

**Stellungnahme
zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben
in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben
(Flexirentengesetz)**

Wir begrüßen die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigte Stärkung der Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung, insbesondere die Klarstellung, dass es sich bei den Rehabilitationsleistungen einschließlich der Kinderrehabilitation um Pflichtleistungen handelt.

Der Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe „Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand“ legt dar: nur rund die Hälfte der Bezieher/innen von Erwerbsminderungsrenten hat vor Eintritt in die Erwerbsminderungsrente Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Dies zeigt, wie notwendig es ist, den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu verbessern:

1. Reha-Richtlinie auch für Leistungen nach § 15 SGB VI und Beteiligung von Betroffenen und Leistungserbringern an den Reha-Richtlinien der Träger der Rentenversicherung

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung und Bewilligungspraxis sollen Gemeinsame Richtlinien der Träger der Rentenversicherung für die Leistungen zur Prävention, Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und zur Nachsorge erlassen werden. Dadurch soll eine einheitliche Rechtsanwendung und Bewilligungspraxis der Träger der Rentenversicherung sichergestellt und transparent gestaltet werden. Diese Maximen müssen genauso für die medizinischen Rehabilitationsleistungen für Erwachsene gelten. Insofern regen wir an, dass auch für § 15 SGB VI die Erstellung einer Richtlinie aufgenommen wird.

Aus unserer Sicht ist es erforderlich, dass an der Richtlinienerstellung auch Patienten und Leistungserbringer beteiligt werden und in den Richtlinien weitere Rahmenbedingungen für die Leistung geregelt werden. So führt der Abschlussbericht der Koalitionsarbeitsgruppe „Flexible Übergänge vom Erwerbsleben in den Ruhestand“ aus, dass nur rund die Hälfte der Bezieher/innen von Erwerbsminderungsrenten vor Eintritt in die Erwerbsminderungsrente Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten hat. Insofern ist es wichtig, dass die Rentenversicherung, die Patienten und Leistungserbringer gemeinsam festlegen, wie der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen verbessert werden kann. Hierbei könnte es sinnvoll sein, gemeinsam Tatbestände festzulegen, bei denen eine medizinische Rehabilitationsleistung direkt ausgelöst wird. Auch müssen Rahmenbedingungen für die

Qualitätssicherung, Verträge und Vergütung bei der Inanspruchnahme von Vertragseinrichtungen sowie die Zuweisung gemeinsam und transparent erstellt werden.

Gesetzesvorschlag

§ 15 Abs. 4 SGB VI neu und § 15a Abs. 5 SGB VI:

„Um eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Träger der Rentenversicherung sicherzustellen, erlässt die Deutsche Rentenversicherung Bund bis zum 1. Juli 2017 im Benehmen mit den Verbänden von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine gemeinsame Richtlinie der Träger der Rentenversicherung, die insbesondere die Ziele, die persönlichen Voraussetzungen für den Erhalt der medizinischen Leistungen sowie Art und Umfang der medizinischen Leistungen, die Inhalte von Versorgungsverträgen einschließlich Vergütungsgrundlagen, das Qualitätssicherungsverfahren der Leistungserbringung sowie das transparente und diskriminierungsfreie Zuweisungsverfahren näher ausführt. Die Deutsche Rentenversicherung hat die Richtlinie im Bundesanzeiger und im Internet zu veröffentlichen. Die Richtlinie ist regelmäßig an den medizinischen Fortschritt und die gewonnenen Erfahrungen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales anzupassen.“

2. Streichung der Sanktionen bei Überschreitung des Rehabilitations-Budgets

Im Entwurf wird ausgeführt, dass die Leistungen zur Teilhabe nunmehr als Pflichtleistungen ausgestaltet werden und auf Antrag an die Versicherten zu erbringen sind, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Das gelte auch dann, wenn der nach § 220 Absatz 1 in Verbindung mit § 287b Absatz 3 jährlich festgesetzte Betrag der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe überschritten werden sollte, da durch die Begrenzung der Ausgaben gesetzliche Ansprüche der Versicherten nicht eingeschränkt werden. Gleichzeitig wird ausgeführt, dass die vorgesehenen Gesetzesänderungen im Bereich zur Teilhabe für das Haushaltsjahr 2017 Mehraufwendungen in Höhe von rund 25,8 Millionen Euro erwartet werden, welche in den Folgejahren bis 2020 auf rund 27 Millionen Euro anwachsen.

