

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs - Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG)

A. Problem und Ziel

Das von den Trägern der Rentenversicherung bisher auf der Grundlage der „verbindlichen Entscheidung zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ vom 16. März 2017 praktizierte „offene Zulassungsverfahren“ steht in der öffentlichen Kritik, ob es mit den im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, auf der Grundlage des (europäischen) Vergaberechts, getroffenen Bestimmungen zur Vergabe öffentlicher Aufträge vereinbar ist. Insbesondere wird das Fehlen eines transparenten und nachvollziehbaren Vergütungskonzepts für die zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung durch den Träger der Rentenversicherung als selektiv bemängelt.

Durch die gesetzlichen Regelungen werden Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Diskriminierungsfreiheit und Gleichbehandlung bei der Beschaffung medizinischer Rehabilitationsleistungen durch die Träger der Rentenversicherung gewährleistet. Neben dem Wunsch- und Wahlrecht des versicherten Rehabilitanden werden die Selbstverwaltung der Rentenversicherung und die Interessen der Rehabilitationseinrichtungen gestärkt.

Mit den Neuregelungen wird auch der Anspruch auf Übergangsgeld gegen den Träger der Rentenversicherung weiterentwickelt. Der Anspruch auf Übergangsgeld in voller Höhe wird zukünftig in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen zur Prävention und Teilhabe stehen. Darüber hinaus hat die Praxis gezeigt, dass die geltenden Regelungen zum Übergangsgeld nicht allen Fallgestaltungen gerecht werden. Insbesondere erfordert der fortschreitende Ambulantisierungsprozess in der Rehabilitation und Teilhabe, dass neben den Leistungen zur Prävention verstärkt auch Leistungen zur Teilhabe berufsbegleitend ermöglicht werden.

B. Lösung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird das von den Trägern der Rentenversicherung bisher auf der Grundlage einer verbindlichen Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Bund praktizierte „offene Zulassungsverfahren“ bei der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) - in Übereinstimmung mit den Regeln des (europäischen) Vergaberechts und unter Beachtung des Rechts der Selbstverwaltung - gesetzlich geregelt.

Wesentliche Inhalte der Neuregelungen sind:

- Die Zulassung und Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte der Träger der Rentenversicherung erbringen, durch die Träger der Rentenversicherung werden im Einklang mit dem (europäischen) Vergaberecht gesetzlich geregelt.
- Die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch den federführenden Träger der Rentenversicherung, sofern sie die objektiv festgelegten Anforderungen für die Zulassung erfüllt.
- Die konkrete Inanspruchnahme der zugelassenen Rehabilitationseinrichtung - „Belegung“ - wird durch die gesetzliche Festlegung objektiver Kriterien rechtskonform ausgestaltet.

Auch das Übergangsgeld wird neu geregelt. Die Regelungen

- verhindern ein Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention und Teilhabe in einem geringen Umfang gegenüber einem vollen Übergangsgeldanspruch und
- stellen insbesondere die Abgrenzung des Übergangsgeldanspruchs zum Arbeitslosengeld II bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben klar.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II soll außerdem der Anspruch auf Übergangsgeld während der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfallen, weil es keines Entgeltersatzes in Form von Übergangsgeld bedarf.

C. Alternativen

Keine. Der dargestellte Handlungsbedarf kann zielführend nur durch Gesetz, das im Einklang mit dem (europäischen) Vergaberecht steht, erfolgen.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand fallen nicht an.

Die Änderungen zum Wegfall des Übergangsgeldanspruches für Bezieher von Arbeitslosengeld II führen zu Minderausgaben bei den Trägern der Rentenversicherung von jährlich 14,6 Millionen Euro und Mehrausgaben im Haushalt des Bundes (Arbeitslosengeld II) von jährlich 14,6 Millionen Euro.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürger bzw. die Versicherten werden durch das Gesetz entlastet. Sie können sich besser, zeitsparender und leichter als bisher über für sie geeigneten Rehabilitationseinrichtungen informieren.

Die Änderungen zum Übergangsgeld führen zu einer Vereinfachung des Verfahrens für die Versicherten. Versicherte haben einen Anspruch auf unterhaltssichernde Leistungen nur noch gegenüber einem Sozialleistungsträger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Belastungen für Rehabilitationseinrichtungen entstehen in Form von geringfügigen Informationskosten.

Durch die Neuregelungen werden für die Bürgerinnen und Bürger keine Informationspflichten neu eingeführt, geändert oder aufgehoben.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Die Träger der Rentenversicherung praktizieren die Neuregelungen zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits weitgehend. Insofern ist der Erfüllungsaufwand gering.

Die Änderungen zum Wegfall des Übergangsgeldanspruches für Bezieher von Arbeitslosengeld II führen bei angenommenen 25.000 Fällen wegen entfallender Erstattungsansprüche bei den Trägern der Rentenversicherung und den Jobcentern zu einer Entlastung von jährlich 1,6 Millionen Euro an Personalkosten und von jährlich 0,2 Millionen Euro an Sachkosten.

F. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise, auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Weiterentwicklung des Übergangsgeldanspruchs - Medizinische Rehabilitationsleistungen-Beschaffungsgesetz (MedRehaBeschG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Einzelfall unter Beachtung“ die Wörter „des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten im Sinne des § 8 des Neunten Buches und“ eingefügt.
2. § 15 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 15, 15a und 31 Absatz 1 Nr. 2, die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, werden durch Rehabilitationseinrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden und nach Absatz 4 zugelassen sind oder als zugelassen gelten (zugelassene Rehabilitationseinrichtungen). Die Rehabilitationseinrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Leistungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung sollen für längstens drei Wochen erbracht werden. Sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(1) Rehabilitationseinrichtungen haben einen Anspruch auf Zulassung, 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 Bund 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 Rehabilitationseinrichtungen, die die personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund erfüllen. Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Leistungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln.“

c) Folgende Absätze 4 bis 9 werden angefügt:

„(4) Mit der Zulassungsentscheidung wird die Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen. Rehabilitationseinrichtungen, die vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, gelten als zugelassen, wenn sie die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 erfüllen.

(5) Der federführende Träger der Rentenversicherung entscheidet über die Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen. Federführend ist der Träger der Rentenversicherung, der durch die beteiligten Träger der Rentenversicherung vereinbart wird, den Prozess der Zulassung in allen Verfahrensschritten steuert und mit Wirkung für alle Träger der Rentenversicherung Entscheidungen trifft. Die Entscheidung zur Zulassung bedarf der Schriftform und ist zu veröffentlichen. Die Zulassungsentscheidung bleibt wirksam, bis sie durch eine neue Zulassungsentscheidung abgelöst oder schriftlich unter Angabe von Gründen widerrufen wird. Widerspruch und Klage gegen den Widerruf der Zulassungsentscheidung haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend ihrer Form auch einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung erbracht werden, erfolgt durch einen Vertrag. Der federführende Träger der Rentenversicherung schließt mit Wirkung für alle Träger der Rentenversicherung den Vertrag mit der zugelassenen Rehabilitationseinrichtung in Schriftform ab. Der Vertrag begründet keinen Anspruch auf Inanspruchnahme durch den Träger der Rentenversicherung.

(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist verpflichtet, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen und den Trägern der Rentenversicherung als Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung sowie den Versicherten in einer wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen.

(8) Die Rehabilitationseinrichtung hat gegen den jeweiligen Träger der Rentenversicherung einen Anspruch auf Vergütung gemäß Absatz 9 Satz 1 Nr. 2 der gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen. Der federführende Träger der Rentenversicherung vereinbart mit der Rehabilitationseinrichtung den Vergütungssatz.

