

# STELLUNGNAHME

## ● AUSWIRKUNGEN EINES KASSEN- ODER EINES ANBIETERWECHSELS DES VERSICHERTEN WÄHREND EINER LAUFENDEN REHASPORT-GENEHMIGUNG

von

Rechtsanwalt Torsten Münch, Fachanwalt für Medizinrecht,  
D+B Rechtsanwälte, Berlin

# Auswirkungen eines Kassen- oder eines Anbieterwechsels des Versicherten während einer laufenden Rehasport-Genehmigung

Die Situation dürfte im Alltag gar nicht so selten sein: Während einer laufenden Rehasport-Genehmigung wechselt der Versicherte seine Krankenkasse oder er wechselt den Rehasportanbieter. Dann stellt sich die Frage, welche Folgen ein solcher Wechsel für den Rehasportanbieter hat. Dem soll im Folgenden nachgegangen werden.

Zunächst zu der Situation, dass der Versicherte die Krankenkasse wechselt. Es stellt sich die Frage, ob der Rehasportanbieter den bereits genehmigten Rehasportumfang noch abarbeiten darf oder ob erst eine Genehmigung der neuen Kasse eingeholt werden muss.

Ausgangspunkt ist § 19 Abs. 1 Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V). Die Norm lautet:

„Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist.“

Die Norm trifft eine Regelung zum Verhältnis Kasse – Versicherter. Danach gilt die Regel: mit dem Ende der Mitgliedschaft erlöschen alle Leistungsansprüche des (Ex-)Versicherten gegen seine (Ex-) Krankenkasse. Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis sind somit in der Regel zeitlich auf den Bestand der Mitgliedschaft begrenzt.

Das in der Norm genannte Erlöschen bezieht sich auch auf Leistungsansprüche, die von der Kasse im Voraus genehmigt wurden – wie im Fall von Rehasport. Für eine „Übertragung“ der Genehmigungswirkung von der alten auf die neue Kasse fehlt es an einer entsprechenden Rechtsnorm.

Aus diesem Grunde erlischt der Anspruch des Versicherten gegen seine alte Krankenkasse auf Gewährung von Rehasport mit dem Kassenwechsel. Zuständig für eine Gewährung von Rehasportleistungen ist nunmehr die neue Krankenkasse. Da die Leistung Rehasport von einer Vorab-Genehmigung der Kasse abhängt, tritt eine Leistungspflicht erst mit Genehmigung ein.

Sollte der Versicherte nach dem Kassenwechsel dem Rehasportanbieter keine (neue) Genehmigung vorlegen, sondern vielmehr den Rehasportanbieter über den Kassenwechsel in Unkenntnis lassen, bedeutet § 19 SGB V freilich noch nicht zwingend, dass der Rehasportanbieter keine Zahlungsansprüche gegen die bisherige Krankenkasse für nach dem Wechsel erbrachte Leistungen hat. Denn wenn der Rehasportanbieter den Kassenwechsel nicht kannte und auch nicht kennen musste, können Zahlungsansprüche aus Vertrauensschutzgesichtspunkten entstehen.

Derartige, auf Vertrauen basierende Zahlungsansprüche eines Leistungserbringers gegen die Krankenkasse hat das Bundessozialgericht (BSG) bereits bejaht. In dem Fall zum Urteil vom 17.04.1996 zum Aktenzeichen 3 RK 19/95 hatte ein Krankengymnast nach dem Ende der Mitgliedschaft seines Patienten bei der Krankenkasse noch 18 Behandlungseinheiten erbracht. Die „alte“ Kasse bezahlte nicht, weshalb sie vom Krankengymnast (erfolgreich) verklagt wurde. Das BSG wies zur Begründung eines Zahlungsanspruchs des Krankengymnasten gegen die (ehemalige) Krankenkasse seines Patienten auf folgendes hin: Das SGB V enthalte keine Regelung, dass nach Ende der Mitgliedschaft iS des § 19 SGB V die Belieferung mit einem Heilmittel (= Krankengymnastik) nicht mehr auf Kosten der Kasse erfolgen dürfe. Wenn eine Belieferung erfolge, dann gelte der „allgemeine Rechtsgedanke“ aus bestimmten Normen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 170, 172 und 409 BGB). Danach darf jemand von einer, durch den Rechteinhaber erteilten Befugnis solange Gebrauch machen, bis der Rechteinhaber ihm

