

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 11. November 2020

Zusammenfassung

Mit dem Gesetzentwurf sollen die Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation verbessert sowie die Sozialversicherungswahlen modernisiert werden. Der Deutsche Caritasverband nimmt 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).

Der Deutsche Caritasverband begrüßt grundsätzlich die Einführung einer digitalen Rentenversicherungsübersicht. Es ist von großer Bedeutung, den Kenntnisstand der Bevölkerung über die eigene Altersvorsorge zu verbessern. Bei der konkreten Ausgestaltung ist es dabei wichtig, dass die Informationen über die Vorsorgeansprüche für jede Säule einzeln hinreichend transparent dargestellt werden, da die jeweils garantierten oder prognostizierten Werte in den unterschiedlichen Altersvorsorgesystemen sehr unterschiedlich begründet und berechnet werden. Die Übersicht sollte nicht nur einen Sachstand zum Renteneintritt geben, sondern auch Informationen zum Rentenverlauf beinhalten. Wichtig ist es auch, dass Eheleute ihre Ansprüche für den Fall einer Scheidung gesplittet bzw. für den Fall der Verwitwung verrechnet erkennen können. Ein entsprechender Gender-Check, den die Rentenkommission in ihrem Abschlussbericht vorschlägt, ist deshalb zwingend bereits in diesem Gesetz umzusetzen.

Im Rehabilitationsrecht führt der Gesetzentwurf ein neues System für den Zugang zur Leistungserbringung ein. Anders als beim gerade beschlossenen IPREG in der medizinischen Rehabilitation (und Vorsorge) in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen, welches ausgehandelte Rahmen- und Versorgungsverträge vorsieht, soll die Zulassung und der Zugang zu Leistungen vollständig in die Steuerung der DRV Bund übergehen. Der Deutsche Caritasverband macht mit großer Sorge darauf aufmerksam, dass es im Falle des Inkrafttretens des Gesetzes in der vorliegenden Form in Zukunft zwei unterschiedliche Regelungen zum Verhältnis von Reha-Trägern und Leistungserbringern geben wird: Ein Aushandlungsmodell mit Rah-

men- und Versorgungsverträgen im Bereich des SGB V und ein Steuerungsmodell im Bereich des SGB VI, bei dem es nur bedingte Mitspracherechte der Leistungserbringer gibt. Außerdem gäbe es auch zwei Verfahren der externen Qualitätssicherung. Diese divergenten Entwicklungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Rehabilitation sind angesichts einer Vielzahl von Reha-Trägern, die zugleich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im SGB V und VI erbringen auch vor dem Hintergrund eines einheitlichen Reharechts, das vor kurzem durch das BTHG im SGB IX geschaffen wurde, nicht hinnehmbar. Statt zu einer Vereinheitlichung der Regelungen führen die vorliegenden Änderungen zu weiterer Fragmentierung. Das Rehabilitationswesen droht somit in einen Zustand des zersplitterten Rechts vor Schaffung des SGB IX zurückzufallen. Dieser Entwicklung gilt es dringend entgegen zu wirken. Der Deutsche Caritasverband schlägt vor, 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. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass den spezifischen Belangen der Kinder- und Jugendrehabilitation Rechnung zu tragen ist, etwa im Hinblick auf die Dauer der Leistungen und im Vergütungssystem.

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

Verfügbarkeit der Information

§ 3 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, S. 12), in den rentennahen Jahrgängen vermehrt.

Informationen über die Rentenübersicht und konkrete Inhalte

§ 5 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.

Wichtig ist es, dass die Aufstellung für Eheleute die Rentenansprüche gesplittet aufweist. Je nach innerfamiliärer Verteilung von Erwerbs- und unbezahlter Sorgearbeit erleben Partner die Scheidung gerade bezüglich ihrer Altersansprüche nicht selten als „finanzielles Erdbeben“. Es gelingt nach Erziehungs- und Pflegephasen sowie nach einer längeren Zuverdienersituationen oft nicht mehr, entsprechend der ursprünglichen Qualifikationen und Potenziale auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Die Risiken einer mit längeren Phasen der unbezahlten Sorgearbeit verbundenen innerfamiliären Arbeitsteilung auf die Alterssicherung beider Partner im Scheidungsfall werden häufig unterschätzt. Solange keine gesetzliche Implementation eines obligatorischen Anwartschaftssplittings bei (Ehe-) Paaren zum Ausgleich der Folgen asymmetrischer Aufgabenteilung in der Familie erfolgt, werden deren Folgen oft erst im Scheidungsfall sichtbar. Zu Recht fordert deshalb die Rentenkommission einen „Gender-Check“. Dieser muss aus unserer Sicht zwingend bereits mit diesem Gesetz umgesetzt werden. Die digitale Rentenversicherungsübersicht muss von Anfang an so programmiert werden, dass bei den Rentenanwartschaften von Ehepartnern alternativ der Rentenverlauf ohne und mit Versorgungsausgleich/permanentem Splitting während der Ehe nachvollzogen werden kann. Hilfreich wäre es auch, die Versorgungsansprüche im Falle der Verwitwung abzubilden. 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 Deutsche Rentenversicherung enthalten.

