

**Hilfestellung für Arzt und Patient
bei der Beantragung stationärer Rehamaßnahmen**

Stand Januar 2004

Sehr geehrte Patienten,

mit diesem Text wollen wir Sie umfassend über die aktuelle Rechtslage und Bewilligungspraxis der Kostenträger informieren. Wir beobachten in unserer täglichen Praxis, dass oftmals Anträge scheitern, da der Patient oder/und Arzt mit den notwendigen Bestimmungen nicht ausreichend vertraut ist. Oftmals sind die Krankenkassen dann gezwungen, Anträge abzulehnen.

Wir haben deshalb versucht, im ersten Teil des Textes kurz die wichtigsten Fakten für den üblichen Ablauf zusammenzustellen. Rechtliche Grundlagen und weitere Tips finden Sie dann auf den folgenden Seiten.

Auch wir lernen dazu – melden Sie sich einfach, wenn Sie noch Fragen zu diesem Text haben, bzw., wenn Sie bei der Genehmigung Ihrer stationären Rehamaßnahme auf Probleme stoßen. Wir werden immer bemüht sein Ihnen weiterzuhelfen.

Sie erreichen uns unter: Tel. 02751 / 804-240
 Fax 02751 / 804-250

Folgende Themen werden in dieser Informationsschrift behandelt:

Thema	Seite
A. Beantragung einer Maßnahme – was ist zu tun?	2
B. Das ärztliche Gutachten	3
C. Was ist bei Ablehnung zu tun?	5
D. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen	6
E. Weitere Tipps	7

A - Sie wollen eine stationäre Rehamaßnahme beantragen: - Was ist zu tun?

1. Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse (siehe auch Pkt. D)
Anträge erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

2. Ärztliche Verordnung

Ihr Facharzt oder Hausarzt verordnet und beantragt eine Rehabilitationsmaßnahme zur Behandlung einer Krankheit, mit genauer Begründung der *medizinischen Notwendigkeit* z.B.

- insbesondere auch um einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- eine Behinderung zu beseitigen, eine Behinderung zu bessern oder
- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder
- Krankheitsbeschwerden zu lindern (Schmerzen)
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern

3. Der medizinische Dienst der Krankenkassen prüft

Der Antrag für eine stationäre Rehamaßnahme wird vom medizinischen Dienst (MDK) auf seine medizinische Notwendigkeit geprüft.

Tip: Häufig hilft eine Kontaktaufnahme oder ein Telefongespräch des behandelnden Facharztes, die Einsicht der Notwendigkeit durch den MDK zu fördern.

4. Der MDK bewilligt

Wenn die Leistung als medizinisch notwendig angesehen wird, erfolgt die Bewilligung durch die Krankenkasse. Im Allgemeinen wird vorerst für 3 Wochen eine Genehmigung erteilt.

5. Die Krankenkasse schickt die Kostenübernahme an die vorgesehene Einrichtung, die sich dann mit Ihnen in Verbindung setzt.

B - Das ärztliche Gutachten gewinnt immer mehr an Gewicht

Wichtige Grundlagen:

Es muß unterschieden werden zwischen folgenden Maßnahmen:

Maßnahmen zur Behandlung bei Krankheiten

-stationäre Rehabilitation gemäß §40 Abs.2 SGB V

Zielsetzung:

- eine Krankheit erkennen/heilen,
- die Verschlimmerung einer Krankheit verhüten,
- Krankheitsbeschwerden lindern,
- einer drohenden Behinderung vorbeugen,
- eine Behinderung beseitigen/vermindern,
- eine Verschlimmerung der Behinderung verhüten,
- Pflegebedürftigkeit vermeiden/vermindern

Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten

-stationäre Vorsorgekur gemäß § 23 Abs. 4 SGB V-

Zielsetzung:

eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, beseitigen.

Tip: Die Bewilligung einer Rehamaßnahme wird in immer stärkerem Maße davon abhängen, ob die medizinisch nötigen Bausteine so schlüssig wie möglich dargestellt werden.

Die neuesten Begutachtungsrichtlinien legen die folgenden Bewilligungskriterien fest:

Bewilligungskriterien des MDK - Bausteine des ärztlichen Gutachtens

1. Rehabilitationsbedarf

Rehabilitationsbedarf ist dann gegeben, wenn bei Vorliegen einer oder mehrerer Fähigkeitsstörungen (Mindestvoraussetzung) über kurative Maßnahmen hinaus die Methoden und Verfahren der rehabilitativen Medizin eingesetzt werden müssen, um diese Fähigkeitsstörungen beseitigen oder zumindest verringern zu können.