(9) Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat in Wahrnehmung der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nr. 4a zugewiesenen Aufgaben für alle Rehabilitationseinrichtungen, die entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben werden, folgende verbindliche Entscheidungen herbeizuführen:

1. zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 3 für die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten im Sinne des § 8 des Neunten Buches,
2. zu einem verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 3; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:
 - a) die Indikation,
 - b) die Form der Leistungserbringung und
 - c) spezifische konzeptuelle Aspekte und besondere medizinische Bedarfe,
3. zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, die für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung im Rahmen einer Inanspruchnahme nach Absatz 6 maßgebend sind, um die Leistung für den Versicherten in der nachweislich besten Qualität zu erbringen; dabei sind insbesondere
 - a) die Indikation,
 - b) die Nebenindikation,
 - c) die unabdingbaren Sonderanforderungen,
 - d) die Qualität der Rehabilitationseinrichtung,
 - e) die Entfernung zum Wohnort und
 - f) die Wartezeit bis zur Aufnahmeunter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts des Versicherten nach § 8 des Neunten Buches sowie des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen und
4. zum näheren Inhalt und Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 7 und deren Form der Veröffentlichung.

Die verbindlichen Entscheidungen zu Satz 1 Nr. 1 bis 4 erfolgen bis zum 31. Dezember 2022. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen sind anzuhören.“

3. In § 15a Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Die“ das Wort „stationären“ gestrichen und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung“ eingefügt.
4. § 20 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 werden nach den Wörtern „zur Teilhabe erhalten,“ die Wörter „sofern die Leistungen nicht dazu geeignet sind, neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht zu werden“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 3 Buchstabe b werden nach den Wörtern „Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld“ das Komma und das Wort „Arbeitslosengeld II“ und nach den Wörtern „Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen“ die Wörter „oder im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld II zuvor aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „dem Dritten Buch“ die Wörter „oder Anspruch auf Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ eingefügt und nach den Wörtern „haben, haben“ das Wort „nur“ durch die Wörter „abweichend von Absatz 1 Nr. 1“ ersetzt.
5. § 21 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird der 2. Halbsatz nach den Wörtern „Krankengeldes (§ 47b Fünftes Buch)“ gestrichen.
 - b) Satz 2 Buchstabe a bis d werden aufgehoben.
6. § 32 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „vollendet haben und“ das Wort „stationäre“ gestrichen und nach den Wörtern „Rehabilitation nach § 15“ die Wörter „einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „oder Lebenspartner sonstige“ das Wort „stationäre“ gestrichen und nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung“ eingefügt.
7. In § 166 Absatz 1 Nummer 2 a werden nach den Wörtern „Bezug von Arbeitslosengeld II“ die Wörter „Übergangsgeld oder“ gestrichen.
8. Dem § 301 wird folgender Absatz 4 angefügt:
- „(4) Mit Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 2023 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Grund von Vereinbarungen mit einem Träger der Rentenversicherung erbracht haben, gilt eine Zulassungsentscheidung als getroffen, sofern die Anforderungen nach § 15 Absatz 3 erfüllt sind.“

Artikel 2

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 25 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 11. Juli 2019 (BGBl. I S. 1066) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Haben Leistungsberechtigte dem Grunde nach Anspruch auf Verletztengeld bei medizinischen Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung, erbringen die Träger der Leistungen nach diesem Buch die bisherigen Leistungen als Vorschuss auf die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung weiter.“

Artikel 3

Inkrafttreten

(1) Artikel 1 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe c, Absatz 9, Nummer 3 bis 7 und Artikel 2 treten am Tag der Verkündung des Gesetzes in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a, Buchstabe b und Buchstabe c, Absätze 4 bis 8 und Nummer 8 treten zum 1. Januar 2023 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Durch das Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts (Vergaberechtsmodernisierungsgesetz vom 17. Februar 2016 (BGBl, 2016, 204)) wurde der Teil 4 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) „Vergabe von öffentlichen Aufträgen und Konzessionen“ neu gefasst. Damit wurde die Richtlinie 2014/24/EU über die öffentliche Auftragsvergabe vom 26. Februar 2014 umgesetzt. § 130 GWB stellt für die Vergabe öffentlicher Aufträge über soziale und andere besondere Dienstleistungen im Sinne des Anhangs XIV der Richtlinie 2014/24 EU, zu denen auch die von den Trägern der Rentenversicherung für ihre Versicherten erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zählen, neben dem offenen und dem nicht offenen Verfahren **das Verhandlungsverfahren mit Teilnahmewettbewerb, den wettbewerblichen Dialog und die Innovationspartnerschaft zur Verfügung.**

In der Gesetzesbegründung zu § 130 GWB (vgl. BT-Drs. 18/6281, S. 114) wird - in Übereinstimmung mit Erwägungsgrund 4 der Richtlinie 2014/24 EU - klargestellt, dass Fälle, in denen alle Wirtschaftsteilnehmer, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, zur Wahrnehmung einer bestimmten Aufgabe - ohne Selektivität - berechtigt sind, nicht als Auftragsvergabe, sondern als einfache Zulassungssysteme, verstanden werden sollten. Ergänzend wies der Bundestagsausschuss für Wirtschaft und Energie in einer Protokollnotiz vom 16. Dezember 2015 (vgl. BT-Drs. 18/7086, S. 13) darauf hin, **dass im sogenannten „sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis“ je nach Fallkonstellation eine reine Zulassung von Dienstleistungen ohne Beschaffungscharakter, die nicht dem Vergaberecht unterfallen, vorliegen kann.**

Die Träger der Rentenversicherung haben die ihr im europäischen Vergaberecht eingeräumten Gestaltungsmöglichkeiten genutzt. Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund hat in Wahrnehmung der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4a SGB VI übertragenen Aufgabe zur Klärung grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung aus dem Bereich der Rehabilitation und Teilhabe, am 16. März 2017 eine „verbindliche Entscheidung zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ getroffen. Für die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist danach ein zweistufiges Verfahren vorgesehen:

Auf der ersten Stufe erfolgt die Zulassung der Rehabilitationseinrichtungen, die ihre Eignung zur konkreten Inanspruchnahme für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegenüber einem Träger der Rentenversicherung nachgewiesen haben, ohne vorhergehendes Ausschreibungsverfahren. Auf der zweiten Stufe nimmt der zuständige Träger der Rentenversicherung unter den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen die konkrete Auswahl der für den Versicherten am besten geeigneten Rehabilitationseinrichtung vor, um der vorliegenden Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken; es sei denn, dem vom Versicherten geäußerten Wunsch, die Leistung in einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung zu erbringen, wird entsprochen.

Das von den Trägern der Rentenversicherung auf der Grundlage der verbindlichen Entscheidung vom 16. März 2017 praktizierte „offene Zulassungsverfahren“ steht in der Kritik, ob es mit den im Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, auf der Grundlage des (europäischen) Vergaberechts, getroffenen Bestimmungen zur Vergabe öffentlicher Aufträge vereinbar ist. Insbesondere wird das Fehlen eines transparenten und nachvollziehbaren Vergütungskonzepts für die zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bemängelt. Aber auch die Tatsache, dass auf der zweiten Stufe die Auswahl der am besten

geeigneten Leistungserbringer, dann wenn das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten nicht zum Zuge kommt, durch den zuständigen Träger der Rentenversicherung erfolgt, wird als eine Auswahl unter den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen bewertet, die eine Anwendung der Regeln des (europäischen) Vergaberechts erfordert.

