

Transparenz bei der Beschaffung von Reha-Leistungen verbessern

Stellungnahme 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)

2. März 2020

Zusammenfassung

Die Ziele der vorgesehenen gesetzlichen Regelungen – Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Diskriminierungsfreiheit und Gleichbehandlung bei der Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung – sind zu begrüßen, weil sie den Wettbewerb unter den Anbietern stärken.

Durch die gesetzlichen Anpassungen werden zugleich Zweifel ausgeräumt, ob das von den Rentenversicherungsträgern entwickelte „offene Zulassungsverfahren“, mit dem die Zulassung und Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen geregelt wurde, mit dem (europäischen) Vergaberecht vereinbar ist.

Allerdings sollten die Anbieter von Rehabilitationsleistungen, die sowohl für die gesetzliche Rentenversicherung als auch für die gesetzliche Krankenversicherung Reha-Leistungen erbringen, nicht zu zwei parallelen Qualitätssicherungsverfahren gezwungen werden.

Hinsichtlich der geplanten Ausgestaltung des geplanten Verfahrens der Beschaffung von Reha-Leistungen bedarf es noch einiger Änderungen, insbesondere um Selektivität im Auswahlprozess noch stärker auszuschließen und den Erfordernissen von Qualität und

Wirtschaftlichkeit noch stärker Rechnung zu tragen.

Die Änderungen beim Übergangsgeld sind sachgerecht, da sie seinen Charakter als Entgeltersatzfunktion stärken.

Im Einzelnen

Wettbewerb im Reha-Bereich wird gestärkt

Mit den geplanten gesetzlichen Regelungen

- für die Zulassung von Reha-Einrichtungen für die Erbringung von medizinischen Reha-Leistungen durch die gesetzlichen Rentenversicherungsträger,
- für transparente und nachvollziehbare Vergütungsregelungen,
- für Belegungskriterien zur Inanspruchnahme von Reha-Leistungen und
- zur Veröffentlichung von Qualitäts-Daten von Reha-Einrichtungen

wird der Wettbewerb im Reha-Bereich wirksam gestärkt. Je besser gewährleistet ist, dass Reha-Leistungen konsequent nach sachgerechten objektiven Kriterien beschafft werden, umso stärker werden sich die Anbieter an diesen Kriterien orientieren (müssen).



Dies ist vor allem im Interesse der Rehabilitanden wünschenswert, dient aber auch dazu, dass die Mittel der Beitragszahler der Rentenversicherung bestmöglich eingesetzt werden.

Zugleich werden mit den jetzt geplanten gesetzlichen Regelungen die bereits unternommenen Anstrengungen der Deutschen Rentenversicherung Bund, die Beschaffung von Reha-Leistungen entsprechend den Vorgaben des europäischen Vergaberechts zu regeln, unterstützt. Denn mit der verbindlichen Entscheidung des Bundesvorstands der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Beschaffung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation vom 16. März 2017 sowie der bereits begonnenen Erarbeitung eines Konzepts für die Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung bereits auf untergesetzlicher Ebene Maßnahmen mit der gleichen Zielsetzung unternommen. Der jetzt vorgesehene Gesetzesrahmen baut auf diesen Arbeiten auf, sichert sich europarechtlich ab und gibt ihnen für die zeitliche und inhaltliche Umsetzung Leitplanken.

Qualitätsprüfung zusammenführen

Anbieter von Rehabilitationsmaßnahmen sollten nicht dazu gezwungen werden, zwei unterschiedliche Qualitätsprüfungsverfahren gleichzeitig anzuwenden, wenn sie zugleich Leistungen für zwei Sozialversicherungsträger anbieten.