2. Rehabilitationsfähigkeit / Rehabilitationspotential / Rehabilitationsprognose

Die Begriffe stehen in engem Zusammenhang. Der Begriff der *Rehabilitationsfähigkeit* bezieht sich auf Einflußfaktoren bezüglich der somatischen und psychischen Verfassung des Rehabilitanden außerhalb der definierten Fähigkeitsstörungen, sowie auf dessen Eignung und Bereitschaft (Motivierung) für eine bestimmte Rehabilitationsmaßnahme. Negative

Einflußfaktoren können z.B. eine eingeschränkte kardiopulmonale Leistungsfähigkeit bei Fähigkeitsstörungen der Mobilität oder eine Beeinträchtigung durch medikamentöse Behandlung sein.

Die *Rehabilitationsprognose* ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines definierten Rehabilitationsziels

- durch die vorgesehene Rehabilitationsmaßnahme beim betreffenden Rehabilitanden
- in einem definierten Zeitraum, sowie in einem bestimmten Umfeld.

Die Rehabilitationsprognose muß der (den) zugrundeliegenden Fähigkeitsstörung(en) angemessen bzw. unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten verantwortbar sein.

Der Begriff *Rehabilitationpotential* sollte mindestens zwei Fragen beinhalten:

- Handelt es sich um eine bzw. mehrere Fähigkeitsstörungen, deren Schweregrad durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation wesentlich gebessert werden kann? (Aspekt der Effektivität)
- Ist diese Besserung (bei der Fähigkeitsstörung zugrunde liegenden Grundkrankheit) nach den einschlägigen klinischen Erfahrungen bei wirtschaftlichem Einsatz der vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahme zu erreichen? (Aspekt der Effizienz)

3. Rehabilitationsziel

Der Begriff bezeichnet eine medizinisch begründete Zielvorgabe für den betreffenden Rehabilitanden im Zusammenhang mit der vorgesehenen Rehabilitationsmaßnahme.

Das Rehabilitationsziel muß auf der Basis möglichst überprüfbarer Aussagen zur Vermeidung, Beseitigung diagnostizierter Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen formuliert werden.

4. Die 4 – Jahres - Frist

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden in der Regel nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung entsprechender Leistungen erbracht.

Dies ist jedoch nur die Regel und gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus **gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich** sind. Wann vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sein können, ist in der Tabelle beispielhaft dargelegt.

Erhebliche Einschränkung / Minderung / Gefährdung der	Erhebliche Gefahr /große Wahrscheinlichkeit
⇒ Arbeitseinsatzfähigkeit	⇒ Berufsunfähigkeit (Eintritt von)
⇒ Erwerbsfähigkeit	⇒ Verschlimmerung der Erkrankung
⇒ Berufsfähigkeit	⇒ Schwer- / Schwerstbehinderung
⇒ beruflichen Leistungsfähigkeit	⇒ steigender Pflegebedürftigkeit
⇒ alltäglichen Selbständigkeit	⇒ erheblicher Funktionseinschränkung
⇒ selbständigen Haushaltsführung	⇒ selbständige Haushaltsführung
⇒ Beschleunigung der Erkrankung	⇒ psychischer Störung oder Belastung
⇒ aktuellen funktionellen Reserven	⇒ Verschlechterung der Lebensqualität

Wenn möglich Untersuchungsergebnisse beifügen!

5. Grundsatz „Ambulant vor Stationär“

Es sollte begründet werden, weshalb eine *stationäre* RehaMaßnahme indiziert ist. Stationäre Maßnahmen werden nach dem Gesetz nur genehmigt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, nicht den gewünschten Erfolg brachten, oder aus anderen Gründen, z.B. vor Ort nicht verfügbar oder familiäre Belastungen, nicht möglich sind. Wichtig ist auch, die Schwerpunkte der stationären Behandlung zu formulieren.

Begründungen/Tips:

Die bisher verordneten ambulanten, krankengymnastischen und physikalischen Maßnahmen sind ausgeschöpft und nicht mehr ausreichend. Bei vorliegendem Krankheitsbild ist mit einer schlechten Prognose hinsichtlich der Gefahr einer stark zunehmenden Verschlechterung zu rechnen.

Die stationäre Rehabilitation gewährleistet eine umfassende Fachlymphologische Versorgung.

Der stationäre Aufenthalt gibt dem Patienten die notwendige Zeit und fachliche Hilfestellung zur Verarbeitung und Bewältigung der Ursachen und Auswirkung der Krankheit.

C - Was ist bei einer Ablehnung zu tun?

