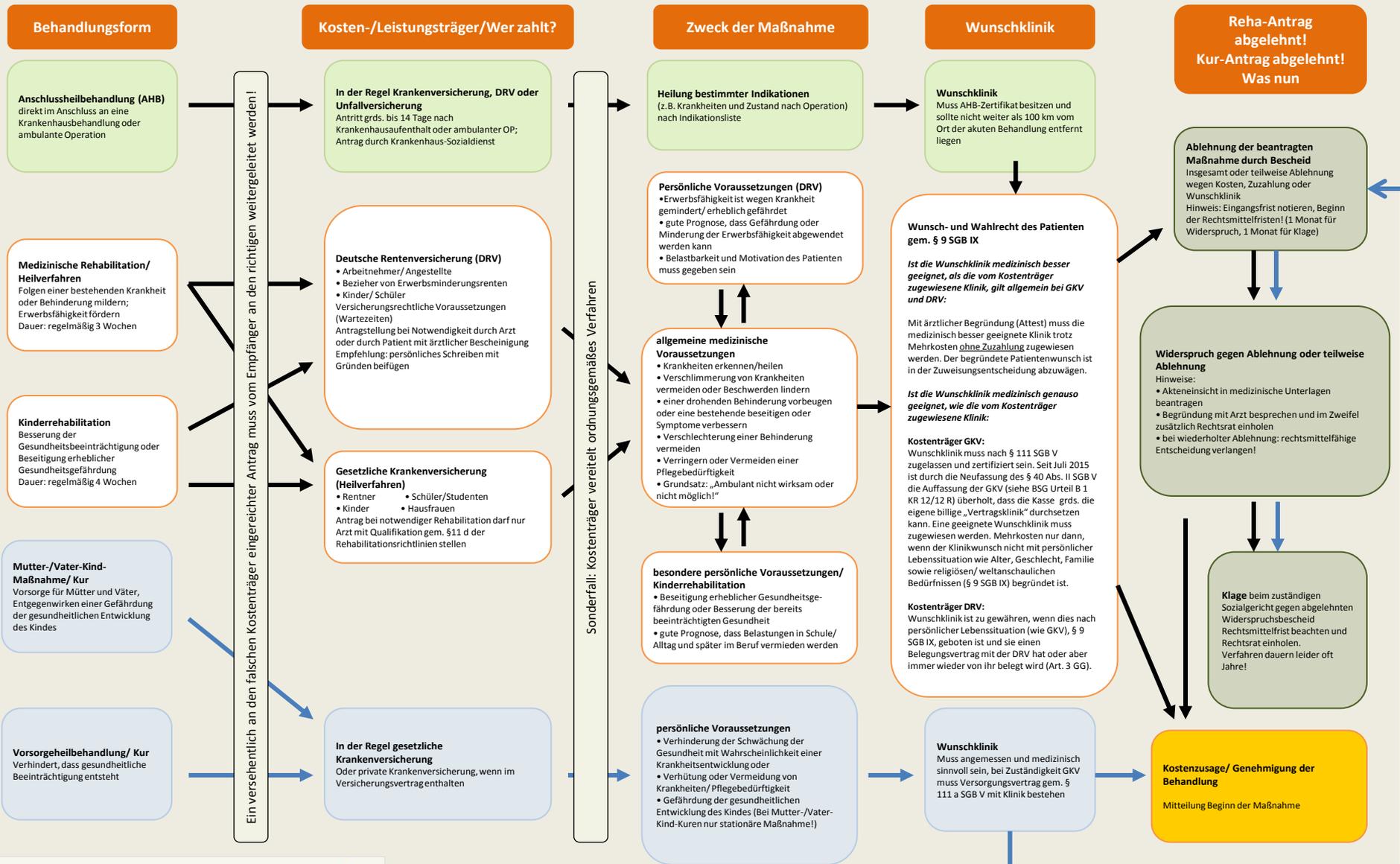


Arbeitskreis Gesundheit e. V.

Ein starker Partner der Rehabilitation

*Für einen reibungslosen Ablauf
bitte im Vollbildmodus ausführen!*

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Behandlungsform

Anschlussheilbehandlung (AHB)
direkt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder ambulante Operation

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren
Folgen einer bestehenden Krankheit oder Behinderung mildern; Erwerbsfähigkeit fördern
Dauer: regelmäßig 3 Wochen

Kinderrehabilitation
Besserung der Gesundheitsbeeinträchtigung oder Beseitigung erheblicher Gesundheitsgefährdung
Dauer: regelmäßig 4 Wochen

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur
Vorsorge für Mütter und Väter, Entgegenwirken einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur
Verhindert, dass gesundheitliche Beeinträchtigung entsteht

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel Krankenversicherung, DRV oder Unfallversicherung
Antritt: grds. bis 14 Tage nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter OP;
Antrag durch Krankenhaus-Sozialdienst

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)
• Rentner • Schüler/Studenten
• Kinder • Hausfrauen
Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

In der Regel gesetzliche Krankenversicherung
Oder private Krankenversicherung, wenn im Versicherungsvertrag enthalten

Zweck der Maßnahme

Heilung bestimmter Indikationen
(z. B. Krankheiten und Zustand nach Operation) nach Indikationsliste

Persönliche Voraussetzungen (DRV)
• Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit gemindert/ erheblich gefährdet
• gute Prognose, dass Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet

• einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
• Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
• Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
• Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

besondere persönliche Voraussetzungen/ Kinderrehabilitation
• Beseitigung erheblicher Gesundheitsgefährdung oder Besserung der bereits beeinträchtigten Gesundheit
• gute Prognose, dass Belastungen in Schule/Alltag und später im Beruf vermieden werden

persönliche Voraussetzungen
• Verhinderung der Schwächung der Gesundheit mit Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung oder
• Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
• Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes (Bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nur stationäre Maßnahme!)

Wunschklinik

Wunschklinik
Muss AHB-Zertifikat besitzen und sollte nicht weiter als 100 km vom Ort der akuten Behandlung entfernt liegen

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Wunschklinik medizinisch besser die vom Kostenträger Klinik, gilt allgemein bei GKV

Begründung (Attest) muss die besser geeignete Klinik trotz **ohne Zuzahlung** zugewiesen begründete Patientenwunsch ist sungsentscheidung abzuwägen.

Wunschklinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:
Wunschklinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschklinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:
Wunschklinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Wunschklinik
Muss angemessen und medizinisch sinnvoll sein, bei Zuständigkeit GKV muss Versorgungsvertrag gem. § 111 a SGB V mit Klinik bestehen

Nach Auswahl der gewünschten Behandlungsform / der Art der Rehabilitationsmaßnahme erhalten Sie weiterführende Informationen zu dieser Behandlungsform.

**Reha-Antrag abgelehnt!
Kur-Antrag abgelehnt!
Was nun**

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid
Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittel/Fristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung
Hinweise:
• Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
• Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
• bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen
Verfahren dauern leider oft Jahre!

Kostenzusage/ Genehmigung der Behandlung
Mittteilung Beginn der Maßnahme

Ein wesentlich an den falschen Kostenträger eingereichte Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Behandlungsform

Anschlussheilbehandlung (AHB)

direkt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder ambulante Operation

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel Krankenversicherung, DRV oder Unfallversicherung

Antritt grds. bis 14 Tage nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter OP; Antrag durch Krankenhaus-Sozialdienst

Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereichter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Regelmäßig ist die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die jeweilige Rentenversicherung zuständig, das heißt sie bezahlt die Maßnahme und an sie ist der Antrag zu richten (Kostenträger).

Die Anschlussheilbehandlung (auch AHB genannt) bzw. Anschlussrehabilitation schließt sich direkt, spätestens innerhalb von 14 Tagen an den Krankenhausaufenthalt an. Die Notwendigkeit wird vom Krankenhausarzt festgestellt, der Sozialdienst des Krankenhauses ermittelt den zuständigen Kostenträger und erledigt das Antragsverfahren.

Die Zuzahlung des Patienten beträgt täglich 10 Euro, die Befreiungstatbestände sind zu beachten.

Bei der Anschlussheilbehandlung mit Kostenträger Rentenversicherung ist die Zuzahlung auf 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Der Kostenträger der Rehamaßnahme sollte über die vom Patienten im Kalenderjahr bereits geleisteten Zuzahlungen informiert werden und es sollte geklärt werden, welche davon Berücksichtigung finden können. Detaillierte Informationen über Zuzahlungsmodalitäten und Befreiungsmöglichkeiten enthält das Antragsformular G 160 der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der Regel bis zu 28 Tage im Jahr Zuzahlung zu leisten. Um eine unzumutbare finanzielle Belastung des Patienten zu vermeiden, gibt es bei der gesetzlichen Krankenversicherung eine Belastungsobergrenze von 2% des Bruttoeinkommens (bei chronisch Kranken 1% des Bruttoeinkommens) Die Berechnung erfolgt in einem speziellen Verfahren. Nähere Informationen hierüber erteilt die Krankenkasse.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel Krankenversicherung, DRV oder Unfallversicherung

Antritt grds. bis 14 Tage nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter OP; Antrag durch Krankenhaus-Sozialdienst

Zweck der Maßnahme

Heilung bestimmter Indikationen (z.B. Krankheiten und Zustand nach Operation) nach Indikationsliste

„Zweck der Maßnahme ist, unabhängig von der Ursache der Behinderung

- (1.) die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- (2.) Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- (3.) die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- (4.) die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

AHB wird nach folgenden Indikationen genehmigt:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs,
- Krankheiten der Gefäße,
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
- generative rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen,
- gastroenterologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen,
- Stoffwechselkrankheiten,
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen,
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operation an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata,
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operation an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven,
- onkologische Erkrankungen,
- gynäkologische Erkrankungen und Zustand nach Operationen.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Zweck der Maßnahme

Heilung bestimmter Indikationen
(z.B. Krankheiten und Zustand nach Operation) nach Indikationsliste



Wunschlinik

Wunschlinik

Muss AHB-Zertifikat besitzen und sollte nicht weiter als 100 km vom Ort der akuten Behandlung entfernt liegen

Die AHB-Klinik sollte wegen der Besonderheit des Verfahrens möglichst in einem Umkreis von 100 km liegen, insoweit ist das Wunsch- und Wahlrecht eingeschränkt. Der Transport des Patienten zu weiter entfernten Kliniken ist wegen des frisch operierten Zustandes des Patienten oft medizinisch nicht vertretbar.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Wunschlinik

Wunschlinik

Muss AHB-Zertifikat besitzen und sollte nicht weiter als 100 km vom Ort der akuten Behandlung entfernt liegen



Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Der in diesem Zusammenhang oft erörterte Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ (§ 9 SGB IX) verleiht dem Patienten ein wichtiges Instrument, bei der Auswahl der Klinik entscheidend mitzuwirken. Zwar darf der Patient nicht, wie das der Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ suggeriert, alleine die Rehabilitationsklinik aussuchen, in der die Behandlung stattfindet. Schlägt der Patient jedoch eine medizinisch geeignete Klinik vor, so darf der Kostenträger diesen Wunsch im Rahmen seiner Auswahlentscheidung nicht unberücksichtigt lassen. Der Vorschlag des Betroffenen für eine bestimmte Klinik darf insbesondere nicht mit den Argumenten außer Acht gelassen werden, eine andere Klinik sei günstiger, der Kostenträger belege regelmäßig eine andere Klinik, der Kostenträger habe eine eigene „Vertragsklinik“...



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Wunschlinik

Kostenträger Deutsche Rentenversicherung

Versicherte haben einen Rechtsanspruch, **begründete Wünsche** zur Auswahl einer Rehabilitationsklinik zu äußern (§ 9 Abs. 1 SGB IX), die im Rahmen der Geeignetheitsprüfung und Auswahlentscheidung berücksichtigt und geprüft werden müssen. Es ist zudem bei der Ermessensentscheidung der Rentenversicherung zwingend abzuwägen, ob **medizinische Gründe** bestehen, wonach eine AHB- oder Reha-Maßnahme in der Wunschklinik gegenüber einer Maßnahme in der zugewiesenen Einrichtung vorzuziehen ist.

