

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozial- versicherung (Gesetz Digitale Rentenübersicht)**

Eva Welskop-Deffaa  
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg  
Karlstraße 40, 79104 Freiburg  
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin  
Dr. Birgit Fix  
Telefon-Durchwahl 030 284 447-78  
Telefax 030 284 44788-88  
birgit.fix@caritas.de

Dr. Elisabeth Fix  
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46  
Telefax 030 284 44788-88  
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 10. August 2020

Mit dem Gesetzentwurf soll die Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation verbessert sowie die Sozialversicherungswahlen modernisiert werden. Der Deutsche Caritasverband nimmt zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur zu den ersten beiden Punkten Stellung. Die Kommentierung des Teils zur medizinischen Rehabilitation erfolgt dabei gemeinsam mit dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), dem Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu) sowie dem Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR).

### **Artikel 1. Gesetz zur Entwicklung und Einführung einer Digitalen Rentenübersicht (Rentenübersichtsgesetz – RentÜG)**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einführung einer digitalen Rentenversicherungsübersicht. Diese kann dazu beitragen, den Kenntnisstand der Bevölkerung über die eigene Altersvorsorge zu verbessern. Bei der konkreten Ausgestaltung ist es dabei aber wichtig, dass die Informationen über die Vorsorgeansprüche für jede Säule hinreichend transparent dargestellt werden, da die jeweils garantierten oder prognostizierten Werte in den unterschiedlichen Altersvorsorgesystemen unterschiedlich berechnet werden. Die Übersicht sollte nicht nur einen Sachstand zum Renteneintritt geben, sondern auch Informationen zum Rentenverlauf beinhalten.

#### **Zum Gesetzentwurf im Detail**

##### **Verfügbarkeit der Information**

§ 1 sieht vor, dass die Zentrale Stelle für die Digitale Rentenübersicht ein elektronisches Portal betreibt, über das die Digitale Rentenübersicht abgerufen werden kann. Damit alle Bürger\_innen einen Kenntnisstand über ihre Altersvorsorge erhalten können, wäre es sinnvoll auch einen Weg zu eröffnen, dass Menschen die keinen digitalen Zugang haben, auf Anfrage die gesammelten Informationen in ausgedruckter Form erhalten können. Trotz Digitalisierung geht

die Studie der Initiative D21 immerhin noch von 19 Prozent Offlinern aus ([https://initiated21.de/app/uploads/2018/01/d21-digital-index\\_2017\\_2018.pdf](https://initiated21.de/app/uploads/2018/01/d21-digital-index_2017_2018.pdf), S. 12).

### **Informationen über die Rentenübersicht und konkrete Inhalte**

§ 3 Absatz 1 regelt, dass Bürger\_innen über das Portal der Zentralen Stelle für die Digitale Rentenübersicht Informationen über die individuelle Altersvorsorge auf Anfrage erhalten können. Dies setzt voraus, dass die Bürger\_innen hinreichend Kenntnis über die Existenz der Digitalen Rentenübersicht haben. Wichtig wäre es, dass sie regelmäßig über die Auskunftsansprüche und Auskunftsmöglichkeit informiert werden. Dies könnte beispielsweise zusammen mit der Renteninformation der Deutschen Rentenversicherung erfolgen, die alle Versicherten ab dem 27. Lebensjahr regelmäßig erhalten.

Vorgesehen sind Informationen zu verfügbaren Standmitteilungen über die Höhe der Versorgungsansprüche, wertmäßige Angaben zu den erreichten und erreichbaren Vorsorgeansprüchen sowie Angaben zu garantierten und prognostizierten Werten. Da die Werte in den unterschiedlichen Altersversorgungssystemen sehr unterschiedlich berechnet werden, ist es wichtig, dass die Gesamtinformation auch hinreichend Informationen über die Berechnungsmethoden in den einzelnen Säulen enthält, auf deren Grundlage die Zahlen und Werte angemessen interpretiert werden können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Nutzer\_innen - angesichts des Vorliegens der digitalen Rentenübersicht - ggf. auf eine Beratung zu einzelnen Produkten verzichten, aber keine hinreichende Transparenz zur Vergleichbarkeit der Informationen der einzelnen Produkte haben. Anstrebenswert wären gemeinsame Standards in den Berechnungsmethoden, damit Vorsorgeansprüche vergleichbar sind und solide eingeschätzt werden können.