Das medizinisch Notwendige muß die Krankenkasse immer bezahlen, wenn es wirtschaftlich zweckmäßig und nicht ausdrücklich vom Gesetzgeber verboten ist. Von Kasse zu Kasse kann es aber durchaus unterschiedliche Ansichten darüber geben, was medizinisch notwendig ist.

Genehmigt die Krankenkasse Ihren Antrag nicht, so steht Ihnen ein schriftlicher Bescheid zu. Dies ist wichtig, denn nur gegen einen schriftlichen Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden. Innerhalb eines Monats müssen Sie den Widerspruch bei der Krankenkasse einreichen. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie Ihrer Kasse schreiben, „Gegen Ihren Bescheid vom ... lege ich Widerspruch ein, Begründung folgt.“ Ist diese Frist im Ablehnungsbescheid nicht genannt, („Rechtsbehelfsbelehrung“), hat der Patient sogar bis zu einem Jahr Zeit.

Tip: Oftmals hilft schon ein klärendes Gespräch mit Ihrer Krankenkasse. Fragen Sie und/oder Ihr Arzt nach Argumenten, die Sie vielleicht in Ihrem Antrag vergessen haben zu erwähnen. In der Regel sind die Kassenmitarbeiter bemüht zu helfen.

Bei der Begründung ist Ihnen Ihr Arzt behilflich. Es kann z.B. darauf hingewiesen werden, wenn Sie nur nach Aktenlage abgelehnt wurden, dass eine persönliche Untersuchung durch den MDK-Arzt sinnvoll erscheint. Ebenso kann angeführt werden, dass Ihr behandelnder Arzt Ihre Erkrankung und Krankheitsentwicklung besser beurteilen kann, da er Sie bereits über lange Zeit behandelt. Auf jeden Fall sollte nochmals die dringende medizinische Notwendigkeit formuliert werden, und der Antrag, wie auf den bisherigen Seiten beschrieben, gründlich abgefaßt sein.

Bleibt die Kasse trotz Widerspruchs hartnäckig, können Sie beim Sozialgericht klagen. Innerhalb eines Monats nach Erhalt des schriftlichen Widerspruchsbescheids muß die Klage beim Gericht eingegangen sein. Eine Formvorschrift für die Klage gibt es nicht, dennoch sollte zumindest drinstehen: Was wird von der Kasse gefordert? Wie wird es begründet?

Damit Sie wissen, was Sie erwartet, hier einige Informationen:

Bei Verfahren vor Sozialgerichten fallen keine Gerichtsgebühren an. Außerdem muß der Staat in der Regel die Kosten für Sachverständige und Zeugen tragen („Amtsermittlungsgrundsatz“). Der Verlierer des Verfahrens hat aber die Anwaltskosten zu zahlen. Für das Anwaltshonorar hat das Gesetz Rahmengebühren festgelegt. Meist berechnen Anwälte den Mittelwert:

1. Instanz (Sozialgericht) 50 - 600 €
2. Instanz (Landessozialgericht) 60-780 €
3. Instanz (Bundessozialgericht) 90-1300 €

In der ersten und zweiten Instanz besteht kein Anwaltszwang. Der Versicherte kann sich selbst vertreten, was aber in der Regel wenig sinnvoll ist. Von der privaten Rechtsschutzversicherung sind Streitigkeiten vor Sozialgerichten abgedeckt - nicht jedoch Anwaltskosten, die der Anwalt für die Arbeit im Widerspruchsverfahren berechnet. Außerdem bieten zum Beispiel auch Gewerkschaften Rechtsschutz bei Sozialstreitigkeiten.

Tip: Sofern keine Deckungszusage über eine Rechtsschutzversicherung existiert, kann auch von der Möglichkeit der Prozesskostenhilfe Gebrauch gemacht werden, wenn die materielle Situation dies zuläßt.

D - Versicherungsrechtliche Voraussetzungen und Grundlagen

Rentenversicherungsträger

Auch der Rentenversicherer erbringt Leistungen zur Rehabilitation. Wer in Ihrem Fall zuständiger Kostenträger ist, teilt Ihnen Ihre Krankenkasse mit. Ein Antrag ist dann ggf. beim zuständigen Rentenversicherungsträger (entsprechend Pkt.1) nach SGB VI zu stellen.

Anspruchsgrundlage und Antragsvoraussetzungen:

Leistungen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sind vorrangig vom Träger der Rentenversicherung zu erbringen (§§ 9 bis 15 SGB VI)

Den Antrag stellen Sie bei der BfA oder LVA selbst oder mit Hilfe Ihres Arztes für eine „stationäre Heilbehandlung“ gemäß §10 u. §15 (2) SGB VI:

- Wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Und voraussichtlich durch die Leistungen

- eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann, oder
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann, oder
- der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit abgewendet werden kann.