Die Wunschklinik ist darüber hinaus zu gewähren, wenn sie einen Belegungsvertrag mit der Deutschen Rentenversicherung abgeschlossen hat, oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung

Mit der Reform des § 40 SGB V schränkt der Gesetzgeber die Bewilligungspraxis vieler Krankenkassen ein, nach der die billigste Klinik auch die beste für den Patienten ist. Die unsachgemäß restriktive Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Rechtsprechung des BSG wird revidiert.

Zurückliegend sind an den Arbeitskreis Gesundheit e. V. viele Patienten mit der Klage herangetreten, dass Krankenkassen in AHB- und Reha-Antragsverfahren unrechtmäßig Zuzahlungen für die Bewilligung von Wunschkliniken verlangen oder die Wünsche des Patienten nach einer medizinisch besser geeigneten Klinik einfach übergehen. Hierfür beriefen sich viele Krankenkassen immer wieder darauf, dass sie nur ihre „Vertragskliniken“ bzw. die billigste Klinik belegen könnten, da sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu allererst an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden seien; das in § 9 SGB IX geregelte Wunsch- und Wahlrecht des Patienten sei nachrangig. Medizinische Aspekte blieben bei dieser Praxis allzu oft auf der Strecke.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Wunschlinik

Durch die mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungstärkungsgesetz erfolgte Änderung des § 40 SGB V wird diesen Missständen nun abgeholfen, indem das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zusätzlich gestärkt und die unangemessene Rechtsprechung des BSG korrigiert wird.

Mit der Änderung des § 40 Abs. 2 SGB V wird es Versicherten jetzt regelmäßig ermöglicht, bei ihrer Krankenkasse eine medizinisch geeignete Wunschlinik – ggf. gegen Übernahme von Mehrkosten – durchzusetzen. Neu und bemerkenswert ist, dass entgegen der jüngsten Rechtsprechung des BSG der Versicherte **keine Mehrkosten** für seinen Klinikwunsch zu tragen hat, wenn er seine medizinisch geeignete Wunschlinik mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann (§ 9 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX).

Ist jedoch unter Berücksichtigung des § 9 SGB IX die von der Krankenkasse zugewiesene Einrichtung gleichermaßen für den Patienten und dessen Reha-Erfolg geeignet und kann die Wunschlinik nur durch **zusätzliche individuelle Bedürfnisse**, wie z. B. gehobene Zimmerausstattung oder medizinische Wahlleistungen, begründet werden, ist ein Zuzahlungsverlangen der Krankenkasse für die Bewilligung der Wunschlinik berechtigt. Bisher konnten die Krankenkassen spezielle Klinikwünsche ihrer Versicherten gänzlich ablehnen. Nun wurden die Rechte der Patienten aber deutlich gestärkt.

Es bleibt abzuwarten, wie die Ergänzung des § 40 Abs. 2 SGB V in der Praxis umgesetzt wird. Möglicherweise verlangen Krankenkassen zukünftig bei ihren Ermessensentscheidungen regelmäßig Zuzahlungen von ihren Versicherten. Hierbei wird durch die Krankenkassen oft nicht berücksichtigt, dass eine insbesondere **durch Attest begründete bessere medizinische Eignung** der Wunschlinik schon nach alter Rechtslage zwingend zur Zuweisung dieser Klinik ohne Zuzahlung führt, auch wenn diese Klinik nicht Vertragsklinik der Krankenkasse ist.

Zuzahlungsverlangen sollten deshalb generell überprüft werden. Darüber hinaus werden den Patienten oftmals formlose Einverständniserklärungen unter Nennung eines pauschalen Mehrkostenbetrages zur Unterschrift vorgelegt. Der Arbeitskreis Gesundheit empfiehlt, sich die Zusammensetzung der Mehrkosten durch die Krankenversicherung schriftlich erläutern zu lassen.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

zurück

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, sollte zunächst geprüft werden, ob die Ablehnung eine Rechtsmittelfrist enthält. Die Frist für den Widerspruch beträgt in der Regel einen Monat ab Zugang des Schreibens. Für eine sichere Berechnung sollte der Folgetag des im Bescheid genannten Datums als Fristbeginn gewählt und notiert werden (Beispiel: Schreiben vom 01.06., zugegangen am 02.06. = Fristablauf am 02.07). Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten. Eine Begründung des Widerspruchs kann jedoch auch später beim Kostenträger nachgereicht werden.

Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollte ggf. im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangt werden, damit eine kritische Auseinandersetzung des behandelnden Arztes und des Patienten mit dem MDK-Gutachten möglich ist.

Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen auch ohne eine Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Für die Einzelheiten und Musterschreiben steht Ihnen gerne der Arbeitskreis Gesundheit zur Verfügung.



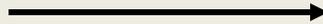
DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)



Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Sofern der Widerspruch durch (fach-)ärztliche Atteste begründet bzw. ergänzt wird, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die beantragte Maßnahme. Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, dass diese sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzt. Oft kranken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- lapidar behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der medizinisch festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht genauer benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in vorliegenden Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in die Wunschklinik ohne nähere Prüfung von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Der Patient hat in dem Verfahren gewisse Mitwirkungspflichten. Das heißt jedoch nicht, dass er sich in einem Beratungsgespräch zwangsläufig den Wünschen seines Kostenträgers beugen muss.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch Abhilfe verschafft wird. In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Anschlussheilbehandlung

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen.
Verfahren dauern leider oft Jahre!

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Behandlungsform

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Folgen einer bestehenden Krankheit oder Behinderung mildern; Erwerbsfähigkeit fördern
Dauer: regelmäßig 3 Wochen

Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereichter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Eine medizinische Rehabilitation (§§ 26 f. SGB IX) verfolgt den Zweck,
- die Folgen einer Krankheit zu beseitigen oder zu mildern,
- die Erwerbsfähigkeit zu fördern, indem Einschränkungen vermieden, gemindert werden, oder der vorzeitige Bezug von Sozialleistungen vermieden wird. Die Leistung soll geeignet sein, den Gesundheitszustand im vorgenannten Sinne positiv zu beeinflussen. Die wichtigsten Kostenträger (wer bewilligt und bezahlt die Behandlung):

Patient ist...	Kostenträger
Arbeitnehmer/Angestellter	Deutsche Rentenversicherung
Beamter	Beihilfe
Hausfrau, Schüler, Student	gesetzliche Krankenversicherung
Kind	gesetzliche Krankenversicherung
Soldat	Träger der Kriegsopferversorgung
Rentner (Erwerbsminderung)	Deutsche Rentenversicherung
Rentner (Altersrentner)	gesetzliche Krankenversicherung
Arbeitsuchender	Bundesagentur für Arbeit
Bezieher von Sozialleistungen	Sozialämter, Jugendämter
bei Entwöhnungsbehandlung	Krankenkasse, Rentenversicherung
Bei Berufskrankheit oder Arbeitsunfall	Berufsgenossenschaft, gesetzliche Unfallversicherung

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)
Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung
Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Die Rentenversicherung verwendet das Formular G100, den Krankenkassen wird der Rehabilitationswunsch vom behandelnden Arzt mit dem Formular 60a mitgeteilt. Wenn die Krankenkasse als Kostenträger eine Rehabilitation für notwendig hält, kann die Maßnahme zur Rehabilitation nun durch den niedergelassenen Arzt mit dem Formular 61 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ Teil A-D eingeleitet werden, sofern der Arzt über eine besondere Weiterbildung verfügt, die ihn zur Verordnung einer Rehabilitationsleistung berechtigt. Sollte ein Hausarzt über diese Zusatzberechtigung nicht verfügen, muss er seinen Patienten an einen entsprechend qualifizierten Arzt überweisen. Das Formular mit dem Bescheid der Krankenkasse ist dann dem weiterbehandelnden Arzt vorzulegen.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)

Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung

Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Sonderfall:

Kostenträger vereitelt
ordnungsgemäßes Verfahren

Beispiel 1

*Die AOK Nordost
verweigert der Patientin
die Herausgabe des
Verordnungsvordruckes 61.
Die Antragsstellung wird
für die Patientin somit
nicht möglich.*

AOK Nordost - Postfach 10 50 20, 18010 Rostock

Frau
Dr. [REDACTED]
Praktische Ärztin
[REDACTED]

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse

Rehabilitation

Postanschrift
Postfach 10 50 20
18010 Rostock

Besucheradresse
Warnowufer 23
18057 Rostock

[REDACTED]

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-42753

Fax
0800 265080-42305

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
[REDACTED]

Datum
21.12.2012

**Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten
(Vordruck 60)**

für: [REDACTED]
geb. am: [REDACTED]
wohnhaft: [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

wir können Ihnen leider den Verordnungsvordruck nicht zusenden.

Wir empfehlen Ihrem Patienten, zunächst intensiv die ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlungen sowie die geeigneten ambulanten Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog zu nutzen.

Haben Sie Fragen, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

B: *Wachspol zeigen!*

zurück

weiter

Beispiel 1

Die behandelnde Ärztin wird darüber in Kenntnis gesetzt, dass die AOK Nordost die Herausgabe des Vordruckes 61 auf Nachfrage des Arbeitskreises hin angekündigt hat.

Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig

Telefon: 0341 – 870 59 59 0
Telefax: 0341 – 870 59 59 59

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Arbeitskreis Gesundheit e.V. · Gustav-Mahler-Straße 2 · 04109 Leipzig

Frau
Dr. med. [REDACTED]

FAX: 9 038293 410049

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

Bei Übertragungsschwierigkeiten bitte ich um Rückruf unter Telefon Leipzig (0341) 870 59 59 0. Übertragene Seiten inklusive Deckblatt: 1

29.01.2013
s1

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation (Vordruck 60)

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

in oben bezeichneter Angelegenheit nehme ich Bezug auf das am 28.01.2013 geführte Telefonat mit Schwester [REDACTED]. Frau [REDACTED] Tochter von Frau [REDACTED] wandte sich mit der Bitte an uns, ihrer Mutter bezüglich der immer wieder ablehnenden Schreiben der AOK Nordost behilflich zu sein.

Unser Geschäftsführer, Herr Ingo Dörr, hat sich daraufhin mit der zuständigen Bearbeiterin bei der AOK Nordost, Frau [REDACTED], in Verbindung gesetzt. Frau [REDACTED] erklärte sich daraufhin bereit, den Vordruck 60 zur Beantragung einer stationären Rehabilitationsleistung an Sie zu versenden.

Da die AOK offensichtlich wenig Neigung hat, die Reha zu genehmigen, sind wir auch gerne bereit, die Begründung für den Rehaantrag vor Absendung an die AOK noch einmal auf Zweckmäßigkeit zu prüfen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Thieme

zurück

weiter

Beispiel 1

*Zusendung des Vordruckes
an die behandelnde Ärztin*

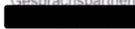
 AOK Nordost · Postfach 10 50 20, 18010 Rostock

Dr. 

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Rehabilitation

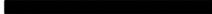
Postanschrift
Postfach 10 50 20
18010 Rostock

Gesprächspartnerin


Telefon (kostenfrei)
0800 265080-42753

Fax
0800 265080-42305

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)


Datum
25.01.2013

Verordnung von medizinischer Rehabilitation - Vordruck 61 A-D

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren,

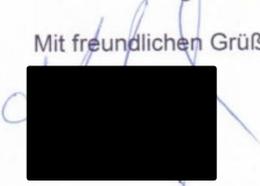
für Ihre Patientin  geboren am 11.09.1942 hat sich aus Ihrem Beratungsgespräch ergeben, dass eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme notwendig sein könnte. Dazu erhalten Sie das Formular Muster 61 "Verordnung von medizinischer Rehabilitation" zur Prüfung der medizinischen Indikation.

Diese Verordnung muss von einem verordnungsberechtigten Arzt ausgefüllt sein.

Das persönliche Antragsformular haben wir Frau  zugeschickt.

Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie mich bitte an.

