

BERUFSPOLITIK

Flächenbrand Kostenerstattung

Fortsetzung von Seite 1

Dann nämlich wurden sie durch die Kassen „aufgeklärt“: Wie hoch die Verwaltungskosten seien, dass man den Rechnungsbetrag lange vorstrecken müsse, dass sie die Chipkarte abgeben müssten, dass man auf

rend der Patient im Inland nur den gesamten Bereich wählen darf.

Zudem entsteht bei den Eltern oft die Frage, ob bei jedem Arztbesuch oder nur einmal im Quartal bis zu 7,5 % Verwaltungskosten zu zahlen sind. Sie glauben, diese Prozente bei jeder Behandlung

Versicherten innerhalb von zwei bis drei Wochen!

Eine Behandlung auf Chipkarte beinhaltet in nächster Zeit Probleme, die durch die defizitäre betriebswirtschaftlich-finanzielle Seite und durch Restriktionen durch den Gesetzgeber bedingt sind. Die finanzielle Seite kann man den Patienten

wenn noch nicht alle Patienten-Vorstellungen erreicht sind. Es macht keinen Sinn, durch immer mehr bürokratische Verwaltung des Mangels das Geld, was durch die Beiträge bereitgestellt wird, aufgefressen wird, sodass nur noch ein Teil bei den Leistungserbringern ankommt. Die bisherigen Re-

ter werden. Früher achteten Datenschützer darauf, dass der Schutz der Individualität erhalten blieb. Jetzt gibt es einen Datenbeauftragten und im Gesetz steht, dass diese Daten an Dritte weiterverkauft werden dürfen. Man muss sich dabei überlegen, wer alles Interesse daran haben könnte. So können Daten noch in zehn Jahren gegen den Patienten verwendet werden, z.B. von Versicherungen.

ler aber kennen, machen sich die Krankenkassen unglaubwürdig. Jedem Patienten ist verständlich, dass wenige Tage vor dem 30.6. keine neuen Pläne geschrieben werden können und dass das Risiko besteht, dass die Behandlung bis zu einer Klärung ruhen muss. Sie setzen sich deshalb viel intensiver mit dem Problem der Kostenerstattung auseinander, weil sie diese Unsicherheit ebenso vermeiden möchten, wie die Kieferorthopäden. In einigen Fällen wurde von der „Kaufmännischen Krankenkasse Nürnberg“ sogar der Patient aufgefordert, gegen seinen Kieferorthopäden schriftlich auszusagen und sein Einverständnis zur rechtlichen Verfolgung zu geben, in dem u.a. steht: „Mit einer Weitergabe dieser (erfassten, d. R.) Daten an die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie zur Verwendung im Rahmen weiterer Rechtsverfolgung bin ich einverstanden.“ Eine Form, die die Patienten brüskiert ablehnen, denn der Kieferorthopäde hat ihren Kindern geholfen. Andere Kassen kündigen nur rechtliche Schritte gegen Kieferorthopäden an. Sie argumentieren mit Schreiben, in denen viel Falsches oder eben nur die Hälfte der Wahrheit drin steht oder linguistische Fehlformulierungen benutzt werden. Kommentieren Sie vor allem das Falsche und die Halbwahrheiten ganz korrekt. Klären Sie die Patienten auf, denn es wird ihnen nicht gesagt, dass bei der Behandlung über die Chipkarte automatisch auch die Datenaufbahn freigegeben wird.

„Die Wahl des gesamten ambulanten Bereichs steht nicht im Gesetz!“

„unkalkulierbaren“ Rechnungen sitzen bleibe, weil man ja den ganzen ambulanten Bereich – also auch alle Arztbehandlungen jetzt als Privatbehandlung wählen müsse ...

So sind die Patienten vor allem verängstigt, weil fast alle Kassen sagen, dass sie jetzt den gesamten ambulanten Bereich wählen müssen. Wäre die KFO hingegen in der Kostenerstattung selektiv wählbar, würden viele Eltern sagen: „Kein Problem, machen wir.“ Das ist überschaubar, kalkulierbar und transparent.

