

Berlin, 18.05.2016

**Stellungnahme des  
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von  
Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)**

Wir begrüßen die Stärkung und verbindlichere Ausgestaltung des SGB IX im Teil 1. Damit Betroffene optimale Leistungen erhalten, ist es notwendig, die vorhandenen Ressourcen sinnvoll und effizient zu nutzen. Dazu ist eine reibungslose Kooperation und Koordination notwendig. Das SGB IX bietet eine große Chance dies im gegliederten System zu leisten. Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation sollten sich auf die Leistungserbringung konzentrieren dürfen, dazu benötigen sie einheitliche und transparente Rahmenbedingungen. Das Neben- und Gegeneinander von Verträgen und Vorgaben unterschiedlicher Reha-Träger hindert eine am Teilhabebedarf des Rehabilitanden orientierte Leistungserbringung.

Zu einzelnen Regelungen im Artikel 1 nehmen wir daher wie folgt Stellung:

**1) § 7 BTHG – Vorbehalt abweichender Regelungen**

**Änderungsvorschlag:**

Absatz 1 wird neu gefasst, Absatz 2 gestrichen.

„Die Vorschriften im Teil 1 gelten für die Leistungen zur Teilhabe, für die in § 6 genannten Rehabilitationsträger vorrangig. Soweit in den für sie geltenden Leistungsgesetzen darüber hinaus gehende Leistungen vorgesehen sind, werden sie ergänzend erbracht. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Das Recht der Eingliederungshilfe im Teil 2 ist ein Leistungsgesetz im Sinne von Satz 2 und 3.“

Abweichende Regelungen in den Spezialgesetzen werden gestrichen bzw. angepasst.

**Begründung:** Ohne eine vereinheitlichende Regelung kann das SGB IX keinen übergreifenden, koordinierenden Rechtsrahmen bilden. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass das SGB IX vorrangig das Rehabilitationsrecht für alle Rehabilitationsträger regelt. „Abweichungen“ können lediglich durch weitergehende

Leistungsansprüche erfolgen, nicht aber bei den allgemein geltenden Regelungen zum Vertragsrecht.

## 2) Zu § 8 BTHG – Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten

### **Änderungsvorschlag:**

In Abs. 1 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

"Das Wunschrecht gilt als besonderes Element der Wirksamkeit und damit der Wirtschaftlichkeit der Leistungen. Bei der Wahl einer Einrichtung, mit der der jeweils zuständige Rehabilitationsträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, ist die Wirtschaftlichkeit der Leistung gegeben. Zwischen Einrichtungen mit Versorgungsvertrag kann der Versichert aufzahlungsfrei wählen."

**Begründung:** Im Koalitionsvertrag wurde darauf hingewiesen, dass die Regierung das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigen werde. § 8 BTHG entspricht jedoch unverändert der bisherigen Regelung. Wir beobachten, dass das Wunsch- und Wahlrecht von den Rehabilitationsträgern teilweise mit dem Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot umgangen wird. Insbesondere 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. Zudem widerspricht es dem Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention. Es bedarf daher einer eindeutigen Regelung, die klarstellt, dass das Wahlrecht nicht an die Zahlung von Mehrkosten geknüpft wird. Um Klarheit zu schaffen, sollten spezialgesetzliche Ausführungen zum Wunsch- und Wahlrecht gestrichen und eine Verweisung ins SGB IX vorgenommen werden.

### 3) Zu § 26 BTHG – Gemeinsame Empfehlungen

#### a. Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „vereinbaren darüber hinaus gemeinsame Empfehlungen“ gestrichen und durch „**legen mit den Verbänden von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände verbindlich fest**“ ersetzt.

**Begründung:** Wir begrüßen die gesetzliche Normierung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und die damit verbundene Zunahme von Verbindlichkeit der Gemeinsamen Empfehlungen. Es ist jedoch nicht sachgerecht, die für die Leistungserbringung notwendigen Grundlagen einseitig durch die Reha-Träger festzulegen. Um den Sachverstand und die jeweiligen Betroffenenperspektiven gewinnbringend in die Festlegungen einzubringen, ist die Mitwirkung aller Beteiligten erforderlich. Der Vorschlag stellt daher Mitentscheidungsrechte der Betroffenen und der Leistungserbringer sicher.

#### b. Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 wird um Nr. 11 ergänzt:

**11. Rahmenverträge für die Verträge nach § 38 einschließlich der Grundlagen für die Vergütung,**

**Begründung:** Durch den Vorschlag wird die Möglichkeit zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen in § 38 Absatz 3 zur verbindlichen Verpflichtung. Dies ist notwendig, da von der Kann-Regelung trägerübergreifend bislang kein Gebrauch gemacht wurde. Es ist erforderlich, die Leistungserbringer über die BAR an den Rahmenverträgen zu beteiligen.