Mit freundlichen Grüßen




Anlage

zurück

weiter

Beispiel 1

Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig

Telefon: 0341 – 870 59 59 0
Telefax: 0341 – 870 59 59 59

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Arbeitskreis Gesundheit e.V. - Gustav-Mahler-Straße 2 - 04109 Leipzig

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Herr [REDACTED]
Vorstandsvorsitzender

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

11.03.2013/s1

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

gestatten Sie, dass ich mich mit folgendem Anliegen an Sie wende.

Wir sind ein als gemeinnützig anerkannter Verein, dessen satzungsmäßiges Ziel es ist, über die Rehabilitation zu informieren. Im Rahmen unserer Verbandsarbeit haben wir durch eine Patientenanfrage mit Vorlage des entsprechenden Schriftverkehrs (Anlage anonymisiert) davon Kenntnis erhalten, dass die AOK Nordost bei der Beantragung von stationären Heilverfahren folgendes Verfahren praktizieren soll, das durch entsprechende Arbeitsanweisungen bei der AOK Nordost festgeschrieben sein soll.

Soweit ein niedergelassener Arzt, der über die vorgeschriebene Qualifikation verfügt, das Formular Vordruck 60 zur Beantragung einer stationären Rehabilitationsleistung anfordert, überprüft die AOK Nordost vor Übersendung des Vordrucks 60, ob für diesen Patienten bereits ambulante haus- und fachärztliche Behandlungen sowie ambulante Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog durchgeführt worden sind.

Ist eine solche ambulante Leistungserbringung nicht feststellbar, verweigert die AOK die Übersendung des Formulars Vordruck 60 an den niedergelassenen Arzt mit der Begründung, zunächst intensiv die vorgenannten ambulanten Möglichkeiten zu nutzen.

Nach telefonischer Auskunft aus Ihrem Hause, ist dies so in einer Dienstanweisung festgeschrieben.

2

Ich bitte höflich um Mitteilung, ob eine solche oder ähnlich lautende Dienstanweisung in Ihrem Hause praktiziert wird.

Sofern dies der Fall sein sollte, erlaube ich mir den höflichen Hinweis, dass ein solches Vorgehen nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht, da im Ergebnis durch dieses Vorgehen den am schwersten betroffenen Patienten die notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorenthalten wird. Eine solche Dienstanweisung schließt alle Patienten aus, die zwar eine stationäre Rehabilitation benötigen, aber ambulante Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen können, weil

- ihr Gesundheitszustand eine ambulante Rehabilitation nicht zulässt,
- ambulante Leistungsangebote in geeigneter Form für den betroffenen Patienten nicht existieren ...

Erschwerend kommt für die betroffenen Patienten hinzu, dass ihnen bei dieser Ausgestaltung des Verfahrens jeder Rechtsschutz genommen wird, weil die Patienten ja schon nicht ordnungsgemäß eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme beantragen können.

Sehr geehrter Herr [REDACTED], ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie mir kurzfristig mitteilen würden, ob diese zuvor geschilderte Auskunft aus Ihrem Hause richtig ist und ob die AOK Nordost beabsichtigt, das geschilderte Verfahren in dieser Weise beizubehalten oder wie das Verfahren zukünftig ausgestaltet werden soll.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen


Ingo Dörr
Geschäftsführer

Anlage: anonymisiertes Schreiben der AOK Nordost

Nachfrage zum Sachverhalt bei AOK Nordost

zurück

weiter

Beispiel 1

AOK Nordost · 14456 Potsdam

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Geschäftsführer
Herrn Ingo Dörr
Gustav-Mahler-Str. 2
04109 Leipzig



**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Rehabilitation

Postanschrift
14456 Potsdam

Gesprächspartnerin
[REDACTED]

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-26370

Fax
0800 265080-25354

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
S/3 -

Datum
21.03.2013

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60), Ihr Schreiben vom 11.03.2013

Sehr geehrter Herr Dörr,
gern beantworten wir Ihr Schreiben.

Sie haben den Eindruck gewonnen, die Bearbeitung der Muster 60 für unsere Versicherten erfolgt nicht mit der gebotenen Sorgfalt. Bitte geben Sie uns die Möglichkeit, Ihnen unser Vorgehen zu erläutern.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V -).

Nach § 40 Abs. 2 SGB V erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch Neuntes Buch zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht, wenn ambulante Krankenbehandlung sowie ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder wohnortnahen Einrichtungen nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Es ist korrekt, dass im Rahmen des gestuften Versorgungssystems (ambulant vor stationär), indikationsabhängig die Ausschöpfung ambulanter Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten im Vordergrund steht. Unsere Prüfung erfolgt im Einzelfall immer unter Würdigung aller vorliegenden Informationen.

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Datum
21.03.2013

Blatt
2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) (zuletzt geändert am 22.01.2009) regelt das Verfahren zur Einleitung (Muster 60) und Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Darin heißt es, dass die Krankenkasse nach Eingang des Vordrucks Muster 60 ihre Zuständigkeit prüft bzw. ob es Gründe gibt, die einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

Über die Ergebnisse unserer Fallprüfungen wird der behandelnde Arzt informiert.

Sehr geehrter Herr Dörr, aufgrund unserer Ausführungen gehen wir davon aus, dass wir mit diesem Schreiben ergänzende Informationen geben konnten. Ihre Hinweise waren jedoch für uns Anlass, unsere Mitarbeiter aktuell bzgl. Einhaltung unserer Bearbeitungs- und Qualitätsstandards zu sensibilisieren.

Selbstverständlich steht Ihnen die Leiterin des Geschäftsbereiches Rehabilitation, Frau [REDACTED] für Fragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführerin

Antwortschreiben der AOK Nordost

zurück

weiter

Beispiel 1

Arbeitskreis Gesundheit e.V. · Gustav-Mahler-Straße 2 · 04109 Leipzig
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Frau [REDACTED]
Geschäftsführerin
14456 Potsdam

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

28.03.2013/1

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60)

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

in vorbezeichneter Angelegenheit nehme ich Bezug auf Ihr freundliches Schreiben vom 21.03.2013.

Bitte sehen Sie mir nach, dass ich dem Schreiben die Beantwortung meines Anliegens nicht entnehmen kann. Neben der Beschreibung der allgemeinen Voraussetzungen für die Beantragung und Gewährung von stationären Maßnahmen der Rehabilitation tangiert eigentlich nur der letzte Absatz auf der ersten Seite des Schreibens das Anliegen. Sie teilen an dieser Stelle mit, dass es im Rahmen des gestuften Versorgungssystems (ambulant vor stationär) korrekt sei, indikationsabhängig die Ausschöpfung ambulanter Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zu prüfen und versichern, dass die Prüfung im Einzelfall immer unter Würdigung aller vorliegenden Informationen stattfindet. Darf ich dieser Passage entnehmen, dass es dem Arbeitsablauf in Ihrem Hause entspricht, dass vor Versendung des Vordrucks Muster 60 an den beantragenden Arzt in Ihrem Hause geprüft wird, ob ambulante Behandlungen bereits durchgeführt worden sind?

Mir wurde von einer Mitarbeiterin Ihres Hauses versichert, dass in einer Arbeitsanweisung geregelt ist, keinen Vordruck Muster 60 an Ärzte zu senden, wenn nicht bereits ambulante haus- und fachärztliche Behandlungen sowie ambulante Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog durchgeführt worden sind.

Ich darf noch einmal höflich um konkrete Auskunft bitten, ob eine solche Arbeitsanweisung in Ihrem Hause besteht oder bestand.

2

Ohne Ihrer Entscheidungshoheit über die Ausgestaltung des Verfahrens vorgreifen zu wollen, sei mir trotzdem der Hinweis erlaubt, dass ein Verfahren der Rehabilitationsrichtlinie nicht gerecht wird, das die betroffenen Patienten im Ergebnis an einer Antragstellung hindert, weil die notwendigen Antragsformulare gar nicht erst herausgegeben werden.

Ich bitte höflich um Verständnis, dass ich an diesem Punkt so genau nachfragen muss, weil ich nicht ungerechtfertigt die Aufsichtsbehörde einschalten möchte. Auch die Versendung einer entsprechenden Pressemitteilung (Anlage) wäre aus meiner Sicht vermeidbar.

Ich verbleibe mit den besten Wünschen für das Osterfest und in Erwartung Ihrer Antwort.



Ingo Dörr
Geschäftsführer

Anlage: Entwurf Pressemitteilung

Nochmalige Nachfrage zur Klärung.

zurück

weiter

Beispiel 1

AK 130325 Pressemitteilung: Patienten bekommen bei der AOK Nordost keine angemessene Rehabilitation

Entwurf Stand 27.03.2013

AOK Nordost verweigert gezielt schwerkranken Patienten die Genesung in der Rehabilitationsklinik

Die AOK Nordost wird vom Arbeitskreis Gesundheit e. V. massiv kritisiert, weil sie ein Antragsverfahren organisiert, das im Ergebnis die am schwersten betroffenen Patienten von der stationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ausschließt.

Schwerkranke Patienten, die gesundheitlich so stark eingeschränkt sind, dass sie von Anfang an ambulante Leistungen nicht in Anspruch nehmen können, werden von der AOK Nordost im Verwaltungsverfahren an der Antragstellung gehindert, indem die Übersendung der notwendigen Antragsformulare verweigert wird.

Der Geschäftsführer des Arbeitskreis Gesundheit e. V., Ingo Dörr, bezeichnet diese Praxis als beispiellos und mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar. "Die AOK Nordost verhindert offensichtlich planmäßig, dass die am schwersten betroffenen Patienten einen Antrag zur Behandlung in einer Rehabilitationsklinik stellen können. Mir ist im Rahmen unseres Einsatzes für die Patienten versichert worden, dass die Mitarbeiter der AOK Nordost nach Arbeitsanweisung gehalten sind, die notwendigen Antragsformulare nicht herauszugeben, wenn nicht zuvor ambulant behandelt wurde. In einer Anfrage des Arbeitskreis Gesundheit an den Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost ist diese Praxis konkret nicht in Abrede gestellt worden. Jetzt ist die Rechtsaufsicht gefragt".

*Der Entwurf einer vom
Arbeitskreis Gesundheit
e. V. verfassten
Pressemitteilung zur
Disziplinierung des
Kostenträgers.*

Beispiel 1

Die AOK Nordost versichert im Antwortschreiben die Verbesserung des Antragsverfahrens in unserem Sinne.

Die Patientin konnte letztendlich die Reha in einer Mitgliedsklinik antreten.

AOK Nordost · 14456 Potsdam

Arbeitskreis Gesundheit e. V.
Geschäftsführer
Herrn Ingo Dörr
Gustav-Mahler-Str. 2
04109 Leipzig

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Rehabilitation

Postanschrift
14456 Potsdam

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-26370

Fax
0800 265080-26359

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
S/3/1 - Geschäftsbereichsleitung

Datum
10.04.2013

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60), Ihr Schreiben vom 28.03.2013

Sehr geehrter Herr Dörr,

wie mit [REDACTED] des Geschäftsbereiches Rehabilitation am 03.04.2013 telefonisch besprochen, beantworten wir Ihre Fragen gern schriftlich.

Unsere Mitarbeiter/innen beraten unsere Versicherten insbesondere über Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie alternativer Leistungsangebote. Dabei sollen für das Antragsverfahren und den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger die Weichen gestellt werden. Auch wenn keine vorhergehende ambulante Leistungserbringung feststellbar ist, wird die Zusage des Musters 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) grundsätzlich nicht verweigert.

Wir haben die letzten Tage dazu genutzt unsere Arbeitsanweisungen auf einen möglichen Interpretationsspielraum durchzusehen und zu überarbeiten.

Anlassbezogen werden wir unsere Mitarbeiter/innen nochmals in der Anwendung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Rehabilitations-Richtlinien, sensibilisieren und eingehend schulen.

Den Rehabilitationsantrag unserer Versicherten [REDACTED] für die gewünschte Rehabilitationseinrichtung [REDACTED] - haben wir befürwortet. Die Kostenübernahme hat Frau [REDACTED] erhalten.

