

Berlin, 23.07.2015

Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zum Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz

Mit dem Bundesteilhabegesetz soll die Eingliederungshilfe neu geordnet werden. Außerdem wird eine Weiterentwicklung des SGB IX angestrebt, mit der die Koordinierung der Rehabilitationsträger verbessert werden soll. Zur Begleitung des Reformprozesses hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Arbeitsgruppe gebildet, die am 14. Juli 2015 einen Abschlussbericht veröffentlicht hat. Wir bedauern, dass die Verbände der Erbringer medizinischer Rehabilitationsleistungen in der Arbeitsgruppe nicht beteiligt wurden. Zum Teil B des Abschlussberichts insbesondere zum Arbeitspapier zu TOP 1 der 5. Sitzung am 10. Dezember 2014 nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu 1. Sachverhalt (Seite 4)

Im Arbeitspapier wird als weiteres Themenfeld für eine Weiterentwicklung des SGB IX beispielhaft das Wunsch- und Wahlrecht genannt. Hier halten wir ebenfalls eine Weiterentwicklung für dringend geboten. Versicherten, die im Rahmen einer Rehabilitation der Krankenversicherung ihr Wunsch- und Wahlrecht ausüben, wird dies häufig nur gestattet, wenn sie dadurch entstehende Mehrkosten übernehmen. Dies schließt Menschen von der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts aus, die nicht in der Lage sind, diese Mehrkosten zu übernehmen.

Lösungsvorschlag: Es bedarf einer eindeutigen Regelung. Spezialgesetzliche Ausführungen zum Wunsch- und Wahlrecht müssen gestrichen und eine Verweisung ins SGB IX vorgenommen werden. Es muss klargestellt werden, dass die Ausübung des Wahlrechts ohne die Zahlung von Mehrkosten erfolgt. Ein konkreter Vorschlag ist als **Anlage 1** beigelegt.

Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe d2) Institutionelle Unterstützung der Zusammenarbeit

Wir begrüßen den Vorschlag, einen Bundesausschuss für Rehabilitation einzurichten. Dieser sollte insbesondere in der Lage sein, trägerübergreifend verbindliche Festlegungen zum Antragsverfahren, zur Ausgestaltung der Leistung und den Maßnahmen der Qualitätssicherung zu treffen. Dringend erforderlich halten wir dabei fest verankerte Mitentscheidungsrechte der Betroffenen und der Leistungserbringer.

Ein besonderes Problem sehen wir im bestehenden Antragsverfahren im SGB V in Verbindung mit der Reha-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das dort

etablierte zweistufige Antragsverfahren erschwert den Zugang zu Reha-Leistungen erheblich. Zudem gibt es kein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren.

Darüber hinaus besteht das Problem, dass die Vergütung medizinischer Rehabilitationsleistungen aktuell nicht leistungsbezogen, nicht objektiv und nicht transparent ist. Auch ist die Gleichbehandlung von trägereigenen Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung und Vertragseinrichtungen nicht transparent.

Lösungsvorschlag: Der zu gründende Bundesschausschuss für Rehabilitation wird ermächtigt, ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie für alle Reha-Träger verbindliche Tatbestände festzulegen, bei denen regelmäßig eine Rehabilitationsleistung zu erbringen ist. (Zum Beispiel: Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Antrag auf Pflegeleistung, bestimmte Operationen oder Erkrankungen). Ein konkreter Vorschlag ist in der **Anlage 2** dargestellt.

Der zu gründende Bundesschausschuss für Rehabilitation erhält einen verbindlichen Auftrag zur Entwicklung eines leistungs- und verweildauerorientierten Vergütungssystems. Ein konkreter Vorschlag ist als **Anlage 3** beigefügt.

Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe c2) Transparenz

Wir unterstützen die Einführung einer eigenständigen Reha-Statistik. In einem gemeinsamen Workshop im Statistischen Bundesamt mit Vertretern des BMAS, des BMG, der DRV Bund und der AG MedReha am 6. August 2009 wurden hierzu bereits konkrete Vorschläge entwickelt. Für erforderlich halten wir eine statistische Trennung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationsfällen. Konkrete Vorschläge sind als **Anlage 4** beigefügt.