Damit Nutzer\_innen die Informationen hinreichend verwerten können, sollten die prognostizierten Werte nicht nur für den *Renteneintritt* vorliegen, sondern auch den *Rentenverlauf* betreffen. Entsprechende Angaben zur Rentenanpassung sind bereits heute in den Renteninformationen der Deutschen Rentenversicherung enthalten.

### **Anbindung aller Vorsorgeeinrichtungen**

§ 5 sieht vor, dass sich Vorsorgeeinrichtungen freiwillig an die Zentrale Stelle für die Digitale Rentenübersicht anbinden können. Nur die Vorsorgeeinrichtungen, die auf gesetzlicher Grundlage bisher ohnehin zur Auskunft verpflichtet sind, sollen zu einem noch festzulegenden Stichtag Daten abgeben müssen. Damit sind Anbieter von Direktzusagen der betrieblichen Altersvorsorge, berufsständische Versorgungswerke oder die Träger der Beamten-, Richter\_innen- und Soldat\_innenvorsorge nicht verpflichtet, Informationen beizusteuern. Die betriebliche Säule wurde in dieser und der vergangenen Legislaturperiode mehrfach gestärkt, da sie einen wichtigen Beitrag zu Gesamtversorgungssituation leistet. Auch Personen mit hybriden Erwerbsverläufen sind besonders darauf angewiesen, Kenntnis über alle Ansprüche zu erlangen, um ihre Altersvorsorgesituation einschätzen können. Hier besteht aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes der Nachbesserungsbedarf, alle Produkte und Vorsorgeformen in einer digitalen Übersicht zu erfassen.

## **Artikel 3. Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

### **Allgemeine Bewertung**

Artikel 3 des Referentenentwurfs hat Neuregelungen im Rehabilitationsrecht des SGB VI zum Gegenstand, mit denen auf öffentliche Kritik im Zusammenhang mit dem „offenen Zulassungsverfahren“ geantwortet wird. In Übereinstimmung mit dem europäischen Vergaberecht soll nun das bereits praktizierte Zulassungsverfahren gesetzlich geregelt und weiterentwickelt werden.

Grundsätzlich merken wir an, dass der Referentenentwurf die Selbstverwaltung stärkt, jedoch nur die Selbstverwaltung der Rentenversicherung und nicht die gemeinsame Selbstverwaltung von Reha-Trägern, Leistungserbringern unter Einbeziehung der Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Selbsthilfe.

Der Gesetzgeber führt mit den vorgeschlagenen Regelungen ein neues System für den Zugang zur Leistungserbringung ein. Dessen Ausgestaltung kritisieren wir.

Leistungserbringer werden durch einseitigen Verwaltungsakt zugelassen, wenn sie u.a.

- (fachlich) geeignet sind,
- sich verpflichten, an den Qualitätssicherungsverfahren der DRV Bund teilzunehmen und
- sich zu einem Vergütungssystem verpflichten, das allein von der DRV Bund entschieden wird (§ 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1).

Die Zulassung liegt vollständig in der Steuerung der DRV Bund (§ 15 Absätze 4 und 5).

Des Weiteren schließt der federführende Rentenversicherungsträger mit den Einrichtungen Verträge ab (§ 15 Absatz 6).

Nach § 15 Absatz 9 trifft die DRV Bund in alleiniger Kompetenz Entscheidungen über

- die Anforderungen an die fachliche Einigung:
- ein verbindliches, transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem,
- einen Katalog der objektiven Kriterien, der Grundlage für die Bestimmung des Leistungserbringers bei der konkreten Leistungserbringung ist
- Inhalt und Umfang der Daten zur externen Qualitätssicherung.