Sehr geehrter Herr Dörr, wir bedanken uns noch einmal für Ihren Hinweis und versichern, dass wir alles dafür tun, dass unsere Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen der Rehabilitation schnell und ohne Zeitverzug erhalten.

zurück

weiter

Beispiel 2

KKH Kaufmännische Krankenkasse Postfach 90 01 52 89104 Erfurt
P DV 05 05 8 Deutsche Post 

Frau
[REDACTED]

Es berät Sie
Ihr Serviceteam
Telefon 0361 801298-0
erfurt@kkh.de
ZR1-3301/u102335

Bitte stets angeben
[REDACTED]

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen
Erfurt, 23.05.2013

Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60)

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

Ihr behandelnder Arzt hat die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder alternativen Angeboten empfohlen. Entsprechend der geltenden Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses führten wir am 03.05.2013 eine telefonische Beratung durch.

Nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die Notwendigkeit der Versorgung nach einer Rangfolge innerhalb eines gestuften Versorgungssystems zu beurteilen. Vorrangig sind ambulante Behandlungen am Wohnort, d.h. die Krankenkassen dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst übernehmen, wenn eine intensive ambulante Behandlung (ärztliche Behandlung, der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) genutzt wurde. Das gestufte Leistungssystem trägt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung und ist von der KKH zwingend zu beachten.

Den Abrechnungsunterlagen der KKH ist zu entnehmen, dass Sie innerhalb der letzten 12 Monate ambulante Therapien nicht in ausreichender Frequenz genutzt haben. Aufgrund der angegebenen Diagnose bzw. Beschwerden wurden im Januar und April 2013 jeweils 6 x Elektrotherapien verordnet. Im Oktober 2012 6x Massage.

Auch hier vereitelt der Kostenträger KKH ein ordnungsgemäßes Verfahren.

Bei der erfolgten Beratung handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt gegen den sich ein etwaiger Widerspruch richten könnte. Deshalb möchten wir die Möglichkeit für nähere Er-läuterungen nutzen.

Wir haben Ihrem Vertragsarzt deshalb das Formular Muster 60 mit folgenden Alternativen zurückgesandt:

Im Rahmen des gestuften Versorgungssystems sind zunächst die ambulanten Therapiemöglichkeiten in Form von indikationsgerechten Heilmitteltherapien, ggf. auch in Form eines [REDACTED] auszuschöpfen.

Die Heilmitteltherapien liegt ausschließlich in der Verordnungshoheit des Arztes. Die Heilmitteltherapie muss daher in jedem Einzelfall unter Beachtung der Heilmittelrichtlinien, die für die Heilmitteltherapie in der Bundesrepublik Deutschland verbindlich sind. Die Heilmittelrichtlinien sind für Ärzte, Leistungserbringer und Krankenkassen gleichermaßen verbindlich. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit gehört auch, dass der Vertragsarzt vor der Verordnung von Heilmitteln prüft, ob das Behandlungsziel ggf. auch durch Maßnahmen wie z.B. Eigenübungsprogramme, allgemeine sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung, medikamentöse Therapie, Hilfsmittelverordnungen etc. qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Bitte wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen
KKH Kaufmännische Krankenkasse
Ihr Serviceteam

zurück

weiter

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)

Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung

Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Reha liegen vor, wenn die Rehabilitation geeignet ist,

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen,
- die Verschlimmerung einer Krankheit zu vermeiden,
- die Beschwerden einer Krankheit zu lindern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, zu verbessern
- die Verschlechterung einer Behinderung zu vermeiden,
- eine Pflegebedürftigkeit zu verringern oder den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Voraussetzung der Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist weiterhin, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend oder geeignet sind, die o.g. Ziele zu erreichen, wenn die ambulante Behandlungsschiene erschöpft ist, geeignete ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen oder für den Patienten nicht erreichbar sind.

Im Rahmen der Antragsstellung für eine Reha-Maßnahme wird der behandelnde Arzt daher Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose prüfen. Er wird hierzu beurteilen, ob die angedachte Rehabilitation in dem konkreten Fall geeignet und auch notwendig ist, um die vorgenannten Ziele zu erreichen. Dies ist dann der Fall, wenn der Patient aufgrund seiner Verfassung die notwendige Motivation und Belastbarkeit zur Durchführung der Rehabilitation besitzt und eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit für den medizinischen Erfolg der Rehabilitation im notwendigen Zeitraum besteht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Persönliche Voraussetzungen (DRV)

- Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit gemindert/ erheblich gefährdet
- gute Prognose, dass Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann
- Belastbarkeit und Motivation des Patienten muss gegeben sein



besondere persönliche Voraussetzungen/ Kinderrehabilitation

- Beseitigung erheblicher Gesundheitsgefährdung oder Besserung der bereits beeinträchtigten Gesundheit
- gute Prognose, dass Belastungen in Schule/ Alltag und später im Beruf vermieden werden



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“



Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Der in diesem Zusammenhang oft erörterte Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ (§ 9 SGB IX) verleiht dem Patienten ein wichtiges Instrument, bei der Auswahl der Klinik entscheidend mitzuwirken. Zwar darf der Patient nicht, wie das der Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ suggeriert, alleine die Rehabilitationsklinik aussuchen, in der die Behandlung stattfindet. Schlägt der Patient jedoch eine medizinisch geeignete Klinik vor, so darf der Kostenträger diesen Wunsch im Rahmen seiner Auswahlentscheidung nicht unberücksichtigt lassen. Der Vorschlag des Betroffenen für eine bestimmte Klinik darf insbesondere nicht mit den Argumenten außer Acht gelassen werden, eine andere Klinik sei günstiger, der Kostenträger belege regelmäßig eine andere Klinik, der Kostenträger habe eine eigene „Vertragsklinik“...



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Wunschlinik

Kostenträger Deutsche Rentenversicherung

Versicherte haben einen Rechtsanspruch, **begründete Wünsche** zur Auswahl einer Rehabilitationsklinik zu äußern (§ 9 Abs. 1 SGB IX), die im Rahmen der Geeignetheitsprüfung und Auswahlentscheidung berücksichtigt und geprüft werden müssen. Es ist zudem bei der Ermessensentscheidung der Rentenversicherung zwingend abzuwägen, ob **medizinische Gründe** bestehen, wonach eine AHB- oder Reha-Maßnahme in der Wunschklinik gegenüber einer Maßnahme in der zugewiesenen Einrichtung vorzuziehen ist.

Die Wunschklinik ist darüber hinaus zu gewähren, wenn sie einen Belegungsvertrag mit der Deutschen Rentenversicherung abgeschlossen hat, oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung

Mit der Reform des § 40 SGB V schränkt der Gesetzgeber die Bewilligungspraxis vieler Krankenkassen ein, nach der die **billigste Klinik auch die beste für den Patienten ist**. Die **unsachgemäß restriktive Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Rechtsprechung des BSG wird revidiert**.

Zurückliegend sind an den Arbeitskreis Gesundheit e. V. viele Patienten mit der Klage herangetreten, dass Krankenkassen in AHB- und Reha-Antragsverfahren unrechtmäßig Zuzahlungen für die Bewilligung von Wunschkliniken verlangen oder die Wünsche des Patienten nach einer medizinisch besser geeigneten Klinik einfach übergehen. Hierfür beriefen sich viele Krankenkassen immer wieder darauf, dass sie nur ihre „Vertragskliniken“ bzw. die billigste Klinik belegen könnten, da sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu allererst an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden seien; das in § 9 SGB IX geregelte Wunsch- und Wahlrecht des Patienten sei nachrangig. Medizinische Aspekte blieben bei dieser Praxis allzu oft auf der Strecke.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Wunschlinik

Durch die mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungstärkungsgesetz erfolgte Änderung des § 40 SGB V wird diesen Missständen nun abgeholfen, indem das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zusätzlich gestärkt und die unangemessene Rechtsprechung des BSG korrigiert wird.

Mit der Änderung des § 40 Abs. 2 SGB V wird es Versicherten jetzt regelmäßig ermöglicht, bei ihrer Krankenkasse eine medizinisch geeignete Wunschlinik – ggf. gegen Übernahme von Mehrkosten – durchzusetzen. Neu und bemerkenswert ist, dass entgegen der jüngsten Rechtsprechung des BSG der Versicherte **keine Mehrkosten** für seinen Klinikwunsch zu tragen hat, wenn er seine medizinisch geeignete Wunschlinik mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann (§ 9 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX).

Ist jedoch unter Berücksichtigung des § 9 SGB IX die von der Krankenkasse zugewiesene Einrichtung gleichermaßen für den Patienten und dessen Reha-Erfolg geeignet und kann die Wunschlinik nur durch **zusätzliche individuelle Bedürfnisse**, wie z. B. gehobene Zimmerausstattung oder medizinische Wahlleistungen, begründet werden, ist ein Zuzahlungsverlangen der Krankenkasse für die Bewilligung der Wunschlinik berechtigt. Bisher konnten die Krankenkassen spezielle Klinikwünsche ihrer Versicherten gänzlich ablehnen. Nun wurden die Rechte der Patienten aber deutlich gestärkt.

Es bleibt abzuwarten, wie die Ergänzung des § 40 Abs. 2 SGB V in der Praxis umgesetzt wird. Möglicherweise verlangen Krankenkassen zukünftig bei ihren Ermessensentscheidungen regelmäßige Zuzahlungen von ihren Versicherten. Hierbei wird durch die Krankenkassen oft nicht berücksichtigt, dass eine insbesondere **durch Attest begründete bessere medizinische Eignung** der Wunschlinik schon nach alter Rechtslage zwingend zur Zuweisung dieser Klinik ohne Zuzahlung führt, auch wenn diese Klinik nicht Vertragsklinik der Krankenkasse ist.

Zuzahlungsverlangen sollten deshalb generell überprüft werden. Darüber hinaus werden den Patienten oftmals formlose Einverständniserklärungen unter Nennung eines pauschalen Mehrkostenbetrages zur Unterschrift vorgelegt. Der Arbeitskreis Gesundheit empfiehlt, sich die Zusammensetzung der Mehrkosten durch die Krankenversicherung schriftlich erläutern zu lassen.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, sollte zunächst geprüft werden, ob die Ablehnung eine Rechtsmittelfrist enthält. Die Frist für den Widerspruch beträgt in der Regel einen Monat ab Zugang des Schreibens. Für eine sichere Berechnung sollte der Folgetag des im Bescheid genannten Datums als Fristbeginn gewählt und notiert werden (Beispiel: Schreiben vom 01.06., zugegangen am 02.06. = Fristablauf am 02.07). Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten. Eine Begründung des Widerspruchs kann jedoch auch später beim Kostenträger nachgereicht werden.

Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollte ggf. im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangt werden, damit eine kritische Auseinandersetzung des behandelnden Arztes und des Patienten mit dem MDK-Gutachten möglich ist.

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen auch ohne eine Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Für die Einzelheiten und Musterschreiben steht Ihnen gerne der Arbeitskreis Gesundheit zur Verfügung.



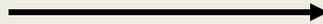
DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)



Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Sofern der Widerspruch durch (fach-)ärztliche Atteste begründet bzw. ergänzt wird, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die beantragte Maßnahme. Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, dass diese sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzt. Oft kranken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- lapidar behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der medizinisch festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht genauer benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in vorliegenden Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in die Wunschklinik ohne nähere Prüfung von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Der Patient hat in dem Verfahren gewisse Mitwirkungspflichten. Das heißt jedoch nicht, dass er sich in einem Beratungsgespräch zwangsläufig den Wünschen seines Kostenträgers beugen muss.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch Abhilfe verschafft wird. In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen.
Verfahren dauern leider oft Jahre!

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Behandlungsform

Kinderrehabilitation

Besserung der Gesundheitsbeeinträchtigung oder Beseitigung erheblicher Gesundheitsgefährdung
Dauer: regelmäßig 4 Wochen

Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereichter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)
Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung
Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Ziel der Kinderrehabilitation ist eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Kindes, bei Vorliegen einer Gesundheitsgefährdung oder wenn Folgeerscheinungen einer Erkrankung die spätere Erwerbstätigkeit gefährden. Typischerweise ist dies bei Erkrankungen der Atemwege, der Haut, des Herz-Kreislaufsystems, der inneren Organe, des Stoffwechsels und des Bewegungsapparates (Orthopädie) der Fall. Außerdem sind Allergien, neurologische Erkrankungen, psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen und Übergewicht Indikationen, die im Rahmen einer Kinderrehabilitation behandelt werden.

Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder dauern in der Regel vier Wochen (Erwachsene regelmäßig drei Wochen) mit der Verlängerungsmöglichkeit im Falle medizinischer Notwendigkeit. Zusätzlich zum Leistungsumfang können die Unterbringungskosten einer Begleitperson erstattet werden. Bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr werden die Reisekosten einer Begleitperson, die das Kind bei der An- und Abreise begleitet, auf Antrag erstattet. Auf jeden Fall werden die Unterbringungskosten einer Begleitperson übernommen, wenn das Kind das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat bzw. wenn eine Begleitperson aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für Schulkinder gibt es in den Hauptfächern Stützunterricht in den Kliniken.

Bei der Rehabilitation von Kindern fällt regelmäßig keine kalendertägliche Zuzahlungen an.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)

Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung

Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Sonderfall:

Kostenträger vereitelt
ordnungsgemäßes Verfahren

Beispiel 1

*Die AOK Nordost
verweigert der Patientin
die Herausgabe des
Verordnungsvordruckes 61.
Die Antragsstellung wird
für die Patientin somit
nicht möglich.*

AOK Nordost - Postfach 10 50 20, 18010 Rostock

Frau
Dr. [REDACTED]
Praktische Ärztin
[REDACTED]

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse

Rehabilitation

Postanschrift
Postfach 10 50 20
18010 Rostock

Besucheradresse
Warnowufer 23
18057 Rostock

[REDACTED]

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-42753

Fax
0800 265080-42305

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
[REDACTED]

Datum
21.12.2012

**Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten
(Vordruck 60)**

für: [REDACTED]
geb. am: [REDACTED]
wohnhaft: [REDACTED]

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

wir können Ihnen leider den Verordnungsvordruck nicht zusenden.

Wir empfehlen Ihrem Patienten, zunächst intensiv die ambulanten haus- und fachärztlichen Behandlungen sowie die geeigneten ambulanten Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog zu nutzen.

Haben Sie Fragen, rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

B: *Wachspol zeigen!*

zurück

weiter

Beispiel 1

Die behandelnde Ärztin wird darüber in Kenntnis gesetzt, dass die AOK Nordost die Herausgabe des Vordruckes 61 auf Nachfrage des Arbeitskreises hin angekündigt hat.

Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig

Telefon: 0341 – 870 59 59 0
Telefax: 0341 – 870 59 59 59

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Arbeitskreis Gesundheit e.V. · Gustav-Mahler-Straße 2 · 04109 Leipzig

Frau
Dr. med. [REDACTED]

FAX: 9 038293 410049

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

Bei Übertragungsschwierigkeiten bitte ich um Rückruf unter Telefon Leipzig (0341) 870 59 59 0. Übertragene Seiten inklusive Deckblatt: 1

29.01.2013
s1

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation (Vordruck 60)

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

in oben bezeichneter Angelegenheit nehme ich Bezug auf das am 28.01.2013 geführte Telefonat mit Schwester [REDACTED] Frau [REDACTED] Tochter von Frau [REDACTED] wandte sich mit der Bitte an uns, ihrer Mutter bezüglich der immer wieder ablehnenden Schreiben der AOK Nordost behilflich zu sein.

Unser Geschäftsführer, Herr Ingo Dörr, hat sich daraufhin mit der zuständigen Bearbeiterin bei der AOK Nordost, Frau [REDACTED], in Verbindung gesetzt. Frau [REDACTED] erklärte sich daraufhin bereit, den Vordruck 60 zur Beantragung einer stationären Rehabilitationsleistung an Sie zu versenden.

Da die AOK offensichtlich wenig Neigung hat, die Reha zu genehmigen, sind wir auch gerne bereit, die Begründung für den Rehaantrag vor Absendung an die AOK noch einmal auf Zweckmäßigkeit zu prüfen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Birgit Thieme

zurück

weiter

Beispiel 1

*Zusendung des Vordruckes
an die behandelnde Ärztin*

 AOK Nordost · Postfach 10 50 20, 18010 Rostock

Dr. [REDACTED]

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Rehabilitation

Postanschrift
Postfach 10 50 20
18010 Rostock

Gesprächspartnerin
[REDACTED]

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-42753

Fax
0800 265080-42305

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
[REDACTED]

Datum
25.01.2013

Verordnung von medizinischer Rehabilitation - Vordruck 61 A-D

Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren,

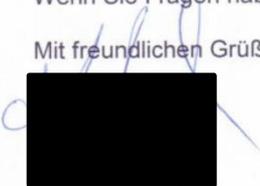
für Ihre Patientin [REDACTED] geboren am 11.09.1942 hat sich aus Ihrem Beratungsgespräch ergeben, dass eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme notwendig sein könnte. Dazu erhalten Sie das Formular Muster 61 "Verordnung von medizinischer Rehabilitation" zur Prüfung der medizinischen Indikation.

Diese Verordnung muss von einem verordnungsberechtigten Arzt ausgefüllt sein.

Das persönliche Antragsformular haben wir Frau [REDACTED] zugeschickt.

Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie mich bitte an.

Mit freundlichen Grüßen


[REDACTED]

Anlage

zurück

weiter

Beispiel 1

Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig

Telefon: 0341 – 870 59 59 0
Telefax: 0341 – 870 59 59 59

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Arbeitskreis Gesundheit e.V. - Gustav-Mahler-Straße 2 - 04109 Leipzig

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Herr [REDACTED]
Vorstandsvorsitzender

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

11.03.2013/s1

Sehr geehrter Herr [REDACTED]

gestatten Sie, dass ich mich mit folgendem Anliegen an Sie wende.

Wir sind ein als gemeinnützig anerkannter Verein, dessen satzungsmäßiges Ziel es ist, über die Rehabilitation zu informieren. Im Rahmen unserer Verbandsarbeit haben wir durch eine Patienten-anfrage mit Vorlage des entsprechenden Schriftverkehrs (Anlage anonymisiert) davon Kenntnis erhalten, dass die AOK Nordost bei der Beantragung von stationären Heilverfahren folgendes Verfahren praktizieren soll, das durch entsprechende Arbeitsanweisungen bei der AOK Nordost festgeschrieben sein soll.

Soweit ein niedergelassener Arzt, der über die vorgeschriebene Qualifikation verfügt, das Formular Vordruck 60 zur Beantragung einer stationären Rehabilitationsleistung anfordert, überprüft die AOK Nordost vor Übersendung des Vordrucks 60, ob für diesen Patienten bereits ambulante haus- und fachärztliche Behandlungen sowie ambulante Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog durchgeführt worden sind.

Ist eine solche ambulante Leistungserbringung nicht feststellbar, verweigert die AOK die Übersendung des Formulars Vordruck 60 an den niedergelassenen Arzt mit der Begründung, zunächst intensiv die vorgenannten ambulanten Möglichkeiten zu nutzen.

Nach telefonischer Auskunft aus Ihrem Hause, ist dies so in einer Dienstanweisung festgeschrieben.

2

Ich bitte höflich um Mitteilung, ob eine solche oder ähnlich lautende Dienstanweisung in Ihrem Hause praktiziert wird.

Sofern dies der Fall sein sollte, erlaube ich mir den höflichen Hinweis, dass ein solches Vorgehen nicht den gesetzlichen Vorgaben entspricht, da im Ergebnis durch dieses Vorgehen den am schwersten betroffenen Patienten die notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme vorenthalten wird. Eine solche Dienstanweisung schließt alle Patienten aus, die zwar eine stationäre Rehabilitation benötigen, aber ambulante Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen können, weil

- ihr Gesundheitszustand eine ambulante Rehabilitation nicht zulässt,
- ambulante Leistungsangebote in geeigneter Form für den betroffenen Patienten nicht existieren ...

Erschwerend kommt für die betroffenen Patienten hinzu, dass ihnen bei dieser Ausgestaltung des Verfahrens jeder Rechtsschutz genommen wird, weil die Patienten ja schon nicht ordnungsgemäß eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme beantragen können.

Sehr geehrter Herr [REDACTED], ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie mir kurzfristig mitteilen würden, ob diese zuvor geschilderte Auskunft aus Ihrem Hause richtig ist und ob die AOK Nordost beabsichtigt, das geschilderte Verfahren in dieser Weise beizubehalten oder wie das Verfahren zukünftig ausgestaltet werden soll.

Ich verbleibe mit freundlichen Grüßen


Ingo Dörr
Geschäftsführer

Anlage: anonymisiertes Schreiben der AOK Nordost

Nachfrage zum Sachverhalt bei AOK Nordost

zurück

weiter

Beispiel 1

AOK Nordost · 14456 Potsdam

Arbeitskreis Gesundheit e.V.
Geschäftsführer
Herrn Ingo Dörr
Gustav-Mahler-Str. 2
04109 Leipzig



AOK Nordost Die Gesundheitskasse

Rehabilitation

Postanschrift
14456 Potsdam

Gesprächspartnerin
[Redacted]

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-26370

Fax
0800 265080-25354

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
S/3 -

Datum
21.03.2013

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60), Ihr Schreiben vom 11.03.2013

Sehr geehrter Herr Dörr,
gern beantworten wir Ihr Schreiben.

Sie haben den Eindruck gewonnen, die Bearbeitung der Muster 60 für unsere Versicherten erfolgt nicht mit der gebotenen Sorgfalt. Bitte geben Sie uns die Möglichkeit, Ihnen unser Vorgehen zu erläutern.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V -).

Nach § 40 Abs. 2 SGB V erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch Neuntes Buch zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht, wenn ambulante Krankenbehandlung sowie ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen oder wohnortnahen Einrichtungen nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Es ist korrekt, dass im Rahmen des gestuften Versorgungssystems (ambulant vor stationär), indikationsabhängig die Ausschöpfung ambulanter Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten im Vordergrund steht. Unsere Prüfung erfolgt im Einzelfall immer unter Würdigung aller vorliegenden Informationen.

AOK Nordost Die Gesundheitskasse

Datum
21.03.2013

Blatt
2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) (zuletzt geändert am 22.01.2009) regelt das Verfahren zur Einleitung (Muster 60) und Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Darin heißt es, dass die Krankenkasse nach Eingang des Vordrucks Muster 60 ihre Zuständigkeit prüft bzw. ob es Gründe gibt, die einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entgegenstehen.

Über die Ergebnisse unserer Fallprüfungen wird der behandelnde Arzt informiert.

Sehr geehrter Herr Dörr, aufgrund unserer Ausführungen gehen wir davon aus, dass wir mit diesem Schreiben ergänzende Informationen geben konnten. Ihre Hinweise waren jedoch für uns Anlass, unsere Mitarbeiter aktuell bzgl. Einhaltung unserer Bearbeitungs- und Qualitätsstandards zu sensibilisieren.

Selbstverständlich steht Ihnen die Leiterin des Geschäftsbereiches Rehabilitation, Frau [Redacted] für Fragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführerin

Antwortschreiben der AOK Nordost

zurück

weiter

Beispiel 1

Arbeitskreis Gesundheit e.V. · Gustav-Mahler-Straße 2 · 04109 Leipzig
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Frau [REDACTED]
Geschäftsführerin
14456 Potsdam

info@arbeitskreis-gesundheit.de
www.arbeitskreis-gesundheit.de

Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 346 98 00 BLZ: 860 205 00
St.-Nr. 231/140/27421

28.03.2013/1

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60)

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

in vorbezeichneter Angelegenheit nehme ich Bezug auf Ihr freundliches Schreiben vom 21.03.2013.

