

Dr. jur. Frank A. Stebner

# Stationäre medizinische Rehabilitation – Ein praktischer Ratgeber für Vertragsärzte

Ein Service der Reha-Klinik Schloss Hamborn

REHA-KLINIK SCHLOSS HAMBORN



SCHLOSS HAMBORN

Ganzheitliche Therapie auf  
der Grundlage anthroposophisch  
erweiterter Medizin und  
naturgemäßer Heilweisen

## Vorwort

„16 Stunden Fortbildung für ein Reha-Formular: Ich bin kein Arzt für Formularwesen!“ schreibt Hausarzt Dr. Drews in seiner Kolumne (Medical Tribune vom 27. Oktober 2006). Gerade wenn eine Krankenkasse Kostenträgerin ist, ist es für Vertragsärzte seit den Rehabilitations-Richtlinien vom 16. März 2004 komplizierter geworden, ihren Patienten zum notwendigen Aufenthalt in einer der ca. 600 von den Krankenkassen belegten Reha-Kliniken (Ärzte-Zeitung vom 2. Juni 2005) zu verhelfen. „Bei der Wahl der Klinik kommt der Empfehlung durch niedergelassene Ärzte die zentrale Rolle zu. Auch wenn Patienten immer öfter selbst recherchieren und sich z. B. im Internet über das Leistungsangebot einer Klinik informieren, wird dies in Zukunft auch so bleiben“ (Patienten-Barometer 2006, Marktforschungsinstitut psychonomics; Ärzte-Zeitung vom 13. Februar 2007).

Es ist das Anliegen der Broschüre **Stationäre medizinische Rehabilitation – Ein praktischer Ratgeber für Vertragsärzte** eine Übersicht über das komplizierte Recht der Reha in der gesetzlichen Krankenversicherung und gesetzlichen Rentenversicherung zu bieten. Strukturen und Voraussetzungen der Reha werden verständlich dargestellt und bieten so Vertragsärzten eine praktische Hilfe in ihrer täglichen Arbeit zum Nutzen ihrer Patienten. Auch nach den Änderungen durch das GKV-WSG seit dem 1. April 2007 hat der Vertragsarzt nach wie vor die Schlüsselrolle, wenn Patienten aus medizinischen Gründen in einer bestimmten Klinik behandelt werden wollen und sollen. Das Kapitel Anspruch des Versicherten auf Versorgung in einer bestimmten Reha-Klinik bietet insbesondere Vertragsärzten eine gute Information zum Vorteil ihrer Patienten.

Diese Broschüre richtet sich in erster Linie an Vertragsärzte. Aber auch für andere im Gesundheitswesen Beteiligte – nicht zuletzt die Versicherten – will das Werk eine nützliche Informationsquelle sein.

Salzgitter, im Mai 2007

Frank A. Stebner

# Inhalt

<b>1. Medizinische Rehabilitation in Deutschland</b>	<b>4</b>
<b>2. Medizinische Rehabilitation in der GKV</b>	<b>6</b>
2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit	6
2.2 Rehabilitationsfähigkeit	7
2.3 Rehabilitationsprognose	7
2.4 Vorrang von Leistungen in der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung	7
2.5 Wartezeit	7
2.6 Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes	8
2.7 Entscheidung der Krankenkasse	8
2.8 Anspruch des Versicherten auf Versorgung in einer bestimmten Reha-Klinik	10
2.9 Verfahrensfragen und Kostenerstattung	12
2.10 Wenn es sein muss: Krankenkassenwechsel	13
<b>3. Medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Rentenversicherung</b>	<b>14</b>
3.1 Unterschiedliche Voraussetzungen in GRV und GKV	14
3.2 Ziele der medizinischen Reha	14
3.3 Persönliche Voraussetzungen der Versicherten	15
3.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	15
3.5 Abgrenzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung	16
3.6 Antragsverfahren	16
3.7 Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen	17
3.8 Ermessensausübung durch den Rentenversicherungsträger	17
3.9 Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation	19
<b>Anhang</b>	<b>20</b>
Rehabilitations-Richtlinien in der Gesetzlichen Krankenversicherung	
<b>Der Autor</b>	<b>22</b>
<b>Die Herausgeberin</b>	<b>22</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>22</b>

# 1. Medizinische Rehabilitation in Deutschland

Die Reha ist ein großer Bereich, die in den Zuständigkeitsbereich aller Versicherungsträger fällt. Hierzu gehören u. a. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Wiedereingliederung Behinderter. Zentral ist die medizinische Reha, die allgemein auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet ist und zur Zielerreichung vorwiegend medizinische Leistungen erfordert.

## Zur medizinischen Reha zählen u. a.:

- Ärztliche, zahnärztliche sowie Behandlungen durch andere Heilberufe, sofern deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht und Anordnung ausgeführt werden.
- Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt.
- Kuren (Kinderheilbehandlungen, Medizinische Reha für Mütter und Väter, Onkologische Nachsorgeleistungen, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).
- Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie.
- Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich deren notwendiger Änderung, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung und gebräuchlicher Ausbildung hierfür.
- Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Darunter fallen vorwiegend nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit sie unter ärztlicher Verantwortung oder durch interdisziplinäre Frühförderstellen erbracht werden.
- Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen.
- Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder bis 12.
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung.
- Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke.
- Stufenweise Wiedereingliederung.
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung (Erhalt und Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten und Belastbarkeit im Arbeitsleben).
- Berufsfindung und Arbeitserprobung.
- Leistungen zur Teilhabe Behinderter am Arbeitsleben.
- Geriatrische Reha für ältere Menschen.
- Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, wie z. B. Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten, Reha-Sport und Funktionstraining, Reisekosten, Übergangsgeld.

betaListe, Lexikon für Sozialfragen, 6. Ausgabe 2006

## Rehabilitationsträger

Die medizinische Reha fällt in die Zuständigkeit aller Träger der Sozialversicherung:

- Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung;
- Berufsgenossenschaften in der gesetzlichen Unfallversicherung;
- Rentenversicherungsträger in der gesetzlichen Rentenversicherung.

## Patienten und Indikationen der medizinischen Rehabilitation

„Die wichtigsten Zielgruppen der medizinischen Reha sind Menschen mit chronisch körperlichen Erkrankungen, Körper- und Sinnesbehinderungen, psychischen Erkrankungen, geistigen Behinderungen und Drogen- und Alkoholabhängigkeiten. Die häufigsten Indikationen für Reha-Maßnahmen in Deutschland sind bei Männern Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Herz-Kreislaufkrankungen sowie psychische Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen. Bei Frauen sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen und Tumorerkrankungen die häufigsten Indikationen“ (Koch et al., Versorgung mit Rehabilitationsleistungen, in Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. Auflage 2006, 1011).

## Bedeutung und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation

Einerseits ist ein Rückgang der Zahl der Anträge und Bewilligungen auf Maßnahmen zur stationären medizinischen Reha bei den Rentenversicherungsträgern in den vergangenen Jahren zu konstatieren (Deutsches Ärzteblatt, 11. März 2005, A636). Unverändert sind die Rentenversicherungsträger, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung Bund (früher BfA) und die Deutsche Rentenversicherung Bund Regionalstellen (früher LVA) der größte Kostenträger von Maßnahmen zur medizinischen Reha. Die Ausgaben unterliegen der Budgetdeckelung; sie müssen jährlich neu aufgrund der Entwicklung des Reha-Bedarfs und geänderter gesetzlicher Rahmenbedingungen kalkuliert und festgelegt werden (Deutsches Ärzteblatt, a.a.O.).

Andererseits ändert sich durch das „zunehmende Durchschnittsalter das Krankheitsspektrum und wächst der Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen. Die Fortschritte in der Akutmedizin lassen Menschen immer schwerere Ereignisse zwar überleben, aber mit teilweise gravierenden Einschränkungen. Außerdem nimmt der Anteil chronischer Erkrankungen zu. Dadurch steigt der Anteil an Menschen, die mit Hilfe der Reha lernen müssen, mit vorhandenen Einschränkungen so gut wie möglich zu leben“ (Clausing, Zukunft der Rehabilitation – Vision und Wirklichkeit, in Lexikon Gesundheitsmarkt, Stand September 2006). „Diese Entwicklungen dürften einen weiteren Anstieg des Bedarfs an rehabilitativen Leistungen nach sich ziehen. Gleichzeitig ist vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Entwicklung mit stagnierenden oder gar abnehmenden finanziellen Ressourcen für diesen Bereich zu rechnen“ (Koch et al., a.a.O., 1019). Wichtig ist es deshalb, dass Versicherte ihre Rechte kennen und ihnen Vertragsärzte optimal zur erforderlichen medizinischen Versorgung in der Reha verhelfen können.

## **Ambulante und stationäre Reha in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Reicht zur Krankenbehandlung oder zur medizinischen Reha die ambulante Behandlung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt nicht aus, gewährt die Krankenkasse nach den gesetzlichen Vorschriften die erforderlichen Leistungen in Form einer ambulanten Reha-Maßnahme (§ 40 Abs. 1 SGB V). Die ambulante Reha-Leistung erbringt die Krankenkasse in einer Reha-Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Soweit es für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist, wird die ambulante Reha-Leistung auch in wohnortnahen Einrichtungen erbracht. Wenn auch die ambulante Reha nicht ausreicht, gewährt die Krankenkasse ebenfalls unter den gesetzlichen Voraussetzungen stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Reha-Einrichtung, mit der sie einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen hat (Bundesministerium für Gesundheit, Übersicht über das Sozialrecht, 2005, 174). Durch das GKV-WSG ist die Wahlmöglichkeit der Versicherten erweitert worden. Nach der neuen Fassung von § 40 Abs. 2 Satz 2 kann der Versicherte auch eine zertifizierte Einrichtung wählen, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Allerdings hat er dann die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.

Die stationären Leistungen der medizinischen Reha dominieren (in der Rentenversicherung haben sie einen Anteil von mehr als 90 % der Behandlungen [Egner, Ambulante Rehabilitation, in Deutsches Ärzteblatt vom 15. Dezember 2006, A 3374]) Nach Egner liegt die untergeordnete Rolle der ambulanten Reha vor allen Dingen daran, dass viele Patienten nicht die Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung erfüllen und es nicht für alle Indikationen genügend ambulante Angebote gibt.

