



i Die optimale Antragstellung beinhaltet im Vorfeld schon Argumente gegen mögliche Ablehnungsgründe.

Antrag	<p>Medizinische Argumente für die stationäre AHB</p> <ul style="list-style-type: none"> > ambulant nicht ausreichend (notwendiger Therapieumfang kann nicht erzielt werden) > ambulant nicht möglich (Bewegungseinschränkungen nach OP, fehlende Leistungsfähigkeit bei Herz-Kreislaufkrankungen etc.) > fehlende Erreichbarkeit geeigneter ambulanter Therapien <p>Therapieziele sollten kurz formuliert werden (z.B. Wiedererlangung Erwerbsfähigkeit, Teilhabe am sozialen Leben, Verhinderung Pflegebedürftigkeit, Förderung Alltagskompetenzen etc.)</p>	<p>Medizinische Argumente für die beste Klinik (Wunschlinik)</p> <ul style="list-style-type: none"> > umgehende Aufnahmemöglichkeit vorhanden (aus ärztlicher Sicht kein Zuwarten möglich), > kürzester bzw. kurzer Weg (keine oder nur eingeschränkte Transportfähigkeit, Familienmitglied muss bei der Therapie unterstützen oder ist für die psychische Stabilität des Patienten während der AHB wichtig), > spezielle Therapieangebote/Alleinstellungsmerkmale (z.B. Gangschulung mit Prothese, psychologische Mitbehandlung etc. für den AHB-Erfolg notwendig), > Angehörigenschulung (z. B. bei neurologischen Erkrankungen notwendig für die häusliche Betreuung nach der AHB), > Behandlungsmöglichkeit Komorbiditäten 	<p>Grundsätzlich gilt: Listen von Krankenkassen, wonach ausschließlich Vertragskliniken zuzuweisen seien, sind ungültig! Die Klinikauswahl durch die GKV hat gemäß § 40 Abs. 2 SGB V zu erfolgen. Zuerst ist die beste medizinische Eignung, danach das Wunsch- und Wahlrecht des Patienten gem. § 8 SGB IX zu berücksichtigen (berechtigte Wünsche in Bezug auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse). Die Krankenkasse darf die Zuweisung einer Wunschlinik nicht von der Unterzeichnung einer Mehrkostenübernahmeerklärung abhängig machen.</p>	Antrag	
	<p>Hohe Aussagekraft und eine präzise, verständliche Antragsbegründung führen im besten Fall zur raschen Bewilligung der AHB-Maßnahme in der Wunschlinik, denn:</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Der Kostenträger bewertet und entscheidet ausschließlich anhand der aktuellen Antragsunterlagen. Deshalb sollten alle im Rahmen der AHB bewertungswürdigen Diagnosen in der Reihenfolge „wichtigste zuerst“ und auch die für die Klinikauswahl relevanten Umstände aufgezählt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> > Der Kostenträger darf medizinische Gründe bei seiner Ermessensentscheidung nicht außer Acht lassen – das heißt, Arzt und Kliniksozialdienst üben eine entscheidende Funktion aus, indem sie medizinische Gründe anführen, mit denen sich der Kostenträger auseinandersetzen muss. 		
Frist	<p>Wird der Antrag oder die Wunschlinik nicht unmittelbar bewilligt, besteht die Möglichkeit des Widerspruchs. Die Frist beträgt i.d.R. einen Monat ab Zugang des Bescheides. Für seine Wirksamkeit ist der Widerspruch im Namen und mit ergänzender Unterschrift des Patienten bzw. eines bestellten Betreuers einzulegen.</p>			Frist	
Zuzahlung / Widerspruch	<p>Ablehnung AHB-Antrag insgesamt</p> <p>Der Ablehnungsgrund ist maßgeblich (z.B. ambulante Behandlung beim niedergelassenen Arzt oder Physiotherapeuten sei ausreichend oder Refahfähigkeit sei nicht gegeben).</p> <p>Der Widerspruch bzw. das dann notwendige, ergänzende Attest muss sich inhaltlich mit dem Ablehnungsgrund auseinandersetzen. Nur eine anders lautende medizinische Einschätzung kann die Argumente des Kostenträgers entkräften (ambulante ist nicht möglich / nicht ausreichend / für den Patienten wg. unzumutbaren Fahrzeiten/körperlichen Einschränkungen nicht erreichbar, Refahfähigkeit ist gegeben etc.).</p>	<p>Ablehnung Klinikwunsch</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Die medizinische Eignung beider Kliniken ist zu vergleichen (Wartezeit, Anreiseweg, Therapieangebote – siehe auch „Medizinische Argumente für die beste Klinik (Wunschlinik)“). 