



## **Verbindliche Entscheidung**

**des Bundesvorstandes**

**der Deutschen Rentenversicherung Bund**

Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund hat folgende verbindliche Entscheidung getroffen:

**Die Regelungen der Neufassung zur Umsetzung des § 221 SGB VI (Anlage) werden für alle Träger der Rentenversicherung verbindlich beschlossen.**

**Gleichzeitig tritt die verbindliche Entscheidung über die Umsetzung des § 221 SGB VI vom 13. März 2008, veröffentlicht am 17. Juli 2008, außer Kraft.**

Die Entscheidung beruht auf § 138 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 und 8 i. V. m. Abs. 2 Satz 1 SGB VI, § 51 Abs. 2 Nr. 6, 7 und 8 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Zuständigkeit des Bundesvorstandes ergibt sich aus § 138 Abs. 2 Satz 2 SGB VI, § 53 Abs. 2 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund i. V. m. dem Beschluss der Vertreterversammlung (heute: Bundesvertreterversammlung) über die Delegation von Aufgaben vom 1. Oktober 2005.

Die Entscheidung wird mit der Veröffentlichung im Amtlichen Mitteilungsblatt der Deutschen Rentenversicherung Bund verbindlich.

Berlin, 18. August 2011

Annelie Buntenbach

Alexander Gunkel

Anlage: Regelungen zur Umsetzung des § 221 SGB VI

## Umsetzung des § 221 SGB VI

### 1. Grundsätze

Die folgenden Festlegungen beziehen sich ausschließlich auf Investitionen im Sinne des § 221 SGB VI in Verbindung mit § 85 SGB IV. Einbezogen werden alle Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation in Form von Eigenbetrieben und solche Einrichtungen mit anderer Rechtsform, die sich ganz oder überwiegend (zu mehr als 50 %) im Besitz eines Rentenversicherungsträgers oder mehrerer Rentenversicherungsträger befinden und zum Zeitpunkt der Beschlussfassung vom Verfahren nicht ausgeschlossen sind.

Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund hat am 22. November 2006 Grundsätze zur Koordination der Planung von Rehabilitationsleistungen beschlossen. Danach erfolgen grundsätzlich keine Neu- oder Erweiterungsinvestitionen. Da aus heutiger Sicht insgesamt ausreichende Bettenkapazitäten vorhanden sind, erfolgt keine Erweiterung derselben. Instandhaltungen sowie Modernisierungen sind keine Investitionen im Sinne des § 221 SGB VI, sondern sie sind laufendes Geschäft und können außerdem der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit dienen. Investitionen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation bleiben weiterhin möglich, ebenso wie die laufende Anpassung der trügereigenen Bettenkapazitäten an den indikationsspezifischen Bedarf unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte (dazu gehören bspw. die Betriebsgrößen). Zur Sicherung der Qualität ist die Schaffung indikationsspezifischer Einheiten in ausreichender Größe ebenfalls möglich.

Dabei wird vorausgesetzt, dass für jede investive Maßnahme eine Wirtschaftlichkeitsuntersuchung nach § 69 Abs. 3 SGB IV durchgeführt wurde. Zur Unterstützung kann die Rahmenrichtlinie für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen in Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung herangezogen werden.

Die Abstimmung über Investitionen erfolgt innerhalb der regionalen Arbeitsgemeinschaften (Regionalverbände) und des Verbundes für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation.

Die nachfolgenden Festlegungen haben ausschließlich den Zweck, § 221 SGB VI für alle Träger der Rentenversicherung unter Wahrung der Eigenverantwortlichkeit der Selbstverwaltungen praktikabel zu gestalten.

## **2. Gesamtbedarf**

Der Gesamtbedarf an Betten für die Durchführung von stationären Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation wird indikationsspezifisch retrospektiv anhand der Zahl der durchgeführten Maßnahmen festgestellt. Als zusätzliche Orientierung erstellt die Deutsche Rentenversicherung Bund alle zwei Jahre eine Prognose der medizinischen Leistungen, aus der dann indikationsbezogene Bettenkorridore abgeleitet werden können.