Schon der Sachverständigenrat hat bei der Systematik der Ermittlung des Reha-Budgets bemängelt, dass die Komponente Morbidität nicht berücksichtigt werde. Aus unserer Sicht sollten sich die Ausgaben allein nach dem Bedarf richten. Da die Festlegung eines Budgets

politisch gewollt ist, sollte zumindest der Sanktionsmechanismus in § 220 SGB VI aufgegeben werden. Es kann nicht angehen, dass erhebliche Mehrausgaben gesehen werden, gleichzeitig die Rentenversicherung verpflichtet wird, die Leistungen erbringen zu müssen und bei Überschreitung des Budgets im Folgejahr weniger auszugeben. Dies widerspricht sich und liegt nicht im Handlungsspielraum der Rentenversicherung.

Gesetzesvorschlag

§ 220 SGB VI

„Die jährlichen Ausgaben im Bereich der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe werden entsprechend der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Abs. 2 Satz 1) festgesetzt. ~~Überschreiten die Ausgaben am Ende eines Kalenderjahres den für dieses Kalenderjahr jeweils bestimmten Betrag, wird der sich für den jeweiligen Bereich für das zweite Kalenderjahr nach dem Jahr der Überschreitung der Ausgaben nach Satz 1 ergebende Betrag entsprechend vermindert...~~“

3. Schiedsstelle für Streitigkeiten bei Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen

Der Rahmen für die Leistungsbeziehungen einschließlich der Vergütung der Leistungen wird zwischen den Beteiligten ausgehandelt und vertraglich vereinbart. Die Rehabilitationsträger verfügen einseitig über alle strategischen Entscheidungsoptionen. Ein Konfliktlösungsmechanismus fehlt. Daher ist die Einführung einer Schiedsstelle für die einzelvertraglichen Streitigkeiten zwischen dem Rehabilitationsträger und der Rehabilitationsklinik für alle Vertragsinhalte einschließlich der Vergütung auch im SGB VI erforderlich.

Gesetzesvorschlag

§ 15 und 15a SGB VI erhalten einen weiteren Absatz:

„Kommt eine Vereinbarung nach § 21 des Neunten Buches mit den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 15b festgesetzt.“

§ 15b SGB VI neu:

(1) Die Träger der Deutschen Rentenversicherung gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet über Streitigkeiten bei Vertrags- und Vergütungsvereinbarungen zwischen einem Rehabilitationsträger und einer Rehabilitationseinrichtung.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

4. Aufhebung der 4-Jahres Frist

Der gesetzlich festgelegte Abstand von vier Jahren ist nicht sachgerecht. Entscheidend für den Zeitpunkt und die jeweilige Form der Rehabilitation müssen der medizinische Bedarf und die persönlichen Voraussetzungen der Patienten sein. Insofern sollte die Regelung in § 12 Absatz 2 SGB VI gestrichen werden.

Gesetzesvorschlag

§ 12 Absatz 2 SGB VI wird gestrichen.

5. Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten

Aktuell wird Versicherten ein Wahlrecht nur zwischen den Einrichtungen des jeweils zuständigen Trägers der Rentenversicherung zugesprochen. Angesichts des geltenden Federführungsprinzips und der rentenversicherungsträgerübergreifenden Qualitätssicherung besteht für diese Einschränkung kein sachlicher Grund. Versicherten sollte es vielmehr möglich sein, bei ihrem nach § 9 SGB IX zustehenden Wunsch- und Wahlrecht zwischen allen geeigneten Rehabilitationseinrichtungen wählen zu können, die einen Versorgungsvertrag mit einem Träger der Rentenversicherung haben.

Gesetzesvorschlag

§ 13 Absatz 1 SGB VI

„Der Träger der Rentenversicherung bestimmt im Einzelfall unter Beachtung **des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches und** der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. **Der Leistungsberechtigte kann dabei jede geeignete Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 21 des Neunten Buches mit einem Träger der Rentenversicherung besteht. ...“**