#### c. Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 wird um Nr. 12 ergänzt:

**12. ein einheitliches externes Qualitätssicherungsverfahren, das insbesondere die Ergebnisqualität berücksichtigt und einheitliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement**

**Begründung:** Mit der Änderung wird die bislang in § 37 verortete Verpflichtung zur Vereinbarung Gemeinsamer Empfehlungen aufgegeben und dort angesiedelt, wo sich auch die übrigen Empfehlungen befinden. Das ist systematischer. Die stärkere Berücksichtigung von Ergebnisqualität ist sinnvoll, damit knappe Ressourcen möglichst effizient eingesetzt

werden können. Der bisherige unverbindliche Charakter der Gemeinsamen Empfehlungen hat nicht dazu geführt, einheitliche Verfahren zu bestimmen. Externe Qualitätssicherung dient der Verbesserung von Qualität. Einheitliche Daten zur Versorgungsqualität ermöglichen Leistungserbringern, sich zu vergleichen, Schwächen festzustellen und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten. Gleichzeitig können die Daten zur Versorgungsforschung genutzt werden. Schließlich haben Rehabilitanden, Behandler und Reha-Träger die Möglichkeit, Einrichtungsvergleiche vorzunehmen. All dies ist unmöglich oder wenig sinnvoll, wenn keine Einheitlichkeit besteht. Einrichtungen, die die Daten der externen Qualitätssicherung für Verbesserungen nutzen wollen, verbrauchen unnötige Ressource, wenn sie dabei jeweils kostenträgerspezifische Daten verwenden müssen. Auch sind die Ergebnisse unterschiedlicher Verfahren schlecht oder gar nicht vergleichbar. Zudem sind uneinheitliche Daten für die Forschung und Weiterentwicklung nur begrenzt nutzbar.

#### **d. Änderungsvorschlag**

Absatz 2 Satz 1 wird um Nr. 13 ergänzt:

**13. ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie besondere Fälle und Voraussetzungen, bei denen ein Direktzugang zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation medizinisch sinnvoll ist,**

**Begründung:** Ein einheitliches Antrags- und Begutachtungsverfahren schafft Transparenz und Rechtssicherheit. Bestehende Zugangsprobleme werden beseitigt. Denkbar sind Tatbestände, bei denen regelmäßig eine Rehabilitationsleistung zu erbringen ist (zum Beispiel: bestimmte Operationen oder Erkrankungen). Damit können Zugangsverfahren vereinfacht und entbürokratisiert werden. Betroffene haben damit eine höhere Chance, rechtzeitig Zugang zu notwendigen Leistungen zu erhalten. Die medizinischen und Verwaltungsdienste der Reha-Träger werden entlastet.

#### **e. Änderungsvorschlag**

Absatz 2 Satz 1 wird um Nr. 14 ergänzt:

**14. ein transparentes und diskriminierungsfreies Zuweisungsverfahren.**

**Begründung:** Die veränderte Gesetzgebung zur Vergabe öffentlicher Aufträge macht ein transparentes und diskriminierungsfreies Zuweisungsverfahren erforderlich. Eine trägerübergreifende verbindliche Festlegung im Rahmen der BAR bietet sich an.

#### 4) Zu § 37 BTHG – Qualitätssicherung, Zertifizierung

##### a. Änderungsvorschlag

§ 37 wird gestrichen.

**Begründung:** Die Qualitätssicherung und die Anforderung an ein Qualitätsmanagement sollten einheitlich und gemeinsam mit den Reha-Leistungserbringerverbänden geregelt werden. Diese Vereinbarung sollte im Rahmen der BAR erfolgen, s. Vorschlag zu § 26 BTHG.

##### b. Alternativer Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 4 wird gestrichen

**Begründung:** Sofern an § 37 festgehalten wird, sollte Absatz 4 gestrichen werden. Das eigentliche Ziel, Qualitätsdaten zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen, wird unnötig erschwert, wenn keine Einheitlichkeit besteht. Einrichtungen, die die Daten der externen Qualitätssicherung für Verbesserungen nutzen wollen, verbrauchen unnötige Ressource, wenn sie dabei jeweils kostenträgerspezifische Daten verwenden müssen. Auch sind kostenträgerspezifische Daten naturgemäß immer nur für Teilmengen vorhanden, was ihre Aussagekraft und Verwendbarkeit deutlich einschränkt. Zudem sind die Ergebnisse unterschiedlicher Verfahren auch qualitativ schlecht oder gar nicht vergleichbar. Dies führt dazu, dass Rehabilitanden, Behandler und Reha-Träger keine Vergleiche ziehen können und uneinheitliche Daten für die Forschung und Weiterentwicklung nur begrenzt nutzbar sind.