Bitte sehen Sie mir nach, dass ich dem Schreiben die Beantwortung meines Anliegens nicht entnehmen kann. Neben der Beschreibung der allgemeinen Voraussetzungen für die Beantragung und Gewährung von stationären Maßnahmen der Rehabilitation tangiert eigentlich nur der letzte Absatz auf der ersten Seite des Schreibens das Anliegen. Sie teilen an dieser Stelle mit, dass es im Rahmen des gestuften Versorgungssystems (ambulant vor stationär) korrekt sei, indikationsabhängig die Ausschöpfung ambulanter Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zu prüfen und versichern, dass die Prüfung im Einzelfall immer unter Würdigung aller vorliegenden Informationen stattfindet. Darf ich dieser Passage entnehmen, dass es dem Arbeitsablauf in Ihrem Hause entspricht, dass vor Versendung des Vordrucks Muster 60 an den beantragenden Arzt in Ihrem Hause geprüft wird, ob ambulante Behandlungen bereits durchgeführt worden sind?

Mir wurde von einer Mitarbeiterin Ihres Hauses versichert, dass in einer Arbeitsanweisung geregelt ist, keinen Vordruck Muster 60 an Ärzte zu senden, wenn nicht bereits ambulante haus- und fachärztliche Behandlungen sowie ambulante Heilmitteltherapien laut Heilmittelkatalog durchgeführt worden sind.

Ich darf noch einmal höflich um konkrete Auskunft bitten, ob eine solche Arbeitsanweisung in Ihrem Hause besteht oder bestand.

2

Ohne Ihrer Entscheidungshoheit über die Ausgestaltung des Verfahrens vorgreifen zu wollen, sei mir trotzdem der Hinweis erlaubt, dass ein Verfahren der Rehabilitationsrichtlinie nicht gerecht wird, das die betroffenen Patienten im Ergebnis an einer Antragstellung hindert, weil die notwendigen Antragsformulare gar nicht erst herausgegeben werden.

Ich bitte höflich um Verständnis, dass ich an diesem Punkt so genau nachfragen muss, weil ich nicht ungerechtfertigt die Aufsichtsbehörde einschalten möchte. Auch die Versendung einer entsprechenden Pressemitteilung (Anlage) wäre aus meiner Sicht vermeidbar.

Ich verbleibe mit den besten Wünschen für das Osterfest und in Erwartung Ihrer Antwort.



Ingo Dörr
Geschäftsführer

Anlage: Entwurf Pressemitteilung

Nochmalige Nachfrage zur Klärung.

zurück

weiter

Beispiel 1

AK 130325 Pressemitteilung: Patienten bekommen bei der AOK Nordost keine angemessene Rehabilitation

Entwurf Stand 27.03.2013

AOK Nordost verweigert gezielt schwerkranken Patienten die Genesung in der Rehabilitationsklinik

Die AOK Nordost wird vom Arbeitskreis Gesundheit e. V. massiv kritisiert, weil sie ein Antragsverfahren organisiert, das im Ergebnis die am schwersten betroffenen Patienten von der stationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik ausschließt.

Schwerkranke Patienten, die gesundheitlich so stark eingeschränkt sind, dass sie von Anfang an ambulante Leistungen nicht in Anspruch nehmen können, werden von der AOK Nordost im Verwaltungsverfahren an der Antragstellung gehindert, indem die Übersendung der notwendigen Antragsformulare verweigert wird.

Der Geschäftsführer des Arbeitskreis Gesundheit e. V., Ingo Dörr, bezeichnet diese Praxis als beispiellos und mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar. "Die AOK Nordost verhindert offensichtlich planmäßig, dass die am schwersten betroffenen Patienten einen Antrag zur Behandlung in einer Rehabilitationsklinik stellen können. Mir ist im Rahmen unseres Einsatzes für die Patienten versichert worden, dass die Mitarbeiter der AOK Nordost nach Arbeitsanweisung gehalten sind, die notwendigen Antragsformulare nicht herauszugeben, wenn nicht zuvor ambulant behandelt wurde. In einer Anfrage des Arbeitskreis Gesundheit an den Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost ist diese Praxis konkret nicht in Abrede gestellt worden. Jetzt ist die Rechtsaufsicht gefragt".

*Der Entwurf einer vom
Arbeitskreis Gesundheit
e. V. verfassten
Pressemitteilung zur
Disziplinierung des
Kostenträgers.*

Beispiel 1

Die AOK Nordost versichert im Antwortschreiben die Verbesserung des Antragsverfahrens in unserem Sinne.

Die Patientin konnte letztendlich die Reha in einer Mitgliedsklinik antreten.

AOK Nordost · 14456 Potsdam

Arbeitskreis Gesundheit e. V.
Geschäftsführer
Herrn Ingo Dörr
Gustav-Mahler-Str. 2
04109 Leipzig

**AOK Nordost
Die Gesundheitskasse**

Rehabilitation

Postanschrift
14456 Potsdam

Telefon (kostenfrei)
0800 265080-26370

Fax
0800 265080-26359

E-Mail Service
www.aok.de/nordost/mail

Unser Zeichen (Bitte stets angeben)
S/3/1 - Geschäftsbereichsleitung

Datum
10.04.2013

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60), Ihr Schreiben vom 28.03.2013

Sehr geehrter Herr Dörr,

wie mit [REDACTED] des Geschäftsbereiches Rehabilitation am 03.04.2013 telefonisch besprochen, beantworten wir Ihre Fragen gern schriftlich.

Unsere Mitarbeiter/innen beraten unsere Versicherten insbesondere über Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation sowie alternativer Leistungsangebote. Dabei sollen für das Antragsverfahren und den voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger die Weichen gestellt werden. Auch wenn keine vorhergehende ambulante Leistungserbringung feststellbar ist, wird die Zusage des Musters 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) grundsätzlich nicht verweigert.

Wir haben die letzten Tage dazu genutzt unsere Arbeitsanweisungen auf einen möglichen Interpretationsspielraum durchzusehen und zu überarbeiten.

Anlassbezogen werden wir unsere Mitarbeiter/innen nochmals in der Anwendung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere der Rehabilitations-Richtlinien, sensibilisieren und eingehend schulen.

Den Rehabilitationsantrag unserer Versicherten [REDACTED] für die gewünschte Rehabilitationseinrichtung [REDACTED] - haben wir befürwortet. Die Kostenübernahme hat Frau [REDACTED] erhalten.

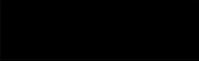
Sehr geehrter Herr Dörr, wir bedanken uns noch einmal für Ihren Hinweis und versichern, dass wir alles dafür tun, dass unsere Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen der Rehabilitation schnell und ohne Zeitverzug erhalten.

zurück

weiter

Beispiel 2

KKH Kaufmännische Krankenkasse Postfach 90 01 52 89104 Erfurt
P DV 05 0.58 Deutsche Post 

Frau 

Es berät Sie
Ihr Serviceteam
Telefon 0381 801298-0
erfurt@kkh.de
ZR1-3301/u102335

Bitte stets angeben 

Ihr Schreiben vom
Ihr Zeichen

Erfurt, 23.05.2013

Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder alternativen Angeboten (Muster 60)

Sehr geehrte Frau 

Ihr behandelnder Arzt hat die Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder alternativen Angeboten empfohlen. Entsprechend der geltenden Rehabilitationsrichtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses führten wir am 03.05.2013 eine telefonische Beratung durch.

Nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die Notwendigkeit der Versorgung nach einer Rangfolge innerhalb eines gestuften Versorgungssystems zu beurteilen. Vorrangig sind ambulante Behandlungen am Wohnort, d.h. die Krankenkassen dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erst übernehmen, wenn eine intensive ambulante Behandlung (ärztliche Behandlung, der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) genutzt wurde. Das gestufte Leistungssystem trägt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung und ist von der KKH zwingend zu beachten.

Den Abrechnungsunterlagen der KKH ist zu entnehmen, dass Sie innerhalb der letzten 12 Monate ambulante Therapien nicht in ausreichender Frequenz genutzt haben. Aufgrund der angegebenen Diagnose bzw. Beschwerden wurden im Januar und April 2013 jeweils 6 x Elektrotherapien verordnet. Im Oktober 2012 6x Massage.

Auch hier vereitelt der Kostenträger KKH ein ordnungsgemäßes Verfahren.

Bei der erfolgten Beratung handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt gegen den sich ein etwaiger Widerspruch richten könnte. Deshalb möchten wir die Möglichkeit für nähere Er-läuterungen nutzen.

Wir haben Ihrem Vertragsarzt deshalb das Formular Muster 60 mit folgenden Alternativen zurückgesandt:

Im Rahmen des gestuften Versorgungssystems sind zunächst die ambulanten Therapiemöglichkeiten in Form von indikationsgerechten Heilmitteltherapien, ggf. auch in Form eines  auszuschöpfen.

Die Heilmitteltherapien liegt ausschließlich in der Verordnungshoheit des Arztes. Die Heilmitteltherapie muss daher in jedem Einzelfall unter Beachtung der Heilmittelrichtlinien, die für die Heilmitteltherapie in der Bundesrepublik Deutschland verbindlich sind. Die Heilmittelrichtlinien sind für Ärzte, Leistungserbringer und Krankenkassen gleichermaßen verbindlich. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit gehört auch, dass der Vertragsarzt vor der Verordnung von Heilmitteln prüft, ob das Behandlungsziel ggf. auch durch Maßnahmen wie z.B. Eigenübungsprogramme, allgemeine sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung, medikamentöse Therapie, Hilfsmittelverordnungen etc. qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Bitte wenden Sie sich an Ihren behandelnden Arzt, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Mit freundlichen Grüßen
KKH Kaufmännische Krankenkasse
Ihr Serviceteam

zurück

weiter

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

Deutsche Rentenversicherung (DRV)

- Arbeitnehmer/ Angestellte
- Bezieher von Erwerbsminderungsrenten
- Kinder/ Schüler

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Wartezeiten)

Antragstellung bei Notwendigkeit durch Arzt oder durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung

Empfehlung: persönliches Schreiben mit Gründen beifügen

Gesetzliche Krankenversicherung (Heilverfahren)

- Rentner
- Schüler/Studenten
- Kinder
- Hausfrauen

Antrag bei notwendiger Rehabilitation darf nur Arzt mit Qualifikation gem. §11 d der Rehabilitationsrichtlinien stellen

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Die medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung einer Reha liegen vor, wenn die Rehabilitation geeignet ist,

- Krankheiten zu erkennen, zu heilen,
- die Verschlimmerung einer Krankheit zu vermeiden,
- die Beschwerden einer Krankheit zu lindern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bestehende Behinderung zu beseitigen, zu verbessern
- die Verschlechterung einer Behinderung zu vermeiden,
- eine Pflegebedürftigkeit zu verringern oder den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Voraussetzung der Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist weiterhin, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend oder geeignet sind, die o.g. Ziele zu erreichen, wenn die ambulante Behandlungsschiene erschöpft ist, geeignete ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen oder für den Patienten nicht erreichbar sind.

Im Rahmen der Antragsstellung für eine Reha-Maßnahme wird der behandelnde Arzt daher Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die positive Rehabilitationsprognose prüfen. Er wird hierzu beurteilen, ob die angedachte Rehabilitation in dem konkreten Fall geeignet und auch notwendig ist, um die vorgenannten Ziele zu erreichen. Dies ist dann der Fall, wenn der Patient aufgrund seiner Verfassung die notwendige Motivation und Belastbarkeit zur Durchführung der Rehabilitation besitzt und eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit für den medizinischen Erfolg der Rehabilitation im notwendigen Zeitraum besteht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Persönliche Voraussetzungen (DRV)

- Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit gemindert/ erheblich gefährdet
- gute Prognose, dass Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann
- Belastbarkeit und Motivation des Patienten muss gegeben sein



besondere persönliche Voraussetzungen/ Kinderrehabilitation

- Beseitigung erheblicher Gesundheitsgefährdung oder Besserung der bereits beeinträchtigten Gesundheit
- gute Prognose, dass Belastungen in Schule/ Alltag und später im Beruf vermieden werden



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Zweck der Maßnahme

allgemeine medizinische Voraussetzungen

- Krankheiten erkennen/heilen
- Verschlimmerung von Krankheiten vermeiden oder Beschwerden lindern
- einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine bestehende beseitigen oder Symptome verbessern
- Verschlechterung einer Behinderung vermeiden
- Verringern oder Vermeiden einer Pflegebedürftigkeit
- Grundsatz: „Ambulant nicht wirksam oder nicht möglich!“

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Der in diesem Zusammenhang oft erörterte Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ (§ 9 SGB IX) verleiht dem Patienten ein wichtiges Instrument, bei der Auswahl der Klinik entscheidend mitzuwirken. Zwar darf der Patient nicht, wie das der Begriff „Wunsch- und Wahlrecht“ suggeriert, alleine die Rehabilitationsklinik aussuchen, in der die Behandlung stattfindet. Schlägt der Patient jedoch eine medizinisch geeignete Klinik vor, so darf der Kostenträger diesen Wunsch im Rahmen seiner Auswahlentscheidung nicht unberücksichtigt lassen. Der Vorschlag des Betroffenen für eine bestimmte Klinik darf insbesondere nicht mit den Argumenten außer Acht gelassen werden, eine andere Klinik sei günstiger, der Kostenträger belege regelmäßig eine andere Klinik, der Kostenträger habe eine eigene „Vertragsklinik“...



