

6. Die Ans... bei... derung sov...  
des An... geregelt.



## Wunsch- und Wahlrecht Abgelehnt

Mit Paragraph 40 II im Sozialgesetzbuch V gibt es ein Problem: Viele Patienten kennen ihn nicht, und einige Krankenkassen versuchen ihn regelmäßig zu ignorieren, um Kosten zu sparen. Dabei sind sie durchaus erfindungsreich. Doch das Wunsch- und Wahlrecht wird so ad absurdum geführt – und der eigentliche Sinn von Rehabilitation infrage gestellt.

Von Lena Reseck

Vor zwei Jahren schickte Waltraud Ahne zuerst einen wütenden Leserbrief an die Bad Windsheimer Lokalzeitung, dann schrieb sie auch ihrer Krankenkasse einen bösen Brief, in welchem sie mit Wechsel drohte. Das passierte zum ersten Mal, denn Ahne ist seit mehr als einem halben Jahrhundert ein eigentlich zufriedenes Mitglied ihrer gesetzlichen Krankenversicherung. Grund für ihren Ärger war ein Reha-Aufenthalt nach einer größeren Operation am Knie, der, nach ihren Worten, „überhaupt nichts gebracht“ hatte. Keine sinnvollen Anwendungen, nicht ein einziges Mal Visite, drei Wochen lang jeden Morgen drei Scheiben der gleichen Wurst und ein Päckchen Marmelade zum Frühstück – Waltraud Ahne wird nicht müde, die Unwägbarkeiten dieses Aufenthalts in einer

Klinik in Bad Kissingen aufzuzählen, 100 Kilometer von ihrem Wohnort entfernt. Dorthin hatte sie die Krankenkasse geschickt – gegen ihren Wunsch. Ahne lebt im fränkischen Bad Windsheim; im Jahr 2016 hat sie schon vier Bandscheiben-Operationen und eine Knie-OP hinter sich. Nach jedem Eingriff absolvierte sie ihre teils auch ambulante Reha in der ortsansässigen Dr. Becker Kiliani-Klinik für Orthopädie, Neurologie und Neuro-Onkologie. „Ich kenne die Klinik seit 1986 und war dort immer sehr zufrieden“, sagt die 69-Jährige. Auch 2016 äußert sie nach der OP gegenüber dem Sozialdienst im Krankenhaus den Wunsch auf eine Reha in der Einrichtung. Mit der Begründung, es bestünden keine Verträge mit dieser Klinik und der Aufenthalt dort sei zudem zu teuer, lehnt die Krankenkasse

Ahnes Antrag ab. Sie empfiehlt stattdessen die Klinik in Bad Kissingen und eine weitere im 50 Kilometer entfernten Nürnberg – und dabei bleibt es, trotz mehrerer Telefonate mit der Krankenkasse.

Einen Patienten so wiederherzustellen, dass er wieder am Leben teilhaben, bestenfalls seinen Beruf weiterhin ausüben kann – das ist der Zweck einer Reha-Maßnahme. Ist diese erfolgreich, profitieren viele davon: Patient, Arbeitgeber, Reha-Klinik und Kostenträger. Ob das Reha-Ziel erreicht wird, hängt auch von der Motivation des Patienten ab, von seiner Einstellung. Aus diesem Grund gibt es ein Wunsch- und Wahlrecht für Patienten. Laut Paragraph 40 II im Sozialgesetzbuch V besteht für sie ein Rechtsanspruch auf die medizinisch am besten geeignete Klinik. Die Einrichtung, in welcher der Patient sein

Foto: Colourbox

Reha-Ziel optimal erreichen und so möglichst wieder am Leben teilhaben kann. Der Kostenträger darf über das Wie und Wo einer Reha entscheiden, ist jedoch in der Pflicht, eine zweistufige Ermessensentscheidung darüber zu treffen. Das heißt, zunächst eine Ermessensabwägung zur medizinischen Eignung einer Reha-Klinik vorzunehmen.

### Billiger ist nicht besser

Selbst wenn die Kasse eine andere Klinik für medizinisch ebenso geeignet hält, besteht für sie die Pflicht, einen Vergleich beider Häuser vorzunehmen, der nicht nur die Kosten im Blick hat, sondern weitere Kriterien prüft, etwa die Entfernung zum Wohnort oder die religiöse Ausrichtung der Klinik. Hier existiert ein großer Spielraum und gibt es viele Argumentationsmöglichkeiten, denen ein kranker, möglicherweise älter und gebrechlicher Mensch meist nicht viel entgegenzusetzen hat. Außerdem ist die Zeitspanne vom Antrag bis zur Genehmigung sehr gering, wenn der Patient direkt vom Krankenhaus aus in die Reha soll.

