

ASKLEPIOS KATHARINA-SCHROTH-KLINIK BAD SOBERNHEIM

Hinweise für Kostenübernahmemöglichkeiten
und rechtliche Anspruchsgrundlagen



Ein Haus der Asklepios Gruppe

Hinweise für Kostenübernahmemöglichkeiten und rechtliche Anspruchsgrundlagen

Grundsätzlich bestehen für die Kostenübernahme eines Sozialversicherungsträgers drei Hauptanspruchsgrundlagen:

1. **SGB VI** (Rentenversicherer)
2. **SGB V** (Krankenkassen)
3. **Reha-Angleichungsgesetz** (für alle gesetzlichen Sozialversicherungsträger)

Ist ungeklärt, welcher der Rehabilitationsträger zuständig ist, so hat in Fällen medizinischer Maßnahmen zur Rehabilitation der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung längstens nach Ablauf einer Frist von 6 Wochen vorläufig Leistungen zu erbringen (§ 6 Reha-Angleichungsgesetz).

Abgrenzungskriterien

Das maßgebliche Abgrenzungskriterium zwischen Renten- und Krankenversicherung ist das **Rehaziel**.

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“).

Beschleunigung des Verfahrens

a) rechtlich

nach § 4 (2) **Reha-Angleichungsgesetz** haben die Rehabilitationsträger:

- > auf die **frühzeitige** Einleitung und die
- > **zügige Durchführung**

der gebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation hinzuwirken.

Bei zu schleppender Bearbeitung besteht die Möglichkeit einer Dienstaufsichtsbeschwerde. Eine Entscheidung sollte innerhalb von 6 Wochen möglich sein.

b) praktisch

Zur Ablaufbeschleunigung besteht immer die Möglichkeit zunächst eine privatrechtliche Buchung bei uns vorzunehmen, die nach einer Bewilligung durch einen Sozialversicherungsträger storniert bzw. umgewandelt wird (siehe auch B.5)

Folgende Vorgehensweise erscheint geeignet:

A Rentenversicherungsträger

Antrag bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger nach SGB VI.

Zuständigkeit

Leistungen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit sind vorrangig vom Träger der Rentenversicherung zu erbringen (siehe besonders §§ 9 bis 12 / 13 bis 15 SGB VI).

A.1 Antragsvoraussetzung

Antrag bei der BfA oder der zuständigen LVA durch Patient oder Arzt 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.

A.2 Kinderheilverfahren

Für Kinder empfiehlt sich der Antrag auf eine stationäre Heilbehandlung nach § 31 (4) beim Rentenversicherungsträger,

- wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder
- eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann.

A.3 Wiederholungsheilbehandlungen

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

Dies gilt jedoch nicht, wenn *vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind*. Wann vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sein können, ist in der Anlage beispielhaft dargestellt.

B Gesetzliche Krankenkassen

Antrag bei der gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V

Zuständigkeit:

Die gesetzlichen Krankenkassen sind ausschließlich zuständig für Akutbehandlung (§ 39 SGB V). Sie sind nachrangig zuständig für Rehabilitationsbehandlungen nach § 40(2) SGB V.

B.1 Rechtsgrundlage

Lehnt die Rentenversicherung eine Leistung ab oder ist die Rentenversicherung nicht zuständig, so besteht eine Rechtsgrundlage für Leistungen nach dem Subsidiärprinzip des § 40 (4) SGB V, *wenn ambulante Maßnahmen bereits ausgeschöpft oder nicht erfolversprechend sind.*

B.2 Handlungsanleitung zum Verfahren

In diesen Fällen geben wir folgende Handlungsanleitung (siehe hierzu als Leistungsanspruch auch § 11 in Verbindung mit §§ 21 - 24, 27 - 52 SGB V)

1. Ärztliche Verordnung

Der niedergelassene Arzt verordnet und beantragt eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 73 (2) Ziffer 7 SGB V zur **Behandlung einer Krankheit**, möglichst mit fundierter 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

2. Medizinischer Dienst prüft

Anschließend erfolgt die Prüfung der med. Notwendigkeit durch den medizinischen Dienst (MDK) der Krankenkasse gemäß § 275 (2) Ziffer 1 SGB V.

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

3. MDK bewilligt

Wenn die Rehabilitationsbehandlung als med. notwendig angesehen wird, erfolgt die Bewilligung durch die Krankenkasse. **Nach Bewilligung** durch die Krankenkasse **hat der Versicherte die Wahl der Einrichtung gemäß § 76 SGB V**, sofern Versorgungsverträge bestehen. Diese Voraussetzung ist bei der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik erfüllt, da sie die notwendigen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V mit den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden abgeschlossen hat.

4. MDK lehnt ab

Lassen Sie sich die Ablehnung schriftlich begründen, damit bei nicht ausreichenden Argumenten Widerspruch eingelegt werden kann (Hat der MDK Sie persönlich gesehen? Hat ein Orthopäde die Ablehnung formuliert?).

