

## **Information für den Ausschuss**

GKV-Spitzenverband

Unaufgeforderte Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 16. November 2020 um 12:30 Uhr zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (Gesetz Digitale Rentenübersicht) - BT-Drucksache 19/23550

b) Antrag der Abgeordneten Markus Kurth, Maria Klein-Schmeink, Anja Hajduk, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sozialversicherungswahlen reformieren - Demokratische Beteiligung sicherstellen - BT-Drucksache 19/22560

**siehe Anlage**

# **Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2020**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (Gesetz Digitale Rentenübersicht) – Drucksache 19/23550**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
[politik@gkv-spitzenverband.de](mailto:politik@gkv-spitzenverband.de)  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2020

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

Seite 2 von 8

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung .....	3
§ 15 Abs. 3 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	4
§ 20 SGB VI - Übergangsgeld (Anspruch) .....	8

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2020

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

Seite 3 von 8

### **Vorbemerkung**

Der GKV-Spitzenverband beschränkt sich bei seiner Stellungnahme auf die vorgesehenen Regelungssachverhalte, die Auswirkungen bzw. Schnittmengen zur Gesetzlichen Krankenversicherung haben.

## **§ 15 Abs. 3 SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Anforderungen an die Zulassung von medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sollen neu geregelt werden. Diese sollen zukünftig einen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung haben, wenn sie

1. fachlich geeignet sind,
2. sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teilzunehmen,
3. sich verpflichten, das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung anzuerkennen,
4. den elektronischen Datenaustausch mit den Trägern der Rentenversicherung sicherstellen und
5. die datenschutzrechtlichen Regelungen beachten und umsetzen, insbesondere den besonderen Anforderungen an den Sozialdatenschutz Rechnung tragen.

Fachlich geeignet sind danach Rehabilitationseinrichtungen, die zur Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund erfüllen. Dabei sollen die Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches beachtet werden. Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsrechtlichen Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31.12.2025 zu entwickeln.

### **B) Stellungnahme**

Nach der Gesetzesbegründung normiert § 15 Abs. 3 SGB VI die inhaltlich zu erfüllenden Anforderungen an eine positive Zulassungsentscheidung. Erfüllen medizinische Rehabilitationseinrichtungen diese Anforderungen, haben sie einen Anspruch auf Zulassung zur Leistungserbringung. Die damit verbundene Anwendung des auch im Bereich der GKV geltenden offenen Zulassungsverfahrens ist nachvollziehbar. Allerdings ist die in § 15 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI vorgesehene, verpflichtende Teilnahme am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung problematisch.

Nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen für die Krankenkassen erbringen, ebenfalls verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Das Nähere dazu vereinbarten 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 vereinbart 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. Drei wichtige Eckpunkte dieser Erklärung sind:

1. Rehabilitationseinrichtungen sollen nicht mehrfach externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen werden.
2. Die Kooperationspartner werden gleichartige und gleichwertige Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig anerkennen.
3. Solange kein einheitliches gemeinsames Programm zur Qualitätssicherung vorliegt, soll grundsätzlich das jeweilige Programm des Hauptbelegers (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) zur Anwendung kommen.

Aufgrund des Hauptbelegungsprinzips werden die Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Fachabteilungen in bewährter Weise entweder dem Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung oder dem QS-Reha®-Verfahren zugeordnet. 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 rehabilitationsträgerübergreifenden Kooperation ist und weitere Einzelheiten zur Anwendung des Hauptbelegerprinzips festlegt.

Sofern – wie mit dem vorgelegten Gesetzentwurf vorgesehen – Rehabilitationseinrichtungen nur dann eine Zulassung im Bereich der Rentenversicherung erhalten, wenn sie an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teilnehmen, müssten sie sowohl an der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung als auch an der Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen. Für die betroffenen Rehabilitationseinrichtungen und –träger entstünde ein unnötiger finanzieller und organisatorischer Mehraufwand. Dies gilt es zu vermeiden.

Von daher sollte daran festgehalten werden, dass auch Rehabilitationseinrichtungen, die ausschließlich am Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, von der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zulassung erhalten und belegt werden können. Lediglich aus der Gesetzesbegründung ergeben sich Hinweise darauf, dass dies offensichtlich auch die Intention des Gesetzgebers ist; denn darin wird für den Fall, dass mehrere Träger eine Rehabilitationseinrichtung belegen, ausgeführt, dass „die Träger die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig anzuerkennen haben, d.h. für die Zulassung der Rehabilitationseinrichtung ist die Verpflichtung zur Teilnahme an einem, seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannten Qualitätssicherungsverfahren erforderlich“.