## **Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der medizinischen Reha in der gesetzlichen Rentenversicherung**

- § 9 SGB VI: Anspruch des Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Reha (Ermessen des RV-Trägers);
- § 10 SGB VI: Persönliche Voraussetzungen;
- § 11 SGB VI : Versicherungsrechtliche Voraussetzungen;
- § 12 SGB VI: Ausschluss;
- § 13 Abs. 1 SGB VI: Rentenversicherungsträger bestimmt unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen – Einschränkung der freien Arztwahl.

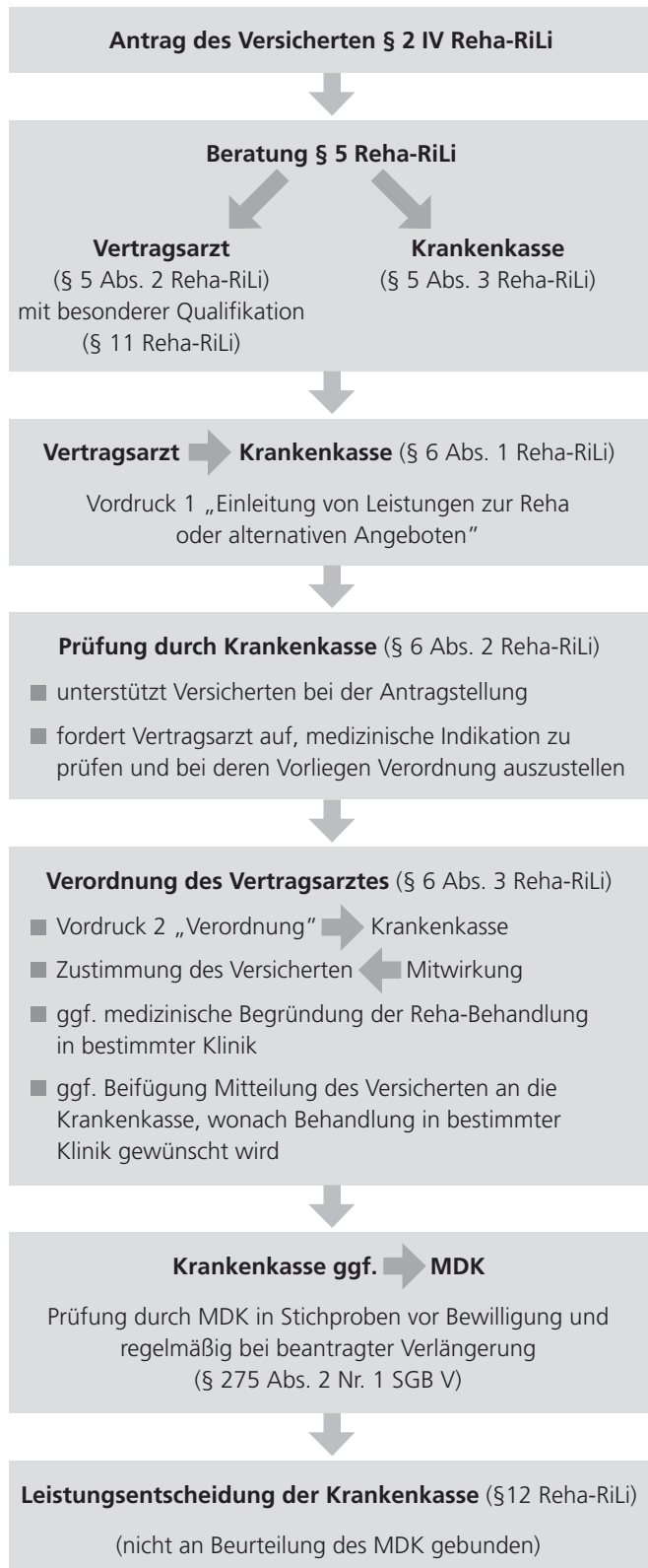
## **Die wichtigsten Rechtsgrundlagen der medizinischen Reha in der GKV**

- § 11 Abs. 2 SGB V: Anspruch des Versicherten auf Leistungen zur medizinischen Reha;
- § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V: Anspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung, die Leistungen zur medizinischen Reha und ergänzende Leistungen umfasst;
- § 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Reha;
- § 41 SGB V: Medizinische Reha für Väter und Mütter;
- § 42 SGB V: Belastungserprobung und Arbeitstherapie;
- § 43 SGB V: Ergänzende Leistungen zur Reha;
- § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 und Abs. 5 SGB V: Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Erlass von Richtlinien über Leistungen der medizinischen Reha (Rehabilitations-Richtlinien);
- § 111 SGB V: Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen;
- § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V: Begutachtung und Beratung durch den MDK.

## 2. Medizinische Rehabilitation in der GKV

Die medizinische Reha ist in der GKV eine besondere Form der Leistungen neben den Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Ein allgemein formulierter Anspruch auf Reha-Leistungen ergibt sich aus § 11 Abs. 2 SGB V. Eine differenzierte Ausgestaltung der Ansprüche der Versicherten ist in §§ 40 bis 43 SGB V aufgenommen.

### Der Weg des Patienten in die stationäre medizinische Reha



### 2.1 Rehabilitationsbedürftigkeit

Die Voraussetzungen für Reha-Leistungen fixiert grundsätzlich § 11 Abs. 2 SGB V, wobei die Reha keine Krankenhausleistungen ersetzen soll (BT – Drs. D 14/1245, S. 66).

#### § 11 Abs. 2 SGB V

Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des 9. Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

Die Konkretisierung der Reha-Bedürftigkeit erfolgt in § 8 Reha-RiLi.

#### § 8 Reha-RiLi

Reha-Bedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die in absehbarer Zeit eine Beeinträchtigung der Teilhabe droht oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Reha erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

#### Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Behandlungsziele

„Der zentrale Begriff bei der Prüfung der Voraussetzungen einer medizinischen Reha ist nicht wie sonst im Leistungsrecht des SGB V die Krankheit, sondern die Behinderung bzw. die Pflegebedürftigkeit. Beide Begriffe sind außerhalb des SGB V geregelt; Behinderung und Pflegebedürftigkeit sind spezieller Gegenstand des SGB IX bzw. des SGB XI. Behindert sind nach der Definition in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX Menschen, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Pflegebedürftig hingegen sind nach § 14 Abs. 1 SGB XI Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder erhöhtem Maße der Hilfe bedürfen“ (Fastabend, Schneider, Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rdnr. 244).

Wie bei der ambulanten Reha nach § 40 Abs. 1 SGB V sind die Behandlungsziele der stationären Reha in § 11 Abs. 2 SGB V beschrieben. Durch die Textfassung seit 2000 ist klargestellt, dass Reha-Leistungen aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen und Inhalte nicht mehr Krankenhausbehandlungen ersetzen können (BT-Drs. 14/1245 S. 66). Im Krankenhaus steht die intensive, aktive und umfassende ärztliche Behandlung im Vordergrund, während Reha-Maßnahmen durch ärztlich verordnete und überwachte Anwendungen und Therapien vorwiegend durch andere Heilberufe geprägt werden (Kasseler Kommentar - Wagner, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 19 zu § 40 SGB V).

### Notwendigkeit der stationären Behandlung

Die stationäre Reha in einer Reha-Einrichtung darf nach § 40 Abs. 2 SGB V nur gewährt werden, wenn eine ambulante oder teilstationäre Reha nach § 40 Abs. 1 SGB V nicht ausreicht. Unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (12 § Abs. 1 SGB V; § 1 Abs. 3 Reha-RiLi) ist die stationäre Reha subsidiär.

### 2.2 Rehabilitationsfähigkeit

Eine Reha kommt für Versicherte nur dann in Betracht, wenn sie hierzu auch fähig sind. Eine Konkretisierung erfolgt in § 9 Reha-RiLi.

#### § 9 Reha-RiLi

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

### 2.3 Rehabilitationsprognose

Der Vertragsarzt, der die „Einleitung von Leistungen zur Reha oder alternativen Angeboten“ (Fragebogen Anlage 1 Reha-RiLi) veranlasst, muss eine positive Reha-Prognose für den Versicherten angeben und bei der Verordnung erneut feststellen (Fragebogen Anlage 2 Reha-RiLi). Näheres ist in § 10 Reha-RiLi geregelt.

#### § 10 Reha-RiLi

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

### 2.4 Vorrang von Leistungen in der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung

Nach § 40 Abs. 4 SGB V haben Versicherte nur Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse, wenn sie von anderen Trägern der Sozialversicherung nicht erbracht werden können. Ein Anspruch auf Reha-Leistungen in der GKV besteht nicht, wenn entsprechende Leistungen des Rentenversicherungsträgers (vgl. dazu unten 3.5) oder vom Unfallversicherungsträger nach § 33 SGB VII erbracht werden können. Kein Nachrang der GKV-Reha gegenüber Leistungen der Rentenversicherungsträger besteht nach § 31 SGB VII bei sonstigen Leistungen. Hierzu zählen z. B. Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen sowie die stationäre Heilbehandlung von Kindern der Versicherten oder Rentner. Die Rechtsprechung hat die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger angenommen u. a. bei Sprachstörungen, Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit sowie bei Drogenlangzeittherapien (Krauskopf-Wagner, Soziale Krankenversicherung, Rdnr. 21 zu § 40 SGB V).

### 2.5 Wartezeit

Stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB V). Anzurechnen sind

- ambulante Reha-Leistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V);
- stationäre Reha-Maßnahmen (§ 40 Abs. 2 SGB V);
- medizinische Reha für Mütter und Väter (§§ 24, 41 SGB V);
- Reha-Maßnahmen nach § 15 SGB VI sowie § 10 Abs. 1 ALG i.V.m. § 15 SGB VI;
- sonstige Leistungen der Reha nach § 31 SGB VI sowie § 10 Abs. 1 ALG i.V.m. § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 5, § 31 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB VI;
- stationäre Behandlung in Reha-Einrichtungen nach §§ 33, 34 SGB VII;
- Reha-Maßnahmen nach § 11 Abs. 1 Nr. 6 BVG;
- Kurmaßnahmen nach § 48 SGB XII und § 11 Abs. 2 BVG.

„Eine Änderung der vorgegebenen zeitlichen Grenzen ist nur bei dringender medizinischer Notwendigkeit möglich. Dafür reicht nicht aus, dass Rehabilitationsleistungen weiter oder schon wieder medizinisch indiziert sind. Ihre Fortsetzung oder kurzzeitige Wiederholung muss nötig sein, um eine ansonsten nicht wieder-gutzumachende Schädigung zu vermeiden“ (Fastabend, Schneider, Das Leistungsrecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rdnr. 251).