Auch das heute geltende Vergütungssatzgefüge für die von den Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, das vor allem das Ergebnis historisch gewachsener Vergütungssätze ist, steht im Wesentlichen wegen fehlender Transparenz und Nachvollziehbarkeit in der Kritik. Die Träger der Rentenversicherung verfügen bislang nicht über ein explizit ausgestaltetes Konzept für die Vergütung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bislang wird die Höhe der Vergütung zwischen dem federführenden Träger der Rentenversicherung und der in Anspruch genommenen Rehabilitationseinrichtung im Verhandlungswege vereinbart. Die Verhandlungen führen zu einrichtungsspezifischen, tagesgleichen Vergütungssätzen für die Rehabilitationseinrichtungen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird das von den Trägern der Rentenversicherung bisher auf der Grundlage der „verbindlichen Entscheidung zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ praktizierte „offene Zulassungsverfahren“ im SGB VI - in Übereinstimmung mit den Regeln des (europäischen) Vergaberechts unter Beachtung des Rechts der Selbstverwaltung gesetzlich geregelt. Die Position des versicherten Rehabilitanden soll im Verhältnis zu den Trägern der Rentenversicherung als Rehabilitationsträger und zu den Rehabilitationseinrichtungen gestärkt werden. Damit wird auch dem Leitgedanken des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) Rechnung getragen.

Darüber hinaus wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Anspruch auf Übergangsgeld der Träger der Rentenversicherung weiterentwickelt.

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz vom 8. Dezember 2016, BGBl, 2016, 59) wurde im Zuge der Neustrukturierung und Stärkung der Leistungen zur Prävention und Rehabilitation auch die Regelung zum Übergangsgeld (§ 20 Absatz 1 SGB VI) angepasst. Danach haben Versicherte, Anspruch auf Übergangsgeld, die von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten.

Der Anspruch auf Übergangsgeld in voller Höhe muss jedoch in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen zur Prävention und Teilhabe stehen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BT-Drs. 18(11)857, Änderungsantrag Nummer 4) wurden ergänzende Regelungen zum Übergangsgeld (§ 20 SGB VI) für Fallgestaltungen getroffen, in denen neben dem Anspruch auf Übergangsgeld der Träger der Rentenversicherung dem Grunde nach auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld oder, bei Leistungen zur Prävention und Nachsorge, auf Krankengeld besteht.

Die Praxis hat gezeigt, dass diese Regelungen nicht allen Fallgestaltungen gerecht werden. Insbesondere erfordert der fortschreitende Ambulantisierungsprozess, der neben den Leistungen zur Prävention verstärkt auch Leistungen zur Teilhabe berufsbegleitend ermöglichen soll, weiteren Regelungsbedarf.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Beziehungen der Träger der Rentenversicherung zu den Rehabilitationseinrichtungen, die die genannten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, werden europarechtskonform geregelt. Dabei werden die nachfolgenden, im Rahmen der Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen, von den Trägern der Rentenversicherung zu beachtende Grundsätze geregelt:

- Die Zulassung und Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte der Träger der Rentenversicherung erbringen, durch die Träger der Rentenversicherung werden im Einklang mit dem (europäischen) Vergaberecht gesetzlich geregelt.
- Die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch den federführenden Träger der Rentenversicherung, sofern sie die objektiv festgelegten Anforderungen für die Zulassung erfüllt. Eine wesentliche Voraussetzung für die Zulassung ist, dass die Rehabilitationseinrichtung das von der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickelnde Vergütungssystem akzeptiert. Um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Vergütungssystems für die Rehabilitationseinrichtungen zu gewährleisten, werden Mindestkriterien an das zu entwickelnde Vergütungssystem gesetzlich festgeschrieben.
- Die konkrete Inanspruchnahme der zugelassenen Rehabilitationseinrichtung - „Belegung“ - wird durch die gesetzliche Festlegung objektiver Kriterien rechtskonform ausgestaltet; das Wunsch- und Wahlrecht des versicherten Rehabilitanden wird gestärkt.

Das Übergangsgeld wird neu geregelt. Die Regelungen

- verhindern ein Missverhältnis zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention und Teilhabe in einem geringen Umfang gegenüber einem vollen Übergangsgeldanspruch und
- stellen insbesondere die Abgrenzung des Übergangsgeldanspruchs zum Arbeitslosengeld II bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben klar.

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II soll außerdem der Anspruch auf Übergangsgeld während der Teilnahme an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfallen, weil es keines Entgeltersatzes in Form von Übergangsgeld bedarf. Damit wird auch die notwendige Gleichstellung mit den Rehabilitanden der gesetzlichen Krankenversicherung hergestellt.

III. Alternativen

Keine.

Der dargestellte Handlungsbedarf kann zielführend nur durch Gesetz, das im Einklang mit dem (europäischen) Vergaberecht steht, erfolgen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Der Bund hat für die im SGB VI vorgesehenen Regelungen zum Leistungserbringungsrecht sowie zum Übergangsgeld die Gesetzgebungszuständigkeit nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes. Er weist dem Bund die konkurrierende Kompetenz zur Gesetzgebung für die Sozialversicherung zu.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Folgeänderung im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 des Grundgesetzes. Er weist dem Bund die konkurrierende Gesetzgebung für die öffentliche Fürsorge zu. Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende, da hier die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse mit einer bundesgesetzlichen Regelung erforderlich ist (Artikel 72 Absatz 2 des Grundgesetzes). Nur durch die Gesetzgebung des Bundes lassen sich einheitliche Lebensverhältnisse gewährleisten. In der Bundesrepublik Deutschland bestehen hinsichtlich des Beschäftigungsstandes und Einkommensniveaus erhebliche regionale Unterschiede. Durch eine einheitliche Bundesgesetzgebung im Bereich der öffentlichen Fürsorge wird verhindert, dass sich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland das Sozialgefüge auseinanderentwickelt.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf stellt auf dem zu regelnden Rechtsgebiet die Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union - insbesondere mit dem europäischen Vergaberecht - her und ist mit den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland geschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Die Regelungen zum Leistungserbringungsrecht sichern weitgehend das von den Trägern der Rentenversicherung bereits praktizierte „offene“ Zulassungsverfahren bei der Beschaffung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gesetzlich ab. Objektive Vorgaben für die Zulassung und Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung schaffen Transparenz. Dadurch wird für die beteiligten Träger der Rentenversicherung, aber auch für die Rehabilitationseinrichtungen, die diese Leistungen für die Versicherten der Rentenversicherung erbringen, Rechtssicherheit und Rechtsklarheit geschaffen.

Die Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund erleichtert zum einen den Trägern der Rentenversicherung die Inanspruchnahme der im konkreten Einzelfall am besten geeigneten Rehabilitationseinrichtung und zum anderen den Versicherten die sachgerechte Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechtes nach § 8 SGB IX.