Die aber von den Kassen behauptete Festlegung auf den gesamten ambulanten Bereich ist für viele Eltern im Moment noch ein Problem. Fraglich ist allerdings, ob diese Auslegung des Gesetztextes auf Dauer haltbar sein wird, denn dieselben Kassen gehen gleichzeitig her und teilen ihren bereits seit längerem nach 13/2 abrechnenden freiwillig Versicherten mit, dass die ARGE der Kassen in Bayern beschlossen hat, dass es einen Bestandsschutz für die selektive Kostenerstattung gibt und sie nicht nochmals neu (für alle ambulanten Bereiche) gewählt werden muss. Es dürfte dieser freiwillig versicherten Kostenerstattungsgruppe nun aber schwer zu vermitteln sein, dass die neu in Behandlung eintretenden Geschwister nur noch den gesamten Bereich wählen können. Dies wird umso schwieriger, da in den Kassen-Satzungen noch das alte selektive Wahlrecht verankert ist und diese nicht so schnell geändert werden können. Deshalb lässt wohl die Techniker Krankenkasse erkennen, dass doch evtl. auch für Geschwisterkinder diese selektive Wahlform noch möglich werden könnte. Es lohnt sich also für die Eltern dieser Kinder, konsequent auf ihrem satzungsgemäßen Recht bestehen zu bleiben!

Auch auf europäischer Ebene ist noch nicht das letzte Wort gesprochen. Auf höherer Ebene laufen bereits Verhandlungen, da in einem anderen europäischen Land durchaus die Kostenerstattung selektiv gewählt werden kann und eine Erstattungspflicht für die Kassen besteht, wäh-

bzw. jeder eingereichten Rechnung zahlen zu müssen. Sicherlich wissen die Sachbearbeiter der Kasse selbst nicht genau, was sie da so erzählen. Oder wurde es ihnen etwa in den Mund gelegt? Tatsache ist, dass nur einmalig im mehrjährigen Behandlungsfall ein Betrag zu zahlen ist, der meist am Ende bei der Gesamterstattung einbehalten wird. Vergleicht man die 1 % Verwaltungskosten bei den KZVen mit den 7,5 % bei den Kassen, so ist eklatante Verschwendung oder unprofessionelle Verwaltung festzustellen, die durch die Satzung sanktioniert wird. DAK Schwabach schreibt zur Kostenerstattung: „Damit haben Sie in jedem Fall höhere Kosten als den bisherigen Eigenanteil zu tragen. Diese Regelungen sind für alle gesetzlichen Krankenkassen gleich, nur die Höhe des Verwaltungskostenabschlages kann unterschiedlich sein.“ Warum decken und befürworten Sie dies, Frau Schmidt?

Die Kassen verunsichern die Patienten, indem sie von wesentlich höheren Liquidationen bei den Ärzten sprechen („2,3-fach-Sätze und viel höher“). Sie können sich aber nicht vorstellen, dass die Ärzte einer Region durchsetzen, dass sie sich ebenfalls bei einer Kostenerstattung an den Kassen-

TUT MIR LEID. ICH DARF SIE NICHT WEITER BEHANDELN! IHR BUDGET IST ALLE. WIR KÖNNTEN ALLERDINGS EIN PAAR IHRER DATEN AN IHRE VERSICHERUNG VERKAUFEN!



ten ganz gut erklären. Sie verstehen, dass das Geld in Form von Budgets verteilt wird und ihnen im Moment 138 € pro Patient und Quartal in Bayern zugestanden werden, während eine

gelungen waren bereits viel zu kompliziert, doch täglich kommen immer weitere „Regulations- und Kontrollmechanismen“ dazu. Ab 1.1.2004 gibt es nun noch neue Behörden, Tagesprofile, Datenbeauftragte, verschärfte Wirtschaftlichkeitsprüfung, Datensammelstelle, Korruptionsbeauftragte etc.

