

10.11.2020

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

A. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Entwurf verfolgt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales das Ziel, Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Diskriminierungsfreiheit und Gleichbehandlung bei der Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung zu gewährleisten. Dies begrüßen wir sehr, der Gesetzentwurf wird allerdings diesem Anspruch inhaltlich nicht gerecht.

So ist keinerlei Beteiligung der Leistungserbringer und der Patienten vorgesehen. Alle relevanten Festlegungen in Sachen Zulassung, Belegungsauswahl, Qualitätssicherung und Vergütung werden **einseitig** von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund, die zudem selbst Klinikbetreiber ist, ohne Beteiligung der Vertragskliniken getroffen. Die Verhandlungsposition der Leistungserbringer und ihrer Verbände wird mit diesem Gesetzentwurf vollständig negiert. Den Leistungserbringerverbänden wird lediglich ein einmaliges Stellungnahmerecht eingeräumt. Eine Bedeutung oder rechtliche Konsequenz haben die Stellungnahmen hingegen nicht. Von Beteiligung kann nicht gesprochen werden.

Damit bewegt sich der vorgelegte Gesetzentwurf völlig konträr zu allen anderen Regelungen im deutschen Sozialrecht - vor allem SGB V, SGB IX und SGB XI. Im geltenden Sozialrecht ist der Vertrag die für den Zugang zur sozialrechtlichen Leistungserbringung typische Handlungsform. Seine Bedeutung beruht vor allem darauf, dass sich der Gesetzgeber im Bereich der Sozialversicherung für ein korporatistisches System entschieden hat, das weniger durch hierarchische Steuerung in Gestalt von Gesetzen und Verwaltungsakten, als vielmehr durch arbeitsteilige Kooperationsstrukturen gekennzeichnet ist, die durch Selbstverwaltungsträger beherrscht werden. Im gesamten SGB gibt es keinen Leistungsbereich, in dem die Leistungserbringer ein derart geringes Beteiligungsrecht haben, wie es der vorgelegte Referentenentwurf vorsieht. Durch dieses Gesetz werden die bisher in § 38 Abs. 1 SGB IX bestehenden Beteiligungsrechte der Rehabilitationseinrichtungen erheblich eingeschränkt.

Zeitgemäßes Partizipationsrecht wird in dem vor wenigen Wochen vom Bundestag beschlossenen Gesetzentwurf zur Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) umgesetzt. Dort verhandeln die Leistungserbringer mit den Krankenkassen

verbindliche Rahmenverträge über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und einer leistungsgerechten Vergütung und deren Strukturen.

Daher fordern wir, dass auch das Gesetz zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung die Beteiligung der Rehabilitationseinrichtungen und ihrer Verbände durch die Vereinbarung von verbindlichen Rahmenempfehlungen zu folgenden Inhalten vorsieht:

1. Leistungserbringung (Definition der Leistungsinhalte, Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität),
2. Vergütung und
3. Belegung

Durch die Corona-Pandemie besteht in den Rehabilitationseinrichtungen ein erhöhter Aufwand durch Hygienevorgaben und Abstandsregelungen. Dieser Aufwand verursacht erhöhte Personal- und Sachkosten. Mit dem Auslaufen der Zuschüsse nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes ist eine Regelung zur Abdeckung dieser Mehrkosten erforderlich.



B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Art. 3 Nr. 2 a), § 15 Abs. 2 SGB VI

Neuregelung

Im neuen § 15 Abs. 2 wird geregelt, dass Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr wie bisher bei fachlicher Eignung einen Versorgungsvertrag nach § 38 Abs. 1 SGB IX abschließen, sondern die DRV Bund diese Reha-Einrichtungen per Verwaltungsakt zulässt.

Bewertung

Die Abkehr im SGB VI von dem in § 38 Abs. 1 SGB IX geltenden Prinzips der Partnerschaftlichkeit lehnen wir ab. Die vorgesehene Zulassung und die damit verbundenen einseitigen Festlegungen der Leistungserbringung, Qualitätssicherung und Vergütung widersprechen dem Sozialrecht sowie dem Grundgesetz.