gegenüber den Gebrauch „widerruft“. Ein Widerruf gegenüber Dritten (z.B. nur gegenüber dem Patienten/ Versicherten) nützt nichts. Übertragen auf das SGB V bedeutet dieser allgemeine Rechtsgedanke: Wenn die Krankenkasse gegenüber einem Leistungserbringer zu erkennen gibt, dass ein Versicherter bei ihm Leistungen beziehen darf, dann ist die Kasse daran gebunden, bis sie diese Aussage widerruft. Nach den Vorschriften des SGB V über das Sachleistungsprinzip sei es – so das BSG weiter – die Aufgabe der Kassen, in Verträgen zu regeln, in welcher Form sich der Versicherte als Bezugsberechtigter ausweist. Ein derartige Ausweis entfalte für den Leistungserbringer (grundsätzlich) vertrauensschützende Wirkung. Dies entspreche auch der Interessenlage. Der Anbieter habe grundsätzlich keine Möglichkeit, sich vor Schaden zu bewahren, wenn der Ausweis nicht richtig ist. Insbes. verfüge nur die Kasse über Kenntnisse über Bestand, Umfang und Ende der Mitgliedschaft eines Patienten. Anbieter von Dienstleistungen könnten sich im allgemeinen auch nicht vor dem Risiko des vollständigen oder teilweisen Ausfalls der vom Auftraggeber geschuldeten Gegenleistung schützen, zB durch Leistungserbringung nur gegen vollständige Vorauszahlung des Preises (Vorkasse) oder Vorschusszahlung. Diese Sicherungsmöglichkeiten stünden den nichtärztlichen Leistungserbringern nicht zur Verfügung, da das Sachleistungsprinzip gelte. Der Vergütungsanspruch richte sich in diesem System grundsätzlich nur gegen die Krankenkasse. Dann aber sei es dem Leistungserbringer in dieser Situation nicht zuzumuten, einerseits wegen des Sachleistungsprinzips zB auf eine Vorschusszahlung verzichten zu müssen, andererseits aber keinen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse zu besitzen, wenn der behandelte Patient keinen Versicherungsschutz genießt, was der Leistungserbringer aber nicht gewusst hat und auch nicht wissen konnte.

Nach diesem Urteil stellt sich also die Frage, welcher Aussage der Kasse beim Rehasportanbieter Vertrauen auslöst (wie also der Versicherte seine „Bezugsberechtigung“ nachweist).

Die BAR-Rahmenvereinbarung enthält dazu keine Aussage.

Die elektronische Gesundheitskarte – die grundsätzlich einen Vertrauenstatbestand setzen könnte – muss der Versicherte nur bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen vorlegen. So bestimmt es ausdrücklich § 15 Abs. 2 SGB V: *„Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen“*. Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen (also insbes. auch Rehasport) gilt hingegen § 15 Abs. 3 SGB V. Danach stellt die Krankenkasse *„den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen“*. Wie ein solcher „Berechtigungsschein“ auszusehen hat, sagt das SGB V nicht.

Man könnte deshalb sehr gut vertreten, dass das der Rehasport-Verordnungsvordruck (Muster 56 der Vordruckvereinbarung des Bundesmantelvertrag-Ärzte) einen solchen „Berechtigungsschein“ darstellt. Das liegt jedenfalls dann nahe, wenn die für den Rehasportanbieter geltenden Vergütungsverträge eine Klausel enthalten, nach der die Leistungspflicht der Krankenkasse erst beginnt, wenn der Rehabilitationssportgruppe die Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt. Eine derartige Klausel ist in sehr vielen Vergütungsvereinbarungen enthalten. Gewissheit bringt allerdings nur ein Blick im konkreten Fall einschlägige Vereinbarung.

Eine solche Klausel kann man zwanglos dahingehend verstehen, dass die in dem Vordruck von der Kasse abgegebene *„Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse“* einen „Berechtigungsschein“ im Sinne von § 15 SGB V darstellt.

Legt also der Versicherte den „Berechtigungsschein“ (= Kostenübernahmeerklärung der Kasse auf dem Rehasport-Verordnungsvordruck) dem Rehasportanbieter vor, so gelten die Grundsätze des o.a. BSG-Urteils. Solange der Rehasportanbieter über den Versicherungsschutz des Versicherten nichts anderes weiß oder wissen muss, darf er Rehasport erbringen und bekommt diesen vergütet (von der Kasse, die die Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat.)