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Wunschlinik

Kostenträger Deutsche Rentenversicherung

Versicherte haben einen Rechtsanspruch, **begründete Wünsche** zur Auswahl einer Rehabilitationsklinik zu äußern (§ 9 Abs. 1 SGB IX), die im Rahmen der Geeignetheitsprüfung und Auswahlentscheidung berücksichtigt und geprüft werden müssen. Es ist zudem bei der Ermessensentscheidung der Rentenversicherung zwingend abzuwägen, ob **medizinische Gründe** bestehen, wonach eine AHB- oder Reha-Maßnahme in der Wunschklinik gegenüber einer Maßnahme in der zugewiesenen Einrichtung vorzuziehen ist.

Die Wunschklinik ist darüber hinaus zu gewähren, wenn sie einen Belegungsvertrag mit der Deutschen Rentenversicherung abgeschlossen hat, oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Kostenträger Gesetzliche Krankenversicherung

Mit der Reform des § 40 SGB V schränkt der Gesetzgeber die Bewilligungspraxis vieler Krankenkassen ein, nach der die billigste Klinik auch die beste für den Patienten ist. Die unsachgemäß restriktive Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Rechtsprechung des BSG wird revidiert.

Zurückliegend sind an den Arbeitskreis Gesundheit e. V. viele Patienten mit der Klage herangetreten, dass Krankenkassen in AHB- und Reha-Antragsverfahren unrechtmäßig Zuzahlungen für die Bewilligung von Wunschkliniken verlangen oder die Wünsche des Patienten nach einer medizinisch besser geeigneten Klinik einfach übergehen. Hierfür beriefen sich viele Krankenkassen immer wieder darauf, dass sie nur ihre „Vertragskliniken“ bzw. die billigste Klinik belegen könnten, da sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu allererst an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden seien; das in § 9 SGB IX geregelte Wunsch- und Wahlrecht des Patienten sei nachrangig. Medizinische Aspekte blieben bei dieser Praxis allzu oft auf der Strecke.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Wunschlinik

Durch die mit dem am 23.07.2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungstärkungsgesetz erfolgte Änderung des § 40 SGB V wird diesen Missständen nun abgeholfen, indem das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten zusätzlich gestärkt und die unangemessene Rechtsprechung des BSG korrigiert wird.

Mit der Änderung des § 40 Abs. 2 SGB V wird es Versicherten jetzt regelmäßig ermöglicht, bei ihrer Krankenkasse eine medizinisch geeignete Wunschlinik – ggf. gegen Übernahme von Mehrkosten – durchzusetzen. Neu und bemerkenswert ist, dass entgegen der jüngsten Rechtsprechung des BSG der Versicherte **keine Mehrkosten** für seinen Klinikwunsch zu tragen hat, wenn er seine medizinisch geeignete Wunschlinik mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann (§ 9 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB IX).

Ist jedoch unter Berücksichtigung des § 9 SGB IX die von der Krankenkasse zugewiesene Einrichtung gleichermaßen für den Patienten und dessen Reha-Erfolg geeignet und kann die Wunschlinik nur durch **zusätzliche individuelle Bedürfnisse**, wie z. B. gehobene Zimmerausstattung oder medizinische Wahlleistungen, begründet werden, ist ein Zuzahlungsverlangen der Krankenkasse für die Bewilligung der Wunschlinik berechtigt. Bisher konnten die Krankenkassen spezielle Klinikwünsche ihrer Versicherten gänzlich ablehnen. Nun wurden die Rechte der Patienten aber deutlich gestärkt.

Es bleibt abzuwarten, wie die Ergänzung des § 40 Abs. 2 SGB V in der Praxis umgesetzt wird. Möglicherweise verlangen Krankenkassen zukünftig bei ihren Ermessensentscheidungen regelmäßige Zuzahlungen von ihren Versicherten. Hierbei wird durch die Krankenkassen oft nicht berücksichtigt, dass eine insbesondere **durch Attest begründete bessere medizinische Eignung** der Wunschlinik schon nach alter Rechtslage zwingend zur Zuweisung dieser Klinik ohne Zuzahlung führt, auch wenn diese Klinik nicht Vertragsklinik der Krankenkasse ist.

Zuzahlungsverlangen sollten deshalb generell überprüft werden. Darüber hinaus werden den Patienten oftmals formlose Einverständniserklärungen unter Nennung eines pauschalen Mehrkostenbetrages zur Unterschrift vorgelegt. Der Arbeitskreis Gesundheit empfiehlt, sich die Zusammensetzung der Mehrkosten durch die Krankenversicherung schriftlich erläutern zu lassen.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Wunschlinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschlinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschlinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschlinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschlinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/ weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschlinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Wunschklinik

Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 9 SGB IX

Ist die Wunschklinik medizinisch besser geeignet, als die vom Kostenträger zugewiesene Klinik, gilt allgemein bei GKV und DRV:

Mit ärztlicher Begründung (Attest) muss die medizinisch besser geeignete Klinik trotz Mehrkosten ohne Zuzahlung zugewiesen werden. Der begründete Patientenwunsch ist in der Zuweisungsentscheidung abzuwägen.

Ist die Wunschklinik medizinisch genauso geeignet, wie die vom Kostenträger zugewiesene Klinik:

Kostenträger GKV:

Wunschklinik muss nach § 111 SGB V zugelassen und zertifiziert sein. Seit Juli 2015 ist durch die Neufassung des § 40 Abs. II SGB V die Auffassung der GKV (siehe BSG Urteil B 1 KR 12/12 R) überholt, dass die Kasse grds. die eigene billige „Vertragsklinik“ durchsetzen kann. Eine geeignete Wunschklinik muss zugewiesen werden. Mehrkosten nur dann, wenn der Klinikwunsch nicht mit persönlicher Lebenssituation wie Alter, Geschlecht, Familie sowie religiösen/weltanschaulichen Bedürfnissen (§ 9 SGB IX) begründet ist.

Kostenträger DRV:

Wunschklinik ist zu gewähren, wenn dies nach persönlicher Lebenssituation (wie GKV), § 9 SGB IX, geboten ist und sie einen Belegungsvertrag mit der DRV hat oder aber immer wieder von ihr belegt wird (Art. 3 GG).

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik

Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen!
(1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, sollte zunächst geprüft werden, ob die Ablehnung eine Rechtsmittelfrist enthält. Die Frist für den Widerspruch beträgt in der Regel einen Monat ab Zugang des Schreibens. Für eine sichere Berechnung sollte der Folgetag des im Bescheid genannten Datums als Fristbeginn gewählt und notiert werden (Beispiel: Schreiben vom 01.06., zugegangen am 02.06. = Fristablauf am 02.07). Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten. Eine Begründung des Widerspruchs kann jedoch auch später beim Kostenträger nachgereicht werden.

Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollte ggf. im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangt werden, damit eine kritische Auseinandersetzung des behandelnden Arztes und des Patienten mit dem MDK-Gutachten möglich ist.

Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen auch ohne eine Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Für die Einzelheiten und Musterschreiben steht Ihnen gerne der Arbeitskreis Gesundheit zur Verfügung.



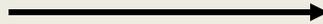
DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)



Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Sofern der Widerspruch durch (fach-)ärztliche Atteste begründet bzw. ergänzt wird, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die beantragte Maßnahme. Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, dass diese sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzt. Oft kranken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- lapidar behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der medizinisch festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht genauer benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in vorliegenden Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in die Wunschklinik ohne nähere Prüfung von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Der Patient hat in dem Verfahren gewisse Mitwirkungspflichten. Das heißt jedoch nicht, dass er sich in einem Beratungsgespräch zwangsläufig den Wünschen seines Kostenträgers beugen muss.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch Abhilfe verschafft wird. In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Kinderrehabilitation

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen.
Verfahren dauern leider oft Jahre!

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Behandlungsform

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur
Vorsorge für Mütter und Väter, Entgegenwirken einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel gesetzliche Krankenversicherung
Oder private Krankenversicherung, wenn im Versicherungsvertrag enthalten

Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereichter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Vorsorgeleistungen und Kuren sollen die Entstehung von Krankheiten verhüten. Während bei den „einfachen“ Vorsorgekuren der bekannte Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt, d. h. ein Klinikaufenthalt ist vom Kostenträger nur dann zu bezahlen, wenn ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind bzw. voraussichtlich nicht wirken, gilt dieser Grundsatz bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht. Kostenträger ist regelmäßig die gesetzliche Krankenversicherung, in Ausnahmefällen auch die private Krankenversicherung.

Der volljährige Patient muss wie bei der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich eine kalendertägliche Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR leisten und kann bei Erreichen der Überforderungsgrenze befreit werden. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden keine Zuzahlungen erhoben.

Die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme ist mittlerweile Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme besteht Anspruch auf Unterstützung durch eine Haushaltshilfe, wenn ein Kind unter 12 Jahren in im Haushalt lebt und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Die **Fahrtkosten** zur Klinik werden erstattet. Während der Maßnahme ist kein Urlaub zu nehmen, Versicherte erhalten in diesem Zeitraum Entgeltfortzahlung.

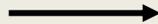


DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel gesetzliche Krankenversicherung
Oder private Krankenversicherung, wenn im
Versicherungsvertrag enthalten



Zweck der Maßnahme

persönliche Voraussetzungen

- Verhinderung der Schwächung der Gesundheit mit Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung oder
- Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes (Bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nur stationäre Maßnahme!)

Die Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur wird bei Erfüllung folgender persönlicher Voraussetzungen gewährt:

- Schwächung der Gesundheit (körperlich, psychisch oder geistig) mit der Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes,
- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheiten,
- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Zweck der Maßnahme

persönliche Voraussetzungen

- Verhinderung der Schwächung der Gesundheit mit Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung oder
- Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes (Bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nur stationäre Maßnahme!)

Wunschlinik

Wunschlinik

Muss angemessen und medizinisch sinnvoll sein, bei Zuständigkeit GKV muss Versorgungsvertrag gem. § 111 a SGB V mit Klinik bestehen

Die Formulierung Wunsch- und Wahlrecht suggeriert, dass der Patient ein alleiniges Entscheidungsrecht über die Klinik habe. Obwohl dies unzutreffend ist, hat der Patient maßgeblichen Einfluss auf die Auswahl der Klinik, in der die Maßnahme stattfindet.

Nach § 33 SGB I muss der Kostenträger Wünschen des Patienten bei der Klinikauswahl folgen, sofern diese angemessen und medizinisch sinnvoll sind. Darüber hinaus ist bei der Auswahl der Vorsorgeeinrichtung die persönliche Lebenssituation des Versicherten (Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse/weltanschauliche Bedürfnisse) gemäß **§ 9 SGB IX** zu berücksichtigen. Sofern die Wunschlinik **medizinisch besser geeignet** ist, was durch ergänzende (fach-)ärztliche Atteste begründet werden kann, und über einen Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V verfügt, haben Versicherte gute Chancen, diese auch gegen einen anderen Vorschlag der Krankenkasse durchzusetzen.

