



EINGEGANGEN 17. 03. 2017

 **KOPIE**

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Bundesverband Geriatrie e.V.
Geschäftsstelle
Herrn Carsten Klein
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1700
FAX +49 228 619 1866

krankenversicherung@bvamt.bund.de
www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Krebs

13. März 2017

AZ 212 – 1455/16
(bei Antwort bitte angeben)

**Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen –
hier: Wunsch- und Wahlrecht von Versicherten im Rahmen der Bewilligung stationärer
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

**Ihre Eingabe vom 21. März 2016, bisheriger Schriftverkehr, zuletzt unser Schreiben
vom 7. Dezember 2016**

Sehr geehrter Herr Klein,

wir kommen zurück auf die von Ihnen vorgetragene Angelegenheit.

Leider hat die aufsichtsrechtliche Prüfung Ihres Vortrages länger, als in unserem Hause üblich, andauert. Dies war dem Ihrer Beschwerde zu Grunde liegenden komplexen Sachverhalt geschuldet. Die aufsichtsrechtliche Prüfung konnten wir jedoch nunmehr abschließen. Nachfolgend möchten wir Ihnen das Ergebnis mitteilen.

Sie beschwerten sich über das Verwaltungshandeln der DAK-Gesundheit sowie der Knappschaft im Zusammenhang mit der Bewilligung stationärer (geriatrischer) Rehabilitationsleistungen bei Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts von Versicherten nach § 9 Sozialgesetzbuch Neuntes (IX) Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX).

Zusammenfassend können wir Ihren Schreiben folgende Beschwerdepunkte entnehmen:

1. fehlende Transparenz im Rahmen der Prüfentscheidungen (hier: inwieweit wurde sich mit den Wünschen der Versicherten auseinandergesetzt bzw. nach welchen Kriterien erfolgte die Auswahl der Vergleichsklinik),

und

2. Missachtung des Sachleistungsprinzips in Bezug auf die DAK-Gesundheit (hier: eingeschränkte Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Versicherten mit der Bitte, mit dem Leistungserbringer direkt abzurechnen und der Kasse die Belege zur Kostenerstattung einzureichen),

Vorab möchten wir ausführen, dass stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen eine Teilmenge im Segment der stationären Maßnahmen bilden, so dass grundsätzlich die Bestimmungen des § 40 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) Anwendung finden.

Die diesbezügliche Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgenommene Erweiterung des Wahlrechtes in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V können Versicherte nunmehr zwar grundsätzlich auch eine andere Vertragsklinik - als von der Krankenkasse vorgeschlagen - wählen. Ungeachtet dessen muss aber der Versicherte weiterhin die durch die Ausübung seiner Wahl entstehenden Mehrkosten grundsätzlich selbst tragen, es sei denn, die Mehrkosten sind unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 9 SGB IX angemessen. Auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes nach § 9 SGB IX wird in § 40 Abs. 3 SGB V in Bezug auf die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung durch die Krankenkasse nochmals ausdrücklich hingewiesen.

Zusammenfassend gilt hinsichtlich des Wunsch- und Wahlrechtes:

Die Bestimmung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie über die Rehabilitationseinrichtung erfolgt im Ermessenswege. Die von der Krankenkasse vorzunehmende Ermessensentscheidung über die Leistung erfordert regelmäßig eine Gesamtwürdigung aller – auch wirtschaftlicher – Umstände. Im Rahmen der Gesamtwürdigung ist auch zu prüfen, inwieweit statt einer geriatrischen ggf. eine indikationsbezogene Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten ist Rechnung zu tragen.

Ergibt die Ermessensprüfung, dass der berechtigte Wunsch nicht angemessen ist und insofern seitens der Kasse eine andere als die von den Versicherten gewünschte Einrichtung auszuwählen wäre, haben die Versicherten entstehende Mehrkosten zu tragen, falls sie dennoch die Leistung in der Wunscheinrichtung durchführen. Die Versicherten müssen aus

dem Bescheid die Gesichtspunkte entnehmen können, die maßgeblich für die getroffene Entscheidung im Ermessenswege waren.

Hinsichtlich der Erbringung der Leistung gilt u. E. Folgendes:

Leistungen der stationären Rehabilitation sind grundsätzlich nur im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu erbringen. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherte im Rahmen des ihm zustehenden Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX – abweichend vom Vorschlag der Kasse – eine andere zertifizierte (vertragslose) oder eine andere Vertrags-Rehabilitationseinrichtung wählt.

Wird vom Versicherten eine andere zertifizierte Vertragseinrichtung für die Durchführung der Rehabilitationsleistungen gewählt, hat diese gegenüber der zuständigen Krankenkasse einen Anspruch auf Zahlung der in dem für sie geltenden Kollektivvertrag geregelten Vergütung. In diesen Fällen sind vom Versicherten bei einer nach § 9 SGB IX i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB V nicht als angemessen anzusehenden Wahl zu tragende Mehrkosten durch die zuständige Krankenkasse von diesem einzufordern.

Wählt der Versicherte allerdings eine zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, mit der die zuständige Krankenkasse keinen Versorgungs- und Vergütungsvertrag nach § 111 SGB V hat, wird die Rechtslage hinsichtlich der Abrechnung der vom Versicherten zu tragenden Mehrkosten von uns anders beurteilt. In diesen Fällen wird es von uns als rechtlich zulässig angesehen, wenn die vom Versicherten zu tragenden Mehrkosten mit der vertragslosen Rehabilitationseinrichtung direkt abgerechnet werden.

Soweit die DAK-Gesundheit und die Knappschaft die oben dargestellte Rechtslage nicht umfassend umsetzen, haben wir mit den genannten Versicherungsträgern aufsichtsrechtliche Erörterungen aufgenommen, um ein rechtskonformes Verwaltungshandeln der Versicherungsträger sicher zu stellen.

Wir hoffen, zur Klärung der Sach- und Rechtslage beigetragen zu haben.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Krebs