Durch den Wegfall des Anspruchs auf Übergangsgeld gegen den zuständigen Träger der Rentenversicherung für Bezieher von Arbeitslosengeld II bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, entfällt auch der den Trägern der Grundsicherung gegenüber dem zuständigen Träger der Rentenversicherung bisher zustehende Erstattungsanspruch für das von ihnen als Vorschuss auf das Übergangsgeld der Rentenversicherung weiter gezahlte Arbeitslosengeld II.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Regelungen, mit denen für die Träger der Rentenversicherung die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestaltet sowie der Anspruch auf Übergangsgeld modifiziert werden, betreffen nicht unmittelbar die Indikatoren der Nachhaltigkeitsstrategie wie die Generationengerechtigkeit und den sozialen Zusammenhalt und haben somit keine Auswirkungen auf die Ziele der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die Änderungen in § 20 Absatz 1 Nummer 3 und § 21 SGB VI einschließlich Folgeänderungen (Wegfall des Übergangsgeldanspruches für Bezieher von Arbeitslosengeld II) führen zu Minderausgaben bei den Trägern der Rentenversicherung von jährlich 14,6 Millionen Euro und Mehrausgaben im Haushalt des Bundes (Arbeitslosengeld II) von jährlich 14,6 Millionen Euro.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger (Rentenversicherte/Rentner)

Die Regelungen führen zu einer Entlastung der Versicherten. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Daten der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen in zweckdienlicher Form veröffentlicht werden, damit Versicherte ihr gesetzliches Wunsch- und Wahlrecht informiert wahrnehmen können. Versicherte, die ihr Wunsch- und Wahlrecht in Anspruch nehmen wollen, können sich auf dieser Grundlage, welche die Transparenz hinsichtlich der Qualität der Rehabilitationseinrichtungen erhöht, künftig besser und zeitsparender informieren als bisher. Die Gesamtzahl der von den Trägern der Rentenversicherung jährlich abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegt bei rund einer Million. Die Änderungen zum Übergangsgeld (§ 20 Absatz 1 Nummer 3 und § 21 SGB VI einschließlich Folgeänderungen) führen zu einer Vereinfachung des Verfahrens für die Versicherten, weil diese nur noch Ansprüche auf unterhaltssichernde Leistungen gegenüber einem Sozialleistungsträger haben.

Erfüllungsaufwand der Wirtschaft (Rehabilitationseinrichtungen)

Die gesetzlichen Regelungen bilden im Wesentlichen die bisherige Praxis und bereits geplante Weiterentwicklungen ab. Insgesamt besteht der Erfüllungsaufwand für Rehabilitationseinrichtungen im Wesentlichen in Sowieso-Kosten bzw. **sorgen die Regelungen, die Transparenz herstellen bzw. verbessern, für eine Senkung der Informationskosten.**

Die gesetzlichen Regelungen betreffen insbesondere Rehabilitationseinrichtungen, die erstmals die Zulassung zur Erbringung von Leistungen durch einen Träger der Rentenversicherung anstreben. Von den für das Jahr 2017 vom Statistischen Bundesamt ermittelten 1.142 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die stationäre Leistungen anbieten (Rehabilitationseinrichtungen, die ambulante Leistungen anbieten, werden statistisch nicht erfasst) stehen die meisten Rehabilitationseinrichtungen, die dies wünschen, bereits in Vertragsbeziehungen mit den Trägern der Rentenversicherung. Zum 31. Dezember 2018 bestanden mit 932 Rehabilitationseinrichtungen, die sich auf 1.321 Fachabteilungen bezogen, vertragliche Regelungen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Zahl der Rehabilitationseinrichtungen, die sich in den kommenden Jahren erstmals um eine Zulassung durch einen Träger der Rentenversicherung bemühen werden, dürfte daher sehr überschaubar sein.

Da sich die Zulassungsanforderungen gegenüber der bisherigen Praxis nur sehr geringfügig ändern, sind die Informationskosten der insgesamt wenigen Rehabilitationseinrichtungen, die sich künftig erstmals um Zulassung bemühen werden, grundsätzlich ebenfalls sehr gering.

Geringe einmalige Informationskosten entstehen den Rehabilitationseinrichtungen der Träger der Rentenversicherung künftig beim Vergütungssystem und dem weiterentwickelten Verfahren der qualitätsorientierten Inanspruchnahme einschließlich der Nutzung von Daten der Reha-Qualitätssicherung durch die Träger der Rentenversicherung und Versicherte.

Die angestrebte Transparenz des offenen Zulassungsverfahrens, des Vergütungssystems und des weiterentwickelten Verfahrens der qualitätsorientierten Inanspruchnahme einschließlich der Nutzung von Daten der Reha-Qualitätssicherung sorgt grundsätzlich für eine bessere Information der Rehabilitationseinrichtungen und damit für die Senkung von deren Informationskosten. Demgegenüber steht der Aufwand, der den Rehabilitationseinrichtungen aus ihrer Beteiligung an diesen Neuerungen, die in vier verbindlichen Entscheidungen der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt werden, entsteht.

Weil die Entlastungen der neuen Regelungen größer ausfallen als die zusätzlichen Belastungen, entsteht für die Wirtschaft per Saldo kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand, sondern eine Entlastung.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung (Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenversicherungsträger und Jobcenter)

Die Änderungen in § 20 Absatz 1 Nummer 3 und § 21 SGB VI einschließlich Folgeänderungen (Wegfall des Übergangsgeldanspruches für Bezieher von Arbeitslosengeld II) führen bei angenommenen 25.000 Fällen wegen entfallender Erstattungsansprüche bei den Trägern der Rentenversicherung und den Jobcentern zu einer Entlastung von jährlich 1,6 Millionen Euro an Personalkosten und von jährlich 0,2 Millionen Euro an Sachkosten.

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise, auf das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten. Sonstige Kosten entstehen nicht.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die gleichstellungspolitischen Auswirkungen der Gesetzesänderungen wurden geprüft und die gleichstellungspolitischen Belange wurden berücksichtigt. Es ergaben sich keine Hinweise auf eine unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern. Es liegt weder eine mittelbare noch eine unmittelbare geschlechterbezogene Benachteiligung vor.

VII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung der Änderungen kommt nicht in Betracht. Die Regelungen sind auf Dauer angelegt.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Mit der Einfügung wird das Wunsch - und Wahlrecht des Rehabilitanden ausdrücklich gestärkt.

Zu Nummer 2

Im § 15 Absätze 2 bis 9 wird das bereits von den Trägern der Rentenversicherung praktizierte Verfahren zur Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation normiert. Neben den Voraussetzungen, die von Rehabilitationseinrichtungen erfüllt werden müssen, damit sie gegenüber den Trägern der Rentenversicherung einen Anspruch auf Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, werden das Zulas-

sungsverfahren sowie die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte der Träger der Rentenversicherung geregelt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird abschließend verpflichtet, in Wahrnehmung der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4a übertragenen Grundsatz- und Querschnittsaufgabe zur Klärung grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung im Bereich Rehabilitation und Teilhabe, verbindliche Entscheidungen

- zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der von Rehabilitationseinrichtungen zu erfüllenden Anforderungen für eine Zulassung,
- zu einem verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystem zur Ermittlung, Bemessung und Gewichtung der an die Rehabilitationseinrichtungen zu zahlenden Vergütungen für die erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, die für die konkrete Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung maßgebend sind und
- zum näheren Inhalt und Umfang der bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung zu erhebenden Daten und der Form ihrer Veröffentlichung,

zu treffen.

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht weitgehend der bisherigen Regelung im § 15 Absatz 2 und Absatz 3. Wie bisher werden die Anforderungen an eine Rehabilitationseinrichtung normiert, die die genannten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt. Neu ist die Zulassungsentscheidung durch den Träger der Rentenversicherung. Der Begriff „zugelassene Rehabilitationseinrichtung“ wird gesetzlich definiert.

Ob die zugelassene Rehabilitationseinrichtung vom Träger der Rentenversicherung selbst oder von anderen betrieben wird, ist unerheblich. Derzeit erbringen die Träger der Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch 90 eigene oder trägernaher Leistungsanbieter. Diese nehmen eine zentrale Funktion bei der Sicherstellung einer modernen medizinischen Rehabilitation ein. Insbesondere leisten sie einen wichtigen Beitrag für die Weiterentwicklung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie für die Entwicklung innovativer Leistungsangebote.

Leistungen zur Prävention werden während der sog. Initialphase (Diagnostik, Erstellung des Präventionsplanes) u.a. in zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen, erbracht.