Abgrenzungskriterien:

Das maßgebliche Abgrenzungskriterium zwischen Renten- und Krankenversicherung ist das Rehabilitationsziel.

1. Rentenversicherungsträger
Wiederherstellung oder Erhalt der Erwerbsfähigkeit ("Reha vor Rente")
2. Krankenversicherungsträger

Heilung/Linderung von Krankheiten, Beschwerden, Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, Behinderungen zu beseitigen oder zu bessern ("*Reha vor Pflege*")

Sonderform Anschlussheilbehandlung (AHB)

Bei der Verlegung aus einem Akutkrankenhaus ist kein vorheriger Antrag nötig. Das AHB-Verfahren gewährleistet eine für den Patienten problemlose Übernahme in die Rehabilitation. Diese ist von Ihrem Krankenhaus zu beantragen. Der behandelnde Krankenhausarzt oder Sozialdienst übernimmt das für Sie. Sie können eine Klinik wählen (Ausnahme LVA Versichertel!).

E - Weitere Tips

1. Lymphödem, Lipödem - eine chronische Erkrankung und warum bei dieser Indikation eine ambulante Behandlung meist nicht ausreicht

Bei Ödemen handelt es sich bekanntlich um chronische Erkrankungen, die schubförmig oder chronisch progredient verlaufen können und bei der typischerweise die Gefahr einer Verschlimmerung der Erkrankung besteht, bis hin zur Behinderung oder Erwerbsunfähigkeit, wenn nicht rechtzeitig durch eine intensive stationäre Spezialrehabilitation entgegengewirkt wird.

Diese Verschlimmerungstendenz kann in vielen Fällen durch eine stationäre Intensivtherapie verlangsamt, aufgehalten oder gebessert werden. Die Erfolge sind in der einschlägigen Literatur ausreichend belegt.

Ambulante Behandlungen allein vermögen das Fortschreiten der Erkrankung nicht aufzuhalten und reichen zur Erfüllung der Leistungsverpflichtungen aus dem SGB V nicht aus.

2. Reha zur Vermeidung einer Krankenhausbehandlung

Kann eine Rehabilitationsmaßnahme dazu dienen, eine ansonsten erforderliche Krankenhausbehandlung zu vermeiden, so ergibt sich als Anspruchsgrundlage auch § 40 (4) SGB V, wonach die Leistung „anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung“ durchzuführen ist. Dies ist gerade bei chronischen Erkrankungen oft sinnvoller und stößt normalerweise bei der Kasse auf Verständnis.

3. Reha vor Rente

Besteht die Gefahr, daß Sie wegen der Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit berentet werden sollen, so sieht § 7 Reha-Angleichungsgesetz vor, daß derartige Renten erst dann bewilligt werden, wenn zuvor Maßnahmen zur Rehabilitation durchgeführt worden sind.

4. Beratungspflicht der Sozialleistungsträger

Ab und an besteht bei Sozialleistungsträgern die Tendenz, den antragstellenden Mitgliedern die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsbehandlung zu verweigern, mit dem Hinweis auf § 40 (3) SGB V, wonach Rehabilitationsbehandlungen vor Ablauf von 4 Jahren nicht erneut erbracht werden können. Die ist besonders nachteilig für chronisch Erkrankte, die auf häufigere Leistungen angewiesen sind. In diesen Fällen bedarf es einer

entschlossenen Haltung gegenüber den Leistungsträgern. Kein Sozialleistungsträger darf sich nämlich auf die Ablehnung einer Leistung beschränken, er muß dem Versicherten vielmehr den Weg weisen, auf dem er zu der beanspruchten Leistung gelangt (siehe hierzu Peter Mrozynski „Rehabilitations-Recht“, 3. Auflage, Verlag C.H. Beck, München, 1992, Seite 28, unter Bezug auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes)

5. Beschleunigung des Verfahrens:

- Rechtlich:
Nach § 4 (2) Reha-Angleichungsgesetz haben die Rehabilitationsträger:
 - auf die frühzeitige Einleitung und auf
 - zügige Durchführungder gebotenen Maßnahme hinzuwirken. Bei schleppender Bearbeitung besteht die Möglichkeit einer Dienstaufsichtsbeschwerde. Eine Entscheidung sollte innerhalb von 6 Wochen möglich sein.
- Praktisch:
Zur Ablaufbeschleunigung sollte nochmals die dringliche medizinische Notwendigkeit formuliert und um eine eilige Bearbeitung des Falles gebeten werden. Im Quellenhof besteht in begründeten Fällen die Möglichkeit, zunächst eine privatrechtliche Buchung vorzunehmen, die nach einer Bewilligung storniert bzw. umgewandelt wird.