Das Gesetz eröffnet bei Behandlung auf Chipkarte eine irrsinnige Datensammelwut, da eine neue Datensammelstelle vorgeschrieben ist, bei der automatisch alle Abrechnungen, Befunde, medizinische Informationen etc. an eine zentrale Erfassungsstelle gehen. Früher sind die Daten bei der KZV

Dies alles ist Irrsinn und allein schon die Verwaltung frisst die Beiträge der Versicherten auf. Stünden die Mittel stattdessen z.B. durch Festzuschüsse auf direktem und vereinfachtem Weg den Versicherten zu, könnten sie auch für die Behandlung zur Verfügung gestellt werden.

Da die Kassen ihre Versicherten nicht wie im Gesetz vorgegeben ausreichend informieren und beraten, haben Kieferorthopäden die Patienten mit konkreten Fragen zur Kasse geschickt. Die Kassen können aber die Frage, ob nach dem 30.6.04 ein neuer Plan geschrieben und ob dieser wieder neu genehmigt werden muss, zur-

„Wäre die KFO in der Kostenerstattung selektiv wählbar, würden viele Eltern sagen, kein Problem, machen wir.“

satz halten können. Wir werden den Patienten klar machen, dass wir unsere Rechnungen kostenneutral stellen. Ein wichtiges Gegenargument der Kassen ist auch, dass die Eltern alles vorstrecken müssten. Es ist eine der wichtigen Voraussetzungen, dass es Kieferorthopäden schaffen, so viel Vertrauen aufzubauen, dass der Patient sich tatsächlich darauf verlassen kann, seine Rechnung von der Kasse schon erstattet zu bekommen, bevor er das Geld an die Praxis zu überweisen hat. Teilen wir unsere Erfahrungen der letzten Jahre doch den Patienten mit: Die Kassen überweisen im Interesse ihres

Spange bereits ca. 150 € kostet. Hier liegen also Rationierungen vor, sprich „Zuteilungsmedizin“, die vergleichbar sind mit einer Situation, in der Sie ein Haus bauen und jeden Tag nur zehn Ziegelsteine geliefert bekommen. Im Rahmen der Kostenerstattung sind die Mittel aber dann abrufbar, wenn sie gebraucht werden. Mal mehr, mal weniger. Werden die Mittel aber für die Behandlung streng kontrolliert über das Budget zugeteilt, so verlängert das die Behandlung auf Chipkarte in Zukunft erheblich. So wird sie beendet werden, wenn die Zeitgrenzen erreicht sind, auch

bzw. Kasse geblieben. Heute müssen sie per Gesetz bundesweit von allen Patienten und allen Ärzten gesammelt werden. Also gläserne Praxen und gläserne Patienten – soll das die Zukunft sein? Die Daten dürfen vor allem auch weiter aufberei-

zeit noch nicht beantworten, da keine Instruktionen vorliegen, obwohl das Gesetz schon seit zwei Monaten bekannt und seit einem Monat geltendes Recht ist. Stattdessen diffamieren sie die Kieferorthopäden. Da die Patienten ihren Behand-

Reden Sie intensiv mit Ihren Patienten und lassen Sie Ihre Aussagen protokollieren und wieder laut vorlesen von einer Mitarbeiterin als Zeuge!

Es gibt mehrere Lösungen bei der Kostenerstattung. Vereinbaren Sie deshalb mit Ihrem Patienten den Weg, bei dem er sich gesichert fühlt.

1. Bei der ersten Form der Kostenerstattungsrechnung sollten alle genehmigten Positionen des Plans eingehalten und die GOZ-Position in wertgleiche BEMA-Positionen umgerechnet werden, sodass nur erstattungspflichtige Positionen auf der Rechnung sind zu dem Preis, den die Kasse zahlen muss. Dadurch hat der Patient aber auch nichts anderes als eine aus dem Budget ausgliederte und rechtlich einklagbare Leistung, die aber nicht mehr als eine Kassenleistung ist. Wenn der Patient außervertragliche Leistungen möchte,

„Reaktionen auf die Schreiben der Kieferorthopäden“

werden diese in der Regel mit einer separaten privaten Rechnung berechnet. Es geht hier darum, in einem anderen direkten Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient diesem zum direkten Partner und auch Kontrolleur sowohl für die Er-

stattung der Kasse und als auch für die Leistungen des Arztes zu bestimmen.