Die Regelung, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15, 15a und 31 Abs. 1 Nr. 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, widerspricht der Regelung im § 15a Abs. 4 SGB VI, wonach Leistungen der Kinder- und Jugendrehabilitation in der Regel für mindestens vier Wochen erbracht werden.

Forderung

Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern soll wie bisher über Versorgungs- und Vergütungsverträge erfolgen. Diese basieren auf verbindlichen und transparenten Rahmenempfehlungen, die von den Rentenversicherungsträgern mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene geschlossen werden. Für Streitigkeiten dazu ist eine Bundesschiedsstelle vorzusehen. Für Streitigkeiten der Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den einzelnen Leistungserbringer ist die Schaffung einer Schiedsstelle ebenfalls erforderlich.



2. Art. 3 Nr. 2 b), § 15 Abs. 3 SGB VI

Neuregelung

Die Regelung normiert die von einer potenziell geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu erfüllenden inhaltlichen Anforderungen für eine positive Zulassungsentscheidung durch den federführenden Träger der Rentenversicherung. Weiter wird ausdrücklich geregelt, dass die Rehabilitationseinrichtung nur dann, wenn sie die Anforderungen erfüllt, gegenüber dem federführenden Träger der Rentenversicherung einen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung hat. Für eine positive Zulassungsentscheidung sind die in Nummer 1 bis 5 abschließend aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.

Bewertung

Wir lehnen die Zulassung nach einseitig durch die Rentenversicherung festgelegte Kriterien ab. Bisher sind für die „Zulassung“ Versorgungsverträge als öffentlich-rechtliche Verträge abzuschließen. Für sie gilt das allgemeine Vertragsrecht, also Verhandlungen. Die Ausnutzung von Zwangssituationen des privaten Vertragspartners sind verboten. Die bisher vorgesehene Verhandlung fußt auf rechtlichen Schutzmechanismen, um zu verhindern, dass aus einem grundsätzlich hinzunehmenden Machtgefälle ein „einseitiges Vertragsdiktat“ wird (K. Larenz/M. Wolf, Bürgerliches Recht. Allgemeiner Teil, 9. Auflage 2004, § 42 Rn. 1; ferner H. Heinrichs, in: O. Palandt (Begr.), Bürgerliches Gesetzbuch, 78. Auflage 2018, § 138 Rn. 34). Denn Art. 2 Abs. 1 GG schützt sowohl die Freiheit, einen Vertrag abzuschließen (Abschlussfreiheit), als auch, diesen inhaltlich zu gestalten (Inhaltsfreiheit). Im Gegensatz zu einem einseitigen Hoheitsakt – wie dem Verwaltungsakt – basiert der öffentlich-rechtliche Vertrag auf dem Einverständnis der Vertragsparteien. Die grundrechtlich geschützte vertragliche Gestaltungsfreiheit setzt voraus, dass die Bedingungen der Selbstbestimmung des Einzelnen auch tatsächlich gegeben sind. Daran fehlt es, wenn ein Vertragspartner im Verhältnis zu einem anderen in einer sozial oder ökonomisch übermächtigen Position steht und den Vertragsinhalt faktisch einseitig bestimmen kann. Durch die Abkehr von Vertragsverhandlungen passiert genau das, wovon der Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrags schützen soll. Im Ergebnis erhält die Rentenversicherung durch diese Regelung eine übermächtige Position.

