



Bundesversicherungsamt

EINGEGANGEN

- 3. MRZ. 2017

Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e. V.
Herrn Thomas Bublitz
Friedrichstraße 60
10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619
FAX +49 228 619

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

BEARBEITER(IN) Frau

28. Februar 2017

AZ 212 – 432/16
(bei Antwort bitte angeben)

Gesetzliche Krankenversicherung – Leistungen –

Ihre Eingabe vom 6. Januar 2016, bisheriger Schriftverkehr, zuletzt unser Schreiben vom 2. Januar 2017

Sehr geehrter Herr Bublitz,

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 beschweren sich über das Verwaltungshandeln der DAK-Gesundheit sowie der IKK classic im Zusammenhang mit der Bewilligung stationärer 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: fehlerhafte Ermessensentscheidungen im Zusammenhang mit dem Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten),

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),
3. Abrechnung von Mehrkosten, welche den Kliniken überlassen bleibt (eine solche habe jedoch zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse zu erfolgen, da zwischen ihnen das Rechtsverhältnis für die Leistung bestehe)
und
4. Unterlaufen von Vergütungsvereinbarungen mit Rehabilitationskliniken.

Die Rechtslage stellt sich wie folgt dar:

Durch die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgenommene Erweiterung des Wahlrechtes in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (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. Berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten ist dabei 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.

Insoweit möchten wir auf die Urteile des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2013 (Az. B 1 KR 12/12 R und B 1 KR 53/12 R) aufmerksam machen. Das Bundessozialgericht hat in seinen Entscheidungen ausgeführt, dass eine zertifizierte vertragslose Einrichtung, die der Versicherte gewählt und für die die Krankenkasse die Leistungsgewährung bewilligt hat, kraft Gesetzes im Rahmen der Bewilligungsentscheidung bei Versorgung des Versicherten einen Vergütungsanspruch unmittelbar gegen die Krankenkasse erhalte. Dies entspreche dem allgemeinen Regelungskonzept des Vergütungsrechts der nicht vertragsärztlichen Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Bundessozialgericht lässt demnach bei der Inanspruchnahme vertragsloser Rehabilitationseinrichtungen eine direkte Forderung dieser Rehabilitationsklinik gegen die Krankenkasse und damit im Prinzip für den Versicherten das Gelten des Sachleistungsprinzips zu (s. insoweit auch unsere o.g. Ausführungen zum Sachleistungsprinzip). Weiter führt das Bundessozialgericht aus, dass die (vertragslose) Rehabilitationseinrichtung vom Versicherten für die Rehabilitationsleistung lediglich die nicht von der Krankenkasse abgedeckten Mehrkosten, die der Versicherte zu tragen habe, fordern dürfe.

Insbesondere unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Versicherte bei Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistungen in einer vertragslosen Rehabilitationseinrichtung bewusst das in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf Basis von Verträgen geregelte Sachleistungssystem verlässt, halten wir jedoch die insoweit vorgenommene Einschränkung des auch bei vertragslosen Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich geltenden Sachleistungsprinzips (s. vor) mit der Folge eines direkten Schuldverhältnisses zwischen Versichertem und Leistungserbringer in Höhe der Mehrkosten für gerechtfertigt.

Soweit die DAK-Gesundheit und die IKK classic 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