Diese Ausführungen in der Gesetzesbegründung sind zur Schaffung der erforderlichen Rechtsklarheit und Rechtssicherheit nicht ausreichend, zumal der Gesetzeswortlaut in § 15 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI abschließend definiert ist und damit keinen Spielraum für eine Auslegung eröffnet, zu der die Gesetzesbegründung heranzuziehen wäre. Vor diesem Hintergrund ist es zur Erreichung des gesetzlich Gewollten erforderlich, die in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebrachte Intention unmittelbar in den Gesetzeswortlaut zu übernehmen, indem alternativ zu den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund auch auf vergleichbare externe Qualitätssicherungsverfahren anderer Rehabilitationsträger abgestellt wird. In der diesbezüglichen Begründung sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich bei dem QS-Reha®-Verfahren nach §§ 135a Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit 137d Abs. 1 SGB V um ein insoweit vergleichbares Qualitätssicherungsverfahren handelt.

Damit einerseits die Deutsche Rentenversicherung Bund auch über die Daten der externen Qualitätssicherung für von der Deutschen Rentenversicherung zugelassene Rehabilitationseinrichtungen verfügt, die ausschließlich am QS-Reha®-Verfahren der GKV teilnehmen, und dies andererseits auch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Bezug auf Rehabilitationseinrichtungen sichergestellt ist, die ausschließlich am Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teilnehmen, sollte insoweit eine wechselseitige Übermittlung der Qualitätsdaten in elektronischer Form vorgesehen werden.

### C) Änderungsvorschläge

In Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe b) wird § 15 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VI (nF) wie folgt gefasst (Änderungen unterstrichen):

„2. sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einem vergleichbaren externen Qualitätssicherungsverfahren eines anderen Rehabilitationsträgers nach § 6 Neuntes Buch teilzunehmen,“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2020

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

Seite 7 von 8

In Artikel 3 Nr. 2 Buchstabe c) wird § 15 Abs. 7 SGB VI (nF) um folgenden Satz ergänzt:

Soweit es sich um zugelassene Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 2 handelt, die auch über einen Vertrag nach §§ 111 oder 111c Fünftes Buch verfügen, sind die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, sich die Qualitätsdaten aus ihren externen Qualitätssicherungsverfahren wechselseitig in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.



Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

**§ 20 SGB VI – Übergangsgeld (Anspruch)**

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zukünftig soll ein Anspruch auf Übergangsgeld u. a. nur noch dann bestehen, wenn die Leistungen zur Prävention und Teilhabe nicht dazu geeignet sind, neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht zu werden. Diese Regelung soll nicht für Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld gelten, die ambulante Leistungen zur Prävention und Nachsorge in einem zeitlich geringen Umfang erhalten. Für diese Versicherten sollen weiterhin die Regelungen der zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffenen Vereinbarung nach § 20 Abs. 4 SGB VI gelten.

**B) Stellungnahme**

Nach den Regelungen in § 20 Abs. 3 und 4 SGB VI haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Rentenversicherung Bund in einer Vereinbarung ein Erstattungsverfahren für Fallgestaltungen zu regeln, in denen ein Anspruch auf Übergangsgeld bei ambulanten Leistungen zur Prävention und Nachsorge mit einem Anspruch auf Krankengeld zusammentrifft. Die insoweit geschlossene Vereinbarung sieht einen Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung für Fälle vor, in denen Versicherte neben einem Anspruch auf Krankengeld auch ambulante Leistungen zur Prävention und Leistungen zur Nachsorge der Rentenversicherung in einem zeitlich geringen Umfang erhalten.

Die Vereinbarung stellt einen angemessenen und verwaltungsarmen Ausgleich sicher, der berücksichtigt, dass Entgeltersatzleistungen jeweils ergänzende Leistungen zur Hauptleistung darstellen. Es ist sachgerecht, dass an diesen Regelungen festgehalten werden und insoweit die vorgesehene Einschränkung des Anspruchs auf Übergangsgeld nicht greifen soll.

**C) Änderungsvorschlag**

keiner