Aus unserer Sicht kann eine Zulassung allenfalls die fachliche Eignung feststellen (Nr. 1). Alle weiteren vorgesehenen Regelungen gehören zu den auszuhandelnden und durch Verträge festzulegenden Bedingungen. Vorbild könnten hier die Regelungen zur Heilmittelerbringung in den §§ 124 und 125 SGB V sein. Hier erfolgt eine Zulassung, wenn sie ihre fachliche Eignung und die entsprechende Ausstattung nachweisen. Preise, Inhalte einzelner Maßnahmen, Qualitätssicherung usw. werden in Verträgen der Krankenkassen und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer vereinbart. Die einseitige Festlegung der Qualität und Vergütung durch die Rentenversicherung halten wir für grundrechtswidrig. Art.

12 Abs. 1 GG umfasst das Recht, „das Entgelt für berufliche Leistungen selbst festzusetzen oder mit denen, die an diesen Leistungen interessiert sind, auszuhandeln“.

Im Bereich der Krankenversicherung wird seit Jahren die Qualitätssicherung gemeinsam zwischen Krankenversicherung und den Reha-Leistungserbringerverbänden vereinbart. Es ist nicht nachvollziehbar, warum hier die Rentenversicherung alles einseitig festlegen darf. Dies widerspricht der partnerschaftlichen Ausgestaltung von Vertragsbeziehungen. Zudem haben Renten- und Krankenversicherung im Jahr 1999 eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation geschlossen und festgelegt, dass Rehabilitationseinrichtungen nur an dem Qualitätssicherungsverfahren desjenigen Trägers teilnehmen, der Hauptbeleger der Einrichtung ist. Im Gesetzentwurf wird entgegen dieser Vereinbarung normiert, dass jede zugelassene Einrichtung an den Verfahren der Rentenversicherung teilnehmen muss. In der Begründung wird ausgeführt, dass die Teilnahme an einem seitens der DRV Bund anerkannten QS-Verfahrens erforderlich ist. Dies muss auch so im Gesetzestext stehen. Andernfalls werden von der GKV federgeführte Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, sich an zwei QS-Verfahren zu beteiligen.

In der Begründung zur Nummer 1 steht, dass sich die Rehabilitationseinrichtungen auch verpflichten müssen, das von den Trägern der Rentenversicherung beschlossene Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation zu beachten. Die derzeitigen Rahmenkonzepte basieren auf Konzepten aus den Achtzigerjahren und Anfang der Neunzigerjahre. Diese wurden seitdem lediglich fortgeschrieben, aber nicht weiterentwickelt. Jedwedes Innovationsstreben wird durch die starren Rahmenkonzepte zunichte gemacht. Die Rahmenkonzepte bedürfen einer Öffnungsklausel und auch hier müssen die Leistungserbringer an der Entwicklung beteiligt werden.

In Nummer 3 wird geregelt, dass Rehabilitationseinrichtungen für die Zulassung das Vergütungssystem der DRV anzuerkennen haben. Die DRV Bund hat dieses bis zum 31.12.2025 zu entwickeln. D.h. zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelungen der Zulassungsvoraussetzung hat die DRV Bund lediglich die verbindliche Entscheidung für die Vergütungssystematik getroffen. Der tatsächliche Vergütungsrahmen steht zu dem Zeitpunkt noch nicht fest. Somit soll die Rehabilitationseinrichtung eine Vergütung anerkennen, ohne zu wissen, in welcher Höhe sie ausfallen wird. Dies widerspricht der Berufsfreiheit der einzelnen Rehabilitationseinrichtung.

Forderung

Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern soll wie bisher über Versorgungs- und Vergütungsverträge erfolgen. Diese basieren auf verbindlichen und transparenten Rahmenempfehlungen, die von den Rentenversicherungsträgern mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene geschlossen werden. Soll an der Systematik der Zulassung festgehalten werden, dann müssen die Reha-Leistungserbringer an den Festlegungen der Zulassungsvoraussetzungen beteiligt werden (s. z.B. §§ 124, 125 SGB V). Ein Stellungnahmerecht, wie es in § 15 Abs. 9 vorgesehen wird, reicht nicht aus.

3. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 4

Neuregelung

Die Regelung normiert die rechtlichen Wirkungen der Zulassungsentscheidung. Es wird geregelt, dass die Zulassungsentscheidung zu befristen ist. Es wird klargestellt, dass Rehabilitationseinrichtungen, die von einem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, als zugelassen gelten, da davon ausgegangen wird, dass sie die Anforderungen erfüllen.

Bewertung

In der Begründung steht, dass die Zulassung nur für den in der Zulassungsentscheidung genannten Zeitraum gilt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zulassungsentscheidung befristet wird. Wenn die Voraussetzungen vorliegen, gibt es einen Anspruch auf Zulassung. Die Rentenversicherung überprüft die Qualität und die Voraussetzungen für die Leistungserbringung regelmäßig durch das Qualitätssicherungsverfahren und Visitationen. Die regelmäßige Bestätigung der Zulassung ist ein bürokratischer Aufwand, der in diesem Fall überflüssig ist. Liegen die Voraussetzungen nicht mehr vor, kann die Rentenversicherung die Zulassung widerrufen. Zudem widerspricht eine befristete Zulassung dem Bestandsschutz nach § 301 Abs. 4 SGB VI.

Forderung

Von einer befristeten Zulassung sollte in Hinblick auf den damit verbundenen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand abgesehen werden, da die Voraussetzungen für die Zulassung von der Rentenversicherung ohnehin regelmäßig überprüft werden und es in ihrem Ermessen steht, wie oft sie die Überprüfungen durchführt.

4. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 5

Neuregelung

Die Regelung normiert, dass der federführende Träger der Rentenversicherung die Zulassungsentscheidung trifft. Die Federführung wird durch die beteiligten Träger der Rentenversicherung vereinbart. Der Federführer steuert den Prozess der Zulassung und trifft mit Wirkung für alle Träger der Rentenversicherung Entscheidungen. Die Zulassungsentscheidung bleibt wirksam, bis sie durch eine neue Zulassungsentscheidung abgelöst wird. Des Weiteren wird geregelt, dass die Zulassung erst durch Widerruf endet. Widerspruch und Klage gegen den Widerruf sollen keine aufschiebende Wirkung haben.

Bewertung

Nach dem derzeitigen Gesetzeswortlaut bestimmt die Rentenversicherung intern einen Federführer. Grundsätzlich sollte es für die Rehabilitationsklinik möglich sein, zu entscheiden, bei welchem Träger sie den Antrag auf Zulassung stellt.

Wie bereits unter Punkt 3 ausgeführt, stellt die regelmäßig zu erteilende Zulassungsentscheidung einen überflüssigen bürokratischen Aufwand dar.

Es ist nicht ersichtlich, warum Widerspruch und Klage gegen den Widerruf der Zulassung keine aufschiebende Wirkung haben sollen. Dies greift in die Rechte der Leistungserbringer ein. Da die Rehabilitationseinrichtung ohnehin keinen Belegungsanspruch hat, besteht für die Rentenversicherung keine Gefahr der Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung, die die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllt. Durch die Regelung wird ohne ersichtlichen Grund eine Schutzregelung außer Kraft gesetzt. Dies ist überflüssig und hinterlässt den Eindruck, dass der Gesetzgeber hier nur die Interessen der Rentenversicherung verfolgt.

Forderung

Die vorgesehenen Regelungen zur Zulassung lehnen wir ab. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern soll wie bisher über Versorgungs- und Vergütungsverträge erfolgen. Diese basieren auf verbindlichen und transparenten Rahmenempfehlungen, die von den Rentenversicherungsträgern mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene geschlossen werden. Zudem bedarf es einer Schiedsstelle bei Streitigkeiten über Inhalte des Versicherungsvertrages.



5. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 6

Neuregelung

Es wird geregelt, dass die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung durch einen Vertrag erfolgt, den der federführende Träger mit Wirkung für alle Träger abschließt.