Zu Buchstabe b

Die Regelung normiert die von einer potentiell geeigneten Rehabilitationseinrichtung zu erfüllenden inhaltlichen Anforderungen für eine positive Zulassungsentscheidung durch den federführenden Träger der Rentenversicherung. Weiter wird ausdrücklich geregelt, dass dann, wenn diese Anforderungen von der Rehabilitationseinrichtung erfüllt werden, sie 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.

Zu Nummer 1

Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, dass sie in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, die fachlich geeignet sind. Fachlich geeignet sind nach Satz 2 des Absatzes 2 Rehabilitationseinrichtungen, die die personellen, strukturellen und qualitativen einschließlich konzeptionellen Anforderungen der Träger der Rentenversicherung erfüllen. Die personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen werden von den Rehabilitationseinrichtungen erfüllt, wenn sie insbesondere

- die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Strukturqualität erfüllen,
- die Qualität der Leistungen durch ein zertifiziertes Qualitätsmanagement sicherstellen und

sich verpflichten, das von den Trägern der Rentenversicherung beschlossene Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation zu beachten. Die von den Rehabilitationseinrichtungen eingereichten Konzepte für die zu erbringenden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen den von der Deutschen Rentenversicherung Bund festgelegten Anforderungen - auch in qualitativer Hinsicht - genügen.

Um die Erfüllung und Einhaltung der genannten Anforderungen zu überprüfen, ist es erforderlich, dass die Rehabilitationseinrichtungen dem jeweils federführenden Träger der Rentenversicherung - auch während der Vertragslaufzeit - Visitationen ihrer Rehabilitationseinrichtung zu den geschäftsüblichen Zeiten ermöglichen.

Zu Nummer 2

Rehabilitationseinrichtungen, die eine Zulassung zur Leistungserbringung erhalten wollen, müssen sich verpflichten, am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teilzunehmen. Mit dem externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund wird die Qualität der von einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemessen. Inhalt und Umfang der im Rahmen der externen Qualitätssicherung zu erhebenden Daten werden in der verbindlichen Entscheidung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 von der Deutschen Rentenversicherung Bund festgelegt.

Zu Nummer 3

Weiter muss sich eine Rehabilitationseinrichtung, die eine Zulassung zur Leistungserbringung erhalten will, damit einverstanden erklären, dass die von ihr erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf der Grundlage des von der Deutschen Rentenversicherung Bund, unter Berücksichtigung der im Absatz 9 Nummer 2 geregelten Mindestkriterien an die Ermittlung, Bemessung und Gewichtung der Vergütung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, entwickelten Vergütungssystems vergütet werden. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird durch die Regelungen im Satz 3 ausdrücklich verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2025 ein für die Träger der Rentenversicherung verbindliches Vergütungssystem zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung für die von den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu entwickeln. Das zu entwickelnde Vergütungssystem muss im Einklang mit den vergaberechtlichen Vorgaben stehen.

Da für Rehabilitationseinrichtungen, die eine Zulassung anstreben, die Verpflichtung zur Anwendung des von der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelten Vergütungssystems besteht, sind sie auch ihrerseits verpflichtet, der Deutschen Rentenversicherung Bund die zur Entwicklung dieses Vergütungssystems erforderlichen Informationen und Daten rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

Das neu entwickelte Vergütungssystem wird ab dem 1. Januar 2026 für alle Rehabilitationseinrichtungen eingeführt. Es empfiehlt sich, dieses wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.

Alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, und somit auch die von den Trägern der Rentenversicherung selbst betriebenen Rehabilitationseinrichtungen, erbringen die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ab dem 1. Januar 2026 auf der Grundlage des von der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelten Vergütungssystems. Die Leistungen zur Prävention werden, wegen ihrer großen Vielfalt und Heterogenität, von dem zu entwickelnden Vergütungssystem ausgenommen. Leistungen zur Prävention, die in modularisierter Form in unterschiedlichen, aufeinander aufbauenden Phasen erbracht werden, ermöglichen eine Inanspruchnahme mehrerer Leistungsanbieter und in Kombination verschiedener Leistungsformen.

Zu Nummer 4

Die Regelung schafft die Voraussetzungen für die gemeinsame Nutzung personenbezogener Daten durch die Träger der Rentenversicherung unter Beachtung des Sozialdatenschutzes (Nummer 5). Sie ermöglicht den Trägern der Rentenversicherung die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben.

Zu Nummer 5

Den besonderen Anforderungen an den Sozialdatenschutz muss von der Rehabilitationseinrichtung Rechnung getragen werden. Es geht hier insbesondere um den datenschutzgerechten Umgang mit den besonders sensiblen medizinischen Daten der Versicherten.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 4

Die Regelung normiert die rechtlichen Wirkungen der Zulassungsentscheidung.

Satz 1 konkretisiert die Dauer der Zulassung von Leistungsanbietern. Die vom federführenden Träger der Rentenversicherung ausgesprochene Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung gilt nur für den in der Zulassungsentscheidung genannten Zeitraum. Die Zulassung gilt weiter nur für die in der Zulassungsentscheidung konkret benannten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Satz 2 stellt klar, dass Rehabilitationseinrichtungen, die von einem Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden, als zugelassen gelten. Es wird davon ausgegangen, dass sie die in Absatz 3 genannten Anforderungen für eine Zulassung erfüllen.

Zu Absatz 5

Nach Satz 1 trifft der federführende Träger der Rentenversicherung die Zulassungsentscheidung. Federführend ist nach Satz 2 der Träger der Rentenversicherung, der von den beteiligten Trägern der Rentenversicherung vereinbart wurde, der den Prozess in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Bewerbung einer Rehabilitationseinrichtung für eine Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis zur Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung, einschließlich der externen Qualitätssicherung und Vergütungsermittlung, steuert, die zugelassene Rehabilitationsein-

richtung im Weiteren begleitet und für alle Träger der Rentenversicherung verbindliche Entscheidungen gegenüber der zugelassenen Rehabilitationseinrichtung trifft. Der Federführer übernimmt die Vertragsverhandlungen mit der Rehabilitationseinrichtung, schließt mit ihr, nach erfolgreicher Durchführung der Vertragsverhandlungen den Vertrag über die Inanspruchnahme ab und ist während der gesamten Laufzeit des Vertrages verantwortlich für die Vertragserfüllung. Er ist für den Leistungserbringer der Hauptansprechpartner, sofern Fragen oder etwaige Probleme im Zusammenhang mit der Erfüllung des Vertrages auftreten. Weiter unterrichtet er die anderen Träger der Rentenversicherung über den erfolgten Vertragsabschluss und stellt ihnen den abgeschlossenen Vertrag, einschließlich etwaiger ergänzender Vertragsunterlagen zur Verfügung.

Der federführende Träger der Rentenversicherung trägt weiter dafür Sorge, dass die von der Rehabilitationseinrichtung erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation regelmäßig nach dem Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung überprüft werden. Er stellt den anderen Trägern der Rentenversicherung die im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten zur Verfügung. Er berät die Rehabilitationseinrichtung, wenn im Rahmen der Qualitätssicherung Mängel bei der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation festgestellt werden und unterstützt sie bei der Behebung der aufgetretenen Mängel. Schließlich hat er Informationen, die für die Beziehung der Träger der Rentenversicherung zur Rehabilitationseinrichtung von grundsätzlicher Bedeutung sind, sowohl gegenüber dieser als auch gegenüber den anderen Trägern der Rentenversicherung zu kommunizieren.

Zur Bestimmung des Zeitpunktes, zu dem spätestens der federführende Träger der Rentenversicherung durch Vereinbarung aller beteiligten Träger der Rentenversicherung feststehen muss, bietet sich der Zeitpunkt spätestens eine Woche vor der Visitation der Rehabilitationseinrichtung an. Satz 3 schreibt aus Gründen der Rechtssicherheit für die Zulassungsentscheidung die Schriftform und aus Gründen der Transparenz ihre Veröffentlichung vor.