2. Die zweite Form wäre eine Kostenerstattungsrechnung über alle in der GKV verfügbaren Leistungen in GOZ und GOÄ-

Positionen überführt mit Steigerungsfaktoren, die

den, bei der der Patient aber nicht mehr den

„Gläserne Praxen und gläserne Patienten – soll das die Zukunft sein?“

von Ihnen betriebswirtschaftlich benötigt wer-

von seiner Kasse zu zahlenden Anteil erkennen

kann. Deshalb wäre eine einmalige Proforma-Rechnung mit BEMA-Erstattungswerten als Infoblatt für den Patienten nützlich. Alle außervertraglichen Leistungen können dann mit dem Patienten über einen zweiten privaten Ergänzungsplan vereinbart werden.

Bereich dermaßen zur Einhaltung der staatlichen Vorgaben, dass man kaum noch eine Therapie wie bisher betreiben kann und eine Alt-fallregelung nur noch be-grenzt läuft. Daher nehmen viele Praxen im Augenblick keine Neufälle auf, bis die ganze Problematik geklärt werden kann.

3. Die dritte Form der Kostenerstattungsrechnung kann über alle Leistungen der GOZ und GOÄ mit den betriebswirtschaftlich notwendigen Faktoren gestellt werden als reiner Privatvertrag, bei dem der Patient die Erstattungshöhe durch

Die außervertraglichen Leistungen sind davon ja überhaupt nicht berührt, so dass einem neuen Patienten klargemacht werden muss, dass er durchaus mit außervertraglichen Leistungen die von ihm gewünschte Therapie mit dem gewünschten Erfolg erreichen kann, was durch einen er-

KIEFERORTHOPÄDIE NACHRICHTEN

Was meinen Sie?

Die Diskrepanz zwischen offiziellen kieferorthopädischen Lehrmeinungen, anerkannten GKV-Richtlinien für den Einsatz von straight-wire-appliances (SWA) und den neuen geänderten wissenschaftlichen Anschauungen zur Wirkungsweise von festsitzenden Apparaturen hat die Problematik der Kieferorthopädie noch verstärkt. Die mögliche Schädigung des Patienten mit SWA kann sofort abgelöst werden durch die Anwendung neuerer Verfahren (Risse, G.; Umfassende Dentofaziale Orthodontie und Kieferorthopädie, 3-4, 2003, 18-34), die aber keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind, da sie als noch nicht erprobt gelten. Der Brief von Dr. Risse an die Kammer in Westfalen-Lippe zeigt die Brisanz auf, in der die GKV – aber auch die Kollegenschaft – steht. Schreiben Sie uns Ihre Meinung dazu!