Bewertung

Nicht nachvollzogen werden kann, dass die Rentenversicherung zunächst einen Verwaltungsakt über die Zulassung der Rehabilitationseinrichtung erlässt, die Inanspruchnahme der Rehabilitationseinrichtung aber erst nach Abschluss eines Versorgungsvertrages erfolgen kann. Dieser Vertrag hat keinerlei Verhandlungskomponenten, da die Rehabilitationseinrichtung bereits mit der Zulassung allen Vorgaben der Rentenversicherung zustimmen muss. § 38 Abs. 1 SGB IX, der bisher Grundlage für die Vertragsverhandlungen war, wird spezialgesetzlich konkretisiert. Alle aus § 38 Abs. 1 SGB IX resultierenden Rechte der Leistungserbringer werden einseitig auf die Rentenversicherung übertragen. Den Abschluss eines Vertrags, ohne dass über alle Einzelheiten verhandelt werden kann, lehnen wir ab.

Des weiteren ist für uns nicht ersichtlich, wie sichergestellt wird, dass die Inanspruchnahme von zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen diskriminierungsfrei erfolgt. Wenn mit der Zulassung kein Anspruch auf Abschluss eines Belegungsvertrages einhergeht, dann bleibt alles so, wie es vor der „verbindlichen Entscheidung zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ der DRV war. Die DRV schließt Belegungsverträge mit ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen, wobei es keine transparenten Kriterien dafür gibt, mit welcher Einrichtung ein Vertrag geschlossen wird. Dadurch wird die Zulassung zu einer Farce und begründet viel unnötige Bürokratie.

Forderung

Die vorgesehenen Regelungen zur Zulassung lehnen wir ab. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern soll wie bisher über Versorgungs- und Vergütungsverträge erfolgen. Diese basieren auf verbindlichen und transparenten Rahmenempfehlungen, die von den Rentenversicherungsträgern mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene geschlossen werden. Zudem bedarf es einer Schiedsstelle bei Streitigkeiten über Inhalte des Versorgungs- bzw. Belegungsvertrages.

6. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 7

Neuregelung

Die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten sind allen Trägern der Rentenversicherung von der DRV Bund zur Verfügung zu stellen. Weiter sind sie durch die DRV Bund den Versicherten zugänglich zu machen, damit sie sachgerecht von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen können.

Bewertung

Wir begrüßen die Transparenz von Qualitätsdaten sowohl für die Belegungsentscheidung als auch für Versicherte. Allerdings sollen hier Daten der Rehabilitationskliniken veröffentlicht werden, ohne dass sie ein Mitspracherecht über die Art und Weise der Veröffentlichung haben. Dies stellt einen massiven Eingriff in die Rechte der Leistungserbringer dar.

Unklar bleibt zudem bei der Regelung, wie mit Rehabilitationseinrichtungen verfahren wird, für die es keine Daten aus der externen Qualitätssicherung der DRV gibt, weil sie zu wenig verwertbare Daten haben oder am Qualitätssicherungsverfahren der Krankenversicherung teilnehmen. Wie wird sichergestellt, dass diese durch die fehlenden Qualitätsdaten nicht diskriminiert werden?

Forderung

Die Qualitätssicherungsanforderungen sowie die Art und Weise der zu veröffentlichenden Darstellung der erhobenen Qualitätsdaten müssen zwischen den Rentenversicherungsträgern und den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene vereinbart werden.

7. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 8

Neuregelung

Die Rehabilitationseinrichtung hat gegen den jeweiligen Rentenversicherungsträger bei Inanspruchnahme einen Vergütungsanspruch. Den Verhandlungsparteien wird ein begrenzter Verhandlungsspielraum bei der Festsetzung der Höhe der im konkreten Einzelfall zu zahlenden Vergütung eingeräumt. Dadurch soll die Möglichkeit gegeben werden, eine Vergütung über das produktbezogene Vergütungssystem hinaus zu vereinbaren.