Satz 4 sichert die Rechtskontinuität. Die vom federführenden Träger der Rentenversicherung getroffene Entscheidung über die Zulassung einer Rehabilitationseinrichtung bleibt wirksam, bis sie durch eine neue Zulassungsentscheidung abgelöst wird. Damit wird klargestellt, dass die Zulassung so lange gültig ist, bis eine Entscheidung des federführenden Trägers der Rentenversicherung über eine erneute Zulassung vorliegt. Dies gilt auch dann, wenn die Entscheidung über die erneute Zulassung erst zu einem Zeitpunkt, an dem die ursprünglich erteilte Zulassung bereits nicht mehr gültig ist, erfolgt. Für diesen Zwischenzeitraum gilt die betroffene Rehabilitationseinrichtung weiterhin als zugelassen.

Erst wenn die Entscheidung zur Zulassung der Rehabilitationseinrichtung vom federführenden Träger der Rentenversicherung widerrufen wird, endet deren Zulassung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Träger der Rentenversicherung, mit dem Zugang des Widerrufs bei der Rehabilitationseinrichtung. Im Übrigen gelten die verfahrensrechtlichen Regelungen des § 47 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Der Widerruf der Zulassungsentscheidung ist ein belastender Verwaltungsakt. Gegen ihn besteht die Möglichkeit, Widerspruch und Klage zu erheben. Sie haben nach § 86a Absatz 1 des Sozialgerichtsgesetzes grundsätzlich aufschiebende Wirkung. Hiervon abweichend, wird im Satz 6 ausdrücklich gesetzlich geregelt, dass die Wirksamkeit und Vollziehbarkeit des Verwaltungsaktes, mit dem die Zulassung der Rehabilitationseinrichtung widerrufen wurde, durch den gegen ihn gerichteten Widerspruch und die gegen ihn gerichtete Klage nicht bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung ausgesetzt werden. Dies ist sachgerecht, da andernfalls auch Rehabilitationseinrichtungen, die offensichtlich nicht (mehr) den Anforderungen für eine Zulassung nach Absatz 3 genügen, den federführenden Träger der Rentenversicherung ein Festhalten an der Zulassungsentscheidung, bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung, aufzwingen könnten.

Zu Absatz 6

Die nach Absatz 5 vom federführenden Träger der Rentenversicherung zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen sind berechtigt, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für die Versicherten der Träger der Rentenversicherung zu erbringen. Grundlage hierfür ist der Abschluss eines schriftlichen Vertrages mit der Rehabilitationseinrichtung, über ihre Inanspruchnahme zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte der Träger der Rentenversicherung.

Die Bestimmungen des § 38 SGB IX über Verträge mit Leistungserbringern werden durch die vertraglichen Beziehungen zwischen den Trägern der Rentenversicherung und den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen in Absatz 6 spezialgesetzlich konkretisiert (§ 7 Absatz 1 SGB IX); im Übrigen finden die Bestimmungen des § 38 Absatz 1 SGB IX Anwendung.

Nach Satz 2 erfolgt der Abschluss des Vertrages über die Inanspruchnahme schriftlich und ausschließlich durch den federführenden Träger der Rentenversicherung - auch mit Wirkung für die anderen Träger der Rentenversicherung. Auf der Grundlage dieses Vertrages erbringen dann auch die anderen Träger der Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sofern die Rehabilitationseinrichtung von ihnen hierfür in Anspruch genommen wird.

Satz 3 regelt ausdrücklich, dass der mit der Rehabilitationseinrichtung abgeschlossene Vertrag über die Inanspruchnahme dieser weder gegenüber dem federführenden Träger, noch gegenüber einem anderen Träger der Rentenversicherung, einen Anspruch auf eine tatsächliche Inanspruchnahme durch diese einräumt. Mit dem Abschluss des Vertrages über die Inanspruchnahme erhält die Rehabilitationseinrichtung die Möglichkeit, von einem Träger der Rentenversicherung in Anspruch genommen zu werden, sofern die von ihr angebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im konkreten Fall geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Zu Absatz 7

Die im Rahmen der externen Qualitätssicherung auf der Grundlage der von der Deutschen Rentenversicherung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 zu treffenden verbindlichen Entscheidung über den Inhalt und Umfang der zu erhebenden Daten zur Qualität der erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind den anderen Trägern der Rentenversicherung von der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verfügung zu stellen, damit sie von ihnen im Rahmen der qualitätsorientierten Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung Berücksichtigung finden. Weiter sind sie den Versicherten zugänglich zu machen, damit sie sachgerecht von dem ihnen nach § 8 SGB IX eingeräumten Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen können. Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird verpflichtet, die von ihr erhobenen Daten der externen Qualitätssicherung so zu veröffentlichen, dass die Allgemeinheit von ihnen Kenntnis nehmen kann.

Zu Absatz 8

Der Träger der Rentenversicherung, der die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den versicherten Rehabilitanden erbringt, wird verpflichtet, die von der Rehabilitationseinrichtung erbrachten Leistungen auf der Grundlage des nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 von der Deutschen Rentenversicherung Bund entwickelten Vergütungssystems und unter Berücksichtigung der nach Satz 2 dieses Absatzes vereinbarten Vergütung zu vergüten.

Satz 2 räumt den Verhandlungsparteien - dies sind der federführende Träger der Rentenversicherung und die von ihm für die Leistungserbringung in Anspruch genommene Rehabilitationseinrichtung - einen begrenzten Verhandlungsspielraum bei der Festsetzung der

Höhe der im konkreten Einzelfall zu zahlenden Vergütung ein. Dies eröffnet ihnen die Möglichkeit, über die, auf der Grundlage des Absatz 9 Satz 1 Nummer 2, ermittelte Vergütung hinaus für ausdrücklich benannte Tatbestände eine Vergütung zu vereinbaren, die über das produktbezogene Vergütungssystem nicht abgedeckt werden kann.

Zu Absatz 9

Die Deutsche Rentenversicherung Bund wird verpflichtet, in Wahrnehmung der ihr nach § 138 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4a übertragenen Aufgabe zur Regelung grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung aus dem Bereich der Rehabilitation und Teilhabe für alle Träger der Rentenversicherung nach § 138 Absatz 2 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2022 verbindliche Entscheidungen

- zur näheren inhaltlichen Ausgestaltung der für eine Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen zu erfüllenden Anforderungen (Nummer 1),
- zu den Mindestkriterien und -vorgaben an ein für alle zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen verbindlich geltendes transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem (Nummer 2),
- zu den für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung maßgeblichen objektiven sozialmedizinischen Kriterien sowie
- zum näheren Inhalt und Umfang der bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung zu erhebenden Daten und der Form ihrer Veröffentlichung,

herbeizuführen.

Damit wird gesetzlich festgelegt, inwieweit die Deutsche Rentenversicherung Bund ihre Grundsatz- und Querschnittsaufgabe wahrzunehmen hat.

Zu Nummer 1

In der von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu treffenden verbindlichen Entscheidung werden die nach Absatz 3 von einer Rehabilitationseinrichtung für eine erfolgreiche Zulassung zu erfüllenden Anforderungen näher ausgestaltet. Es wird insoweit auch auf die Erläuterungen zu Absatz 3 verwiesen.

Zu Nummer 2

In der verbindlichen Entscheidung werden die in den Buchstaben a bis c festgelegten Mindestkriterien der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen für die von ihnen erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von den Trägern der Rentenversicherung, auf der Grundlage des von der Deutschen Rentenversicherung Bund bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickelnden verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystems zu zahlenden Vergütung inhaltlich ausgestaltet.