Krankenkassen verlangen immer häufiger zum Teil beträchtliche Zuzahlungen für die Bewilligung der Wunschlinik, obwohl Versicherte medizinische Gründe und / oder zwingende persönlich zu beachtende Gründe vorgebracht und mittels Attesten dargelegt haben. Derartige Zuzahlungsverlangen sind rechtswidrig. Es gilt das Sachleistungsprinzip, weshalb Versicherte für eine Leistung in einer Klinik, mit der ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 a SGB V besteht, nicht zur Tragung von Mehrkosten verpflichtet werden dürfen.

Eine Rechtsgrundlage für Zuzahlungsverlangen wie bei den Behandlungsformen Anschlussheilbehandlung, Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren und Kinderrehabilitation gibt es nicht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Wunschlinik

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Wunschlinik

Muss angemessen und medizinisch sinnvoll sein, bei Zuständigkeit GKV muss Versorgungsvertrag gem. § 111 a SGB V mit Klinik bestehen

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

Kostenzusage/ Genehmigung der Behandlung
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, sollte zunächst geprüft werden, ob die Ablehnung eine Rechtsmittelfrist enthält. Die Frist für den Widerspruch beträgt in der Regel einen Monat ab Zugang des Schreibens. Für eine sichere Berechnung sollte der Folgetag des im Bescheid genannten Datums als Fristbeginn gewählt und notiert werden (Beispiel: Schreiben vom 01.06., zugegangen am 02.06. = Fristablauf am 02.07). Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten. Eine Begründung des Widerspruchs kann jedoch auch später beim Kostenträger nachgereicht werden.

Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollte ggf. im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangt werden, damit eine kritische Auseinandersetzung des behandelnden Arztes und des Patienten mit dem MDK-Gutachten möglich ist.

Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen auch ohne eine Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Für die Einzelheiten und Musterschreiben steht Ihnen gerne der Arbeitskreis Gesundheit zur Verfügung.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)



Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Sofern der Widerspruch durch (fach-)ärztliche Atteste begründet bzw. ergänzt wird, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die beantragte Maßnahme. Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, dass diese sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzt. Oft kranken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- lapidar behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der medizinisch festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht genauer benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in vorliegenden Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in die Wunschklinik ohne nähere Prüfung von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Der Patient hat in dem Verfahren gewisse Mitwirkungspflichten. Das heißt jedoch nicht, dass er sich in einem Beratungsgespräch zwangsläufig den Wünschen seines Kostenträgers beugen muss.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch Abhilfe verschafft wird. In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme/ Kur

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen.
Verfahren dauern leider oft Jahre!

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).

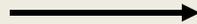


DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Behandlungsform

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur
Verhindert, dass gesundheitliche Beeinträchtigung entsteht



Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel gesetzliche Krankenversicherung
Oder private Krankenversicherung, wenn im Versicherungsvertrag enthalten

Ein versehentlich an den falschen Kostenträger eingereicherter Antrag muss vom Empfänger an den richtigen weitergeleitet werden!

Vorsorgeleistungen und Kuren sollen die Entstehung von Krankheiten verhüten. Auch sie können unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in einer Klinik erbracht werden. Unter diese Vorsorgekuren fallen auch Maßnahmen der medizinischen Vorsorge. Kostenträger ist regelmäßig die gesetzliche Krankenversicherung, in Ausnahmefällen auch die private Krankenversicherung.

Der volljährige Patient muss wie bei der medizinischen Rehabilitation grundsätzlich eine kalendertägliche Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR leisten und kann bei Erreichen der Überforderungsgrenze befreit werden. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden keine Zuzahlungen erhoben.

Die **Fahrtkosten** zur Vorsorgeklinik werden erstattet. Während der Maßnahme ist kein Urlaub zu nehmen, Versicherte erhalten in diesem Zeitraum Entgeltfortzahlung.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Kosten-/Leistungsträger/Wer zahlt?

In der Regel gesetzliche Krankenversicherung
Oder private Krankenversicherung, wenn im
Versicherungsvertrag enthalten



Zweck der Maßnahme

persönliche Voraussetzungen

- Verhinderung der Schwächung der Gesundheit mit Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung oder
- Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes (Bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nur stationäre Maßnahme!)

Die Vorsorgekur ist mittlerweile Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung und wird bei Erfüllung folgender persönlicher Voraussetzungen gewährt:

- Schwächung der Gesundheit (körperlich, psychisch oder geistig) mit der Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes,
- zur Verhütung von Krankheiten,
- zur Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheiten,
- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Zweck der Maßnahme

persönliche Voraussetzungen

- Verhinderung der Schwächung der Gesundheit mit Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsentwicklung oder
- Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten/ Pflegebedürftigkeit
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes (Bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nur stationäre Maßnahme!)

Wunschlinik

Wunschlinik

Muss angemessen und medizinisch sinnvoll sein, bei Zuständigkeit GKV muss Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V mit Klinik bestehen

Die Formulierung Wunsch- und Wahlrecht suggeriert, dass der Patient ein alleiniges Entscheidungsrecht über die Klinik habe. Obwohl dies unzutreffend ist, hat der Patient maßgeblichen Einfluss auf die Auswahl der Klinik, in der eine Vorsorgemaßnahme stattfindet.

Nach § 33 SGB I muss der Kostenträger Wünschen des Patienten bei der Klinikauswahl folgen, sofern diese angemessen und medizinisch sinnvoll sind. Darüber hinaus ist bei der Auswahl der Einrichtung die persönliche Lebenssituation des Versicherten (Alter, Geschlecht, Familie sowie religiöse/weltanschauliche Bedürfnisse) gemäß **§ 9 SGB IX** zu berücksichtigen. Sofern die Wunschklinik **medizinisch besser geeignet** ist, was durch ergänzende (fach-)ärztliche Atteste begründet werden kann, und über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V verfügt, haben Versicherte gute Chancen, diese auch gegen einen anderen Vorschlag der Krankenkasse durchzusetzen.

Krankenkassen verlangen immer häufiger zum Teil beträchtliche Zuzahlungen für die Bewilligung der Wunschklinik, obwohl Versicherte medizinische Gründe und / oder zwingende persönlich zu beachtende Gründe vorgebracht und mittels Attesten dargelegt haben. Derartige Zuzahlungsverlangen sind rechtswidrig. Es gilt das Sachleistungsprinzip, weshalb Versicherte für eine Leistung in einer Klinik, mit der ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V besteht, nicht zur Tragung von Mehrkosten verpflichtet werden dürfen.

Eine Rechtsgrundlage für Zuzahlungsverlangen wie bei den Behandlungsformen Anschlussheilbehandlung, Medizinische Rehabilitation/ Heilverfahren und Kinderrehabilitation gibt es nicht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Wunschlinik

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Wunschlinik

Muss angemessen und medizinisch sinnvoll sein, bei Zuständigkeit GKV muss Versorgungsvertrag gem. § 111 SGB V mit Klinik bestehen

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschlinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)

Kostenzusage/ Genehmigung der Behandlung
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Es wird immer wieder berichtet, dass Kostenträger nicht ordnungsgemäß mit Anträgen umgehen. Wenn der Kostenträger den Antrag ablehnt, sollte zunächst geprüft werden, ob die Ablehnung eine Rechtsmittelfrist enthält. Die Frist für den Widerspruch beträgt in der Regel einen Monat ab Zugang des Schreibens. Für eine sichere Berechnung sollte der Folgetag des im Bescheid genannten Datums als Fristbeginn gewählt und notiert werden (Beispiel: Schreiben vom 01.06., zugegangen am 02.06. = Fristablauf am 02.07). Die Widerspruchsfrist ist zwingend einzuhalten. Eine Begründung des Widerspruchs kann jedoch auch später beim Kostenträger nachgereicht werden.

Da sich ablehnende Entscheidungen oft auf Entscheidungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen, sollte ggf. im Wege der Akteneinsicht Auskunft über das MDK-Gutachten verlangt werden, damit eine kritische Auseinandersetzung des behandelnden Arztes und des Patienten mit dem MDK-Gutachten möglich ist.

Immer wieder verschicken Kostenträger Ablehnungen auch ohne eine Rechtsmittelbelehrung. Die Betroffenen wissen oft nicht, wie Sie hiergegen vorgehen sollen. Es empfiehlt sich, den Kostenträger ausdrücklich zur Zustellung einer „rechtsmittelfähigen Entscheidung“ aufzufordern. Für die Einzelheiten und Musterschreiben steht Ihnen gerne der Arbeitskreis Gesundheit zur Verfügung.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Ablehnung der beantragten Maßnahme durch Bescheid

Insgesamt oder teilweise Ablehnung wegen Kosten, Zuzahlung oder Wunschklinik
Hinweis: Eingangsfrist notieren, Beginn der Rechtsmittelfristen! (1 Monat für Widerspruch, 1 Monat für Klage)



Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Sofern der Widerspruch durch (fach-)ärztliche Atteste begründet bzw. ergänzt wird, geben die Kostenträger in vielen Fällen nach und gewähren die beantragte Maßnahme. Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, dass diese sich inhaltlich mit der ablehnenden Entscheidung auseinandersetzt. Oft kranken die ablehnenden Entscheidungen daran, dass

- lapidar behauptet wird, ambulante Maßnahmen würden ausreichen, ohne dies zu begründen und ohne sich mit der medizinisch festgestellten stationären Behandlungsbedürftigkeit auseinanderzusetzen,
- pauschal auf ambulante Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen wird, die in Wirklichkeit nicht bestehen und auch nicht genauer benannt sind, oder die zwar bestehen, aber in vorliegenden Fall nicht geeignet sind, weil die ambulante Behandlung keinen Erfolg gebracht hat,
- die vorgeschlagene Klinik ablehnen, ohne sich ordnungsgemäß mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten auseinanderzusetzen. Insbesondere darf die vorgeschlagene Klinik, sofern sie medizinisch besser geeignet ist, nicht mit der Begründung abgelehnt werden, dass der Kostenträger einen Vertrag mit einer anderen Klinik habe, eine andere Klinik günstiger sei etc.
- die Einweisung in die Wunschklinik ohne nähere Prüfung von einer Zuzahlung abhängig gemacht wird.

Der Patient hat in dem Verfahren gewisse Mitwirkungspflichten. Das heißt jedoch nicht, dass er sich in einem Beratungsgespräch zwangsläufig den Wünschen seines Kostenträgers beugen muss.

Neben der form- und fristgerechten Erhebung des Widerspruchs sind bei der Durchsetzung der Rechte im Widerspruchsverfahren Durchsetzungsvermögen, Hartnäckigkeit und Fingerspitzengefühl nützlich, da der Klageweg viel Zeit in Anspruch nimmt, wenn dem Begehren nicht schon durch den Widerspruch Abhilfe verschafft wird. In Sonderfällen kann der Anspruch im einstweiligen Rechtsschutz gerichtlich durchgesetzt werden, wenn z. B. durch die Nichtgewährung der Maßnahme eine konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten droht.



DER WEG ZU IHRER REHABILITATION bei der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung

Vorsorgeheilbehandlung/ Kur

Reha-Antrag abgelehnt! Kur-Antrag abgelehnt! Was nun?

Widerspruch gegen Ablehnung oder teilweise Ablehnung

Hinweise:

- Akteneinsicht in medizinische Unterlagen beantragen
- Begründung mit Arzt besprechen und im Zweifel zusätzlich Rechtsrat einholen
- bei wiederholter Ablehnung: rechtsmittelfähige Entscheidung verlangen!

Klage beim zuständigen Sozialgericht gegen abgelehnten Widerspruchsbescheid
Rechtsmittelfrist beachten und Rechtsrat einholen.
Verfahren dauern leider oft Jahre!

**Kostenzusage/ Genehmigung der
Behandlung**
Mitteilung Beginn der Maßnahme

Für eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung des Kostenträgers unbedingt einen für diese Fälle kompetenten Rechtsanwalt einschalten (im Medizin- bzw. Sozialrecht versiert).