## **3. Bettenbestand der Rentenversicherung**

Die Grundsätze zur Koordination der Planung von Rehabilitationsleistungen sehen vor, dass grundsätzlich keine Neu- oder Erweiterungsinvestitionen erfolgen sollen, da insgesamt ausreichend Kapazitäten vorhanden sind. Eine Erweiterung der Kapazitäten ist nicht vorgesehen.

Eine Bettenmehrung durch einen Träger muss daher mit einem Bettenabbau innerhalb der Rentenversicherung verbunden sein. Eine Bettenmehrung darf nur erfolgen, wenn innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren vor dem Zeitpunkt der Entscheidung im Regionalverbund mindestens im gleichen Umfang Betten abgebaut worden sind bzw. entsprechende Maßnahmen eingeleitet wurden. Hierzu werden jährlich die Bettenobergrenze und die freien Kapazitäten ermittelt und veröffentlicht.

Als Referenzzeitpunkt für den maximalen Bestand an Betten in der Rentenversicherung wird der 13. März 2008 zugrunde gelegt. Diese Obergrenze in Höhe von 19.985 Betten wird aufgrund der Meldungen der Träger zum Bettenabbau und ggf. –aufbau im Rahmen einer rollierenden Anpassung der Bettenobergrenze für einen Drei-Jahres-Zeitraum jährlich aktualisiert und den Trägern mitgeteilt.

## **4. Verfahren bei Kapazitätsanpassungen**

Sofern ein Träger mit einem Bauvorhaben eine Bettenmehrung beabsichtigt, ist zunächst folgendes Stufenverfahren anzuwenden:

- 1) Auf der 1. Stufe ist ein Ausgleich im Sinne eines Bettenabbaus innerhalb des Trägers herzustellen.
- 2) Auf der 2. Stufe ist ein Ausgleich im Sinne eines Bettenabbaus im Regionalverbund herzustellen.

- 3) Auf der 3. Stufe erfolgt die Prüfung eines Ausgleichs im Sinne eines Bettenabbaus regionalverbundübergreifend. Entscheidungen auf dieser Ebene trifft das Erweiterte Direktorium.

## **5. Verfahren zur Beurteilung der Notwendigkeit von Bauvorhaben in der Rentenversicherung**

Sofern ein Träger Investitionen i. S. des § 221 SGB VI beabsichtigt, sind folgende drei Verfahrensschritte maßgeblich:

- 1) Der Träger prüft, inwieweit er selbst die in Frage stehenden Kapazitäten auslasten kann.  
Sofern er selbst nicht in der Lage ist, die Auslastung sicherzustellen, stimmt er sich mit den anderen Trägern in dem für ihn maßgeblichen Regionalverbund ab, inwieweit durch die anderen Mitglieder des Regionalverbundes in Form von Belegungszusagen eine Auslastung sichergestellt werden kann.  
Kann auch durch den Regionalverbund insgesamt die Auslastung nicht sichergestellt werden (z. B. bei besonderer Spezialisierung einer Einrichtung), erfolgt eine Abstimmung mit allen Versicherungsträgern im Fachausschuss für Rehabilitation über die Sicherstellung der Auslastung.
- 2) Der Träger stimmt seine Investitionen i. S. des § 221 SGB VI innerhalb des für ihn maßgeblichen Regionalverbundes ab. Falls Einstimmigkeit nicht erzielt werden kann, erfolgt keine Einschätzung.  
Der Träger gibt die Klinik, den Standort, die Art des Bauvorhabens, den Zeitraum, den das Vorhaben umfassen soll, die Investitionssumme und seine Einschätzung der voraussichtlichen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Betriebsführung der Klinik (insbesondere auf den Vergütungssatz je Pflage-tag) bekannt.
- 3) Der Träger teilt die oben genannten Informationen für den Regionalverbund und dessen Votum in standardisierter Form der Deutschen Rentenversicherung Bund mit.
- 4) Die unter den Punkten 1) bis 3) dargestellten Regelungen gelten auch für den Verbund für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation entsprechend.

## **6. Orientierungs- und Grenzwerte für Investitionsvorhaben**

Maßgebend für Investitionsvorhaben sind die jeweils geltenden Investitionsobergrenzen in eigenen Einrichtungen der Rentenversicherung und der Orientierungsrahmen für Raumprogramme und Kosten-Richtwerte.