Da es sich um „Mindest“- Kriterien handelt, bleibt es der Deutschen Rentenversicherung Bund unbenommen, dem von ihr entwickelten Vergütungssystem weitere Kriterien, die in der verbindlichen Entscheidung dann auch ausdrücklich benannt werden müssen, zuzulegen. Damit verbleibt ihr ein hinreichender Spielraum für die Ausgestaltung des Vergütungssystems.

Die Höhe der Vergütung wird zukünftig also nicht, wie bisher, das Ergebnis von Verhandlungen zwischen den Trägern der Rentenversicherung und Rehabilitationseinrichtungen sein, sondern das Ergebnis einer Bewertung der von den Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen anhand vorgegebener objektiver Kriterien, die in fixen Relationen zueinanderstehen. Daraus folgt, dass für von Rehabilitationseinrichtungen erbrachte gleiche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch gleiche Vergütungen gezahlt werden.

Zu Buchstabe a

Das von der Deutschen Rentenversicherung Bund zu entwickelnde Vergütungssystem bestimmt sich nach einer Reihe von Kriterien, beginnend mit der Indikation (orientiert an der ICF), die die vergütungssatzrelevanten Aspekte fast vollständig abbildet. In Kombination mit den Merkmalsausprägungen der übrigen Kriterien werden auf diese Weise eine Vielzahl von „Reha-Produkten“ unterschieden, für die jeweils ein Vergütungssatz bestimmt wird.

Zu Buchstabe b

Die Form der Leistungserbringung unterscheidet zwischen den (ganztägig) ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die bei gleichzeitiger Unterkunft und Verpflegung des Versicherten in der Rehabilitationseinrichtung, erbracht werden. Die zu zahlende Vergütung unterscheidet sich dann u.a. durch die zusätzlich anfallenden Kosten für die dem Versicherten von der Rehabilitationseinrichtung, während der Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Verfügung gestellte notwendige Unterkunft und Verpflegung. Weiter wird bei der Festsetzung der zu zahlenden Vergütung nicht danach unterschieden, ob die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Wege eines Antragsverfahrens oder als Anschlussheilbehandlungen, etwa nach vorhergehender Operation, erbracht wurden.

Zu Buchstabe c

Spezifische konzeptuelle Aspekte, wie etwa die medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation, oder verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation und besondere medizinische Bedarfe sowie Merkmale wirken sich ebenfalls auf die Höhe der für diese Leistungen zu zahlenden Vergütung aus.

Zu Nummer 3

In einer verbindlichen Entscheidung sind die maßgeblichen objektiven sozialmedizinischen Kriterien für die Bestimmung der im konkreten Einzelfall in Anspruch zu nehmenden Rehabilitationseinrichtung festzulegen.

In der verbindlichen Entscheidung wird festgelegt, dass der Versicherte bereits bei der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom zuständigen Träger der Rentenversicherung umfassend über das ihm nach § 8 SGB IX eingeräumte Wunsch- und Wahlrecht - sowohl im Hinblick auf die Art der Erbringung der Leistung als auch im Hinblick auf die Rehabilitationseinrichtung, von der die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden sollen - unterrichtet wird. Dem Wunsch- und Wahlrecht wird im weiteren Verfahren dadurch Rechnung getragen, dass der Versicherte dem zuständigen Träger der Rentenversicherung eine Rehabilitationseinrichtung vorschlägt. Damit er adäquat von dem ihm eingeräumten Vorschlagsrecht Gebrauch machen kann, hat der zuständige Träger der Rentenversicherung ihn hierbei fachlich zu unterstützen.

Hierzu prüft der zuständige Träger der Rentenversicherung in Wahrnehmung des ihm nach § 13 Absatz 1 eingeräumten pflichtgemäßen Ermessens, in welcher Rehabilitationseinrichtung die konkret erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere unter Berücksichtigung

- der vorliegenden Indikation - Hauptindikation und etwaige Nebenindikationen,
- der bei der Leistungserbringung zu berücksichtigenden unabdingbaren Sonderanforderungen,
- der nachgewiesenen Qualität der Rehabilitationseinrichtung,
- der Entfernung der Rehabilitationseinrichtung zum Wohnort und
- der Wartezeit bis zur vorgesehenen Aufnahme des Versicherten in die Rehabilitationseinrichtung

in der nachweislich besten Qualität erbracht werden können, um das mit ihnen verfolgte Rehabilitationsziel, die Erwerbsfähigkeit des betroffenen Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen, zu erreichen. Die den Trägern der Rentenversicherung zur Verfügung stehenden Daten der externen Qualitätssicherung werden in besonderem Maße bei der qualitätsorientierten Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt.

Zu den unabdingbaren Sonderanforderungen, die bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung zu berücksichtigen sind, zählen neben der Mitaufnahme einer erforderlichen Begleitperson, zum Beispiel die Verwendung der Gebärdensprache bei der Durchführung der therapeutischen Maßnahmen für Gehörlose oder die Verwendung von Fremdsprachen für Versicherte, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Weiter zählen hierzu auch besondere Therapiemöglichkeiten, wie die Rollstuhltherapie, die Möglichkeit zur Durchführung einer Dialyse oder die Substitution im Rahmen einer Suchtbehandlung, insbesondere der Suchtbehandlung bei Schwangeren.

Die Entfernung der Rehabilitationseinrichtung zum Wohnort des Versicherten ist, insbesondere bei einer ambulanten Erbringung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu berücksichtigen; zu würdigen ist auch, inwieweit dem Versicherten eine längere Wegstrecke bis zum Erreichen der Rehabilitationseinrichtung, unter Berücksichtigung seiner persönlichen und gesundheitlichen Umstände zumutbar ist. Weiter ist auch die Belegungssituation, und die damit verbundene Wartezeit bis zum Zeitpunkt einer Aufnahme des Versicherten in die Rehabilitationseinrichtung, sozialmedizinisch relevant.

Die vom jeweils zuständigen Träger der Rentenversicherung unter Berücksichtigung der genannten objektiven sozialmedizinischen Kriterien bestimmte Rehabilitationseinrichtung muss die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wirtschaftlich und sparsam erbringen.

Zu Nummer 4

In der verbindlichen Entscheidung sind Inhalt und Umfang der bei den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der externen Qualitätssicherung zu erhebenden Daten festzulegen. Weiter ist dort festzulegen, in welcher Form die erhobenen Daten veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung hat so zu erfolgen, dass die Leistungsberechtigten einen barrierefreien Zugang zu den erhobenen Daten erhalten, damit sie sich umfassend über die nachgewiesene Qualität der von den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unterrichten können. Damit sie von dem ihnen eingeräumten Wunsch- und Wahlrecht effektiv Gebrauch machen können, sind

objektive, nach standardisierten und anerkannten Methoden erhobene und in für die Versicherten nutzbarer Form aufbereitete Qualitätsdaten bezogen auf die zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen wichtig.

Die Regelung im Satz 3 stellt sicher, dass der Sachverstand der für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen in den Entscheidungsprozess der Deutschen Rentenversicherung Bund über die von ihr zu beschließenden verbindlichen Entscheidungen eingebunden wird.

Sie werden von der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Inhalt der verbindlichen Entscheidungen umfassend unterrichtet. Ihnen wird eine angemessene Frist für eine Stellungnahme eingeräumt. Diese ist von der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Beschlussfassung nach § 138 Absatz 2 zu berücksichtigen. Sie unterrichtet die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen darüber, ob und inwieweit ihre Stellungnahme bei der endgültigen Beschlussfassung Berücksichtigung findet. Soweit die Stellungnahme bei der endgültigen Beschlussfassung keine Berücksichtigung findet, teilt die Deutsche Rentenversicherung Bund ihnen die hierfür maßgeblichen Gründe mit.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung des bisherigen Regelungsinhaltes verbunden ist.

