 15 Abs. 9 Nr. 3 e) den Hinweis auf eine ggf. bestehende Distanzierungsnotwendigkeit einerseits oder gerade die Notwendigkeit der Wohnortnähe andererseits, wenn Angehörige für den Reha-Prozess von besonderer Bedeutung sind oder ein unmittelbarer Kontakt zum Sozialraum zur weiteren Gestaltung der Nachsorge oder im Sinne einer wohnortnahen Hilfsmittelversorgung unter Beachtung der regionalen Gegebenheiten sinnvoll ist.

Insgesamt ist es der DVfR wichtig, dass durch Vorgaben zu Qualitätsstandards und zum Vergütungssystem die Individualisierung und Flexibilisierung der Rehabilitation und damit die Berücksichtigung der Bedarfe im Einzelfall, die ja in einer individuellen Bedarfsermittlung erhoben werden, nicht eingeschränkt werden. Zu vermeiden sind Fehlanreize sowie bürokratische Hürden, die eine zielorientierte und wirksame Rehabilitation im Einzelfall erschweren.

Heidelberg, 2. März 2020



Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26, 69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0

E-Mail: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und -Dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung. Grundsätzlich befasst sich die DVfR dabei mit allen Bereichen der Rehabilitation, also der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, sowie auch Fragen der gezielten Prävention im Sinne ihres Leitbildes und ihrer Satzung.