So ist Waltraud Ahnes Geschichte längst kein Einzelfall, weiß Ingo Dörr, Jurist und Geschäftsführer des Arbeitskreises Gesundheit e.V. in Leipzig, zu berichten. Etwa 800 juristische Patientenberatungen pro Jahr übernimmt der Arbeitskreis. „Topthemen sind dabei die Ablehnung der vom Patienten gewünschten Reha-Klinik und die Ablehnung einer Reha-Maßnahme generell“, so der Rechtsanwalt. „Hier liegt einiges im Argen.“

Die über 70-jährige Patientin, der ein Lungenlappen entfernt wurde, sucht sich eine Reha-Klinik mit pulmonologischer Expertise aus, wird von ihrer Kasse jedoch an eine Einrichtung verwiesen, in der es nicht einmal einen Facharzt für Lungenheilkunde gibt. Oder die orthopädische Patientin mit Hüft-TEP, die von ihrer Kasse in eine 200 Kilometer entfernte Klinik geschickt werden soll – frisch operiert –, obwohl die geeignetere Einrichtung keine 40 Kilometer entfernt liegt. Anwalt Dörr kann viele Beispiele aufzählen. Immer wieder fällt dabei der Name der Deutschen Angestellten Kranken-

## 2. Nationales Reha-Forum

# Rehabilitation 2punkt, 3punkt,... 4.0?

## 2. Nationales Reha-Forum & 17. Nationales DRG-Forum 15. & 16. März 2018, Berlin

### Workshops zu den Themen:

- Qualitätssteuerung 2018
- Personalmangel 4.0
- Internationalisierung, Übernahmen, Kettenbildung
- Entlassmanagement im Fokus
- Geriatrie und andere Schnittstellen zwischen Akut und Reha
- Reha-Wissen in Kürze

**Das detaillierte, vorläufige Programm liegt dieser Ausgabe der f&w bei.**

## DAS EVENT DES JAHRES

1.500 Gäste | 150 Vorträge | Interaktive Workshops | Großer Gesellschaftsabend | Vordenker-Award 2018

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

kasse (DAK). „Die meisten Patienten, die sich an uns wenden, sind DAK-Versicherte. Was die Kasse seit Jahren im Bereich Reha veranstaltet, lässt sich nur nach der Devise erklären, die billigste Klinik ist die beste. Eine sachgemäße Prüfung der medizinischen Erfordernisse oder der Rechte des Patienten nach § 8 SGB IX habe ich noch nicht erlebt. Auch andere Kassen sind da auffällig. Das ist schon eine wirtschaftliche Strategie.“ Von der DAK selbst heißt es auf Anfrage von *f&w* dazu: „Die DAK-Gesundheit prüft für jeden Antrag nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung. Bei der Zuweisung zu einer Rehabilitationsklinik steht immer die medizinische Eignung der Klinik im Vordergrund unserer Ermessensentscheidung. Im zweiten Schritt erfolgt die gesetzlich vorgeschriebene Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung (§ 12 SGB V).“

### Kassen müssen abwägen

Medizinisch geeignet seien fast alle von den Patienten gewünschten Kliniken, berichtet Anwalt Dörr aus seiner Erfahrung – sehr oft sogar medizinisch besser geeignet als der Vorschlag der Kasse. Und was passiert, wenn der Wunsch des Patienten nicht mit dem von der Kasse ausgewählten Haus übereinstimmt? „Die DAK-Gesundheit nimmt eine Gesamtwürdigung aller Antragstatbestände vor und übt in jedem Einzelfall eine individuelle Ermessensentscheidung aus. Diese Würdigung beinhaltet neben den medizinischen Tatbeständen des Patienten auch die Berücksichtigung seiner konkreten Lebensumstände“, heißt es von der DAK. „Die Ermessensabwägung zur medizinischen Eignung bleibt von den gesetzlichen Krankenkassen regelmäßig unbeachtet“, sagt dazu Dörr.