Zu Nummer 4

Werden Leistungen zur Prävention und Teilhabe vom Träger der Rentenversicherung erbracht, besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatz 1 Nummer 3 ein Anspruch auf Übergangsgeld als ergänzende Leistung. Der Anspruch auf Übergangsgeld in voller Höhe muss jedoch in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen zur Prävention und Teilhabe stehen.

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe aa

Zur Sicherstellung der Entgeltersatzfunktion des Übergangsgeldes wird künftig eine gesetzliche Regelung getroffen, wonach ein Anspruch auf Übergangsgeld nur besteht, wenn die Leistungen nicht dazu geeignet sind, neben einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit erbracht zu werden.

Für die Beurteilung dieser Voraussetzungen orientiert sich die Praxis an der Frage, wieviel Zeit wöchentlich für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention und Teilhabe aufgewendet werden kann, ohne dass eine ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit eingeschränkt werden muss. Dabei ist nicht die Verteilung des Leistungsumfangs auf die einzelnen Tage, sondern die wöchentliche Betrachtung der in Anspruch genommenen Hauptleistungen maßgebend. Sind im Ergebnis die Leistungen dazu geeignet, berufsbegeleitend durchgeführt zu werden, bedarf es keines Entgeltersatzes in Form von Übergangsgeld. Ob eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird, ist unerheblich.

Zu Buchstabe bb

Der beabsichtigte Wegfall des Anspruchs auf Übergangsgeld für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist mangels Beitragszahlung zu den Trägern der Rentenversicherung während des Bezugs von Arbeitslosengeld II systemgerecht. Zudem liegen dem Arbeitslosengeld II

keine beitragspflichtigen Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen zugrunde, so dass es eines Entgeltersatzes in Form von Übergangsgeld nicht bedarf. Mit der Änderung wird zugleich eine Gleichbehandlung der Versicherten der Träger der Rentenversicherung mit den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen.

Für die Versicherten treten keine finanziellen Nachteile ein. Sie erhalten von den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende weiterhin Arbeitslosengeld II.

Bislang bestand während der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe ein Anspruch auf Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes II. Eine Auszahlung durch den Träger der Rentenversicherung erfolgte jedoch regelmäßig nicht. Stattdessen zahlte der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Leistungen weiter, und zwar als Vorschuss auf das Übergangsgeld der Träger der Rentenversicherung. Die Träger der Rentenversicherung erstatteten im Nachhinein den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende das vorschussweise gezahlte Übergangsgeld (§ 21 Absatz 4 Satz 1, Halbsatz 2 SGB VI i. V. m. § 25 SGB II). Dieser Erstattungsanspruch entfällt durch die Neuregelung. Insoweit trägt die Regelung zum Bürokratieabbau bei und führt zu einer Vereinfachung des Verfahrens für die Versicherten, weil diese nur noch gegenüber einem Sozialleistungsträger Ansprüche auf unterhaltssichernde Leistungen haben.

Der Wegfall des Übergangsgeldanspruchs betrifft auch die Inanspruchnahme von Leistungen zur Prävention und Nachsorge. Er entfaltet in diesen Fällen jedoch keine praktische Relevanz. Denn die Leistungen zur Prävention werden nur für Versicherte erbracht, die eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausüben, somit nicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Zudem führte die Inanspruchnahme von Leistungen zur Nachsorge auch bislang nicht zum Anspruch auf Übergangsgeld, weil die Versicherten aufgrund des geringen zeitlichen Umfangs der Leistungen eine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben konnten, somit der Vermittlung der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende uneingeschränkt zur Verfügung standen (vgl. Absatz 2).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung für Versicherte, die Arbeitslosengeld II beziehen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den Trägern der Rentenversicherung erhalten, denn für die weiteren Leistungen zur Prävention und Teilhabe ist der Anspruch auf Übergangsgeld aufgrund der Änderung in Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b ausgeschlossen.

Wie Bezieher von Arbeitslosengeld haben sie unter den Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 3, aber in Abweichung zu Absatz 1 Nummer 1, nur dann einen Anspruch auf Übergangsgeld gegenüber den Trägern der Rentenversicherung, wenn sie wegen der Inanspruchnahme der Leistungen keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben können, d. h. der Vermittlung durch die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Erhalten die Versicherten demgegenüber Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einem zeitlich geringen Umfang und können deshalb ganztägig erwerbstätig sein, ist der Anspruch auf Übergangsgeld ausgeschlossen. Der Lebensunterhalt wird in diesen Fällen weiterhin durch die Zahlung von Arbeitslosengeld II gesichert.

Für die Beurteilung der ganztägigen Erwerbstätigkeit orientiert sich die Praxis an den im Rahmen der Vermittlung geltenden Bestimmungen für die Erreichbarkeit. Häufige und kurzzeitige Trägerwechsel können damit vermieden werden.

Beziehen die Versicherten neben Erwerbseinkommen oder Entgeltersatzleistungen aufstockend Arbeitslosengeld II, richtet sich der Anspruch auf Übergangsgeld nach den für die jeweilige Einkommensart geltenden Regelungen, somit nicht nach der für Bezieher von Arbeitslosengeld II geltenden Regelung des Absatz 2.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der im § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b SGB VI getroffenen Regelung, wonach Bezieher von Arbeitslosengeld II während der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe vom zuständigen Träger der Rentenversicherung keinen Anspruch auf Übergangsgeld haben.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung des bisherigen Regelungsinhaltes verbunden ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine sprachliche Anpassung, ohne dass damit eine inhaltliche Änderung des bisherigen Regelungsinhaltes verbunden ist.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b SGB VI.

Zu Nummer 8

Der - neu - in § 301 eingefügte Absatz 4 regelt, dass Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem Stichtag 1. Januar 2023, damit bis zum Inkrafttreten der nach Absatz 9 zu erlassenden verbindlichen Entscheidungen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund von Vereinbarungen mit einem Träger der Rentenversicherung erbracht haben, Bestandschutz gewährt wird. Bei ihnen gilt die Zulassungsentscheidung als getroffen. Die schriftliche Mitteilung über die erfolgte Zulassung hat in diesem Fall nur deklaratorische Bedeutung. Der Bestandsschutz greift jedoch nicht, wenn die in § 15 Absatz 3 gesetzlich geregelten Anforderungen für eine Zulassung von Rehabilitationseinrichtungen von der Rehabilitationseinrichtung nicht erfüllt werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 20 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b SGB VI.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Zur Umsetzung der in Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a, Buchstabe b und Buchstabe c Absätze 4 bis 8 getroffenen Regelungen ist es erforderlich, dass zunächst die von der Deutschen Rentenversicherung Bund nach Nummer 2 Buchstabe c, Absatz 9 zu treffenden verbindlichen Entscheidungen am 31. Dezember 2022 in Kraft treten. Die aufgeführten Regelungen treten daran anschließend am 1. Januar 2023 in Kraft. Gleiches gilt für die Übergangsregelungen des Artikel 1 Nummer 8. Damit die von der Deutschen Rentenversicherung Bund nach Artikel 1 Nummer 2, Buchstabe c Absatz 9 bis zum 31. Dezember 2022 in Kraft zu setzenden verbindlichen Entscheidungen vorbereitet und verabschiedet werden können, ist es erforderlich, dass diese Regelung bereits am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft tritt. Artikel 2 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.