Der Inhalt dieser vier Aspekte unterliegt somit nicht einer Verhandlung zwischen den Vertragspartnern. Es bleibt auch unklar, welche Rechtsnatur diese Entscheidung hat und ob diese durch die Leistungserbringerverbände angefochten werden kann. Die Leistungserbringerverbände haben im Entscheidungsverfahren nur Gelegenheit zur Stellungnahme, welche in die Entscheidungen und die Beschlussfassung des DRV einzubeziehen ist.

Für Vertragsverhandlungen bleibt nur ein minimaler Spielraum bei der Vergütung (§ 15 Absatz 8), sofern Einrichtungen Besonderheiten aufweisen oder innovative Konzepte vorlegen können oder sofern die Vergütung aufgrund regional unterschiedlicher Lohn- und Gehaltsstrukturen stark vom Einheitspreis des Vergütungssystems abweichen würde.

Es läuft also darauf hinaus, dass die Leistungserbringer einem weitgehend einseitig gesteuerten Diktat der Rentenversicherungsträger unterliegen. Die Entscheidungen nach § 15 Abs. 9 sind im Grunde genommen die Vertragsbedingungen in einem Vertragsangebot i.S. eines Open-House-Modells, das der Leistungserbringer bei der Vertragsschließung nach § 15 Absatz 6 annimmt bzw. annehmen muss, um für die Leistungserbringung in Anspruch genommen werden zu können. Im Gegensatz zum echten Open-House-Modell hat aber der Leistungserbringer keinen Anspruch auf Inanspruchnahme, Abnahme und Vergütung der versprochenen Leistung.

Dieses System, das weder das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis noch das Open-House-Modell in Reinform umsetzt, kritisieren wir aufs Schärfste. Denn aus den jeweiligen Systemen werden nur die für die DRV günstigen Elemente herausgenommen (Belegungsrisiko bei den Einrichtungen bzw. einseitiges Diktat der Leistungsbedingungen).

Wir setzen uns für ein Modell des Zugangs zur Leistungserbringung ein, das, angelehnt an § 111 SGB V, Rahmenverträge und Versorgungsverträge vorsieht, um die Einheitlichkeit des Zugangs zur Leistungserbringung in der medizinischen Rehabilitation zu gewährleisten. Das bedeutet, dass die Inhalte der fachlichen Eignung, der Vergütung und der objektiven Kriterien für die Bestimmung der einzelnen Einrichtung zur Leistungserbringung in Rahmenverträgen ausgehandelt werden. Diese Verträge sollten schiedsstellenfähig sein. Angesichts der Vielzahl von Leistungsträgern in der medizinischen Rehabilitation schlagen wir eine Schiedsstellenregelung im SGB IX vor.

Dieses System wird auch folgendem Sachverhalt gerecht:

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden in der Regel von mehreren Rehabilitationsträgern belegt. Auch die Federführung zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung kann sich aufgrund wechselnder Hauptbelegung verändern. Hinsichtlich des Datenaustauschs und der externen Qualitätssicherung sind die Einrichtungen daher mit mehreren Rehabilitationsträgern in Kommunikation. Insgesamt wird somit das rehabilitationsträgerübergreifende Recht des SGB IX zugunsten spezialgesetzlicher Regelungen beschädigt. Zusammengekommen mit den kürzlich vom Bundestag beschlossenen Diskussionen um das IPREG entwickelt sich das Leistungserbringungsrecht für die medizinische Rehabilitation in der Trägerschaft der Rentenversicherung und das der Krankenkasse diametral auseinander. In der Folge wird das Leistungserbringungsrecht des SGB IX zu einer leeren Hülle.

Mit der Anerkennung der Rahmenverträge durch einen Reha-Träger sollten die Einrichtungen Anspruch auf Versorgungsverträge nach § 38 SGB IX bei allen Reha-Trägern haben. Trägerübergreifende Sachverhalte sollten im rehaträgerübergreifenden Teilhaberecht des SGB IX geregelt werden.