Daran ändert auch der letzte Satz auf dem Muster 56 (ganz unten) nichts. Er lautet *„Diese Erklärung [gemeint ist die Kostenübernahmeerklärung] erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht“*. Anders formuliert: Besteht der Leistungsanspruch des Versicherten nicht mehr, dann gilt auch die Kostenübernahmeerklärung nicht mehr. Damit wird aber (nur) die Rechtsfolge des § 19 SGB V wiederholt (= mit dem Ende der Mitgliedschaft bei einer Versicherung erlöschen alle Leistungsansprüche des Versicherten gegen seine Krankenkasse). Über das Schicksal des Vergütungsanspruches des Leistungserbringers sagt der Satz – ebenso wenig wie § 19 SGB V – nichts aus.

Im Ergebnis kann also nach einem Kassenwechsel des Rehasportteilnehmers solange die „alte“ Krankenversicherung auf Zahlung in Anspruch genommen werden, bis der Kassenwechsel dem Rehasportanbieter vom Versicherten oder der Krankenkasse mitgeteilt wurde. Sollte eine Kasse gleichwohl die Bezahlung verweigern, kann sie vor dem Sozialgericht verklagt werden.

Etwas anders liegt es, wenn der Versicherte nicht seine Kasse, sondern den Rehasportanbieter wechselt. Es stellt sich dann die Frage, ob der neue Rehasportanbieter erst dann Rehasport erbringen darf, wenn eine neue Genehmigung der Kasse vorliegt oder ob die schon erteilte Genehmigung weiterhin gültig ist.

Die Antwort liegt in einer Formulierung des Rehasport-Verordnungsvordrucks. Dort heißt es in dem vom Versicherten zu stellenden Antrag (Seite 2 des Vordrucks): *„Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden“*. Dann folgt eine Leerzeile, auf die der Name etc des Anbieters einzutragen ist.

Wenn die Kasse dann im letzten Teil des Vordrucks ihre „Kostenübernahmeerklärung“ abgibt, so kann man diese Erklärung nur so interpretieren, dass die Genehmigung normalerweise nur eine Inanspruchnahme des im Antrag genannten Anbieters umfasst. Das bedeutet aber auch, dass im Normalfall ein Anbieterwechsel von der Kasse erst genehmigt werden muss.

Allerdings verwendet der Vordruck die Wendung *„soll ... durchgeführt werden“*. Würde der Antragstext *„Rehabilitationssport/Funktionstraining WIRD bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden“* lauten, dann wäre die Sache klar: einen anderen Anbieter als den im Antrag genannten darf der Versicherte nicht wählen, weil sich die Genehmigung der Kasse nur auf diesen Anbieter bezieht.

Das Wort „soll“ hat einen solch absoluten Charakter nicht. Der Satz *„Rehabilitationssport/Funktionstraining SOLL bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden“* könnte also bedeuten: wenn alles „glatt läuft“, dann muss der genannte Anbieter in Anspruch genommen werden. Nur wenn es bei der Inanspruchnahme Schwierigkeiten gibt, darf ein anderer Anbieter gewählt werden. Anders ausgedrückt: Die Kassengenehmigung erfasst zwar auch das Aufsuchen eines anderen Anbieters (als den vom Versicherten im Antrag genannten), aber nur dann, wenn ein Ausnahmefall vorliegt.

Aber wann liegt ein Ausnahmefall vor? Dazu gibt es weder Rechtsprechung noch erhellende Äußerungen der Kassen oder sonstiger zuständiger Institutionen. Ein Ausnahmefall könnte beispielsweise vorliegen, wenn der bisherige Rehasportanbieter sein Angebot mehr oder weniger plötzlich einstellt und es für den Versicherten aus medizinischen Gründen nicht zweckmäßig ist, mit dem Rehasport solange zu pausieren, bis eine neue Genehmigung der Krankenkasse vorliegt. Dann darf auch schon vor Erteilung der neuen Genehmigung ein anderer Rehasportanbieter „übergangsweise“ in Anspruch genommen werden.

Freilich: die Gefahr, dass der Rehasportanbieter einen Streit mit der Krankenkasse um die Bezahlung der nach dem Wechsel erbrachten Leistungen verliert, weil er sich bei der Auslegung des Begriffs „Ausnahmefall“ geirrt hat, ist groß.

Vor diesem Hintergrund ist dazu zu raten, vor einem Anbieterwechsel die Genehmigung der Kasse einzuholen. Geschieht dies nicht, trägt der Rehasportanbieter die Gefahr, dass die Kasse die Vergütung von erbrachten Leistungen verweigert. Dann bleibt nur der Gang zum Sozialgericht und die Hoffnung, dass der Rehasportanbieter einen „Ausnahmefall“ darlegen und beweisen kann.“

RehaSport Deutschland e.V.

Januar 2020