Anbindung aller Vorsorgeeinrichtungen

§ 7 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 Gesetzentwurfs 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 kritisieren wir, dass der Rentenversicherung Bund mit dem Gesetzentwurf die einseitige Regelungskompetenz für die Grundlagen des Leistungsgeschehens übertragen wird. Dies widerspricht dem in anderen Sozialgesetzbüchern etablierten und bewährten gemeinsamen Zusammenwirken von Reha-Trägern, Leistungserbringern der Verbänden der Menschen mit Behinderungen und der Selbsthilfe:

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 2).

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

Nach § 15 Absatz 9 trifft die DRV Bund in alleiniger Kompetenz verbindliche 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, Umfang und Form der Veröffentlichung der Daten zur externen Qualitätssicherung.

Der Inhalt dieser vier Aspekte unterliegt nicht einer Verhandlung zwischen den Vertragspartnern. Es bleibt auch unklar, welche Rechtsnatur diese Entscheidungen haben und ob sie durch die Leistungserbringerverbände angefochten werden können. Den Verbänden der Leistungserbringer und der Betroffenen wird im Entscheidungsverfahren lediglich die Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt, welche in die die Beschlussfassung der DRV Bund einzubeziehen sind.

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 oder tariflich unterschiedlicher Lohn- und Gehaltsstrukturen stark vom Einheitspreis des Vergütungssystems abweichen würde.

Es läuft also darauf hinaus, dass die Leistungserbringer einer weitgehend einseitig gesteuerten Ansage 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 Vorschreiben der Leistungsbedingungen).

SGB IX als trägerübergreifender Rahmen weiterzuentwickeln

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 rehasträgerübergreifende Recht des SGB IX zugunsten spezialgesetzlicher Regelungen beschädigt. Zusammengenommen mit den kürzlich vom Bundestag beschlossenen 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 rehasträgerübergreifenden 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.

Sollte sich der Gesetzgeber nicht dazu entschließen, von dem hier vorgeschlagenen Modell abzurücken, ist unbedingt folgendes zu gewährleisten: Die Leistungserbringerverbände müssen bei den verbindlichen Entscheidungen nach § 15 Abs. 9, 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 jeweilige 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 Gesetzentwurf 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 einseitige Bestimmung der Zulassungsbedingungen durch den Leistungsträger entschieden ab (s.o.).

Absatz 6: Verträge

Absatz 6 vermischt in der Formulierung des Gesetzes 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 Gesetzentwurf im Zusammenhang mit der Belegung jedoch keine Rolle zu.

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 Preisvorschriften 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 Gesetzentwurfs 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. 98). Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands verkennt diese Vorgabe den Spielraum, den Einrichtungen bei der Erbringung von rehabilitativen Leistungen haben und der auch vergütet werden muss: Eine rehabezogene 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. 100) ist überaus mehrdeutig.

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.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz soll auch der GKV-Spitzenverband den Auftrag erhalten, die Daten des QS-Reha-Verfahrens im Internet zu veröffentlichen. Versicherte, die sich über eine Rehabilitationseinrichtung informieren möchten, müssten dann dazu Qualitätsdaten zweier unterschiedlicher Verfahren und Systematiken in zwei unterschiedlichen Portalen nutzen, die noch dazu jeweils kleinere Grundgesamtheiten abbilden.

Zwei Verfahren der externen Qualitätssicherung, obwohl - bis auf wenige Ausnahmen - dieselben Fachabteilungen von beiden Reha-Trägern in Anspruch genommen werden, sind nicht notwendig. Sie widersprechen dem Geist des SGB IX erschweren die Transparenz für die Versicherten und verursachen bei beiden Reha-Trägern (GKV und DRV) jeweils Aufwand für Pflege und Weiterentwicklung der Verfahren und der Methoden der Veröffentlichung im Internet.

Notwendig ist eine Verpflichtung zur Zusammenführung der bestehenden QS-Verfahren zu einem einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung für alle Bereiche. Es bietet sich an, eine entsprechende Verpflichtung zur Zusammenführung der Verfahren im SGB IX gesetzlich zu verankern und die nähere Ausgestaltung des Verfahrens und den Maßnahmen zur Qualitätstransparenz zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung und den Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren.

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 SGB V, 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.

Berlin/ Freiburg 11. November 2020

Eva Welskop-Deffaa

Fachvorstand Sozial- und Fachpolitik

Kontakt

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

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

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

Margot Jäger, Referentin Koordination Med. Rehabilitation, Referat Teilhabe und Gesundheit, Tel. 0761 200-456; margot.jaeger@caritas.de

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