Dass die Inhalte der Leistungserbringung in Rahmen- und Versorgungsverträgen, und als Voraussetzung für die Zulassung geregelt sein sollten, ist auch deshalb von Bedeutung, da ansonsten Kliniken sich an spezifischen Verfahren, wie etwa dem externen QS-System der DRV, beteiligen müssten, ohne belegt zu werden.

### **Hilfsweise**

Sollte sich der Gesetzgeber nicht dazu entschließen, von dem hier vorgeschlagenen Modell abzurücken, ist unbedingt folgendes zu gewährleisten:

Die Leistungserbringerverbände müssen bei den Entscheidungen, die in § 15 Abs. 9 geregelt sind, aktiv beteiligt werden und ihre fachliche Expertise einbringen können. Das bedeutet, sie müssen – so sieht es der Gesetz-E bereits vor - , Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten und die Entscheidung muss **im Einvernehmen** mit ihnen getroffen werden. Auch ist zu definieren, welche Rechtsnatur die Entscheidung hat.

Wird den Einrichtungen ein Belegungsrisiko auferlegt, muss diesem ein starkes Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten gegenüber stehen.

## **Zum Gesetzentwurf im Detail**

### **Zu § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

#### **Absatz 2: Kinderrehabilitation**

Das neue System erstreckt sich auch auf den Bereich der Kinderrehabilitation. Nach § 15a Absatz 4 beträgt die Dauer der Kinderrehabilitation mindestens 4 Wochen. Satz 3 regelt, dass die Rehabilitationsleistungen für längstens 3 Wochen erbracht werden. Es ist klarzustellen, dass die Dauer der Kinderrehabilitation abweichend geregelt ist.

#### **Änderungsbedarf**

Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„§ 15a Absatz 4 bleibt unberührt.“

#### **Absatz 3: Voraussetzungen für die Zulassung**

Zu den Zulassungskriterien der fachlichen Eignung und zum Vergütungssystem haben wir bereits im allgemeinen Teil ausgeführt. Auf Fragen der Qualitätssicherung und der Vergütung wird unten detaillierter eingegangen.

Der Datenaustausch (§ 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4), der bereits gemeinsam von Renten- und Krankenversicherung und in vertraglicher Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Reha-Leistungserbringer auf der Grundlage des § 301 SGB V durchgeführt wird, muss aus Sicht des Deutschen Caritasverbands vereinheitlicht bleiben und darf nicht durch die vorgesehene gesetzliche Regelung im SGB VI separiert werden.

Da die von der DRV belegten Einrichtungen in der Regel auch von der GKV belegt werden, sollte die Teilnahme an der Qualitätssicherung nicht auf die Verfahren der DRV beschränkt werden. Es muss ausreichend sein, an **einem** der beiden QS-Verfahren teilzunehmen.

#### **Änderungsbedarf**

Sollte der Gesetzgeber das im Referentenentwurf vorgeschlagene Modell nicht grundsätzlich ändern, ist hilfsweise § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 (externes Qualitätssicherungsverfahren der DRV Bund) sowie Nummer 4 (elektronischer Datenaustausch) zu streichen.

#### **Absatz 4: Zulassung der von der Rentenversicherung betriebenen Rehabilitationseinrichtungen**

Sofern der Gesetzgeber bei der Systematik des Absatzes 3 bleibt und den Anspruch auf Zulassung an die Voraussetzungen nach § 15 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 knüpft, muss gewährleistet sein, dass auch die von der Rentenversicherung betriebenen Eigeneinrichtungen der Rehabilitation diesem Verfahren transparent unterworfen werden.

#### Änderungsbedarf:

Streichung von Absatz 4 Satz 2 und Ersetzung durch folgenden Satz:

„Rehabilitationseinrichtungen, die vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, gelten als zugelassen, wenn sie die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 erfüllen“.

