

Können Vertragsärzte die Reha-Klinik bestimmen, in der ihre Patienten behandelt werden sollen?



Es ist für Ärzte schwieriger geworden, ihren Patienten zur Behandlung in einer Reha-Klinik zu verhelfen, von denen es ca. 600 von den Krankenkassen belegten Kliniken gibt. Bei der Wahl der Klinik ist die Empfehlung der niedergelassenen Ärzte der zentrale Punkt.

Ambulante und stationäre Reha in der GKV

Ist die ambulante Behandlung zur Krankenbehandlung oder zur medizinischen Reha nicht ausreichend, gewährt die Krankenkasse eine stationäre Reha in einer Einrichtung, mit der sie einen Versorgungsvertrag hat.

Ermessensentscheidung der Krankenkasse bleibt weiterhin bestehen

Publikationen informieren darüber, dass Patienten seit dem 1. April 2007 nach dem GKV-WSG eigenständig eine Rehabilitationseinrichtung auswählen könnten, wenn diese zertifiziert sei (z.B. Hibbeler, Rehabilitation: Krankenkassen in der Pflicht, Deutsches Ärzteblatt, 27.4.07, A 1136). Diese Veröffentlichungen decken sich nur teilweise mit der Rechtslage, denn nach wie vor gilt § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Danach bestimmt die Krankenkasse Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen und je nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls. Die Krankenkasse kann somit eine Reha-Einrichtung bestimmen, die den Wünschen des Versicherten nicht entspricht. Die Schlüsselrolle bleibt wie bisher beim Vertragsarzt, wenn Patienten aus medizinischen Gründen in einer bestimmten Klinik behandelt werden wollen und sollen.

Nur die Behandlung in einer bestimmten Klinik kann zweckmäßig und wirtschaftlich sein

Während die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Anlage 2 Teile A, B, C, D, Reha-RiLi) eine Einweisung in eine bestimmte Einrichtung nicht vorsieht, kann es aber zweckmäßig und wirtschaftlich sein, die Behandlung in einer bestimmten Klinik durchzuführen.

Kein Vorrang für eigene Häuser der Krankenkassen

Die Krankenkasse kann in ihrem Ermessensrahmen eine eigene Reha-Einrichtung für die Behandlung des Versicherten bestimmen. Bei Umständen, die die Behandlung in einer anderen Klinik erfordern, sind Krankenkassen daran gebunden, eine Reha-Einrichtung zu finden, deren Leistungsangebote den speziellen Bedürfnissen des Versicherten am ehesten entspricht (BSG, Urteil v. 23.7.02, Az: B 3 KR 63/01 R).

Rechtswidrig ist in einem solchen Fall dann eine Begründung, wie sie von der BEK gegenüber einer Versicherten erfolgt ist: „Wir möchten Ihnen mitteilen, dass stationäre Reha-Maßnahmen, für die die Barmer die Kosten übernimmt, vorrangig in eigenen Vertragseinrichtungen der Kassen durchzuführen sind. Da wir zurzeit freie Kapazitäten in unseren Vertragskliniken haben, müssen wir diese zunächst ausschöpfen.“

Angemessene Wünsche der Versicherten sind zu berücksichtigen

Nach § 2 Abs. 8 Reha-RiLi ist bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Reha und deren Ausführung den berechtigten Wünschen des Versicherten zu entsprechen. Es gibt verschiedene Normen des SGB V, die den An-

spruch des Patienten auf Behandlung in einer bestimmten Reha-Klinik unterstützen (z.B. § 2 Abs. 4: Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht ... werden.). Die Höhe des Pflegesatzes ist ebenso von der Krankenkasse in ihre Entscheidung mit einzubeziehen. Gerade private Träger sind hier manchmal vergleichsweise kostengünstig.

Checkliste für den Vertragsarzt

- Notwendigkeit der Heilbehandlung in einer bestimmten Klinik schon vor einer Stichprobenprüfung durch den MDK und vor Entscheidung der Krankenkasse anhand medizinischer Gesichtspunkte begründen.
- Oder als Alternative zur ausführlicheren Begründung als Anlage zur „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Anlage 2 Reha-RiLi) Ausführungen im Verordnungsformular (Teil D) (IX. Sonstige Angaben; A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung) machen.
- Begründung zum therapeutischen Konzept im Verordnungsformular (D) formulieren („X. Zusammenfassende Wertung; B. Inhaltliche Schwerpunkte; C. Zum Erreichen des individuellen Reha-Ziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen“).
- Wunsch des Patienten auf Behandlung in der genannten Klinik ins Verordnungsformular (Teil D) aufnehmen (X. Zusammenfassende Wertung; F. Besondere Hinweise).
- Schriftliche Erklärung des Patienten gegenüber der Krankenkasse über sein Einverständnis und seinen Willen, allein in der bestimmten Klinik die Reha als Sachleistung zu erhalten.
- Patienten vertreten ihren Wunsch auf Behandlung in einer bestimmten Klinik auch persönlich oder telefonisch gegenüber dem zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkasse.

Medizinisches Behandlungskonzept ist mitentscheidend

Besteht eine Verzahnung zwischen vor-
hergehender ambulanter Behandlung,
stationärer Reha-Behandlung und an-
schließender Nachsorge, wäre es un-
wirtschaftlich und rechtswidrig, wenn
der Patient für die stationäre Reha-Be-
handlung aus diesem therapeutischen
Konzept herausgerissen würde. Dadurch
könnte dem Patienten sogar ein Scha-
den zugefügt werden. § 14 Abs. 1 Reha-
RiLi ist die dazugehörige Norm.

Mögliche Begründungen für die Auswahl einer bestimmten Reha-Klinik:

- Medizinisches Konzept der Kli-
nik ist (zumindest in diesem Fall)
– möglicherweise allein – geeignet,

die Chance auf einen Behandlungser-
folg zu gewährleisten, so die Ein-
schätzung der ambulant betreuenden
Vertragsärzte.

- Subjektive Akzeptanz (psychische
Aspekte) der Heilbehandlung sei-
tens des Patienten erfordert Einwei-
sung in eine bestimmte Klinik (evtl.
mit begleitender Stellungnahme eines
Neurologen/Psychiaters).
- Medizinisches Gesamtkonzept (am-
bulant und stationär) erfordert wegen
der vorbereitenden und geplanten fol-
genden ambulanten Heilbehandlung
des Patienten Einweisung in die be-
stimmte Klinik, auch wegen Unwirt-
schaftlichkeit.
- Multimorbidität erfordert Zu-
sammenarbeit verschiedener Fach-
abteilungen, z.B. Urologie und In-
nere Medizin.

Ermessensreduzierung auf Null = Anspruch des Patienten

So kann sich das Auswahlermessen
der Krankenkasse im Rahmen von
§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V nach den
zuvor geschilderten Umständen prak-
tisch auf Null reduzieren. Und dann
hat der Patient einen Rechtsanspruch
auf Behandlung in einer bestimmten
Klinik. Ein Anspruch der Kranken-
kasse, in ein ihr genehmes (eigenes)
Haus einzuweisen, besteht in solchen
besonderen Fällen nicht. ◀

Dr. jur.
Frank A. Stebner
(Salzgitter)
Fachanwalt für
Medizinrecht
www.drstebner.de