## 2.6 Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes

In § 11 Reha-RiLi sind besondere Qualifikationen festgelegt, die Vertragsärzte haben müssen, wenn sie nach dem 31. März 2007 Leistungen zur medizinischen Reha zulasten der GKV verordnen.

### § 11 Reha-RiLi

- (1) Die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfordern unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF. Aus diesem Grunde sind nur solche Vertragsärzte verordnungsberechtigt, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung besitzen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Qualifikation des Vertragsarztes zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Absatz' 2 vorliegen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene über die verordnungsberechtigten Ärzte.
- (2) Diese Genehmigung wird erteilt, wenn der Vertragsarzt:
- die Gebietsbezeichnung "Physikalische und Rehabilitative Medizin" besitzt oder
  - über die Zusatzbezeichnungen "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" oder über die fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" verfügt oder
  - eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder
  - im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) erstellt hat oder
  - an einer Fortbildung von 16 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist. Gegenstand dieser Fortbildung sind die Handhabung dieser Richtlinien, insbesondere Grundlagen der ICF und Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation. Die Inhalte der Fortbildung sind in einem Curriculum vorzugeben, auf das sich die Partner dieser Richtlinien verständigen.
- (3) Vertragsärzte, die nicht über eine dieser Zusatzqualifikationen verfügen, dürfen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 31. März 2007 verordnen.

## 2.7 Entscheidung der Krankenkasse

Über die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Formular „61“, Teile A, B, C, D, Anlage 2 Reha-RiLi) entscheidet die Krankenkasse.

### Stichproben-Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG am 1. April 2007 waren die Krankenkassen verpflichtet, vor der Entscheidung über den Antrag auf stationäre medizinische Reha eine Prüfung durch den MDK auf stationäre medizinische Reha eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen. Das GKV-WSG fasst § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V neu. Danach werden die Prüfungen durch den MDK eingeschränkt. Der MDK wird bei Erstanträgen stichprobenartig prüfen und „regelmäßig“ bei beantragter Verlängerung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Auftrag, in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichproben festzulegen. Er kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung).

### § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen die Notwendigkeit der Leistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichproben und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung).

### Reha-RiLi ist unwirksam

In § 2 Abs. 7 Reha-RiLi wurde die gesetzliche Bestimmung in der Fassung bis 31. März 2007 aufgegriffen. Die Krankenkasse wurde unter Verweis auf § 275 SGB V verpflichtet, obligatorisch bei Anträgen zur stationären medizinischen Reha die Notwendigkeit durch den MDK prüfen zu lassen. Die Neufassung von § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V durch das GKV-WSG reduziert die Prüfung des MDK auf Stichproben bei Erstanträgen. Selbst bei Anträgen auf Verlängerung der stationären Reha haben die Krankenkassen den MDK nur „regelmäßig“ prüfen zu lassen. Es besteht also auch bei Verlängerungsanträgen keine generelle Verpflichtung der Krankenkassen, diese dem MDK vorzulegen. Ergeben sich besondere Umstände, die eine solche Prüfung durch den MDK überflüssig machen, kann die Krankenkasse im Rahmen ihres pflichtgemäßen Ermessens ohne Beurteilung des MDK entscheiden.



Aus dem Rechtsstaatsprinzip fließt der Grundsatz des Vorrangs des Gesetzes. Die in der Selbstverwaltung der GKV durch den G-BA beschlossenen Reha-RiLi müssen mit höherrangigem Recht (SGB V) übereinstimmen. Ist dies nicht der Fall, sind sie bezogen auf die relevante Passage unwirksam. Die in § 2 Abs. 7 Reha-RiLi festgelegte obligatorische Einschaltung des MDK durch Krankenkassen bei jedem Antrag verstößt gegen die Neufassung von § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Die Krankenkassen sind deshalb nicht an § 2 Abs. 7 Reha-RiLi gebunden. Es wäre rechtswidrig, wenn eine Krankenkasse jeden Antrag dem MDK vorlegt.

### **Problem: Noch nicht erlassene Richtlinien vom Bund der Krankenkassen**

„Umfang und Auswahl der Stichproben legt der neu zu gründende Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest. Dieser wird aber seine Arbeit im Juli 2008 aufnehmen und kann demzufolge auch erst dann Kriterien für MDK-Prüfungen festlegen. Diese Rechtslage lässt Spielraum für ganz unterschiedliche Interpretationen. Während die Reha-Verbände auf eine sofortige Umsetzung pochen, haben es die Krankenkassen mit einer Neuregelung offenbar nicht so eilig“ (Hibbeler, Rehabilitation: Krankenkassen in der Pflicht, Deutsches Ärzteblatt, 27. April 2007, A 1136). Die Techniker Krankenkasse beispielsweise hat verlauten lassen, dass sich an der obligatorischen MDK-Begutachtung zunächst nichts ändere.

Für das Verwaltungshandeln der Krankenkassen gilt der ebenfalls aus dem Rechtsstaatsprinzip fließende Grundsatz „Kein Handeln gegen Gesetz“. Das SGB V ist deshalb für Krankenkassen unmittelbar wirksam. Der Wille des Gesetzgebers ist von Krankenkassen auch dann umzusetzen, wenn noch Ausführungsbestimmungen (hier: Richtlinien) fehlen. Der Wille des Gesetzgebers in § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist deshalb seit Inkrafttreten der neuen Fassung am 1. April 2007 von den Krankenkassen zu beachten und im Verwaltungshandeln unmittelbar umzusetzen. Eine Krankenkasse, die vor Erlass von Richtlinien durch den Bund der Krankenkassen an der Rechtslage vor dem 31. März 2007 festhält, handelt rechtswidrig.

### **Ärztlicher Behandlungsplan des vorbehandelnden Krankenhauses**

Problematisch kann in Einzelfällen sein, dass die Prüfung durch den MDK und die Entscheidung durch die Krankenkasse nach § 275 Abs. 2 SGB V nur unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes, der im vorbehandelnden Krankenhaus erstellt werden muss, erfolgen darf (Kamps, Kiesecker, Rechtsprobleme der stationären Rehabilitation, MedR 2002, 506).

### **Entscheidung durch die Krankenkasse**

Entgegen oft geäußerter Meinung trifft die Entscheidung über die Gewährung stationärer Reha ausschließlich und allein in eigener Verantwortung die Krankenkasse, wenngleich in ausgewählten Fällen unter Einbeziehung der Prüfung des MDK. Die Krankenkasse ist dabei nicht an die Beurteilung des MDK gebunden. Erfolgt ein ablehnender Bescheid der Krankenkasse, kann allein dieser durch Widerspruch des Versicherten angegriffen werden. Die Beurteilung des MDK wird lediglich inzidenter geprüft. Nach § 275 Abs. 5 Satz 2 SGB V sind die Ärzte des MDK nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Die alleinige Entscheidungskompetenz der Krankenkasse ergibt sich auch aus § 12 Reha-RiLi.

### **§ 12 Reha-RiLi**

- (1) Die Krankenkasse entscheidet auf der Grundlage
  - des Antrags des Versicherten
  - der Verordnung des Vertragsarztes
  - der Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
  - sowie falls erforderlich weiterer Unterlagen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Dabei sind die Fristen des § 14 SGB IX zu berücksichtigen.
- (2) Die Krankenkasse teilt dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt ihre Entscheidung mit und begründet ggf. Abweichungen von der Verordnung

### **Ermessensausübung durch die Krankenkasse**

Hinsichtlich der Voraussetzungen für die Reha (Behinderung, Behandlungsziele, Nachrang der stationären Reha, Wartezeit) hat die Krankenkasse kein Ermessen. Liegen die Voraussetzungen vor, haben Versicherte nach §§ 11 Abs. 2, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und insbesondere nach § 40 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf stationäre medizinische Reha. Die Entscheidung der Krankenkasse ist insoweit sozialgerichtlich voll prüfbar. Nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist der Krankenkasse jedoch ein Ermessen (Entscheidungsspielraum im Einzelfall) eingeräumt.

### **§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V**

Die Krankenkasse bestimmt nach den Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

### **Finanzielle Erwägungen sind nicht mehr möglich**

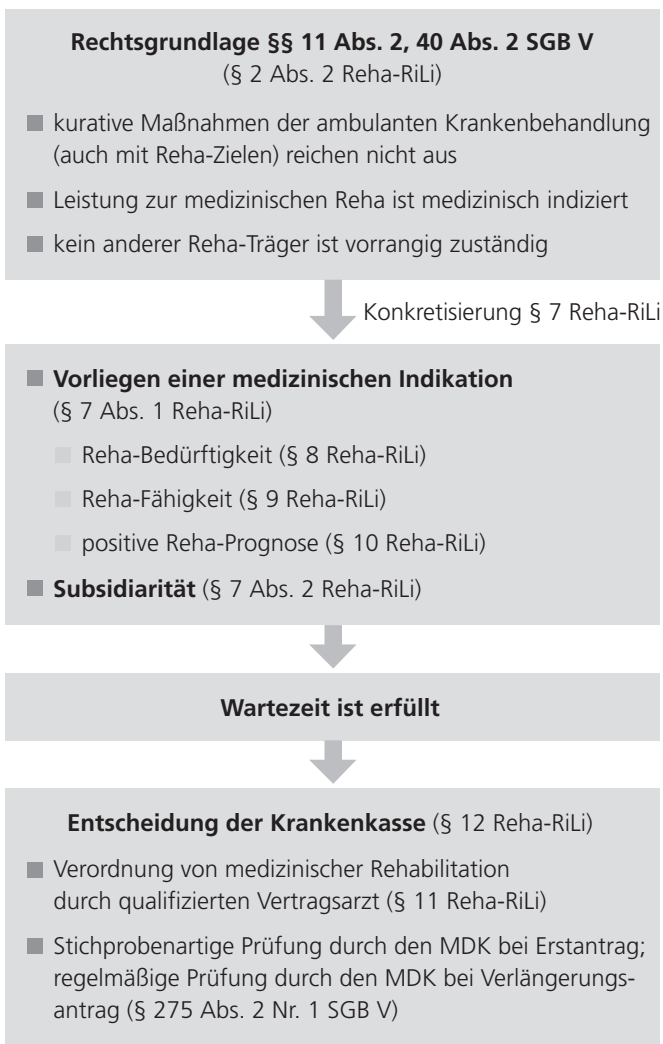
Die Rechtsprechung (BSG SozR 2200 § 1242 Nr. 3) ließ nach der Textfassung von § 40 Abs. 2 SGB V bis 31. März 2007 bei der Leistungsgewährung finanzielle Erwägungen der Krankenkasse zu. Reichten die zur Verfügung stehenden Mittel (Budgetierung des Ausgabeolumens der Krankenkassen nach § 23 Abs. 8 SGB V) voraussichtlich nicht für alle die Leistungsvoraussetzungen erfüllenden Antragsteller aus, mussten die notwendigen Einsparungen nach dem Normzweck bestimmt werden (Kasseler Kommentar - Höfler, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 20 zu § 40 SGB V). Die Krankenkasse durfte die Übernahme einer stationären Reha jedenfalls dann ablehnen, wenn andere Fälle dringlicher waren und sie den Versicherten andere Leistungen anbot (Fastabend, Schneider, Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rdnr. 259 m. w. N.).