#### **Absatz 5: Steuerung des Prozesses der Zulassung durch den federführenden Träger der Rentenversicherung**

Durch die Steuerung des Zulassungsprozesses und die Zulassungsentscheidung durch den federführenden Träger der Rentenversicherung schafft der Gesetzgeber ein System, das dem Open House System sehr nahekommt. Diese Steuerungsbefugnisse des Rentenversicherungsträgers und die damit verbundene Abschaffung des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses lehnt der Deutsche Caritasverband als einseitiges Diktat der Zulassungsbedingungen durch den Leistungsträger entschieden ab (s.o.).

#### **Absatz 6: Verträge**

Absatz 6 vermischt den Vertrag des Leistungsträgers mit dem Leistungserbringer mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme der Einrichtung durch den/die Versicherte/n. Gleichzeitig besagt Absatz 6 Satz 1, dass der Vertrag keinen Anspruch auf Inanspruchnahme der Einrichtung durch den Träger der Rentenversicherung begründet. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung wird gemäß Absatz 6 Satz 3 allein durch den Leistungsträger getroffen. Zusammen mit den einseitigen Festlegungen durch die DRV Bund nach den Absätzen 3 und 9 werden den Leistungserbringern einseitig Risiken ohne vertragliche Mitgestaltungsmöglichkeiten der Bedingungen der Leistungserbringung aufgebürdet. Dies ist nicht hinnehmbar. Im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ist das Belegungsrisiko akzeptabel, weil die Versicherten in der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts einen wesentlichen Einfluss auf die Belegung nehmen können. Dem Wunsch- und Wahlrecht kommt im Referentenentwurf im Zusammenhang mit der Belegung jedoch keine Rolle zu.

#### **Absatz 8: Vergütungsanspruch und Vergütungsvereinbarung**

Absatz 8 ermöglicht den Rehabilitationseinrichtungen, mit dem Leistungsträger vom Vergütungssystem nach Absatz 9 abweichende Vergütungen zu vereinbaren, sofern die Einrichtung leistungsspezifische Besonderheiten aufweist oder besonders innovativ ist, z.B. durch neue Konzepte und Methoden (Nummer 1). Ein weiterer Grund für einen gewissen Verhandlungsspielraum der Einrichtungen bei der Vereinbarung von Vergütungen ist ein sog. „regionaler

Faktor“ (Nummer 2). Diese „Öffnungsklausel“ für Vergütungsvereinbarungen zeigt deutlich, dass weder die Personalstruktur der jeweiligen Einrichtung noch die Tarifbindung bei dem Vergütungssystem, die in Absatz 9 dem Grundsatz nach zu regeln ist, eine Rolle spielen. Abgesehen davon, dass die Begriffe „neue Konzepte und Methoden“ sowie „regionaler Faktor“ unbestimmte Rechtsbegriffe darstellen, wird aus der Begründung zu Nummer 2 deutlich, dass der „regionale Faktor“ das deutschlandweit recht unterschiedliche Lohn- und Gehaltsgefüge des Personals abbilden soll.

Es ist sicherzustellen, dass die in § 38 SGB Absatz 2 SGB IX geregelte die Verpflichtung, die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie von Vergütungen nach kirchlichem Arbeitsrecht als nicht unwirtschaftlich anzuerkennen, grundsätzlich den Vergütungsverhandlung zugelegt werden muss.

Wir weisen zudem darauf hin, dass § 38 Absatz 2 SGB IX eine Regelung entsprechend der Formulierung in § 84 Absatz 2 Satz 6 SGB XI Formulierung enthalten sollte, wonach auch sachlich begründete Vergütungen, die über die tarifliche Bezahlung hinausgehen, möglich sind.