Nach § 15 Abs. 3 SGB VI-E (im Entwurf allerdings mit „(1)“ eingeleitet) sollen sich Reha-Einrichtungen für ihre Zulassung zur Teilnahme am Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund verpflichten. Nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen für die Krankenkassen erbringen, jedoch zugleich verpflichtet, sich an den für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Näheres koordinierten der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene in einer Vereinbarung

(§ 137d Abs. 1 SGB V). In der gesetzlichen Krankenversicherung ist zwischen den vorgenannten Vereinbarungspartnern das „QS-Reha@-Verfahren“ als bundesweit einheitliches Verfahren der einrichtungsübergreifenden vergleichenden Qualitätssicherung etabliert worden.

Damit Rehabilitationseinrichtungen, die sowohl von der Deutschen Rentenversicherung als auch von den Krankenkassen belegt werden, sich nicht an mehreren Qualitätssicherungsverfahren beteiligen müssen, haben die Spitzenverbände der Sozialleistungsträger bereits 1999 eine Gemeinsame Erklärung über eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation abgegeben.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der GKV-Spitzenverband haben in einer Vereinbarung von Oktober 2013 bekräftigt, dass für sie die Gemeinsame Erklärung von 1999 nach wie vor die Grundlage der rehabilitations-trägerübergreifenden Kooperation ist und weitere Einzelheiten zur Anwendung des Hauptbelegerprinzips festgelegt. An diesem Verfahren muss auch in Zukunft festgehalten werden.

Zumindest muss perspektivisch vermieden werden, dass Reha-Einrichtungen, die Reha-Leistungen sowohl für die gesetzliche Rentenversicherung als auch für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen, zwei vollständig unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren gleichzeitig anwenden müssen.

Interessenkollisionen vermeiden

Nach den vorgeschlagenen Regelungen wäre es möglich, dass ein Träger der Rentenversicherung über die Zulassung und die Vergütung seiner eigenen Einrichtungen selbst entscheidet (§ 15 Abs. 5 und 8 SGB VI-E). Solche In-sich-Geschäfte müssen jedoch zur Vermeidung von Interessenskollisionen vermieden werden.



Ergebnisse der Qualitätssicherung in verständlicher Form veröffentlichen

Die geplante Pflicht zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (§ 15 Abs. 7 und 9 S. 1 Nr. 4 SGB VI-E) ist zu begrüßen, denn die damit erreichte Transparenz stärkt den Wettbewerb und ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Versicherte, ihr Wunsch- und Wahlrecht nach objektiven Kriterien ausüben können. Allerdings reicht dafür nicht die Vorgabe, dass die Ergebnisse in einer „wahrnehmbaren Form“ veröffentlicht werden. Vielmehr müssen die Informationen über die Ergebnisse auch leicht zugänglich und verständlich sein, wenn sie ihre Zielsetzung erreichen sollen. Das Gebot der Verständlichkeit, das in vielen anderen gesetzlichen Vorgaben zu Informations- und Auskunftspflichten deshalb auch vorgesehen ist (zum Teil in allgemeiner Form, z. B. § 4 Abs. 4 BetrAVG, zum Teil aber auch mit sehr detaillierten Vorgaben, z. B. § 234k Abs. 1 VAG) sollte daher auch hier aufgenommen werden.

Regionalkomponente zulassen

Das Ziel, die Vergütung von Reha-Einrichtungen nicht mehr im Verhandlungsweg zu vereinbaren, sondern durch ein Vergütungssystem nach objektiven Kriterien zu regeln, ist im Interesse der Transparenz sehr zu begrüßen. Das in der Gesetzesbegründung formulierte Ziel, dass das neu zu erarbeitende Vergütungssystem gewährleisten soll, „dass für von Rehabilitationseinrichtungen erbrachte gleiche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch gleiche Vergütungen gezahlt werden“, würde allerdings keine Berücksichtigung regionale Besonderheiten erlauben. Dies kann jedoch sinnvoll sein, um z. B. unterschiedlichen Entgeltniveaus Rechnung tragen zu können, und sollte daher als Kriterium für das zu entwickelnde Vergütungssystem zugelassen werden.

