

Medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24 oder 41 SGB V)

1.	Ist der vom Versicherten geäußerte Wunsch berechtigt?	
	JA > Krankenkasse zahlt den mit der Einrichtung vereinbarten Vergütungssatz. Der Versicherte muss neben der gesetzlichen Zuzahlung keine Kosten tragen.	NEIN > Versicherte ist an die Entscheidung der Krankenkasse gebunden. Es gibt keine Möglichkeit, eine Einrichtung unter Tragung von Mehrkosten zu wählen.

Durchsetzung des Wunsch- und Wahlrechts

Sofern das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten nicht beachtet wurde, besteht die Möglichkeit, gegen die ablehnende Entscheidung Widerspruch einzulegen. Wird diesem nicht stattgegeben, besteht die Möglichkeit einer Klage bzw. in eilbedürftigen Fällen des Antrages auf einstweilige Anordnung.

Die Erfolgsaussichten eines Widerspruchs sind gut. Für die Einlegung eines Widerspruchs ist ein schriftlicher Ablehnungsbescheid erforderlich, der ggf. angefordert werden muss. Im Jahr 2016 war knapp jeder zweite eingelegte Widerspruch erfolgreich.

(Stand: 19.10.2017)

BDPK Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

post@bdpk.de
Telefon +49 30 / 2400899-0
Fax + 49 30 / 2400899-30
www.bdpk.de



Argumentationshilfe Wunsch- und Wahlrecht

Rehabilitationsträger müssen das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten bei Vorliegen von berechtigten Wünschen beachten¹. Für Krankenkassen wurde dies durch eine Änderung im SGB V zum 1.7.2015 ausdrücklich klargestellt². Berechtigte Gründe werden nachfolgend aufgeführt.

Einzelfallentscheidung

Krankenkassen müssen sich im Rahmen ihrer Ermessensentscheidungen mit den medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls, sowie den weiteren Wünschen und Bedürfnissen des Versicherten auseinandersetzen. Berechtigte Wünsche dürfen nicht mit dem Verweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot übergangen werden. Besondere Kooperationen, die Krankenkassen mit einzelnen Kliniken vereinbaren, dürfen nicht dazu führen, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nur im Rahmen der Kooperation ausgeübt werden darf. Die Entscheidung muss für die Versicherten verständlich und nachvollziehbar begründet sein.

Medizinische Gründe

Sofern medizinische Gründe für die Wahl einer Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag ausschlaggebend und hinreichend belegt sind, hat die Krankenkasse in ihrer Auswahlentscheidung diesen Wünschen zu folgen³. Der Patient kann dann einen Rechtsanspruch auf die Behandlung in einer bestimmten Klinik haben, weil sich das sog. Auswahlermessen der Krankenkasse „auf Null“ reduziert. Medizinische Gründe, die Ärzte für die Auswahl einer bestimmten Reha-Klinik anführen können, sind zum Beispiel:

- das medizinische Konzept der Klinik ist geeignet, im konkreten Fall einen Behandlungserfolg zu gewährleisten
- spezifische Therapie, die in der Klinik vorgehalten wird
- die subjektive Akzeptanz (psychische Aspekte) der Heilbehandlung durch den Patienten (hilfreich: eine begleitende Stellungnahme eines Neurologen/ Psychiaters)

¹ s. §§ 33 Absatz 1 SGB I und 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX., 40 III 1 SGB V

² S. §§ 23, 24, 40, 41 SGB V.

³ (LSG Hessen, AZ L 1 KR 2/05

- ➔ Erfolg und Wirtschaftlichkeit des medizinischen Gesamtkonzepts (vorbereitende und vorgesehene nachbereitende ambulante Heilbehandlung, z. B. bereits begonnene ambulante Behandlung mit besonderen Therapie-richtungen (anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie)
- ➔ Multimorbidität (Erfordernis der Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen)
- ➔ Wohnortnähe (Z.B. Einbeziehung oder Beteiligung um Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden, Besuchsbedürftigkeit, eingeschränkte Transportfähigkeit)
- ➔ Wohnortferne Unterbringung (Abstand von Angehörigen, Klima)
- ➔ Freiheit von besonderen Barrieren
- ➔ Besondere Struktur- oder Prozessqualität, die im Einzelfall erforderlich ist, um den Rehabilitationserfolg zu gewährleisten

