

Krankenhausbehandlung - Wahlfreiheit

Normen

§ 39 Abs. 2 SGB V

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie Stand 22.01.2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) , zuletzt geändert 16.03.2017, veröffentlicht im BAnz AT 07.06.2017 B2, in Kraft getreten am 08.06.2017

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung - KHMe-RL) vom 21.03.2006, zuletzt geändert am 17.02.2022, BAnz AT 10.05.2022 B3, in Kraft getreten am 11.05.2022

Kurzinfo

Die Auswahl eines Krankenhauses obliegt i.d.R. dem behandelnden Arzt, der nach § 73 Abs. 4 Sätze 3, 4 SGB V anhand eines Verzeichnisses das nächst erreichbare und geeignete Krankenhaus bestimmt. Entstehen durch die von der ärztlichen Verordnung abweichende Wahl eines anderen Krankenhauses Mehrkosten, kann die Krankenkasse diese dem Versicherten nach pflichtgemäßer Ermessensentscheidung auferlegen. Das Ermessen wird hierbei auf Null reduziert sein, wenn die Versicherten aus einem wichtigen Grund ein anderes Krankenhaus wählen und hierdurch Mehrkosten entstehen.

Wählen die Versicherten ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 39 Abs. 2 SGB V). Bei dem gewählten Krankenhaus muss es sich um ein zugelassenes Krankenhaus handeln. Das Wahlrecht der Versicherten bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht auch die Behandlung in Privatkliniken, unabhängig davon, ob der dort behandelnde Arzt ansonsten vertragsärztlich tätig ist (BSG, 22.01.2009 - B 3 KR 47/08 B).

Um dem Arzt die Entscheidung vor allem unter den für die speziell in Betracht kommende Behandlung geeigneten Krankenhäusern zu erleichtern, erstellen die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse gemeinsam unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region. Die Krankenhauswahl des Versicherten erfolgt i.d.R. in enger Abstimmung zwischen Arzt und Patient. Die o.g. Verzeichnisse erleichtern dabei den Entscheidungsprozess.

Information

Der die Krankenbehandlung verordnende Arzt hat unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Krankheit in der Verordnung der Krankenhausbehandlung das geeignete Krankenhaus einzutragen. Kommen mehrere geeignete Krankenhäuser in Betracht, trägt der Arzt die beiden nächst erreichbaren für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser ein. Der Versicherte kann dann entsprechend seines Anspruchs auf freie Wahl des Krankenhauses unter den in der Einweisung genannten Krankenhäusern frei wählen (vgl. § 73 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V).

Wählt nun der Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, können ihm die dadurch entstehenden Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Dies können Mehrkosten durch ein höheres Krankenhausentgelt, aber auch zusätzliche Fahrkosten sein (§ 39 Abs. 2 SGB V).

Insoweit ist also der Versicherte in der Wahl des Krankenhauses eingeschränkt. Wenn jedoch zwingende Gründe vorliegen, keines der in der Verordnung genannten Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen, kann die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen davon absehen, den Versicherten mit den entstehenden Mehrkosten zu belasten.

Als zwingende Gründe kommen hierbei in Betracht

- die Entfernung des Krankenhauses von den nächst erreichbaren Anverwandten; bei Kindern von den Bezugspersonen,
- religiöse Bedürfnisse des Versicherten (§ 2 Abs. 3 SGB V) sowie
- die Berücksichtigung von angemessenen Wünschen des Versicherten (§ 33 SGB I).