Diese Rechtsprechung zur Auslegung von § 40 Abs. 2 SGB V ist nach der Fassung durch das GKV-WSG seit 1. April 2007 nicht mehr haltbar. Mit der Neufassung ist den Versicherten ein Rechtsanspruch auf stationäre medizinische Reha eingeräumt worden. Wie oben dargelegt, können sich Ermessenserwägungen der Krankenkasse nur auf die in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V genannten Umstände beziehen. Die genannten Umstände sind enumerativ. Eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse, die sich auf finanzielle Erwägungen stützt, ist als rechtswidrig einzustufen.

### Widerspruch und Klage

Das Auswahlermessen der Krankenkassen bezieht sich, wie dargelegt, nur auf das „Wie“ der Leistung, d. h. Art, Ort, Beginn, Dauer und sonstige Einzelheiten (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Der Bescheid der Krankenkassen kann insoweit durch Widerspruch vom Versicherten angegriffen werden. Ein negativer Widerspruchsbescheid, gegen den Klage beim Sozialgericht erhoben wird, kann durch das Gericht nur eingeschränkt geprüft werden (§ 39 SGB I, § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG).

### Anspruch des Versicherten auf stationäre medizinische Reha



### 2.8 Anspruch des Versicherten auf Versorgung in einer bestimmten Reha-Klinik

Erklärtes Ziel des GKV-WSG ist die „Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten“ (Beschluss des Deutschen Bundestages vom 8. Februar 2007 und Entschließung des Bundesrates vom 16. Februar 2007, jeweils Drucksache 75/07).

### Ermessensentscheidung der Krankenkasse bleibt auch nach neuer Rechtslage

Entsprechend wird veröffentlicht, Patienten könnten seit dem 1. April 2007 eigenständig eine Rehabilitationseinrichtung auswählen, wenn diese zertifiziert sei (beispielsweise Hibbeler, Rehabilitation: Krankenkassen in der Pflicht, Deutsches Ärzteblatt, 27. April 2007, A 1136). Diese Aussagen stimmen nur teilweise mit der Rechtslage überein. Wie bereits dargelegt (siehe oben 2.7.) haben Versicherte insbesondere nach § 40 Abs. 2 SGB V zwar einen Rechtsanspruch auf stationäre medizinische Rehabilitation. Nach wie vor gilt aber § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V, wonach die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Der Bescheid der Krankenkasse kann somit eine Rehabilitationseinrichtung bestimmen, die den Wünschen des Versicherten nicht entspricht. Nach wie vor hat deshalb der Vertragsarzt die Schlüsselrolle, wenn Patienten aus medizinischen Gründen in einer bestimmten Klinik behandelt werden wollen und sollen.

### Echte Wahlmöglichkeit nur bei Reha-Kliniken ohne Versorgungsvertrag

Durch das GKV-WSG ist erstmals die Möglichkeit geschaffen worden, dass Versicherte auch in Reha-Einrichtungen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen erhalten können. Neu eingefügt worden ist § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V: „Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen.“ Aus § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V lässt sich schließen, dass diese Wahlmöglichkeit bei Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V in dieser Deutlichkeit nicht besteht. § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V steht in Widerspruch zu § 111 Abs. 1 SGB V. Dort ist noch fixiert, dass Krankenkassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung nur in Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen dürfen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Erklärter Wille des Gesetzgebers ist es, Versicherten auch die Wahlmöglichkeit zu eröffnen, eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, frei zu wählen. Allerdings darf die Krankenkasse finanziell dadurch nicht belastet werden. Deshalb ist eine „Mehrkosten-Regelung“ eingeführt worden. Dass § 111 Abs. 1 SGB V durch das GKV-WSG nicht ebenso wie § 40 Abs. 2 SGB V geändert worden ist, muss als Redaktionsversehen des Gesetzgebers eingestuft werden. Die widersprüchlichen Textfassungen in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V und § 111 Abs. 1 SGB V schränken somit das Wahlrecht des Versicherten auf eine Reha-Einrichtung ohne Versorgungsvertrag nicht ein.

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

Die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Anlage 2 Teile A, B, C, D, Reha-RiLi) sieht eine Einweisung in eine bestimmte Einrichtung nicht vor. Es kann aber zweckmäßig und wirtschaftlich sein, wenn die Behandlung in einer bestimmten Klinik durchgeführt wird. Bei der Durchsetzung der Genehmigung der Behandlung in dieser Klinik kommt dem verordnenden Vertragsarzt eine Schlüsselrolle zu. Die Funktion des Arztes betont deshalb zu Recht auch das Bundesministerium Gesundheit (Informationsblatt [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de), Nr. 004, Stand April 2007, Seite 2: „Sie suchen eine Reha-Klinik? Fragen Sie am besten zuerst bei Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse nach – das sind die Experten für die Reha-Einrichtungen in Ihrer Region.“). Die Empfehlung der Klinik durch den niedergelassenen Arzt sei wichtig, berichtet die Ärzte-Zeitung vom 13. Februar 2007 (Patienten-Barometer 2006, Marktforschungsinstitut psychonomics). Auch wenn Patienten immer öfter selbst recherchierten und sich z. B. im Internet über das Leistungsangebot einer Klinik informierten, werde dies auch in Zukunft so bleiben.

## **Kein Vorrang für eigene Häuser der Krankenkassen**

Krankenkassen können eigene Reha-Einrichtungen betreiben (Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V). Im Rahmen ihres Ermessens kann die Krankenkasse eine solche Einrichtung als Ort für den Versicherten bestimmen. Ergeben sich jedoch Umstände, die die Behandlung in einer anderen Klinik nahe legen, sind Krankenkassen daran gebunden. Sie muss eine Reha-Einrichtung aussuchen, deren Leistungsangebote den speziellen Bedürfnissen des Versicherten am meisten entspricht (BSG, Urteil vom 23.07.2002, 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**

Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Reha und deren Ausführung ist nach § 2 Abs. 8 Reha-RiLi den berechtigten Wünschen des Versicherten zu entsprechen.

### **§ 2 Abs. 8 Reha-RiLi**

Bei der Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Ausführung wird den berechtigten Wünschen des Versicherten entsprochen (§ 9 Abs. 1 SGB IX).

## **Vorschriften des SGB V unterstützen Versicherte**

Normen im maßgeblichen SGB V können den Anspruch des Patienten auf Behandlung in einer bestimmten Reha-Klinik unterstützen. Hierzu gehören:

- Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen (§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich (§ 1 Satz 2 SGB V).
- Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Reha dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden (§ 1 Satz 2 SGB V).
- Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten (§ 2 Abs. 3 Satz 1 SGB V).
- Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken und Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach § 140 Abs. 2 Satz 2, die nach § 72a Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern frei wählen (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V).
- Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken (§ 70 Abs. 2 SGB V).
- Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 Abs. 4 SGB V).

Hat der Patient durch Eigeninitiative oder durch Beratung des Vertragsarztes den Wunsch, in einer bestimmten Klinik die Reha durchzuführen, ist dies im Lichte der vorgenannten Vorschriften ein wesentlicher Grund, der bei der Ausübung des Ermessens beachtlich ist.

## **Höhe des Pflegesatzes ist mit zu berücksichtigen**

Bei der Ermessensabwägung der Krankenkasse sind auch die Interessen der Solidargemeinschaft mit einzubeziehen. Besteht ein Versorgungsvertrag mit einer Klinik, beinhaltet dies ihre Wirtschaftlichkeit, denn ansonsten würde der Versorgungsvertrag nicht bestehen. Im Übrigen kann aber differenzierter die Wirtschaftlichkeit anhand des Pflegesatzes (Vergütung) betrachtet werden. Die Vergütungen für die stationäre medizinische Reha werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen vereinbart (§ 111 Abs. 5 SGB V). Die Höhe der Pflegesätze in den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen sind unterschiedlich, denn es gibt keine Vorgaben über die Kriterien zur Bestimmung der Höhe der Vergütung. Sie wird frei vereinbart zwischen den Krankenkassen und der Reha-Einrichtung. Neben dem bereits erwähnten § 2 Abs. 4 SGB V kann also das Allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 Abs. 1 SGB V zum Tragen kommen. Besteht in rein wirtschaftlicher Hinsicht gegenüber vergleichbaren Häusern ein günstigerer Pflegesatz, würde auch dies ein wichtiger Umstand im Rahmen der Ermessensabwägung der Krankenkasse sein.

## Medizinisches Behandlungskonzept ist mitentscheidend

Wenn eine Verzahnung zwischen vorhergehender ambulanter Behandlung, stationärer Reha-Behandlung und anschließender Nachsorge besteht, wäre es unwirtschaftlich und rechtswidrig, wenn der Patient bei der stationären Reha-Behandlung aus diesem therapeutischen Konzept herausgerissen würde. Es könnte dem Patienten sogar ein Schaden zugefügt werden. § 14 Abs. 1 Reha-RiLi trägt dem Rechnung.

### § 14 Abs. 1 Reha-RiLi

Vertragsarzt und Krankenkasse wirken gemeinsam mit dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

## Schlüsselrolle des Vertragsarztes

Der Vertragsarzt sollte anhand der medizinischen Gesichtspunkte schon vor einer Stichprobenprüfung durch den MDK und vor Entscheidung der Krankenkasse die Notwendigkeit der Heilbehandlung in einer bestimmten Klinik begründen. Erfolgt keine ausführlichere, separate Begründung als Anlage zur „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Anlage 2 Reha-RiLi) kann im Verordnungsformular (Teil D) ein Raum genutzt werden: IX. Sonstige Angaben A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung. Eine weitere Begründung zum therapeutischen Konzept kann im Verordnungsformular (D) erfolgen („X. Zusammenfassende Wertung; B. Inhaltliche Schwerpunkte; C. Zum Erreichen des individuellen Reha-Ziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen“).