6. Selbstbeschaffte Leistung

Stellt sich heraus, dass die Krankenkasse eine Leistung zu unrecht abgelehnt hat und es sind dadurch dem Versicherten für selbstbeschaffte Leistungen Kosten entstanden, so sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (§ 13 (3) SGB V).

7. Widerspruch oder Klage bei Ablehnung

Der Anwaltsuchdienst (Tel.: 0180/ 5 25 45 55) benennt Ihnen telefonisch einen im Sozialrecht kundigen Juristen in Ihrer Nähe, den Sie ggf. unter Inanspruchnahme Ihrer Rechtsschutzversicherung mit der Wahrnehmung Ihrer Interessen beauftragen können. Grundsätzlich sind gegen Ablehnung von Anträgen Widerspruchsmöglichkeiten gegeben. Lassen Sie sich die Ablehnung in jedem Fall schriftlich begründen, damit dann bei nicht ausreichenden Argumenten erfolgreich Widerspruch eingelegt werden kann oder, wenn unbedingt nötig, auch der Klageweg beschritten wird.

8. Frei Wahl der Behandlungsstätte (§ 76 SGB V, § 13 SGB VI, § 33 SGB I)

Krankenkasse

Zunehmend gibt es Bestrebungen einzelner Kassen, die Patienten einer bestimmten Behandlungsstätte zuzuweisen. Eine derartige Zuweisung der Behandlungsstätte durch die Krankenkasse widerspricht jedoch der freien Arztwahl und findet keine rechtliche Grundlage. Der Patient bestimmt im Rahmen des Gesetzes, wo er behandelt werden möchte (siehe auch § 76 SGB V).

Nach § 33 SGB I soll den Wünschen des Berechtigten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

Rentenversicherer

„Gemäß § 13 I SGB VI bestimmt der Träger der Rentenversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 39 SGB I) im Einzelfall Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Daraus ergibt sich für den Träger der Rentenversicherung ein Bestimmungsrecht hinsichtlich aller wesentliche Gesichtspunkte der Rehabilitation (BSG 66 S. 91). Das betrifft insbesondere auch die Entscheidung unter mehreren therapeutischen Richtungen.

Zweifelhaft ist, ob der Träger der Rentenversicherung nach § 131 SGB VI die Rehabilitationsstätte einseitig bestimmen kann. Diese Frage ist zu verneinen. Vielmehr ist den angemessenen Wünschen des Rehabilitanden, die sich auch auf die Auswahl der Rehabilitationsstätte beziehen, nach § 33 Satz 2 SGB I zu entsprechen. (Quelle: Peter Mrozynski, „Rehabilitationsrecht“, 3. Auflage 1992, München)

9. Zuzahlung und Befreiung

Die Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich voll übernommen. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen allerdings gesetzlich vorgeschriebene Eigenanteile zahlen.

Seit dem 01.01.2004 geltende folgende Regelungen:

- Bei Anschlussrehabilitationsmaßnahmen 10.-€ (das heißt nach Verlegung aus dem Krankenhaus in die Rehaklinik) pro Tag des stationären Aufenthalts begrenzt auf 28 Tage, wobei eine Anrechnung der aufgrund eines vorangegangenen Krankenhausaufenthalts im selben Kalenderjahr gezahlten Zuzahlungsbeträge erfolgt.
- Bei allen übrigen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen 10.-€ pro Tag des stationären Aufenthalts - ohne zeitliche Begrenzung oder Anrechnung bereits geleisteter Zuzahlungsbeträge.

Tip: Für chronisch kranke Patienten, die aus medizinischen Gründen innerhalb der 4-Jahres-Frist erneut eine stationäre Rehamassnahme benötigen, oder deren Maßnahme länger als 6 Wochen dauert, haben die Landesverbände der Krankenkassen beschlossen, entsprechend der Regelung zur Anschlußrehabilitation zu verfahren.

Zur Härtefallregelung in der stationären Rehabilitation gilt nur die Sozialklausel (§61 SGB V), nicht die Überforderungsklausel.

Dies bedeutet: Vollständige Befreiung von der Zuzahlungspflicht

- Alleinstehende bis 938,00 € brutto
- Mit einem Angehörigen 1.289,75 €
- Mit zwei Angehörigen 1.524,25 €
- Mit drei Angehörigen 1.758,75 €
- Mit vier Angehörigen 1.993,25 €