Gegen eine Ablehnung ist der Widerspruch oder auch die Klage vor dem Sozialgericht möglich (siehe hierzu C.5).

Soweit sich die Krankenkasse auf § 40 (3) beruft, wonach Rehabilitationsmaßnahmen „nicht vor Ablauf von 4 Jahren erneut erbracht werden können“, so ist auf die ebenfalls dort genannte ergänzende Möglichkeit zu verweisen: „.....Es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.....“.

(In der Anlage finden Sie einige Dringlichkeitsbeispiele.)

C. Weitere Hinweise

1. Skoliose – eine chronische Erkrankung und warum bei dieser Indikation eine ambulante Behandlung meist nicht ausreichend ist.

Bei der **Skoliose** handelt es sich bekanntlich um eine seitliche Wirbelsäulenverkrümmung, die **chronisch progredient verläuft**, und bei der **typischerweise die Gefahr einer ständigen Verkrümmungszunahme und Verschlimmerung der Erkrankung** besteht bis hin zur Behinderung oder Erwerbsunfähigkeit und / oder Operation, wenn nicht rechtzeitig durch eine intensive stationäre Spezialrehabilitationsbehandlung entgegengewirkt wird.

Diese Verschlimmerungstendenz kann in vielen Fällen durch eine stationäre Intensiv-Therapie nach K. Schroth verlangsamt, aufgehalten oder gebessert werden. Die Erfolge sind in der einschlägigen orthopädischen Literatur ausreichend belegt.

Für lediglich ambulante Behandlungen konnte dieser Nachweis bisher jedoch nicht erbracht werden. Deshalb vermögen gelegentliche ambulante Krankengymnastische Übungen das Fortschreiten der Erkrankung nicht aufzuhalten und reichen zur Erfüllung der Leistungsverpflichtungen aus dem SGB V nicht aus.

2. Beratungspflicht der Sozialleistungsträger

Z. Zt. besteht bei Sozialleistungsträgern die Tendenz, den antragstellenden Mitgliedern – insbesondere wenn es sich um Rentner handelt – 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 könnten. 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 Mroczynski „Rehabilitations-Recht“, 3. Auflage, Verlag C. H. Beck München 1992 Seite 28 unter Bezug auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes*)

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. Reha zur Vermeidung einer Operation

Sollte die Rehabilitationsmaßnahme dazu dienen, eine ansonsten erforderliche Operation zu vermeiden, so ergibt sich als Anspruchsgrundlage auch § 40 (4) SGB V, wonach die Leistung „anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung“ durchzuführen ist.

5. Widerspruch oder Klage bei Ablehnung

Grundsätzlich sind gegen Ablehnungen von Anträgen **Widerspruchsmöglichkeiten** gegeben. Viele Patienten lassen sich die Ablehnung schriftlich begründen, damit dann bei nicht ausreichenden Argumenten erfolgreich Widerspruch eingelegt werden kann oder auch der Klageweg beschritten wird.

Wir kennen auch Fälle, in denen Patienten Ihren Anspruch **vor dem Sozialgericht** ggf. auch im Eilverfahren eingeklagt haben. Sofern keine Deckungszusage über eine Rechtsschutzversicherung erreichbar war, wurde auch von der Möglichkeit der Prozeßkostenhilfe Gebrauch gemacht, wenn die materielle Situation dies zuließ.

Patienten berichteten aus Widerspruchsverfahren, daß häufig der medizinische Dienst der Krankenkasse den Patienten überhaupt nicht persönlich gesehen hat, sondern nach Aktenlage entschied, manchmal auch ohne entsprechende fachmedizinische Kenntnisse. Es gab auch Geschäftsstellen, die den Widerspruch rein mündlich durch einen Sachbearbeiter ablehnten.

Der **Anwaltsuchdienst** (Tel.: 01 80 / 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.

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

a) Krankenkasse

Zunehmend gibt es Bestrebungen einzelner Kassen, die Patienten einer bestimmte 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. Es kann nicht unangemessen sein, für die Behandlung der Skoliose die **einzige Spezialklinik** der BRD für Skoliose nach K. Schroth in Anspruch nehmen zu wollen und zur Behandlung auszuwählen.

b) 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 Leistungen 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 wesentlichen 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 können, nach § 33 Satz 2 SGB I zu entsprechen.“ (siehe hierzu Bundessozialgericht, SGB 1983 S.28), (Quelle: Peter Mroczynski „Rehabilitations-Recht“, 3. Auflage, Verlag C. H. Beck München 1992)

Muster für Erstbehandlung und für vorzeitige stationäre Wiederholungsbehandlung aus dringenden gesundheitlichen Gründen:

Erhebliche Einschränkung / Minderung / Gefährdung der	Erhebliche Gefahr der
<ul style="list-style-type: none"> > Arbeitseinsatzfähigkeit > Verlust der Erwerbsfähigkeit > Berufsfähigkeit > beruflichen Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> > baldigen Arbeitsunfähigkeit > Erwerbsunfähigkeit > Berufsunfähigkeit (Eintritt von) > Minderung der berufliche Leistungsfähigkeit > Schwer- / Schwerstbehinderung > Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit > Schmerzzunahme, Verschlimmerung der Schmerzen > verstärkte Schmerzbeschwerden / Verschlimmerung der Erkrankung

Bei Patient besteht eine schwere - Skoliose mit einem Cobbwinkel von Grad bei hochgradigen kardiopulmunalen Funktionsbeeinträchtigungen, chronisch rezidivierenden Beschwerden, zunehmenden sekundären Funktionseinschränkungen und ausgeprägtem Schmerz-zustand.

Ambulante krankengymnastische und physikalische Maßnahmen sind ausgeschöpft und nicht mehr ausreichend. Bei vorliegendem Krankheitsbild ist mit einer schlechten Prognose hinsichtlich der Gefahr einer stark zunehmenden Verkrümmung zu rechnen.

Zur Verhinderung einer drohenden operativen Aufrichtung, zur Abmilderung des chronischen Schmerzzustandes und zur Abwendung der Gefahr einer Arbeits- oder gar Erwerbsunfähigkeit, ist eine stationäre Skoliose-Intensivrehabilitation in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik in Bad Sobernheim dringend angezeigt.

Antragsmuster für eine vorzeitig erforderliche stationäre Wiederholungsbehandlung aus dringenden gesundheitlichen Gründen

1. Jugendlichen Skoliosepatienten

Bei

- > einem Krümmungswinkel von mehr als 30 Grad im Wachstumsalter
- > bestehender Korsettindikation mit entsprechend ungünstiger Prognose
- > einer Krümmung von mehr als 40 Grad ausgangs des Wachstumsalters

ist nun bereits nach 1 Jahr aus dringenden gesundheitlichen Gründen eine vorzeitige Wiederholungsbehandlung (für die BfA: vorzeitige Neubeantragung) erforderlich, um eine zu erwartende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Es drohen gerade jetzt im Wachstumsalter bereits sekundäre Funktionseinschränkungen

- > im kardiopulmonalen Bereich bei bestehender starker Thorakalkrümmung
- > im Bereich der LWS mit der Möglichkeit des Auftretens von Schmerzbeschwerden

Durch eine vorzeitige Wiederholungsmaßnahme (für die BfA: vorzeitige Neubeantragung) können die im Wachstumsalter kurzfristig eintretenden dauerhaften Verschlechterungen gebremst oder gar verhindert werden, so daß wir um baldige Genehmigung bitten.

2. Vorzeitige stationäre Wiederholungsbehandlung für Erwachsene

Bei

- > einem Krümmungswinkel von mehr als 40 Grad im Erwachsenenalter
- > hochgradiger Wirbelsäulenkrümmung mit bereits bestehenden Schmerzzuständen
- > hochgradiger Wirbelsäulenverkrümmung mit starker Beeinträchtigung des cardiopulmonalen Systems

ist eine vorzeitige Wiederholungsbehandlung (für die BfA: eine vorzeitige Neubeantragung einer stationären Behandlung) dringend erforderlich. Es sind nachgewiesenermaßen sekundäre Funktionsstörungen durch eine stationäre Intensivrehabilitation in der Asklepios Katharina-Schroth-Klinik zu verhindern oder bestehende zu verbessern, weshalb eine Indikation zu einer vorzeitigen Wiederholungsbehandlung besteht. Diese ist aus dringenden medizinischen Gründen vor Ablauf der 4 Jahresfrist durchzuführen.

Ambulante Maßnahmen (zu 1. und 2.)

sind zur Erreichung des Rahabilitationszieles nicht ausreichend, da

1. die Reizdichte, welche bei einer stationären Intensivrehabilitation erreicht werden kann ambulant nicht darstellbar ist, (6 bis 8 Stunden Therapie täglich)
2. im ambulanten Bereich der psychologisch stärkende Effekt fehlt, welcher erst durch gruppentherapeutische Einbindung und gemeinsames Üben die weitere Behandlungskompliance stärkt und da für
3. die ambulanten krankengymnastischen Maßnahmen bei Skoliose ohnehin bislang keine Ergebnisqualitätsprüfungen vorliegen und Behandlungserfolge nicht belegt sind.

Für die stationäre Intensiv-Rehabilitation nach K. Schroth sind jedoch die Behandlungserfolge nachgewiesen und in Theorie und Praxis abgesichert.

Ansprechpartner:

In medizinischen Fragen:	Herr Dr. med. H. R. Weiß	Tel.: 0 67 51 / 8 74 – 1 51
In sozialrechtlichen Fragen:	Herr Dipl.-Betriebswirt H. J. Schaaf	Tel.: 0 67 51 / 8 74 – 1 61