Der Patient sollte sein Einverständnis und seinen Willen, allein in der bestimmten Klinik die Reha als Sachleistung zu erhalten, auch gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich und schriftlich erklären. Im Verordnungsformular (Teil D) sollte der Vertragsarzt den berechtigten Wunsch des Patienten auf Behandlung in der genannten Klinik ausdrücklich aufnehmen (X. Zusammenfassende Wertung; F. Besondere Hinweise).

Auch gegenüber dem zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkasse können die Patienten ganz aktiv im persönlichen Gespräch oder Telefonat ihren Wunsch auf Behandlung in einer bestimmten Klinik vertreten und unterstreichen.

## Medizinische Gründe für die Auswahl einer bestimmten Reha-Klinik sind z. B.:

- Aufgrund der Einschätzung der ambulant betreuenden Vertragsärzte ist das medizinische Konzept der Klinik (zumindest in diesem Fall) – möglicherweise allein – geeignet, die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten;
- die subjektive Akzeptanz (psychische Aspekte) der Heilbehandlung durch den Patienten kann die Einweisung in eine bestimmte Klinik erfordern; evtl. kann nach sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile eine begleitende Stellungnahme eines Neurologen/Psychiaters sinnvoll sein;
- die vorbereitende und vorgesehene nachbereitende ambulante Heilbehandlung des Patienten erfordert eine Einweisung in die bestimmte Klinik, weil ansonsten das medizinische Gesamtkonzept (ambulant und stationär) leiden würde und unwirtschaftlich wäre;
- hierzu gehört die bereits begonnene ambulante Behandlung mit besonderen Therapierichtungen (Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie; § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB V), die nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht ausgeschlossen sind;
- eine Multimorbidität erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen, z. B. Urologie und Innere Medizin.

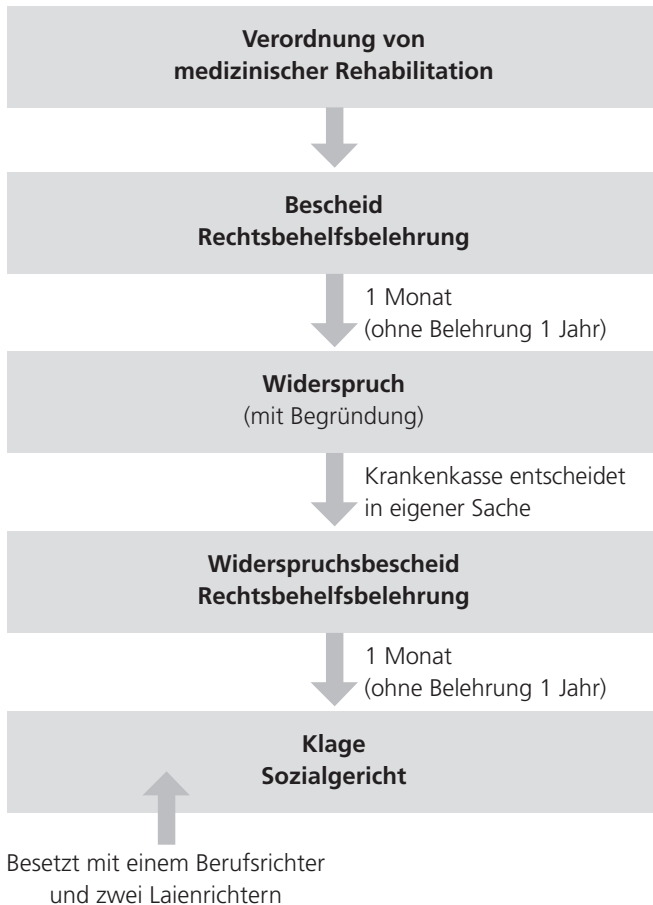
## Ermessensreduzierung auf Null = Anspruch des Patienten

Das Auswahlermessen der Krankenkasse im Rahmen von § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V kann sich nach den zuvor geschilderten Umständen auf Null reduzieren. Dann wandelt sich der allgemeine Rechtsanspruch auf die Reha-Maßnahme um und beinhaltet zusätzlich den Rechtsanspruch auf Behandlung in einer bestimmten Klinik. Die Freiheit der Krankenkasse, in ein ihr genehmes (eigenes) Haus einzuweisen besteht in solchen besonderen Fällen nicht mehr. Ausschließlich die Genehmigung der Reha-Behandlung in der bestimmten Klinik ist dann eine ermessensfehlerfreie und damit allein rechtmäßige Entscheidung der Krankenkasse. Nur so wird den speziellen Bedürfnissen des Versicherten Rechnung getragen (hierzu BSG, Urteil vom 23.07.2002, Az: B 3 KR 63/01 R).

## 2.9 Verfahrensfragen und Kostenerstattung

Versicherte haben nach Verordnung von medizinischer Reha einen Rechtsanspruch auf Entscheidung und einen schriftlichen Bescheid der Krankenkasse (§ 12 Abs. 2 Reha-RiLi). Fällt der Bescheid negativ aus, kann dagegen innerhalb eines Monats (wenn eine entsprechende Belehrung beigefügt worden ist) Widerspruch eingelegt werden. Enthält der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung, läuft die Widerspruchsfrist erst nach einem Jahr ab (beginnend mit der Zustellung des Bescheides). Sollte auch die Widerspruchsentscheidung der Krankenkasse negativ ausfallen, kann Klage beim zuständigen Sozialgericht gerichtskostenfrei vom Versicherten eingelegt werden.

Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage. Da es sich teilweise im Rahmen von § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V um eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse handelt, ist der Klageantrag – außer in den eindeutigen Fällen der Ermessensreduzierung auf Null – darauf zu richten, dass eine Neuentscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Sozialgerichts erfolgt. Für die Entscheidung des Gerichts ist maßgebend der Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (BSG, Urteil vom 25.03.2003, Az: B 1 KR 33/01 R).



## Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistung

Für die Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen ist § 15 Abs. 1 SGB IX als Sondervorschrift maßgebend (Fastabend, Schneider, Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rdnr. 259).

### § 15 Abs. 1 SGB IX

Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

„Die Versicherten können daher den Krankenkassen eine Frist setzen, wenn nach der Antragstellung drei Wochen oder bei einem eingeholten Gutachten zwei Wochen nach dessen Eingang vergangen sind. Bei fruchtlosem Ablauf dieser Frist können sie sich die Leistungen selbst beschaffen und die Kosten erstattet verlangen, wenn der Sache nach ein Anspruch auf die Reha-Maßnahme bestand“ (Fastabend, Schneider, a. a. O.).

## 2.10 Wenn es sein muss: Krankenkassenwechsel

Als Ultima Ratio haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln. Dieses Recht ist nicht auf gesunde oder jüngere Mitglieder beschränkt. Selbst schwerstkranke Patienten müssen von einer anderen Krankenkasse aufgenommen werden, wenn sie für den entsprechenden Personenkreis geöffnet ist. Bestehen Schwierigkeiten mit der Genehmigung der Verordnung in eine bestimmte Reha-Klinik kann vor einem evtl. mehrjährigen Prozess mit der Krankenkasse ein Wechsel sinnvoll sein. Empfehlenswert ist es aber, vorher genaue Erkundigungen einzuholen über die gesamte Verwaltungspraxis der für den Wechsel in Betracht kommenden Krankenkassen.

Selbsthilfegruppen und Fachgesellschaften sammeln häufig Informationen, die für Versicherte nützlich sind. Auch Vertragsärzte und Reha-Kliniken können nach ihren Erfahrungen befragt werden. Unverzichtbar sind Erkundigungen bei der „neuen“ Krankenkasse vor Stellung des Aufnahmeantrages.



## Auskunft schriftlich verlangen

Vorsicht ist allerdings bei mündlichen Auskünften geboten. Sie haben keine Rechtsverbindlichkeit, so dass eine Garantie für entsprechende spätere Entscheidungen nicht besteht. Allein schriftliche Auskünfte binden grundsätzlich und zuverlässig die Krankenkassen.

## Verfahren beim Wechsel der Krankenkasse

Der Wechsel der Krankenkasse ist an ein gesetzlich festgelegtes Verfahren gebunden. Genaue Auskünfte erteilt die Krankenkasse, die neu gewählt wird.

### § 175 SGB V

- Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären.
- Die gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.
- Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.
- Bindung an die Krankenkassenwahl auf 18 Monate.
- Ausnahme: Kasse erhöht Beitragssatz.
- Kündigung der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats nach Eingang der Erklärung.
- Wirksamkeit nur, wenn Mitgliedschaft bei anderer Krankenkasse innerhalb der Frist nachgewiesen wird.

## 3. Medizinische Rehabilitation in der Gesetzlichen Rentenversicherung

Auch die Träger der GRV erbringen Leistungen zur medizinischen Reha. Aufgrund der Einschränkungen im Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung scheinen sich jedoch immer mehr Versicherte zu scheuen, Leistungen zur medizinischen Reha der Rentenversicherungsträger in Anspruch zu nehmen. Die Zurückhaltung der Versicherten bei den Anträgen wird auch der nach wie vor angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt zugeschrieben. Schließlich sind Ärzte wegen des komplizierten Verfahrens, das die Reha-Richtlinien vorschreiben, und wegen der in der GKV geforderten Zusatzqualifikation (vgl. oben 2.6.) verunsichert, wiewohl sie die Verantwortung für die rechtzeitige und gezielte Einleitung von Reha-Maßnahmen tragen. Trotz aller Reformen im Gesundheitswesen hat sich am Leistungsangebot der GRV nichts geändert. Nach wie vor gilt der Grundsatz „Reha statt Rente“, zumal die Kosten einer beispielsweise dreiwöchigen Reha-Maßnahme bereits nach drei Wochen wieder eingespielt sind: Die Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten und der weiterbeschäftigte Arbeitnehmer trägt durch Steuern und Sozialversicherungsabgaben weiter zur Finanzierung der Rentenversicherung bei (Ärzte-Zeitung vom 14./15. Oktober 2005).

Das 3. Kapitel „Medizinische Reha in der GRV“ gibt Antworten auf die Fragen:

- Unter welchen Voraussetzungen erbringt die GRV Leistungen zur medizinischen Reha?
- Wie sind die Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten gestaltet, insbesondere wenn sie die Aufnahme in eine bestimmte Klinik wünschen?