Zu 3. Handlungsoptionen Buchstabe g3) Geltungsbereich des SGB IX

Wir unterstützen die Option, nach der in § 7 SGB IX ausdrücklich festgelegt wird, welche Normen des SGB IX Vorrang vor den Spezialgesetzen der Rehabilitationsträger haben. Aufgrund der Erfahrungen mit den bestehenden Regeln begrüßen wir den zusätzlich vorgeschlagenen Verweis aus den Leistungsgesetzen ins SGB IX.

Anlage 1: Wunsch- und Wahlrecht

1. § 9 SGB IX wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 2 wird der zweite Halbsatz gestrichen.

b) In Abs. 1 wird folgender Satz 4 angefügt:

"Das Wunschrecht gilt als besonderes Element der Wirksamkeit und damit der Wirtschaftlichkeit der Leistungen."

c) In Satz 3 wird nach dem Wort "getragen" der Punkt durch ein Semikolon ersetzt, und es werden die Worte angefügt "ebenso den Rechten behinderter Kinder nach § 4 Abs. 3."

Anlage 2_Bundesausschuss für Rehabilitation und Direktzugang

§ 13 Gemeinsame Empfehlungen

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren zur Sicherung der Zusammenarbeit nach § 12 Abs. 1 gemeinsame Empfehlungen.

(2) ~~Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5~~ Der Bundesausschuss für Rehabilitation nach § 13a legt fest vereinbart darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen,

1. welche Maßnahmen nach § 3 geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden, sowie über die statistische Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Wirkungen dieser Maßnahmen,
2. in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern
3. in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist sowie über die Ausgestaltung des in § 14 bestimmten Verfahrens,
4. in welcher Weise die Bundesagentur für Arbeit von den übrigen Rehabilitationsträgern nach § 38 zu beteiligen ist,
5. wie Leistungen zur Teilhabe zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden,
6. in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden,

~~7. (weggefallen)~~

7. Grundlagen für die Verträge nach § 21,

8. in welchen Fällen und in welcher Weise der behandelnde Hausarzt oder Facharzt und der Betriebs- oder Werksarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind,

9. zu einem Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den in § 83 genannten Vertretungen zur möglichst frühzeitigen Erkennung des individuellen Bedarfs voraussichtlich erforderlicher Leistungen zur Teilhabe sowie

10. über ihre Zusammenarbeit mit Sozialdiensten und vergleichbaren Stellen⁷

11. interne und externe Qualitätssicherungsverfahren

12. ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren und in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen ein Direktzugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation möglich ist.

Die Absätze 3 bis 9 sind entsprechend anzupassen.

§ 287b Absatz 3 (neu) SGB VI

Die jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe werden in der Zeit vom 01. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2050 bedarfsgerecht unter Berücksichtigung einer Demografiekomponente fortgeschrieben. Die Demografiekomponente ist zusätzlich zur voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer bei der Festsetzung der jährlichen Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe nach § 220 Absatz 1 Satz 1 als gesonderter Faktor zu berücksichtigen. Der Faktor wird wie folgt festgesetzt:

...

Die Demografiekomponente wird alle 5 Jahre von der Reha-Kommission nach § 13 a SGB IX überprüft und ggf. angepasst.

§ 13a Bundesausschuss für Rehabilitation

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen bilden einen Bundesausschuss für Rehabilitation. Der Bundesausschuss für Rehabilitation ist rechtsfähig. Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und jeweils fünf Vertretern der Rehabilitationsträger, der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie der Verbände behinderter Menschen. Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am xx.xx.xxxx beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum xx.xx.xxxx vorzulegen. Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1, bei deren Mitgliedern, bei Verbänden von deren Mitgliedern oder in einer Rehabilitationseinrichtung beschäftigt waren. Haben die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 keinen Vorschlag vorgelegt, erfolgt die Berufung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Gesundheit. Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Bundesausschuss für Rehabilitation. Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 schließen die

Dienstvereinbarungen mit den hauptamtlichen Unparteiischen; § 35a Absatz 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches gilt entsprechend. Die von den Organisationen benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. Die Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit sechs Jahre. Weitere Amtszeiten der Unparteiischen sind ab der am xx.xx.xxxx beginnenden Amtszeit ausgeschlossen. Weitere Amtszeiten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 jeweils benannten Mitglieder sind zulässig.