Dr. Martin Wick, Chefarzt in der Dr. Becker Kiliani-Klinik Bad Windsheim, sind Fälle, wie Dörr sie beschreibt, ebenfalls bekannt. Die Reha-Einrichtung kooperiert eng mit dem benachbarten Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung. Patienten profitieren oft von der Direktverlegung, den schnelleren Behandlungspfaden. Den-

noch würden einige Ersatzkassen konsequent eine Einweisung in die Kiliani-Klinik verweigern, weil keine Verträge bestünden und die Reha in der Klinik ihnen zu teuer sei. „Aber bei uns folgt das Behandlungsprogramm strengen Qualitätskriterien“, sagt Wick. Dazu, von *f&w* befragt, schreibt die Barmer Ersatzkasse: „Bei der Auswahl der Kliniken, die wir den Versicherten vorschlagen, spielen verschiedene Kriterien eine Rolle. Natürlich muss die Einrichtung medizinisch geeignet sein, den vorliegenden Rehabilitationsbedarf umfassend abzudecken. In die Überlegungen fließt aber auch ein, ob zu diesem Haus besondere Hinweise zur Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität vorliegen beziehungsweise ob uns positive oder negative Rückäußerungen unserer Versicherten bekannt sind. Auch die Nähe spielt eine Rolle. Für die Anschlussrehabilitation favorisieren wir Kliniken, die in vertretbarer Entfernung zum Wohnort oder zum vorbehandelnden Krankenhaus liegen. Daneben beleuchtet die Barmer auch die wirtschaftlichen Aspekte. Hier sind wir dem gesetzlich vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet. Selbstverständlich beziehen wir auch das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten in die Gesamtüberlegungen angemessen mit ein.“ Besteht kein Vertrag mit der gewünschten Klinik, „würden wir dem Patienten bei einer umfassenden Beratung gegebenenfalls auch Alternativkliniken nennen“.

Fast alle Kliniken haben einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen. Hat eine Kasse keine darüber hinausgehende (besonders günstige) Vergütungsvereinbarung mit einer Reha-Klinik, muss sie bei medizinischer Eignung dennoch einem Aufenthalt des Patienten zustimmen. Hier soll nach dem Willen vieler Kassen der Patient oft unter Zeitdruck eine Zuzahlungsvereinbarung unterzeichnen, um seine Wunschlinik zu bekommen. Auch da werde Schindluder betrieben, sagt Dörr. Ihm sei noch keine rechtswirksame Mehrkostenbescheinigung unter die Augen gekommen – jedenfalls nicht in der geforderten Höhe. Das Verfahren sei oft intransparent. Es gäbe Fälle, in denen Kassenvertreter Patienten am Telefon falsch beraten, indem sie behaupten, in

seiner Wunschlinik müsse der Patient als Privatpatient einchecken und alle Kosten selbst übernehmen. Das schreckt ab. Oft würden Kassen dem Patienten eine Mehrkostenvereinbarung zuschicken, die dieser binnen kurzer Zeit unterschreiben soll. „Falls nicht, drohen sie mit der Zuweisung in eine andere Klinik“, erzählt Dörr. „Dieses Vorgehen ist eklatant rechtswidrig, weil ein Patient durch Vereinbarung nicht auf seine Rechte verzichten kann. Wir gehen damit jetzt verstärkt vor die Sozialgerichte, damit ein solches Vorgehen möglichst unterbunden wird.“ Um Patienten besser über dieses Thema aufzuklären, spricht der Arbeitskreis Gesundheit gezielt Sozialdienste in Krankenhäusern an und verteilt entsprechende Informationsblätter.

### Widerspruch ist notwendig

Oft genügt es schon, wenn die Patienten Widerspruch gegen den Kassenbescheid einlegen. „Das lohnt sich in fast allen Fällen“, sagt Dörr. Meist wird dann – auch kurzfristig innerhalb von Tagen – dem Patientenwunsch nachgegeben, wenn die Reha-Einrichtung für seinen Bedarf medizinisch angemessen ist. Doch Patienten, die das nicht wissen, gehen unter.

Es sei denn, sie erhalten Unterstützung, so wie Waltraud Ahne nach ihrem erbosten Leserbrief. Daraufhin wandte sich ein Mitarbeiter der Dr. Becker Kiliani-Klinik an sie und sicherte ihr für eine weitere bevorstehende Reha Hilfe zu. Bereits im September 2017 – nach einer schweren Halswirbel-OP – musste sie auf das Angebot zurückkommen. Wieder wünschte sie sich eine Reha in der Kiliani-Klinik. Wieder lehnte ihre Krankenkasse ab. Man empfahl der Patientin stattdessen eine vorwiegend onkologisch ausgerichtete Reha-Klinik, 40 Kilometer von Bad Windsheim entfernt. Nun stellte der Kiliani-Mitarbeiter den Kontakt zu Anwalt Dörr her. „Die Telefone liefen heiß“, erzählt Ahne. „Herr Dörr setzte meiner Kasse ein Ultimatum und drohte mit einer Klage. Das hätte ich allein nie geschafft.“ Dann wurde Waltraud Ahnes Reha-Antrag für die Dr. Becker Kiliani-Klinik bewilligt. Mitglied ihrer Krankenkasse ist sie geblieben.