

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 Ordnungsformular (Teil D) (IX. Sonstige Angaben; A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung) machen.
- Begründung zum therapeutischen Konzept im Ordnungsformular (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 Ordnungsformular (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 vorgehender ambulanter Behandlung, stationärer Reha-Behandlung und anschließender Nachsorge, wäre es unwirtschaftlich und rechtswidrig, wenn der Patient für die stationäre Reha-Behandlung aus diesem therapeutischen Konzept herausgerissen würde. Dadurch könnte dem Patienten sogar ein Schaden zugefügt werden. § 14 Abs. 1 Reha-RiLi ist die dazugehörige Norm.

Mögliche Begründungen für die Auswahl einer bestimmten Reha-Klinik:

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

die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten, so die Einschätzung der ambulant betreuenden Vertragsärzte.

- Subjektive Akzeptanz (psychische Aspekte) der Heilbehandlung seitens des Patienten erfordert Einweisung in eine bestimmte Klinik (evtl. mit begleitender Stellungnahme eines Neurologen/Psychiaters).
- Medizinisches Gesamtkonzept (ambulant und stationär) erfordert wegen der vorbereitenden und geplanten folgenden ambulanten Heilbehandlung des Patienten Einweisung in die bestimmte Klinik, auch wegen Unwirtschaftlichkeit.
- Multimorbidität erfordert Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen, z.B. Urologie und Innere 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 praktisch auf Null reduzieren. Und dann hat der Patient einen Rechtsanspruch auf Behandlung in einer bestimmten Klinik. Ein Anspruch der Krankenkasse, 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



Kooperation – einmal anders

Kooperationen für niedergelassene Ärzte mit besonderen Partnern – vielleicht ungewöhnlich, aber oft erfolgreich

Ärztliche Kooperationen werden wirtschaftlich gefördert, zum Beispiel im Rahmen der Integrierten Versorgung oder als Berufsausübungsgemeinschaft. Der Begriff „Kooperation“ umfasst eine Bandbreite von losen Verabredungen einer Zusammenarbeit wegen übereinstimmender medizinischer Konzepte bis zu einem gemeinsamen Unternehmen, der Berufsausübungsgemeinschaft. Kleine, aber ganz spezielle Kooperationsmöglichkeiten werden häufig übersehen, obwohl diese oft viel Gutes für Patienten erreichen und sich sogar im Wettbewerb behaupten.

Qualitätssteigerung und Kostensenkung

Hierfür ist der Wettbewerb unter Ärzten und mit anderen Leistungserbringern bereits Alltag. Deshalb sollte überlegt werden, ob der traditionelle Weg nicht verlassen werden und innovative Kooperationen das Mittel der Wahl sein können.

Kooperationsgemeinschaft von Ärzten mit „Nichtärzten“

Nach § 23 b MBO-Ä ermöglicht die Medizinische Kooperationsgemeinschaft Ärzten, sich mit anderen Selbstständigen im Gesundheitswesen, auch auf einzelne Leistungen beschränkt, Zweck der „Heilbehandlung“ zusammen zu schließen.

Kooperationspartner von Ärzten:

- selbstständig Tätige und zur eigenverantwortlichen Berufs-

ausübung befugte Berufsangehörige anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen (z.B. Zahnärzte)

- staatliche Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen, wie Physiotherapeuten, aber auch Fitness-Trainer
- andere Naturwissenschaftler, z.B. Biologen
- Mitarbeiter sozialpädagogischer Berufe, z.B. Sozialarbeiter.

Die Unternehmensstrategie steht an erster Stelle

Bei der Bestimmung der strategischen Ziele kann die Medizinische Kooperationsgemeinschaft der Weg sein, diese Ziele auch zu erreichen.

Unkonventionelle Kooperationen

Der Nutzen für die Patienten ist ausschlaggebend für die Bildung unkonventioneller Zusammenschlüsse, z.B. in einer Kooperationsgemeinschaft mit einem Sozialpädagogen in der Suchttherapie als Verbindung einer ambulanten Behandlung mit Reha-Kliniken. Oder ganzheitliche Männermedizin führt zur konzeptionellen Zusammenarbeit zwischen Urologen und Podologen oder Sportvereinen.

Das Zeichen der Zeit

Viele Ärzte haben die Chancen von Kooperationen schon erkannt. Wie Umfragen der Ärzte Zeitung zeigen, sehen 78 % der Ärzte Kooperationen als Zukunftschance, und 60 % der Ärzte wollen kooperieren. ◀

Dr. jur. Frank A. Stebner, Fachanwalt für Medizinrecht