Persönliche Beweggründe

Die Krankenkasse bzw. der Rentenversicherungsträger muss die Wünsche des Versicherten hinsichtlich der Auswahl der Klinik berücksichtigen und angemessenen bzw. berechtigten Wünschen entsprechen.⁴

Folgende Aspekte können dabei eine Rolle spielen:

- ➔ persönliche Lebenssituation (Alter, Geschlecht, Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse, besondere Bedürfnisse behinderter Mütter und Väter sowie behinderter Kinder)
- ➔ muttersprachliche Therapieangebote
- ➔ örtliche Verhältnisse (z. B. Wohnortnähe zur Einbeziehung oder Beteiligung um Rehabilitationserfolg nicht zu gefährden, Wohnortferne Unterbringung um Abstand von Angehörigen zu gewährleisten)
- ➔ bisherige Erfahrungen des Patienten mit der Wunschklinik

Für die Begründung kann das Verordnungsformular genutzt werden.⁵ Daneben besteht die Möglichkeit, eine ausführlichere Begründung als Anlage zur „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ beizufügen.

⁴ §§ 33 Absatz 1 SGB I und 9 Absatz 1 Satz 1 SGB IX, § 40 Absatz 3 Satz 1, § 24 Absatz 2 in Verbindung mit § 23 Absatz 5 SGB V.
⁵ Z. B. Teil D IX, Sonstige Angaben; A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung bzw. X. Zusammenfassende Wertung; B. Inhaltliche Schwerpunkte; C. „Zum Erreichen des individuellen Reha-Ziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen“.) Im Abschnitt F („besondere Hinweise“) können Ärzte außerdem den berechtigten Wunsch der Patienten auf Behandlung in der genannten Klinik festhalten.

Mehrkostentragung

Grundsätzlich folgt aus dem für die GKV geltenden Sachleistungsprinzip, dass die Krankenkasse ihrem Versicherten die Rehabilitationsleistung zur Verfügung stellt. Die Vergütung der Leistung erfolgt ausschließlich im Verhältnis und aufgrund der Vertragsbeziehung Krankenkasse- Reha-Einrichtung.

Die Reha-Einrichtung hat einen vertraglich vereinbarten Vergütungssatz, den sie gegenüber der Krankenkasse abrechnet. Soweit der Krankenkasse dabei „Mehrkosten“ entstehen, weil entweder ein unberechtigtes Wunsch- und Wahlrecht vorlag oder die Mehrkosten bei einem berechtigten Wunsch- und Wahlrecht nicht angemessen sind, kann sie Erstattung der „Mehrkosten“ vom Versicherten verlangen.⁶ Der Versicherte muss weder den Vergütungssatz noch die „Mehrkosten“ an die Reha-Einrichtung zahlen.

- ! Bei Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (§§ 24 oder 41 SGB V) gibt es außerhalb des Wunsch- und Wahlrechts keine Möglichkeit, eine andere Einrichtung zu wählen. Mehrkosten fallen daher bei diesen Leistungen für die Versicherten nicht an.

Medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V

1.	Ist der vom Versicherten geäußerte Wunsch berechtigt?	
	JA > Weiter bei 2. ➔	NEIN > Krankenkasse zahlt den mit der Einrichtung vereinbarten Vergütungssatz und kann vom Versicherten Erstattung der ggf. anfallenden Mehrkosten verlangen.
2.	Fallen Mehrkosten an?	
	JA > Krankenkasse muss darlegen, wie die Mehrkosten ermittelt wurden Weiter bei 3. ➔	NEIN > Krankenkasse zahlt den mit der Einrichtung vereinbarten Vergütungssatz. Der Versicherte muss neben der gesetzlichen Zuzahlung keine Kosten tragen.
3.	Sind die Mehrkosten im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) angemessen?	
	JA > Krankenkasse zahlt den mit der Einrichtung vereinbarten Vergütungssatz. Der Versicherte muss neben der gesetzlichen Zuzahlung keine Kosten tragen.	NEIN > Krankenkasse zahlt den mit der Einrichtung vereinbarten Vergütungssatz und kann vom Versicherten die Erstattung der ggf. anfallenden Mehrkosten verlangen.

⁶ § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V.