DR. MED. DENT. GEORG RISSE

Fachzahnarzt für KIEFERORTHOPÄDIE

Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe Auf der Horst 29

48147 Münster

27.01.04

Betr.: Kammersatzung: Verpflichtung zum Einschreiten gegen mögliche Nötigung zur Gefährdung von Patienten sowie zu unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Kammermitglied der Kammer Westfalen-Lippe bitte ich die Kammer WL gemäß ihrer Satzung Behandler wie Patienten vor möglicher Schädigung zu vertreten.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2004 wird Qualität und Verbesserung der Behandlungsqualität gefordert u.a. „konfektionierte Behandlungsbögen“ positioniert, vor denen bereits die Hochschullehrerschaft in ihrem Lehrbuch Kieferorthopädie I, Orofaziale Entwicklung und Diagnostik, 4. Auflage, Urban und Fischer, München, Jena (2000), S.: 6-11, ausdrücklich eindeutig gewarnt hat – wegen starker parodontaler Schädigung und unkontrollierbarer Behandlungsverläufe. Darüber hinaus konnte ich durch meinen Ihnen vorliegenden Artikel „Die Straight-Wire-Apparatur, die Spee-Kurve und Zahnangulationen“ nachweisen, dass auch aus anatomischen Gründen komplexe Schädigungen des orofazialen Systems auch mit starken Gelenkschädigungen und Gesichtsschmerzsyndromen leicht möglich sind oder gar wahrscheinlich werden. Mit dem Artikel „Das Council on Education (COE) 2003, erkennt Paradigmawechsel in der Orthodontie“ konnte ich nachweisen, dass gemäß der offiziellen Paradigmenwechsel die rezente Orthodontie behandlungs- und verfahrenstechnisch überholt ist und vom Grundsatz her in mehrfacher Weise falsch positioniert ist und damit leicht zu Unwirtschaftlichkeit, Körperverletzung und Folgeschäden führt. Die Kammersatzung erlaubt es damit nicht, die rezente Orthodontie sowie konfektionierte Behandlungsbögen zu verwenden. Abrechnungstechnisch wird der Behandler jedoch bei der Entscheidung durch den Patienten für die Abrechnungsweise über die Sachleistung und KZV benötigt werden, eine vertraglich geregelte Orthodontie anzuwenden, welche den Patienten mit größter Wahrscheinlichkeit schädigt und laut Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit 2001, unwirtschaftlich ist. Satzungsmaßig ist damit die Kammer aufgerufen, die Nötigung zur Anwendung von gefährdenden, vertraglich festgelegten Behandlungsweisen mit der Abrechnung über die Sachleistung zu unterbinden.

Außerdem bitte ich die Kammer WL gegen die bewusste Verunsicherung und Erschweris bei der Wahl zur Kostenerstattung durch die Krankenkassen durch Ausweitung der Abrechnungsform der Kostenerstattung auf andere ambulante Behandlungsweisen auszudehnen, mit dem Ziel, den Patienten in die Zwangsverwaltung der Sachleistung zu treiben.

Der Patient, der meiner Abrechnungsweise durchaus vertrauen mag, ist bei der Kostenerstattung durch diese Ausweitung einer anonymen Abrechnungsweise anderer Ärzte und deren nicht berechenbarer Abrechnungsweisen schutzlos ausgeliefert, da dort dann keine Wahlmöglichkeit mehr besteht und ein Entrinnen ausgeschlossen ist. Dieses erfüllt den Tatbestand einer Nötigung. Die Kammer ist gemäß ihrer Satzung aufgerufen, diese zu unterbinden.

Die Kammer ist ebenfalls, (drittens) dazu aufgefordert, ihren Mitgliedern Tarifsicherheit zu gewährleisten, damit eine qualitative Behandlungsweise sichergestellt ist. Unkalkulierbare Rückzahlungen nach Budgetüberschreitungen laufen dieser Verpflichtung zuwider und nötigen den Behandler, entweder die Behandlungskosten nach Budgetüberschreitung selber zu tragen oder sich vertragswidrig zu verhalten oder durch Abwesenheit dieser Nötigung zu entfliehen. Auch aus diesem Grund ist es nahe liegend, anzunehmen, dass die Krankenkassen massiv versuchen, durch unkalkulierbare Hürden für den Patienten die Kostenerstattung zu verhindern, um Rückzahlungen durch Budgetüberschreitungen sicherzustellen oder dass der Behandler stillschweigend die Behandlungskosten nebst Betriebskosten selber übernimmt.

Die Satzung der Kammer legt auch hier nahe, abrechnungstechnische Nötigung zu unterbinden – zum Schutz ihrer Mitglieder und der Patienten zur Sicherstellung von Qualität zu vereinbarten Tarifen.

Ich fordere die Kammer WL auf, umgehend einzuschreiten, um diese unerträglichen Missstände zu beseitigen.

Hochachtungsvoll

Dr. Georg Risse

Schreiben Sie uns!