(3) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 tragen die Kosten des Bundesausschuss für Rehabilitation mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 benannten Mitglieder.

(4) Der Bundesausschuss für Rehabilitation beschließt eine Geschäftsordnung, in der sie Regelungen zur Arbeitsweise der Reha-Kommission insbesondere zur Geschäftsführung, zur Vorbereitung der Gemeinsamen Empfehlungen durch Einsetzung von in der Regel sektorenübergreifend gestalteten Unterausschüssen, zum Vorsitz der Unterausschüsse durch die Unparteiischen des Beschlussgremiums sowie zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Bundesausschuss für Rehabilitation trifft.

Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Die Beschlüsse des Bundesausschuss für Rehabilitation sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

(6) Das Beschlussgremium des Bundesausschuss für Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 1 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. Beschlüsse zur Qualitätssicherung sind in der Regel sektorenübergreifend zu fassen. Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel öffentlich. Die nichtöffentlichen Beratungen des Bundesausschuss für Rehabilitation, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(7) Die Aufsicht über den Bundesausschuss für Rehabilitation führen das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.

Anlage 3: Gesetzesvorschlag zur Entwicklung eines Vergütungssystems Reha

§ 19 a oder § 21a SGB IX “Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Medizinische Rehabilitationseinrichtungen“

(1) Für die Vergütung der medizinischen Rehabilitationsleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage der ICF einzuführen. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, sozialmedizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Das Vergütungssystem berücksichtigt neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten der Rehabilitationseinrichtungen.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die in den Rehabilitationseinrichtungen erbrachten medizinischen Rehabilitationsleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte für Leistungen vereinbaren, *(insbesondere für die Abgabe besonders teurer Arzneimittel, für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist oder für die Isolierung von Patienten aufgrund von Infektionskrankheiten wie MRSA)*. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 21 Abs. 1 SGB IX vereinbart. Es sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Aufnahme von Begleitpersonen und *für Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 20 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch*. Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die *Gesetzliche Unfallversicherung* und für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen *(oder der Bundesausschuss für Rehabilitation)* vereinbaren gemeinsam nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 ein Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Die sich aus der Qualitätssicherung nach § 137d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des § 20 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Anforderungen sind zu berücksichtigen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien ein

qualifiziertes wissenschaftliches Institut, das über die entsprechende Expertise verfügt. Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales können an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhalten deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen; die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Rehabilitationseinrichtungen sind vertraulich.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2015 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen. Sie vereinbaren bis zum 30. September 2016 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen.

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jede abzurechnende Rehabilitationsmaßnahme, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des zum 01.01.2017 einzuführenden Vergütungssystems finanziert werden (Systemzuschlag). Der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes Institut wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit/ Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,

2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,

3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Rehabilitationseinrichtungen an die Vertragsparteien.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Rehabilitationseinrichtung und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme der einzelnen Rehabilitationseinrichtung entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt

Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 6 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantworten das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Der Systemzuschlag ist von den Rehabilitationseinrichtungen je Rehabilitationsmaßnahme dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden ermächtigt, gemeinsam durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;

3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales können von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Sie können sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, den Bundesministerien zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach deren Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung

der Bundesministerien Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales werden ermächtigt, gemeinsam durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Rehabilitationseinrichtungen für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das Institut. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Arbeit und Soziales abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr *2019* zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind.

Anlage 4 Aufbau einer Statistik für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)

Aktuelle Statistiknormen für die medizinische Rehabilitation (Vorsorge)

- § 79 SGB IV (Statistiken der Sozialversicherung, näheres wird in allg. Verwaltungsvorschriften geregelt (Absatz 2))
- § 23 IV 2 SGB V, § 24 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 40 II 3 SGB V, § 41 I 4 Hs. 2 SGB V
- § 28 KHG iVm §§ 1, 3 KHStatV (Grunddaten, Diagnosen)
- KSVwV (enthält KJ 1 und KG 5)
- RSVwV
- Erlass des BMGS vom 9.12.1985 für UV

Vorschlag:

Eine Statistiknorm im SGB IX und Erlass einer Rehabilitationsstatistikverordnung. Streichung der einzelnen rehabilitationsspezifischen Normen in den verschiedenen Gesetzen/Verordnungen mit Ausnahme des § 79 SGB IV.