2 Wurden die sonstigen, angemessenen Wünsche des Patienten bei der Klinikzuweisung berücksichtigt (z.B. Besuche durch Partner oder Kinder, insbesondere bei Patienten im hohen Lebensalter oder Müttern / Vätern mit Kleinkindern, vegane Ernährung, religiöse Einstellung etc.)? <p>Die Ablehnung einer Wunschlinik wird vom Kostenträger oft nicht (oder nicht ausreichend) begründet. Hat sich der Kostenträger über eine einfache Behauptung hinaus („Unsere Vertragsklinik ist medizinisch geeignet“) mit der medizinischen Eignung der Wunschlinik und den wichtigen persönlichen Lebensumständen des Patienten auseinandergesetzt?</p> <p>Falls nicht, sollte gegen die Klinikauswahl entweder medizinisch (1) oder mit ärztlicher Befürwortung (2) für die bessere Eignung der Wunschlinik argumentiert werden. Auch von den persönlichen Lebensumständen ist ein AHB-Erfolg oftmals abhängig.</p> <p>Der Kostenträger ist ggf. aufzufordern, seine Entscheidung inhaltlich zu begründen. Ist das AHB-Ziel in der zugewiesenen Klinik ebenso gut erreichbar wie in der Wunschlinik? Er muss die Zuweisung der Wunschlinik dann vornehmen, wenn sie für den Erfolg der Maßnahme besser geeignet ist als seine Vertragsklinik(en). Mehrkosten dürfen nicht verlangt werden!</p>	<p>Bewilligung Wunschlinik gegen Zuzahlung:</p> <p>Es ist zu prüfen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Hat die Krankenkasse alternativ zur Wunschlinik im Vorfeld die ordnungsgemäße Zuweisung einer Vertragsklinik vorgenommen (Bescheid mit Begründung)? 2 Ist die zugewiesene Klinik in gleichem Maß für einen AHB-Erfolg medizinisch geeignet (Entfernung, Wartezeit, Therapien etc.)? 3 Wurden bei der Entscheidung, eine Zuzahlung zu verlangen, auch die weiteren, angemessenen Patientenwünsche berücksichtigt (Familienbesuche entscheidend für den psychischen Zustand und den Therapieerfolg, gewohnte vegane Ernährungsmöglichkeiten, religiöse Einstellung)? <p>Wenn eine oder mehrere Fragen verneint werden müssen, ist das Zuzahlungsverlangen zurückzuweisen und die Notwendigkeit der Wunschlinik erneut bei der Krankenkasse zu begründen. Ein ergänzendes Attest des behandelnden Arztes bzw. des Sozialdienstes ist für die Durchsetzbarkeit hilfreich. Wird die Unterzeichnung einer Mehrkostenübernahmeerklärung durch den Patienten unter Zeitdruck „am Krankenbett“ eingefordert, führt dies nicht unmittelbar zu einer Zahlungsverpflichtung. Ein Zuzahlungsverlangen ist erst dann rechtmäßig, wenn zuvor ein ordnungsgemäßer Bescheid erlassen wurde.</p> <p>Es gilt das Sachleistungsprinzip in der GKV.</p> <p>Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. empfiehlt, dass der Patient in jedem Fall auf einen rechtsmittelfähigen Bescheid (über die Zuzahlung) und eine Kostenübernahme durch seine Krankenkasse bestehen sollte. Sie können hierfür die aktuellen Mehrkostenscheine des Arbeitskreis Gesundheit e.V. verwenden.</p>	<p>Nur wenn alle drei Fragen mit „ja“ beantwortet werden können, ist ein Zuzahlungsverlangen in Höhe der Differenzkosten zwischen zugewiesener und Wunschlinik berechtigt.</p> <p>Im Ergebnis hat jeder GKV-Patient gem. § 40 Abs. 2 SGB V einen Rechtsanspruch auf seine medizinisch geeignete Wunschlinik, jedenfalls gegen Mehrkostenerstattung.</p> <p>Die Krankenkasse darf die Zuweisung einer Wunschlinik nicht von der Unterzeichnung einer Mehrkostenübernahmeerklärung abhängig machen.</p>	Zuzahlung / Widerspruch

Haben Sie Fragen zur Formulierung von Widerspruchsbegründungen und zum Umgang mit unberechtigten Zuzahlungsverlangen?

Der Arbeitskreis Gesundheit e.V. berät Kliniksozialdienste, Patienten und Angehörige **kostenfrei**. Nach Durchsicht der Unterlagen erhalten Betroffene in ausgewählten Einzelfällen auch anwaltliche Unterstützung. Rufen Sie uns gern an! Sie erreichen uns montags bis donnerstags von 8.00 – 18.00 Uhr und freitags von 8.00 – 17.00 Uhr.