### 3.1 Unterschiedliche Voraussetzungen in GRV und GKV

GKV und GRV sind zwei voneinander unabhängige Sozialversicherungszweige. Die Bestimmungen des SGB V und der Reha-RiLi, die das Reha-Recht der GKV prägen, sind in der GRV nicht anwendbar. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsangebot sind somit völlig unterschiedlich. So ist beispielsweise das Verfahren im Rentenversicherungsrecht wesentlich unkomplizierter, und jeder behandelnde Arzt kann eine Maßnahme zur medizinischen Reha veranlassen. Der in den Reha-RiLi erforderliche Qualifikationsnachweis ist nur für von den Krankenkassen getragenen Maßnahmen notwendig.

### 3.2 Ziele der medizinischen Reha

Nach § 9 SGB VI können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbracht werden, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Arbeitsleben wiederinzugliedern,

wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Dabei bestimmt der Träger der Rentenversicherung nach § 13 Abs. 1 SGB VI bei jedem Antrag unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Leistungen sowie die Reha-Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

### 3.3 Persönliche Voraussetzungen der Versicherten

Versicherte müssen bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllen, damit Ärzte ihnen eine medizinische Reha der GRV empfehlen können. Voraussetzung ist nach § 10 SGB VI eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. Ferner müssen die Reha-Leistungen die Minderung abwenden, oder die Erwerbsfähigkeit bessern oder wiederherstellen können.

Nach der Rechtsprechung des BSG können die einzelnen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI näher bestimmt werden:

#### Gefährdung der Erwerbsfähigkeit:

- Nach ärztlicher Feststellung besteht begründete Aussicht, dass ohne eine medizinische Reha wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eintritt;
- Gefahr einer Ausgliederung aus Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Kasseler Kommentar Niesel, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 5 zu § 10 SGB VI).

#### Minderung der Erwerbsfähigkeit:

- Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben ist nicht unwesentlich eingeschränkt;
- Versicherter ist daher nicht in der Lage, seinen Beruf normal auszuüben.

#### Erheblichkeit:

- Nach ärztlicher Feststellung durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Einschränkungen in absehbarer Zeit (ca. drei Jahre) ist mit einer Minderung der Leistung im Erwerbsleben zu rechnen;
- die Behinderung dauert mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate an;
- die Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit besteht voraussichtlich zumindest bis zum Abschluss der Leistung fort und kann durch diese wesentlich beeinflusst, beseitigt oder gemindert werden.

### 3.4 Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Bei Antragsstellung muss der Patient **mindestens eine** der nachfolgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen (§ 11 SGB VI):

- Wartezeit von 15 Jahren  
(auf die Wartezeiten sind Zeiten anzurechnen, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge entrichtet wurden. Außerdem zählen hierzu u.a. auch Kindererziehungszeiten sowie im Rahmen des Versorgungsausgleichs erworbene Rentenanwartschaften);
- sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten zwei Jahren;
- Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit;
- allgemeine Wartezeit von fünf Jahren bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit;
- Anspruch auf große Witwenrente beziehungsweise Witwenrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Bei Jugendlichen kann bereits ein Pflichtbeitrag ausreichen, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer schulischen Ausbildung (Schule, Fachhochschule, Universität) eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit aufgenommen haben, woran sich eine Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Anspruchsstellung angeschlossen hat.

**Kein Anspruch** auf Leistungen zur medizinischen Reha in der GRV besteht nach § 12 SGB VI, wenn

- der Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit oder eines Versorgungsleidens eine Leistung von einem anderen Rehabilitationsträger erhalten kann (zuständig sind die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung);
- eine Rente wegen Alters von wenigstens 2/3 der Vollrente bezieht, einen entsprechenden Antrag gestellt hat oder in den nächsten sechs Monaten einen Antrag stellen will;
- Beamtin oder Beamter oder diesem Personenkreis gleichgestellt ist;
- eine Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze bezieht;
- sich bereits in der arbeitsfreien Phase der Altersteilzeit befinden oder innerhalb der nächsten sechs Monate nach Antragstellung gehen werden  
oder
- Leistungen bezieht, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt werden.

#### Allgemeine Wartezeit vier Jahre

Ferner besteht auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung die Beschränkung, dass stationäre Maßnahmen der medizinischen Reha erst wieder nach Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer ähnlichen Leistung erbracht werden können, § 12 Abs. 2 SGB VI. Diese Leistungseinschränkung kann bei dringender Erforderlichkeit aus medizinischen Gründen durchbrochen werden.

Bis zum 01.01.1997 hat die GRV vorrangig stationäre Leistungen erbracht. Mit Einführung des § 19 Abs. 2 SGB IX gilt der Vorrang der ambulanten vor stationären Leistungen nunmehr auch für die GRV.



### 3.5 Abgrenzung zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Keine Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger sondern der GKV ist gegeben, wenn die medizinische Reha allein auf die Gesundung gerichtet ist, ohne dass Aussicht besteht, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Leistungen der GRV scheiden auch in Phasen akuter Behandlungsbedürftigkeit aus.

Eine Ausnahme besteht bei den sog. interkurrenten Erkrankungen: Tritt die Erkrankung während der Ausführung von Leistungen zur medizinischen Reha ein, und steht sie mit der bewilligten Reha-Leistung in engem Zusammenhang, so dass es gerechtfertigt ist, die streitige Therapie als Bestandteil eines einheitlichen Behandlungskonzepts anzusehen, ist der Rentenversicherungsträger ausnahmsweise leistungspflichtig.

Ist eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung im Sinne des § 40 Abs. 2 SGB V zugleich eine Leistung zur Reha und sind die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt, ist primär der Rentenversicherungsträger zuständig (§ 40 Abs. 4 SGB V, § 14 SGB IX). Der Vorrang bezieht sich allerdings nur auf Leistungen im Sinne von § 40 Abs. 2 SGB V (siehe 2.4).

### 3.6 Antragsverfahren

Leistungen zur medizinischen Reha müssen vom Versicherten beantragt werden. Antragsformulare und Auskünfte sind bei

- den wohnortnahen Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger,
- den Gemeinsamen Service-Stellen für Reha, die von allen Reha-Trägern gemeinsam unterhalten werden,
- den Krankenkassen,
- den Versichertenältesten,
- den Versicherungsämtern sowie
- den örtlichen Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen

erhältlich.

#### Auch Krankenkassen nehmen Anträge entgegen

Der Antrag muss nicht direkt beim Rentenversicherungsträger gestellt werden, sondern kann auch bei anderen Sozialleistungsträgern wie beispielsweise den Krankenkassen eingereicht werden, die ihn dann an den jeweils zuständigen Träger weiterleiten.

#### Formale Unterschiede bei den Rentenversicherungsträgern

Das Antragsverfahren ist bei den Rentenversicherungsträgern unterschiedlich geregelt. Die Reha-RiLi ist ausschließlich auf die GKV begrenzt, weshalb das Antragsverfahren in der GRV unkomplizierter ist.

### Ärztlicher Befundbericht ist überwiegend ausreichend

Je nach Rentenversicherungsträger muss der Versicherte dem Antragsformular entweder einen ärztlichen Befundbericht oder ein medizinisches Gutachten beifügen:

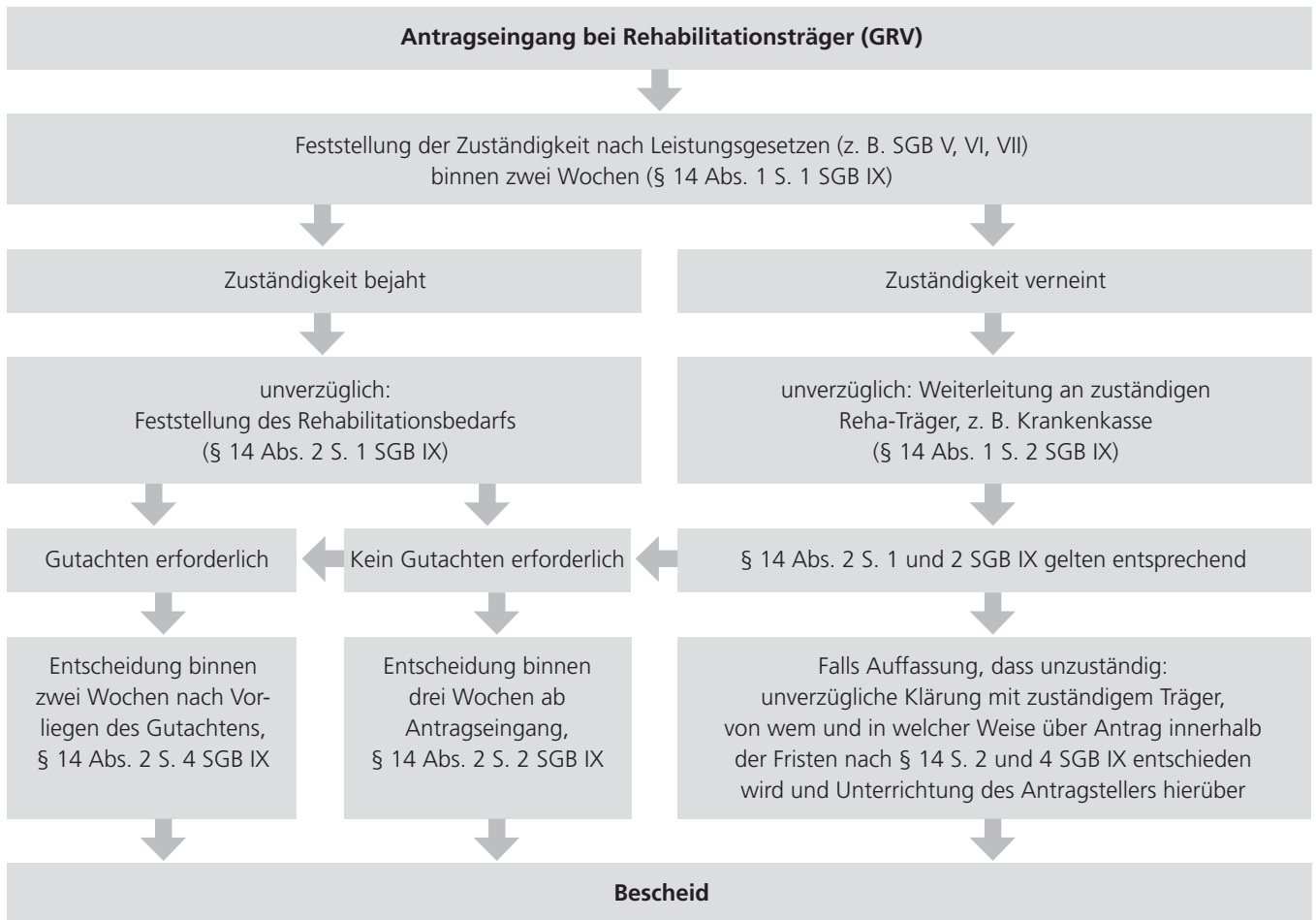


#### Klinikwunsch muss sich aus dem Antrag ergeben

Wünscht der Versicherte einen bestimmten Reha-Ort, eine bestimmte Reha-Klinik, oder auch einen bestimmten Antrittszeitpunkt, müssen Ärzte diese Patientenwünsche bereits im Antrag aufnehmen (näher hierzu unten 3.8).