Selektivität bei Einrichtungsauswahl ausschließen

Die geplanten Vorgaben zur Einrichtungsauswahl (§ 15 Abs. 9 S. 1 Nr. 3 SGB VI-E) tragen noch nicht hinreichend der Notwendigkeit der Vermeidung von Selektivität bei der Einrichtungsauswahl Rechnung. Dabei ist dies entscheidend, um den Vorgaben des europäischen Vergaberechts zu genügen (vgl. S. 9 des Entwurfs). So fehlt insbesondere die bei § 15 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 zu Recht vorgesehene Vorgabe, dass die Auswahl auf einem „verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien“ Verfahren beruhen muss. Im Ergebnis muss jedes Auswahlermessen ausgeschlossen sein, weil es nur dann den europäischen Vorgaben genügt und die gewollte Diskriminierungsfreiheit erreicht.

Zudem sollte der Halbsatz, dass „die Leistung für den Versicherten in der nachweislich besten Qualität zu erbringen“ ist, gestrichen werden. Nach den Erfahrungen der Rentenversicherungsträger ergeben sich unerwünschte Folgen, wenn das Kriterium der Qualität besonders hoch (nach der zitierten Gesetzesformulierung sogar mit 100%) gewichtet wird. So kann es z. B. zu sehr langen Wartezeiten kommen, weil dann regelmäßig immer die gleichen Einrichtungen ausgewählt werden müssen.

Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hinreichend gewährleisten

Die Formulierung, dass bei der Einrichtungsauswahl der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit lediglich zu beachten ist („unter Beachtung des“, § 15 Abs. 9 S. 1 Nr. 3 SGB VI), wird diesem wichtigen Erfordernis nicht hinreichend gerecht. Die Einhaltung dieses Grundsatzes sollte mindestens „gewährleistet“ oder „sichergestellt“ werden müssen. Besser wäre noch, die Notwendigkeit der Gewährleistung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit in einem eigenen Satz zu formulieren und zu betonen.



Wunsch- und Wahlrecht konkretisieren

Die sinnvolle Zielsetzung, die Einrichtungsauswahl nach objektiven Kriterien vorzunehmen, um damit die bestgeeignete Einrichtung mit der Durchführung der Maßnahme zu beauftragen zu können, kann durch die Wahrnehmung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX verfehlt werden. Dies sollte aber sowohl im Interesse des Rehabilitanden als auch der Beitragszahler, die für die Kosten der Maßnahme aufkommen müssen, vermieden werden.

Um eine unsachgerechte Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts zu verhindern, sollte die Deutsche Rentenversicherung in ihrer verbindlichen Entscheidung nach § 15 Abs. 9 S. 1 Nr. 3 SGB IX auch seinen Umfang und seine Grenzen definieren müssen. Da das Wunsch- und Wahlrecht nicht schrankenlos gilt, sondern nach § 8 SGB IX nur bei „berechtigten Wünschen“, bedarf es einer solchen Konkretisierung. Sie sollte auch deshalb erfolgen, weil es sonst (auch weiterhin) keine gleichmäßige Handhabung des Wunsch- und Wahlrechts durch die einzelnen Rentenversicherungsträger gäbe.

Sinnvolle Änderungen beim Übergangsgeld

Beide vorgesehenen Neuregelungen beim Übergangsgeld sind sinnvoll:

Die Einschränkung des Anspruchs auf Übergangsgeld auf solche Fälle, in denen Leistungen nicht neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht werden können, ist sinnvoll, denn damit wird der Entgeltersatzfunktion von Übergangsgeld Rechnung getragen.

Der Wegfall des Anspruchs auf Übergangsgeld für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist sachgerecht, denn er führt zu einer sachgerechten Finanzierung des Lebensunterhalts von Arbeitslosengeld-II-Empfängern in der Zeit der Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und bedeutet für die Betroffenen auch keinerlei materielle Veränderung.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de