Welche Daten sollen erhoben werden

Unterscheidung:

- I. **Vollerhebung bei den Einrichtungen** nach Muster der KHStatV erweitert um
 - Ambulante Einrichtungen, teilstationäre Einrichtungen
 - Getrennt nach Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtung
 - Getrennt nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO
 - Vollerhebung auch bei den Diagnosedaten (derzeit nur über 100 Betten)
- II. **Erhebung bei den einzelnen Rehabilitationsträgern** nach Muster der RSVwV und KSVwV:
 - **Anträge auf Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation und ihre Erledigung unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
 - **Bewilligte Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
 - **Abgeschlossene Leistungen** zur Vorsorge- und/oder Rehabilitation unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch
 - **Leistungsausgaben** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch

- **Leistungstage** unterteilt nach ambul./stat.; Vorsorge/Reha; AR bzw. AHB/Heilverfahren; Mutter-Kind/Indikationsspezifisch sowie unterschieden nach reguläre Beendigung/alle/planmäßige Beendigung (Entlassformen 1, 2, 3, 7 des Reha-Entlassberichts)

Regelungserfordernisse:

- I. Die statistische Erhebung bei den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen muss differenzierter erfolgen.
- II. Die Datenerhebung über das Leistungsgeschehen aller Träger der medizinischen Rehabilitation muss einheitlich erfolgen.

Gesetzesvorschlag:

Zu I.)

1. § 1 Absatz 1 Nr. 1 KHStatV wird wie folgt geändert:

„die Krankenhäuser, **Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen**, ihre organisatorischen Einheiten, ihre personelle Besetzung und sachliche Ausstattung sowie ihre Leistungen,

Begründung:

Die Rehabilitationsdaten der Einrichtungen werden zur Zeit analog der Krankenhausdaten aufgrund einer Statistikregelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG erhoben. Dabei wird nicht zwischen Vorsorge- und/oder Rehabilitationseinrichtung unterschieden.

Mit der Änderung kann die Datenerhebung differenziert nach Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgen.

2. § 3 KHStatV wird wie folgt geändert:

„2. Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Verträge nach § 111, **111a** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **§ 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch** oder Zulassung nach § 30 der Gewerbeordnung.“

„14. **aus dem Krankenhaus mit mehr als 100 Betten oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung** entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, ...“

Begründung:

Derzeit erfolgt keine Differenzierung nach Verträgen nach § 111, 111a SGB V, § 21 SGB IX, § 30 GewO. Mit der Änderung in Nr. 2 können Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sowie Einrichtungen der Renten- und Unfallversicherung gesondert erfasst werden.

Derzeit werden Diagnosedaten nur für Einrichtungen mit über 100 Betten erhoben. Die erhobenen Daten sind somit nur bedingt aussagekräftig. Mit der Änderung in Nr. 14 wird eine Vollerhebung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erreicht. Dies ist aufgrund vieler kleinerer Einrichtungen sachgerecht.

Zu II.)

3. Im SGB IX wird folgende Norm eingefügt:

„(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nr. 1, 3 und 4 führen nach Geschlecht differenzierte indikationsspezifische statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie deren Erledigung, bewilligte und durchgeführte Maßnahmen, Ausgaben für medizinische Rehabilitationsleistungen und Leistungstage durch.

(2) Das Nähere wird durch eine allgemeine Verwaltungsvorschrift geregelt.“

Begründung:

Daten der Rehabilitationsträger werden aufgrund der einzelnen Leistungsgesetze mit unterschiedlicher Abfrage erhoben. Eine einheitliche Statistik besteht nicht. Die neue Norm bietet eine einheitliche Grundlage für die Erhebung von Daten durch die Rehabilitationsträger und schafft damit mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen der Rehabilitationsträger.

4. § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zu Nr. 3: Die Erforderlichkeit einer speziellen Erhebungsgrundlage im SGB V entfällt durch eine einheitliche Norm im SGB IX.