Wenn auch Sie als kieferorthopädische/r Kollege/Kollegin Ihre ganz persönliche Meinung zu diesem Thema äußern bzw. zur Diskussion anregen möchten, dann schreiben Sie uns:

Redaktion KN Kieferorthopädie Nachrichten Oemus Media AG Holbeinstraße 29 04229 Leipzig Fax: 03 41/4 84 74-2 90 E-Mail: c.sens@oemus-media.de



„Die Verwaltung frisst die Beiträge der Versicherten auf.“

die KK nicht mehr erkennen kann. Diese Vertragsform ist aber auch von der Datensammelwut der GKV betroffen, da alle Daten zusammengeführt werden müssen.

gänzenden Privatplan und nicht über einen 1:1-Kostenerstattungsplan realisiert werden sollte. Eine Zuzahlungsvereinbarung zu den BEMA-Leistungen ist im Gesetz für die KFO nicht vorgesehen. Bei einem GOZ-Plan mit Faktorenerhöhung, der die Leistungen betriebswirtschaftlich erbringbar absichert, sollte eine Vereinbarung mit dem Patienten abgeschlossen werden, dass ein höherer Faktor notwendig ist. Die Info mit einer Proforma-Rechnung sollte dem Patienten dann zeigen, was ihm die Kasse erstattet. Somit hat der Patient eine Planungssicherheit darüber, was ihm die Kasse erstattet und was die Differenz ist. Die Vereinbarung ist sehr viel sicherer als eine einfach versendete Kostenerstattungsrechnung am Quartalsende, ohne vorher die Diskussion mit dem Patienten zu pflegen, da es so keine Rechtssicherheit gibt. Durch das neue Gesetz greifen ganz andere Mechanismen, die man in der Vergangenheit schon etwas

Der Patient hat nach dem Gesetz das Wahlrecht. Weder die Praxis noch die Kasse kann Kostenerstattung wählen, sondern der Pflichtversicherte. Und diese Wahlmöglichkeit muss ihm in umfassender Aufklärung angeboten und von der Kasse erläutert werden. Wenn der Patient eine Behandlung auf Chipkarte haben will, müssen wir ihn über die Folgen aufklären und sollten ihm dies durch das Unterschreiben einer Aufklärung bei Verzicht auf die Kostenerstattung verdeutlichen. Er muss bewusst eine rationierte Medizin und die Datenübermittlung bejahen. Natürlich verweigern wir keine Behandlung. Es wird jeder Patient angeschaut, seine Behandlungsnotwendigkeit eingeschätzt und eine Behandlung unter Einhaltung

„Es lohnt sich für die Eltern, konsequent auf ihrem satzungsmäßigen Recht bestehen zu bleiben.“

der Budget-Vorgaben eingeleitet. Dies kann möglicherweise zur Folge haben, dass auf Grund des knappen Budgets und der neu durch Zeitmessstudien definierten Stundenbegrenzungen für die KFO die Gefahr einer übergroßen Praxis besteht. Und der Patient erst auf einer medizinisch betreuten Warteliste steht, bis die Behandlungskapazitäten der Praxis wieder zur Verfügung stehen. Spangen können evtl. auch nur in unterschiedlichen Quartalen nacheinander eingesetzt werden, Multibandapparaturen können nur portioniert eingesetzt oder entfernt werden. Man muss dem Patienten sagen, dass man nur ein bestimmtes Budget zur Verfügung hat, sodass man nicht alle Bänder auf einmal setzen kann. Bei vier Brackets ist schon das ganze Budget eines Quartals aufgebraucht! Das neue Gesetz zwingt durch das Budget und die Prüfbehörden im BEMA-

gespürt hat, z.B. die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Doch durch die Erstellung von Tagesprofilen wird jeder Praxis vorgeschrieben, wie viel Leistungen sie auf Grund der Normierung durch Zeitmessstudien pro Tag für die Kasse erbringen darf. Wenn eine normale Praxis vom Tagesprofil her auffällig wird, weil sie mehr erbringt, als was die Kassen zugestehen, so wird die Leistungserstattung gekürzt. Oder aber es gibt eine Meldung an die „Stelle für Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Der fleißige Behandler wird so schon von vornherein kriminalisiert! Wenn ein Kassen-Entzugsverfahren gegen mehrere Kieferorthopäden einer Region beantragt wird, dann steht evtl. die ganze Region unver-sorgt da. Das würde deutlich zeigen, wie wichtig den Kassen die Versorgung ihrer Versicherten ist. Zeigen wir, dass sich viele Praxen gegen diese Diskriminierung wehren!