Die Möglichkeit, einzelvertraglich Anforderungen an die Qualität zu vereinbaren, birgt die Gefahr, dass das Niveau gemeinsam vereinbarter Standards sinkt, da die Rehabilitationsträger keinen Anreiz haben, die für sie interessanten Aspekte, in den gemeinsam vereinbarten Anforderungen zu verankern. Damit sinkt auch die Aussagekraft und Verwendbarkeit der einheitlich erhobenen Daten.

Die Vereinbarung einzelvertraglicher Anforderungen an das Qualitätsmanagement wird ebenfalls abgelehnt. Die Auswahl und Ausgestaltung eines Qualitätsmanagementverfahrens ist eine interne Entscheidung der Unternehmensführung. Vereinbarungen, die über die allgemeinen Grundsätze zur Anerkennung von Qualitätsmanagementverfahren hinausgehen, greifen ohne Notwendigkeit in interne Betriebsführungsentscheidungen ein.

## 5) Zu § 38 BTHG – Verträge mit Leistungserbringern

### a. Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „folgende Regelungen“ die Wörter „auf der Grundlage der Festlegungen nach § 26 Abs. 2 Nr. 11“ ergänzt.

**Begründung:** Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass die gemeinsam vereinbarten Grundsätze in den Einzelverträgen zwischen der Einrichtung und dem Reha-Träger berücksichtigt werden.

### b. Änderungsvorschlag

Im Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 werden die Wörter „der Rehabilitationsträger“ gestrichen.

**Begründung:** Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Rehabilitationsträger einseitig die Grundsätze für Vergütung festlegen sollen. Wir halten es für sachgerecht, im Rahmen der BAR gemeinsame Festlegungen durch Reha-Träger, Betroffene und Leistungserbringer zu treffen.

### c. Änderungsvorschlag

In Absatz 2 werden neue Sätze 1 und 2 eingefügt:

„Rehabilitationsdienste und -einrichtungen haben einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung der von ihnen ausgeführten Leistungen. Die Vergütung muss den Leistungserbringern bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ihren Versorgungsvertrag zu erfüllen.“

**Begründung:** Die Grundlage ermöglicht die sachgerechte Verhandlung von Vergütungssätzen, die aktuell, insbesondere im Bereich des SGB V häufig nicht in einem fairen Aushandlungsprozess stattfindet. Langfristig wird damit die Aufrechterhaltung qualitativer Angebote für die Versorgung der Rehabilitanden sichergestellt. Die Ergänzung dient der vorgeschlagenen Schiedsstelle als Entscheidungsgrundlage.

### d. Änderungsvorschlag

Absatz 3 wird gestrichen und stattdessen folgender Absatz 3 eingefügt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 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 Landesschiedsstelle nach § 38a festgesetzt.“

**Begründung:** Die Einführung einer Schiedsstelle für die einzelvertraglichen Streitigkeiten zwischen dem Rehabilitationsträger und der Rehabilitationsklinik für alle Vertragsinhalte einschließlich der Vergütung ist erforderlich, um die Position der Leistungserbringer bei den Verhandlungen zu stärken. Denn die Rehabilitationsträger verfügen einseitig über alle strategischen Entscheidungsoptionen.

Der bisherige Absatz 3 erübrigt sich durch die vorgeschlagene Aufgabenzuweisung an die BAR sowie den neu eingefügten Verweis in Absatz 1.

**e. Änderungsvorschlag**

In Absatz 4 werden die Wörter „Nummer 1 und 3 bis 6“ gestrichen.

**Begründung:** Mit der Änderung wird eine Gleichbehandlung der Rehabilitationsdienste und –einrichtungen angestrebt. Eigene Einrichtungen der Rehabilitationsträger und Einrichtungen privater und freigemeinnütziger Träger erbringen unter den gleichen qualitativen Anforderungen die gleichen Leistungen. Es besteht kein sachlicher Grund, diese Einrichtungen, die im Wettbewerb (z. B. um Fachpersonal) mit anderen Rehabilitationsdiensten und –einrichtungen stehen, anders zu behandeln oder zu vergüten.



## 6) § 38a BTHG – Schiedsstelle

### Änderungsvorschlag

Ein neuer § 38a BTHG wird aufgenommen:

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1, 3 und 4 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 Landesschiedsstelle 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.

**Begründung:** Der Rahmen für die Leistungsbeziehungen einschließlich der Vergütung der Leistungen wird zwischen den Beteiligten ausgehandelt und vertraglich vereinbart. 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 erforderlich.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 60 Jahren die Interessen der 1.000 Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband der privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer und flankiert die zunehmende Privatisierung im deutschen Gesundheitsmarkt. Der BDPK steht für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung.

Nähere Informationen: <http://www.bdpk.de>