#### Genauigkeit zahlt sich aus

Ferner sollte der behandelnde Arzt besondere Sorgfalt darauf richten, das Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen (siehe oben 3.3) mit präzisen und umfassenden Angaben über Diagnosen, Funktionsstörungen sowie Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe im ärztlichen Befundbericht bzw. im medizinischen Gutachten detailliert darzulegen. Dies ist für einen erfolgreichen Reha-Antrag unverzichtbar.



Ist der Antrag bei einem Rentenversicherungsträger eingegangen, erfolgt die Prüfung und Bewilligung nach einem festgelegten Schema (siehe oben).

### 3.7 Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen

Für die Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen ist § 15 Abs. 1 SGB IX als Sondervorschrift maßgebend (Fastabend, Schneider, Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung, Rdnr. 259).

#### § 15 Abs. 1 SGB IX

Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in § 14 Abs. 2 genannten Fristen entschieden werden, teilt der Rehabilitationsträger dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet. Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für die Träger der Sozialhilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.

„Die Versicherten können daher [dem Träger] eine Frist setzen, wenn nach der Antragstellung drei Wochen oder bei einem eingeholten Gutachten zwei Wochen nach dessen Eingang vergangen sind. Bei fruchtlosem Ablauf dieser Frist können sie sich die Leistungen selbst beschaffen und die Kosten erstattet verlangen, wenn der Sache nach ein Anspruch auf die Reha-Maßnahme bestand“ (Fastabend, Schneider, a. a. O.).

### 3.8 Ermessensausübung durch den Rentenversicherungsträger

Im Teil zur GKV ist bereits auf die Wunsch- und Wahlrechte des Versicherten gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen eingegangen worden (im einzelnen 2.8). Diese Ausführungen können jedoch nicht ohne weiteres auf das Rentenversicherungsrecht übertragen werden.

#### Entscheidungsspielraum der Rentenversicherungsträger

Nach § 9 Abs. 2 SGB VI „**können** (die Leistungen) erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.“

Aus der Formulierung „kann“ ergibt sich, dass die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Reha im Ermessen des Rentenversicherungsträgers steht. Nach § 30 Abs. 1 S. 2 SGB I hat der Versicherte aber einen Anspruch auf pflichtgemäße Ausübung des Ermessens, wenn er bestimmte „Eingangsvoraussetzungen“ erfüllt. Diese Eingangsvoraussetzungen werden in der Regel als das „ob“ der Reha bezeichnet, die im Gegensatz zum „wie“ der Reha von den Gerichten voll überprüfbar sind (Kasseler Kommentar - Niesel, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 4 zu § 13 SGB VI).

## Kein Ermessen beim „Ob“ der Reha

Dem Rentenversicherungsträger steht hinsichtlich des „Ob“ der Reha kein Ermessen zu, wenn folgende Voraussetzungen („Eingangsvoraussetzungen“) erfüllt sind:

- Rechtzeitige und wirksame Antragsstellung;
- Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen;
- Kein Leistungsausschlussgrund;

In diesen Fällen muss dem Versicherten eine Reha-Maßnahme bewilligt werden. Lehnt der Rentenversicherungsträger Leistungen grundsätzlich ab, kann der Versicherte hiergegen Widerspruch und – bei ablehnendem Widerspruchsbescheid – Klage beim Sozialgericht erheben (vgl. oben 2.9).

## Ausgestaltung der Reha-Leistung

Damit steht aber nur das „Ob“ der Reha-Maßnahme fest. Die konkrete Ausgestaltung (welche Leistungen) der Reha-Maßnahme und in welcher Klinik sie erfolgen, ist damit noch nicht entschieden. Dies fällt in den sog. Bereich des „Wie“ der Reha.

Im Rahmen des „Wie“ muss der Rentenversicherungsträger sich für die Leistung entscheiden, die für die Erwerbsfähigkeit des Versicherten die günstigste Lösung ist (Kasseler Kommentar Niesel, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 8 zu § 13 SGB VI). Der Träger muss ferner die geeignete Reha-Maßnahme auswählen und finanzieren.

## Richtlinien der Rentenversicherungsträger – Anspruch auf Gleichbehandlung

Im Allgemeinen stützen sich die Rentenversicherungsträger bei ihren Entscheidungen auf Richtlinien. Sie bewirken eine Bindung der Rentenversicherungsträger und geben den Versicherten einen Anspruch auf Gleichbehandlung. Wurde gegensätzlich zu einer ständigen und gleichmäßigen Verwaltungspraxis entschieden, liegt ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 Grundgesetz) vor.

## Kein Anspruch des Versicherten auf Versorgung in einer bestimmten Reha-Klinik

Nach § 15 Abs. 2 SGB VI werden die stationären Leistungen zur medizinischen Reha in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach § 21 SGB IX besteht. Dabei muss die Einrichtung nur unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen, wenn die Art der Behandlung dies erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Reha müssen nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sein.

§ 13 Abs. 1 SGB VI schränkt das Recht auf freie Arztwahl ein. Ausdrücklich wird die Auswahl der Einrichtung für die Reha-Maßnahme auf den Rentenversicherungsträger übertragen. Nur weil der Versicherte – auch mit nachvollziehbaren Gründen – dies wünscht, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Versorgung in einer bestimmten Reha-Klinik.

## Wahlrecht besteht grundsätzlich nur zwischen Vertragseinrichtungen

Zwar soll nach § 33 S. 2 SGB I grundsätzlich den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Hat der Rentenversicherungsträger mit einer Reha-Einrichtung jedoch keinen Vertrag abgeschlossen, kann er nach § 13 Abs. 2 S. 1 SGB VI den Wunsch des Versicherten nach Aufnahme in dieser bestimmten Einrichtung grundsätzlich ablehnen. Wünsche des Versicherten sind daher in der Regel nur beachtlich, wenn ein Wahlrecht zwischen Einrichtungen geltend gemacht wird, mit denen der Rentenversicherungsträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat (Kasseler Kommentar - Niesel, Sozialversicherungsrecht, Rdnr. 21 zu § 15 SGB VI).

## In seltenen Fällen ist eine Reha auch in einem Nicht-Vertragshaus möglich

In so genannten „atypischen Fällen“ hat der Rentenversicherungsträger jedoch eine Ermessensentscheidung auch bezüglich einer Reha-Einrichtung, mit der kein Vertrag besteht, zu treffen. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn der Rentenversicherungsträger selbst nicht in der Lage ist, von ihm belegte Einrichtungen (rechtzeitig) anzubieten oder wenn die notwendige Reha-Maßnahme in Einrichtungen des Rentenversicherungsträgers nicht erbracht werden kann. Voraussetzung ist jedoch, dass die vom Versicherten gewünschte Einrichtung die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllt.

## Ärzte können ihre Patienten bei der Auswahl der Reha-Maßnahme und der Klinik unterstützen

Im Rahmen der Entscheidung über das „Wie“ der Reha können Ärzte ihren Patienten behilflich sein. Behandelnde Ärzte werden erkennen können, welche Reha-Maßnahme dem Patienten besonders helfen wird und auch unter Aspekten der Wirtschaftlichkeit die am besten geeignete Maßnahme ist. Die Faktoren, aus denen sich die Befürwortung einer bestimmten Maßnahme oder die Vorteile der Behandlung in einer bestimmten Klinik ergeben, sollten daher bereits bei Antragsstellung mit angegeben werden. Insbesondere wenn mit der vom Patienten gewünschten Klinik ein Versorgungsvertrag besteht, kann eine detaillierte Argumentation die Chancen auf Unterbringung in der „Wunschlinik“ erhöhen.

## Argumentationen aus der GKV übernehmen

Wenn eine Verzahnung zwischen vorhergehender ambulanter Behandlung, stationärer Reha-Behandlung und anschließender Nachsorge besteht, wäre es unwirtschaftlich und rechtswidrig, wenn der Patient bei der stationären Reha-Behandlung aus diesem therapeutischen Konzept herausgerissen würde. Es könnte dem Patienten sogar ein Schaden zugefügt werden. § 14 Abs. 1 Reha-RiLi trägt dem für die GKV Rechnung. Diese sinnvolle Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die GKV kann auch auf die GRV übertragen werden.

### § 14 Abs. 1 Reha-RiLi (GKV)

Vertragsarzt und Krankenkasse wirken gemeinsam mit dem Versicherten darauf hin, dass die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (z. B. Nachsorge, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) umgesetzt werden.

## Medizinische Gründe darlegen

Ärzte sollten anhand medizinischer Gesichtspunkte schon im Antrag des Versicherten die Notwendigkeit der Heilbehandlung in einer bestimmten Klinik begründen.

### Medizinische Gründe für die Auswahl einer bestimmten Reha-Klinik sind z. B.:

- Aufgrund der Einschätzung der ambulant betreuenden Ärzte ist das medizinische Konzept der Klinik (zumindest in diesem Fall) möglicherweise allein geeignet, die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten;
- die subjektive Akzeptanz (psychische Aspekte) der Heilbehandlung durch den Patienten kann die Einweisung in eine bestimmte Klinik erfordern; evtl. kann nach sorgfältiger Abwägung aller Vor- und Nachteile eine begleitende Stellungnahme eines Neurologen/Psychiaters sinnvoll sein;
- die vorbereitende und vorgesehene nachbereitende ambulante Heilbehandlung des Patienten erfordert eine Einweisung in die bestimmte Klinik, weil ansonsten das medizinische Gesamtkonzept (ambulant und stationär) leiden würde und unwirtschaftlich wäre;
- hierzu gehört die bereits begonnene ambulante Behandlung mit besonderen Therapierichtungen (Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie; § 34 Abs. 2 Satz 3 SGB V), die nach § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht ausgeschlossen sind;
- eine Multimorbidität erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen, z. B. Urologie und Innere Medizin.