### **Änderungsbedarf**

Streichung von Absatz 8

### **Zu § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 : Vergütungssystem**

§ 15 Absatz 3 formuliert, dass die Rehabilitationseinrichtungen sich mit der Zulassung verpflichten, das Vergütungssystem der DRV Bund, das von dieser lediglich mit Stellungnahmerecht der Leistungserbringer erarbeitet wird, anzuerkennen. Absatz 9 Nummer 2 sieht vor, dass die DRV Bund zum Vergütungssystem verbindliche Entscheidungen zu treffen hat. Wie oben ausgeführt sprechen wir uns für ein anders strukturiertes mehrstufiges Vertragssystem aus, indem in Rahmenverträgen zwischen den Reha-Trägern und den Verbänden der Leistungserbringern auch Grundsätze der Vergütung formuliert werden, die in Versorgungsverträgen mit den einzelnen Einrichtungen auf dem Verhandlungswege konkretisiert werden. Nur so kann die Verknüpfung zwischen fachlichen Qualitätskriterien, Leistungsspezifika verschiedener Indikationsbereiche und Vergütung gewährleistet bleiben.

Die Rehabilitationseinrichtungen haben in den letzten Jahren individuelle Leistungsprofile entwickelt, die sich in den einrichtungsbezogenen Versorgungs- und Vergütungsverträgen abbilden. Nur ein Vertragssystem, das diese Faktoren berücksichtigt, ist geeignet, regionale, medizinische, patientenbezogene und weitere Besonderheiten der jeweiligen Leistungserbringung aufzunehmen; ein Vergütungssystem, das wie in Abs. 9 Nummer 2 vorgesehen, einem einseitigen Preisdiktat unterliegt, kann dies nicht leisten. Auch dieser Aspekt spricht dafür, die in § 15 Absatz 9 vorgesehenen Regelungsgegenstände in einem Rahmenvertrag zwischen Reha-Trägern und den Spitzenverbänden der Leistungsträger zu regeln, der Grundsätze der Vergütung formuliert, die dann in einrichtungsbezogenen Versorgungsträgern umgesetzt wird.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird ausgeführt, dass die Höhe der Vergütung zukünftig nicht, wie bisher das Ergebnis von Verhandlungen ist, sondern das Ergebnis einer Bewertung der Leistungen der Reha-Einrichtungen anhand vorgegebener objektiver Kriterien. Für Verhandlungen gäbe es nur einen „begrenzten Verhandlungsspielraum“ (S. 70). Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands verkennt diese Vorgabe den Spielraum, den Einrichtun-

gen bei der Erbringung von rehabilitativen Leistungen haben und der auch vergütet werden muss: Eine reha bezogene Diagnose auf der Basis der ICF determiniert kein rehabilitatives Behandlungsprogramm: Die rehabilitativen Maßnahmen müssen einzelfallspezifisch auf die jeweilige Problemkonstellation bezogen sein; hier verbieten sich deduktive Ableitungen zwischen Indikation und rehabilitativer Leistung. Völlig unklar ist auch, wie „spezifische konzeptuelle Aspekte und besondere medizinische Bedarfe“ (Nummer 2c) in einem einheitlichen Vergütungssystem abgebildet werden könnten. Zudem handelt es sich bei diesen Faktoren um unbestimmte Rechtsbegriffe, die in der Umsetzungspraxis streitbehaftet sein dürften.

Die in der Begründung zu findende Formulierung von einer „Vielzahl von ‚Reha-Produkten‘ (...), für die jeweils ein Vergütungssatz bestimmt wird“ (S.71) ist überaus mehrdeutig.

Des Weiteren konterkarieren die Regelungen die in § 38 Abs. 2 SGB IX verankerte Norm, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich gilt und anzuerkennen ist. § 15 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 SGB VI, in der auf den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verwiesen wird, ist um die Geltung dieser Norm entsprechend zu ergänzen.

Die Kinder- und Jugendrehabilitation unterliegt Besonderheiten in der Leistungserbringung, da Kinder keine kleinen Erwachsenen darstellen. Daher sollte klargestellt werden, dass diesen Besonderheiten auch im Vergütungssystem Rechnung zu tragen ist.