Bewertung

Wir lehnen eine nahezu einseitig durch den Rehabilitationsträger festgelegte Vergütung ab. Dies widerspricht den Grundrechten der Leistungserbringer (s.o.).

Bei der Vergütungsfindung muss gesetzlich festgelegt werden, dass die Vergütung leistungsgerecht sein muss und dabei die Leistungen, Krankheitsschweregrade und Komorbiditäten der Patienten, Struktur- und Personalanforderungen, Investitionen und das Unternehmerrisiko angemessen berücksichtigt werden. Zudem muss sichergestellt werden, dass bezahlte Gehälter in jeder Höhe bei der Vergütung berücksichtigt werden auch wenn kein Tarifvertrag existiert. Weiter muss sichergestellt werden, dass neue Anforderungen an Struktur und Personal aufgrund der Anpassung der Qualitätsvorgaben oder neuer gesetzlicher Regelungen, wie z.B. Hygieneanforderungen entsprechend berücksichtigt werden. Für Streitigkeiten über die Höhe der Vergütung muss es die Möglichkeit geben, eine Schiedsstelle anzurufen. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Vergütungssatzhöhe und die Genehmigung von Rehabilitationsleistungen nicht vom jährlich zur Verfügung stehenden Reha-Budget abhängig gemacht werden.

Forderung

Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und muss dabei die Leistungen, Krankheitsschweregrade und Komorbiditäten der Patienten, Struktur- und Personalanforderungen, Investitionen und das Unternehmerrisiko angemessen berücksichtigen. Vergütungssätze müssen zwischen dem Federführer und der Rehabilitationseinrichtung auf der Grundlage verbindlicher Rahmenempfehlungen vereinbart werden. In Streitfällen entscheidet die Schiedsstelle. Das Reha-Budget der Rentenversicherung ist abzuschaffen, damit eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen gewährleistet wird.

8. Art. 3 Nr. 2 c), § 15 Abs. 9

Neuregelung

Die DRV Bund wird verpflichtet, für alle Träger der Rentenversicherung bis zum 30.06.2023 verbindliche Entscheidungen zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der für eine Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen zu erfüllenden Anforderungen, zu den Mindestkriterien und -vorgaben an ein verbindlich geltendes transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem, zu den für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung maßgeblichen objektiven sozialmedizinischen Kriterien sowie zum näheren Inhalt und Umfang der im Rahmen der externen Qualitätssicherung zu erhebenden Daten und der Form ihrer Veröffentlichung, herbeizuführen.

Bewertung

Eine einseitige Festlegung durch die Rentenversicherung der Zulassungskriterien, des Vergütungssystems, des Belegungsverfahrens und der Kriterien der externen Qualitätssicherung und der Form ihrer Veröffentlichung lehnen wir ab (s.o.). Das einmalig eingeräumte Stellungnahmerecht ist nicht geeignet, die Interessen der Leistungserbringer zu wahren. Letztendlich hat die DRV Bund die Möglichkeit, die Eingaben der Leistungserbringerverbände zu ignorieren, wenn sie die maßgeblichen Gründe für die Nichtbeachtung dokumentiert. Somit werden die Leistungserbringer der Willkür der Rentenversicherung ausgesetzt. Zudem ist kein Verfahren geregelt, wenn die DRV Bund Anpassungen an den verbindlichen Entscheidungen vornimmt.

Es muss sichergestellt sein, dass im Vergütungssystem die Zusammensetzung der Preise ebenfalls transparent dargestellt und nicht anhand der derzeitigen Durchschnittspreise (Marktpreise) festgelegt werden. Bei der Preisfindung für ein „Produkt“ müssen die Leistungen, die Krankheitsschweregrade der Patienten und Komorbiditäten, die Struktur- und Personalkosten, Investitionen und das Unternehmerrisiko berücksichtigt und eine Fortentwicklungsklausel normiert werden. Veränderungen der gesetzlichen und qualitativen Anforderungen müssen unmittelbar zu einer Anpassung der Vergütung führen. Tariflöhne und entsprechende Gehälter müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Unklar bleibt beim Finanzierungssystem die Berücksichtigung der ICF. Die Indikation kann der ICF nicht entsprechen.