## Rechtsschutz

Versicherte haben auf ihren Antrag einen Rechtsanspruch auf Entscheidung und auf einen schriftlichen Bescheid. Fällt der Bescheid negativ aus, kann dagegen innerhalb eines Monats (wenn eine entsprechende Belehrung beigefügt worden ist) Widerspruch eingelegt werden. Enthält der Bescheid keine Rechtsbehelfsbelehrung, läuft die Widerspruchsfrist erst nach einem Jahr ab (beginnend mit der Zustellung des Bescheides). Sollte auch die Widerspruchsentscheidung der Krankenkasse negativ ausfallen, kann Klage beim zuständigen Sozialgericht gerichtskostenfrei vom Versicherten eingelegt werden (siehe zur Klageart und Übersicht zum Verfahrensweg oben 2.9).

### 3.9 Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation

In der Gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte können bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen eine Anschlussheilbehandlung (AHB) bzw. Anschlussrehabilitation (AR) erhalten. Sie ist auch eine ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha und kommt nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht. Die AHB/AR schließt sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung an und wird bereits im Krankenhaus eingeleitet.

## Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger

Rentenversicherungsträger sind zuständig, wenn die allmähliche, ärztlich überwachte Wiederanpassung des Patienten an die Belastungen des Alltags und des Berufslebens in einer dafür spezialisierten Klinik erfolgen soll, also die AHB/AR auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gerichtet ist. Bei Krebserkrankungen genügt es, wenn ein günstiger Einfluss auf den Gesundheitszustand erwartet werden kann. Die AHB/AR kann stationär oder ambulant durchgeführt werden und dauert in der Regel drei Wochen. Sie kann verkürzt oder verlängert werden.

Das Krankenhaus muss prüfen, ob die Hauptdiagnose des Patienten im Indikationskatalog aufgeführt ist und eine ambulante oder stationäre Reha in einer vom Rentenversicherungsträger anerkannten Einrichtung erforderlich ist.

### Versicherungsrechtliche Voraussetzungen wie bei der medizinischen Reha

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen entsprechen denen bei der medizinischen Reha (siehe im Einzelnen oben 3.4).

### AHB/AR nur bei bestimmten Erkrankungen

Anders als die Leistungen zur medizinischen Reha im Allgemeinen wird die AHB/AR nur bei bestimmten Erkrankungen erbracht. Sie sind in der AR-Indikationsliste aufgeführt. Die AHB/AR muss sich unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließen. Der enge zeitliche Zusammenhang ist auch dann noch gegeben, wenn die AHB/AR vom Krankenhaus oder Rehabilitations-träger bereits eingeleitet wurde, der Patient jedoch mit ärztlicher Genehmigung bis zum Beginn der AHB/AR aus der stationären Behandlung nach Hause entlassen wurde. Ein Zeitraum von 14 Tagen soll im Allgemeinen nur aus zwingenden Gründen überschritten werden; je nach der vorliegenden Erkrankung können die Fristen grundsätzlich länger sein.

#### AR-Indikationsliste

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs;
- Krankheiten der Gefäße;
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen;
- Degenerativ-rheumatische Krankheiten 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 Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata;
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven;
- Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen (Krebs);
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen.

## Eignung des Patienten

Die AHB/AR kommt nicht für jeden Patienten in Betracht. Patienten müssen

- in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen,
- ausreichend belastbar sein,
- motiviert und in der Lage sein, aktiv bei der Rehabilitation mitzuarbeiten.

AHB/AR werden in indikationsspezifischen Reha-Einrichtungen (eigene und Vertragseinrichtungen der Rentenversicherungsträger) durchgeführt, die eine entsprechende Zulassung haben. Die juristische Qualifikation des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten entspricht der der allgemeinen medizinischen Reha (siehe im Einzelnen oben 3.8).

## Eile ist geboten

Informiert der Arzt seinen Patienten über die Notwendigkeit einer AHB/AR, sollte er wegen des engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Krankenhausbehandlung und Reha sofort Kontakt mit dem Rentenversicherungsträger aufnehmen. Vor Beginn der AHB/AR ist ein Antragsverfahren zwingend erforderlich. Ärzte sollten ihre Patienten hierauf explizit hinweisen. Erster Ansprechpartner der Versicherten im Krankenhaus ist je nach Organisation der Sozialdienst oder die Krankenhausverwaltung. Diese klären die Anspruchsvoraussetzungen ab und informieren auch über das weitere Verfahren.

## Informationspflichten des Rentenversicherungsträgers

Hat ein Versicherter eine AHB/AR begonnen, ohne zuvor einen Antrag zu stellen, muss der Rentenversicherungsträger den Rehabilitanden darauf hinweisen, wie er „gefahrlos und mit im Ergebnis voraussichtlich gleichem Erfolg in das vom Versicherungsträger vorgesehene System wechseln kann.“ (BSGE 58, 263, 272). Wird die Kostenübernahme abgelehnt, weil die Maßnahme schon begonnen wurde und erfolgt keine Information über die Möglichkeit, den Anspruch gegenüber dem Versicherungsträger zu „retten“, kann der Rentenversicherungsträger bei Vorliegen der übrigen persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zur Kostenerstattung verpflichtet werden.

## Zuweisungsverfahren

Derzeit kann die Entscheidung über die AHB/AR in zwei verschiedenen Verfahren erfolgen:

- Direkteinweisungsverfahren;
- Schnelleinweisungsverfahren.

Nach welchem Zuweisungsverfahren der zuständige Rentenversicherungsträger vorgeht, muss bei diesem erfragt werden. Auskünfte erteilen u. a. der Sozialdienst der Klinik oder die Krankenhausverwaltung.

## Anhang

Rehabilitations-Richtlinien in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

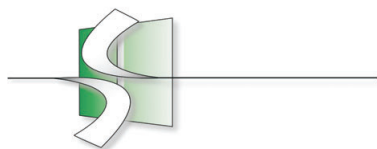
Die als Anhang angegebenen Texte und Dokumente stehen als PDF- bzw. Word-Datei zum Download zur Verfügung:

[www.schlosshamborn.de](http://www.schlosshamborn.de)



## Der Autor

Dr. jur. Frank A. Stebner ist Fachanwalt für Medizinrecht und Praxisberater Med Trainer® aus Salzgitter. Seit 20 Jahren ist er auf Medizinrecht und angrenzende Gebiete spezialisiert. Zu seinen Arbeitsbereichen gehören u. a. ärztliches Berufsrecht, Vertragsarztrecht, Gebührenrecht und Praxisverträge. Er hat mehrere Bücher veröffentlicht, ist Mitautor verschiedener Loseblattsammlungen und publiziert laufend in medizinischen Fachzeitschriften und der Ärzte - Zeitung. Als Praxisberater Med Trainer® leitet er Seminare und hilft Ärzten mit individuellen Beratungen in der Praxiskonzeption und Marketing. Dr. Stebner ist Vorsitzender der Vereinigung „Die Berater der Gesundheitsberufe“.



Anwaltsbüro Dr. Stebner  
Reitling 3, 38228 Salzgitter  
Telefon: (0 53 41) 85 31-0  
Telefax: (0 53 41) 85 31-50  
info@drstebner.de  
www.drstebner.de

## Die Herausgeberin

Die Reha-Klinik Schloss Hamborn kann auf über vier Jahrzehnte Rehabilitationsmedizin auf Basis der anthroposophischen Medizin zurückblicken. In unserer 75 Betten Klinik werden folgende Indikationen schwerpunktmäßig behandelt:

- Ganzheitliche Krebsnachsorge
- Orthopädische Erkrankungen
- Psychosomatische Erschöpfungszustände

Unser Ansatz des Heilens ist ganzheitlich. Im Mittelpunkt steht der Mensch als Patient. Wir gehen von einem erweiterten Menschenbild aus und betrachten die einzelne Persönlichkeit als differenzierte Ganzheit aus Leib, Seele und Geist.

Im Konzept unseres Hauses ist dieses ganzheitliche Menschenbild der "rote Faden", der sich von der medizinischen und pflegerischen Versorgung über die Therapien bis hin zur vollwertigen vegetarischen Ernährung durchzieht. Durch Anregung der Eigenaktivität sollen die Patienten einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten, um so neu gestärkt in den Alltag zurückkehren zu können. Unser kompetentes Team aus Ärzten, Schwestern, Therapeuten und weiteren Mitarbeitern steht dabei – die individuelle Begegnung pflegend – zur Verfügung.



## SCHLOSS HAMBORN

### Reha-Klinik Schloss Hamborn

Schloss Hamborn 85  
33178 Borchen  
Telefon: (0 52 51) 38 86-0  
Telefax: (0 52 51) 38 86-7 02  
rehaklinik@schlosshamborn.de  
www.schlosshamborn.de

## Abkürzungsverzeichnis

a .a. O.	am angegebenen Ort
AHB	Anschlussheilbehandlung
ALG	Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte
AR	Anschlussrehabilitation
Az	Aktenzeichen
BEK	Barmer Ersatzkasse
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BSGE	Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts
BSG SozR	Entscheidungssammlung Bundessozialgericht
BVG	Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO
LVA	Landesversicherungsanstalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
Rdnr.	Randnummer
Reha	Rehabilitation
Reha-RiLi	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) vom 16. März 2004
SGB I	Sozialgesetzbuch – Erstes Buch: Allgemeiner Teil des SGB
SGB IV	Sozialgesetzbuch – Viertes Buch: Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch: Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch – Siebtes Buch: Gesetzliche Unfallversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch: Behindertenrecht und Rehabilitation
SGB X	Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch: Verwaltungsvorfahren
SGB XI	Sozialgesetzbuch – Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch: Sozialhilfe
SGG	Sozialgerichtsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation





Stand: Mai 2007  
Änderungen vorbehalten



**REHA-KLINIK SCHLOSS HAMBORN**

**SCHLOSS HAMBORN**

**Reha-Klinik Schloss Hamborn**

Schloss Hamborn 85  
33178 Borcheln  
Telefon 05251/3886-0  
Telefax 05251/3886-702  
rehaklinik@schlosshamborn.de  
www.schlosshamborn.de