### **Änderungsbedarf**

Sollte der Gesetzgeber an den Formulierungen des Absatzes 9 Nummer 2 festhalten, ist folgender Satz einzufügen:

„Die besonderen Belange der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen.“

### **Zu § 15 Absatz 9 Nummer 3: externe Qualitätssicherung**

Derzeit unterliegen die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der externen Qualitätssicherung. In der Praxis wären Einrichtungen bzw. Fachabteilungen durch die Einführung des neuen Verfahrens gehalten, sich an zwei Verfahren gleichzeitig zu beteiligen, weil die Qualitätssicherungsergebnisse aus dem jeweils anderen Verfahren vom jeweils anderen Träger nicht anerkannt bzw. berücksichtigt werden. Zwei Verfahren der externen Qualitätssicherung, in Bereichen, in denen sowohl die Rentenversicherung wie die Krankenversicherung belegt - wie etwa im Bereich der Suchtrehabilitation, der orthopädischen Rehabilitation oder der Kinderrehabilitation - widersprechen dem Geist des SGB IX, erschweren die Transparenz für die Versicherten, verursachen doppelte Kosten bei den Reha-Trägern und führen zu erheblichen Problemen in der Praxis der Leistungserbringer.

Stattdessen sollte ein einheitliches, aber flexibel ausgestaltetes Verfahren der Qualitätssicherung im SGB IX gesetzlich verankert werden. Es sollte, wie es im SGB V-Bereich der Fall ist, zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern im Rahmenvertrag vertraglich vereinbart werden.



### **Hilfsweise**

Sollte sich der Gesetzgeber diese Position nicht zu Eigen machen, plädiert der Deutsche Caritasverband entschieden dafür, Leistungserbringer, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfe und die Verbände der Menschen mit Behinderung frühzeitig in der Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung zu beteiligen und Einvernehmen herzustellen.

### **Zu § 15 Abs. 9 Satz 3: Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten**

Nach § 15 Absatz 9 S. 1 Nummer 3 hat die DRV Bund bei der Entscheidung zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, nach denen die Belegung erfolgt, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach § 8 SGB IX zu berücksichtigen.

In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass in der verbindlichen Entscheidung auch festgelegt wird, dass die versicherte Person bereits bei der Beantragung der Leistung über das Wunsch- und Wahlrecht informiert wird. Im weiteren Verfahren wird dem und der Versicherten die Möglichkeit eines Vorschlagsrechts eingeräumt und er/sie wird dabei vom Träger der Rentenversicherung fachlich unterstützt.

Diese Ausführungen werden vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich unterstützt. Sie sollten explizit in den Gesetzestext aufgenommen werden. Im vorliegenden Gesetzentwurf bleibt unklar, in welchem Verhältnis das Wunsch- und Wahlrecht zu den Auswahlkriterien nach § 15 Absatz 9 Nummer 3 steht. Hier sollte sichergestellt werden, dass das Wunsch- und Wahlrecht sich auf die in Nummer 3 genannten Kriterien bezieht und gegenüber der Auffassung des Rentenversicherungsträgers Vorrang hat. Darüber hinaus sollten, wie auch im SGV, die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt werden können.

Es wird des Weiteren auf folgenden Sachverhalt aufmerksam gemacht:

### **Erweitertes Führungszeugnis**

Anders als in § 72a SGB VIII, § 124 Abs. 2 S. 3 SGB IX und § 75 Abs. 2 S. 2 SGB XII wird das Erfordernis der Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses nicht verpflichtend geregelt. Wir sehen hier Nachbesserungsbedarf, um diese gesetzliche Lücke für die Schutzbedürftigkeit von betreuten Personen zu schließen, z.B. durch die Aufnahme einer entsprechenden Regelung unter § 15 Absatz 9 Nummer 1 SGB VI Ref-E („Fachlich geeignet sind Rehabilitationseinrichtungen, wenn sie nur solche Personen beschäftigen...“ (Hier kann die weitere Formulierung aus § 124 Abs. 2 Sätze 3-9 SGB IX übernommen werden). Denn Menschen in medizinischer Rehabilitation sind ebenso schutzbedürftig wie Personen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Kinder- und Jugendhilfe.