Für das Belegungsverfahren muss sichergestellt werden, dass die Qualität der Leistung die größte Gewichtung erhält.

Forderungen

Bei allen verbindlichen Entscheidungen sind die Leistungserbringer zu beteiligen. Dafür sollten verbindliche Rahmenempfehlungen auf Bundesebene geschlossen werden (s.o.). Ein bloßes einmaliges Stellungnahmerecht der für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene ist nicht ausreichend, um die Rehabilitationseinrichtungen in ihren Grundrechten zu schützen und ihre Interessen zu wahren.

C. Weitere Forderungen

1. Antrags- und Genehmigungsverfahren

Ausgangslage

Nach dem derzeitigen Antrags- und Genehmigungsverfahren stellt der Versicherte bei der Rentenversicherung unter Einreichung eines ärztlichen Befundberichts einen Antrag auf medizinische Rehabilitationsleistung. Bei Ablehnung eines Rehabilitationsantrags erhält der Antragsteller einen Ablehnungsbescheid. Eine Aushändigung eines sozialmedizinischen Gutachtens erfolgt nicht. Zudem erhält der empfehlende niedergelassene Arzt keine Information darüber, warum seiner Empfehlung nicht entsprochen wird.

Bei der Anschlussheilbehandlung empfiehlt der Krankenhausarzt, ob eine medizinische Rehabilitationsleistung erforderlich ist. Für das Verfahren hat die DRV Bund ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren geregelt.

Forderung

Anträge auf eine medizinische Rehabilitationsleistung dürfen nur auf der Grundlage eines medizinischen Gutachtens abgelehnt werden, welches dem Antragsteller auszuhändigen ist. Zudem muss der befundene Arzt über die Gründe der Ablehnung informiert werden.

Das vereinfachte Genehmigungsverfahren der DRV Bund bei der Anschlussheilbehandlung soll für alle Träger der Rentenversicherung gelten und gesetzlich festgeschrieben werden.



2. Corona-Zuschlag

Ausgangslage

Aufgrund der coronapandemiebedingten umfassenden Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen entsteht ein deutlicher Mehraufwand in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. Dies führt zu geringeren Belegungsmöglichkeiten, aber auch zu höheren Aufwendungen für die Rehabilitanden z.B. reduzierte Gruppengrößen aufgrund der Abstandsregelungen, das Essen muss in mehreren Schichten eingenommen werden, Räumlichkeiten müssen für die Quarantäne von Rehabilitanden*innen vorgehalten werden, die Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen wurden deutlich erhöht oder präventiv ausgerichtete Corona-Testungen müssen durchgeführt werden. Mit den Zuschüssen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz sollten der Bestand der sozialen Dienstleister gesichert werden. Diese Zuschussregelungen laufen zum 30.09.2020. Um den Bestand der Rehabilitationseinrichtungen weiterhin zu gewährleisten, ist ein Corona-Zuschlag zur Abdeckung des Mehraufwands erforderlich.

Forderung

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung zahlen den Rehabilitationseinrichtungen rückwirkend ab dem 16.03.2020 einen leistungsbezogenen täglichen Zuschlag pro Rehabilitand und pro Begleitperson, um den nachgewiesenen Mehraufwand an Personal- und Sachkosten zu decken, der durch die Bewältigung der Folgen der Coronavirus SARS-CoV-2 Pandemie entsteht (Corona-Zuschlag). Der federführende Träger der Rentenversicherung vereinbart die Höhe des Zuschlags mit der Rehabilitationseinrichtung auf der Grundlage einer verbindlichen, transparenten und nachvollziehbaren Kalkulation. Die DRV Bund vereinbart dazu mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene bis zum 31.12.2020 eine Musterkalkulation.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.