### **Fazit**

Gegenüber dem vorliegenden Referentenentwurf wird mit dem IPREG in der medizinischen Rehabilitation (und Vorsorge) in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen ein anderer Weg beschritten. Hier verständigen sich Krankenkassen und Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Rahmenempfehlungen (vgl. § 111 SGB V neu). Die Rahmenempfehlungen

enthalten auch Grundsätze für die Vergütung. Dieser Regelungsweg wird vom Deutschen Caritasverband ausdrücklich begrüßt und sollte paradigmatisch für das gesamte medizinische Rehabilitationsrecht beschritten werden.

Wir machen mit großer Sorge darauf aufmerksam, dass es, sollte dieser Referentenentwurf Gesetzeskraft erlangen, in Zukunft sehr unterschiedliche Regelungen zum Verhältnis von Reha-Trägern und Leistungserbringern geben wird: Die Rahmenverträge im SGB V, die Bestimmungen in § 15 SGB VI sowie das komplexe Leistungserbringungsrecht des SGB IX, das gemeinsame Empfehlungen, Rahmenverträge zwischen den Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsdienste und der Reha-Einrichtungen (nach § 38 Abs. 4 SGB IX) (fakultativ) und Verträge zwischen Leistungserbringern und Reha-Trägern nach § 38 SGB IX vorsieht. Diese divergente Entwicklung und Fragmentierung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Rehabilitation ist angesichts einer Vielzahl von Reha-Trägern, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen und von Einrichtungen, die gleichzeitige Verträge mit unterschiedlichen Reha-Trägern haben sowie für die Rehabilitanden, die nach dem Anspruch des SGB IX für vergleichbare Ansprüche auch vergleichbare Leistungen erhalten sollen, nicht akzeptabel. Das Rehabilitationswesen droht in einen Zustand des zersplitterten Rechts vor Schaffung des SGB IX zurückzufallen. Dieser Entwicklung gilt es dringend entgegen zu wirken.

Diese Diagnose spricht dafür, dass anstelle neuer spezialgesetzlicher Regelungen in SGB V und VI das SGB IX als trägerübergreifender Rahmen weiterzuentwickeln ist, um in Rahmenverträgen der beteiligten Akteure (Reha-Träger und Spitzenverbände der Leistungserbringer) Fragen der Zulassungskriterien, Grundsätze der Vergütung und sozialmedizinische Kriterien für die Belegung zu bestimmen. Das hätte zudem den Vorteil, die Selbstverwaltung als gemeinsame Selbstverwaltung von Reha-Trägern und Leistungserbringern im Rahmen des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses zu gestalten.

Freiburg, den 10. August 2020

Renate Walter-Hamann

Dr. Thomas Becker

## **Kontakt**

Dr. Birgit Fix, Berliner Büro, Referentin Armuts- und Arbeitsmarktfragen, Tel.: 030 28444778, [birgit.fix@caritas.de](mailto:birgit.fix@caritas.de)

Dr. Elisabeth Fix, Berliner Büro, Referentin Rehabilitation, Pflege und Gesundheitspolitik, Tel.: 030 28444746, [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)

Caroline von Kries, Caroline v. Kries, LL.M., Juristische Referentin, Referat Teilhabe und Gesundheit, Tel. 0761 200-224, [caroline.von.kries@caritas.de](mailto:caroline.von.kries@caritas.de)

Karoline Körber, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Bereichsleitung Rehabilitation & Recht, Tel. 030 240 836 817, [karoline.koerber@caritas.de](mailto:karoline.koerber@caritas.de)

Margot Jäger, Referentin Koordination Med. Rehabilitation, Referat Teilhabe und Gesundheit, Tel. 0761 200-456; [margot.jaeger@caritas.de](mailto:margot.jaeger@caritas.de)

Deutscher  
Caritasverband e.V.

Alwin Baumann, Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha, Tel. 07522 9302661,  
a.baumann@bkjr.de

Stefan Bürkle, CaSU Caritas Suchthilfe e.V., Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im  
DCV, Tel. 0761 200 303, stefan.buerkle@caritas.de