

# Boykottieren Kassen ...?

Fortsetzung von Seite 1

Dieser wird sich dann für eine, die Kosten darstellende Form der Abrechnung entscheiden, wenn er die Konsequenzen absehen kann. Dies ist jedoch nur der Fall, wenn der Patient überschaubare Situationen, wie z.B. in der Kieferorthopädie, vorfindet. Denn in der KFO sind Faktoren wie Zeit, Kosten oder Abläufe durch einen vorausschauenden Plan definiert. Muss sich der Patient aber von vornherein auf für ihn nicht überschaubare Situationen wie die der ambulanten ärztlichen Betreuung, bei der er noch nie eine Kostenfeststellung machen konnte, festlegen, wird er sich garantiert nicht für die die Verantwortung fördernde Kostenerstattung aussprechen, sondern sich eher für die ebenso unüberschaubare Pauschallösung entscheiden.

**stärker als bisher Rechenschaft über die Verwendung der Beiträge zum einen bei den Leistungs-, zum anderen bei den Verwaltungs- und Personalausgaben ablegen. Damit erhöhen wir die Transparenz für die Versicherten. Sie können selbst darauf achten, ob ihre Kasse effizient arbeitet. Und eine Kasse, die ineffizient arbeitet, die wird schlichtweg Mitglieder verlieren. Denn die Versicherten werden, mit den Füßen abstimmen'...Wir stellen uns den Patienten in Zukunft als selbstbewussten Partner des Arztes vor, der seine Rechte kennt und gegenüber den Ärzten auch kritische Fragen stellen kann. Deshalb werden die Patientensouveränität und die Patientenrechte gestärkt ..."**

Kollegen, der sich auskennt, findet statt. Anscheinend gibt es keinen solch kompetenten Kollegen. Wie sollte es auch – schließlich hat der Gesetzgeber hier massiv Patientenrecht gebeugt! So werden bereits zugesagte Leistungen eben wieder gestrichen! Außerdem wurden bei langfristigen Patientenbetreuungen noch nie derart kurze Übergangsfristen gesetzlich vorgegeben. Wissen die Politiker in Berlin überhaupt etwas darüber? Anscheinend nicht. Nur dann sollten sie darüber auch nicht entscheiden! Eins ist sicher, dies wird massives juristisches Verhandlungspotenzial für die bereits jetzt hoffnungslos überarbeiteten Gerichte darstellen. Aber das ist ja immer der Fall, wenn der Gesetzgeber schlampig gearbeitete Gesetze macht. Anscheinend fehlt da ein TÜV für die Abgeordneten und ihre gesetzgeberischen Institutionen. Womöglich fehlt da zudem die notwendige juristische Weiterbildungspflicht für die an der Gesetzgebung mitwirkenden Politiker? Werden da etwa Bemessungen mit zweierlei Maßstäben durchgeführt? Einen Maßstab für per Gesetz zur Weiterbildung gezwungene weiterbildungspflichtige Mediziner sowie einen weiteren, völlig anderen Maßstab für nicht weiterbildungspflichtige Politiker, die ein ganzes Volk mit handwerklich falsch gemachten Gesetzen in Unruhe bringen und massive Vertrauensverluste auslösen? Die Krankenkassen sind gar nicht in der Lage, ihre Patienten sachlich und juristisch korrekt zu beraten. Ihnen fehlt größtenteils die entsprechende Kompetenz. Dies haben zahlreiche Nachfragen in verschiedensten Regionen Deutschlands bei Ärzten, Patienten und auch bei den Kassen ergeben. Damit Sie sehen, dass Ihre ganz persönlichen Erfahrungen lediglich dem allgemeinen Trend der derzeitigen „Beratungen“ durch Krankenkassen in Deutschland entsprechen, drucken wir einige dieser symptomatischen Aussagen für Sie ab.

大陸台商及其眷屬，去搭包機回台之台商及眷屬，再搭包機前往大陸者為限。因此各家航空公司飛航上海的頭班包機都將是空機，且往返均必須停飛。飛航架次及載客額度雖以不影響航管作業與空管作業為原則。



Womit dann der vom Gesetzgeber angestrebte Effekt vollends dahin ist. So hätte er sich gar nicht erst die Mühe machen müssen, in vielen Tag- und Nachtdebatten mit den politischen Gegnern eine voranbringende Lösung für ein Kostenproblem zu finden. Zumal man in den Anweisungstexten danach durch ein einziges Wort wieder alles vollständig ad absurdum führt!

Aber genau dadurch, dass die Krankenkassen die „Aufklärungspflicht“ übertragen bekamen, wird die Kostentransparenz zunichte gemacht. So gibt es Anzeichen, dass durch die falsche Aufklärung der Kassen Informationen von den Patienten missverstanden werden, ja sogar zu größeren Verunsicherungen führen. In Einzelfällen werden die so genannten Beratungen der Krankenkassen von den Patienten sogar als absolut unkompetent beschrieben. Auch bei Nachfragen bereits gut informierter Patienten stellte sich heraus, dass die Sachbearbeiter der Kassen nur zu stereotypen Aussagen in der Lage sind. Gibt es dann noch eine konkrete Nachfrage, wie beispielsweise: „Fällt die 3. Diagnostik in der Kieferorthopädie nun weg, obwohl sie im Behandlungsplan eindeutig von der Krankenkasse genehmigt wurde?“, wissen selbst gut informierte Sachbearbeiter in leitender Position keine adäquate Antwort zu geben. Mit Aussagen wie, dass dies grundsätzliche Fragen seien, auf die man keine Antwort geben könne, werden die Patienten regelrecht „abgeschmettert“. Ja, nicht einmal eine Weitervermittlung an einen

## Wo liegt nun das wirkliche Problem?

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen mit der Aufklärung des Patienten beauftragt. Somit hat er genau denjenigen, der das geringste Interesse an durchsichtigen Kostenverhältnissen hat, zum Aufklärer gemacht. Fehler oder Absicht? Nicht umsonst sagt die Bundesgesundheitsministerin unter www.die-gesundheitsreform.de:

**„Mehr Mitsprache für Patientinnen und Patienten, mehr Effizienz, mehr Wettbewerb um Qualität in einem solidarischen System, das für alle weiterhin eine sichere Versorgung bietet ... Denn: Gesundheit geht vor ... Zugleich müssen die Krankenkassen in Zukunft**

## KN Klärt über falsche Informationen der Krankenkassen auf

### Beispiel-Reaktionen von Krankenkassen auf Patientenfragen bezüglich Kostenerstattung

Um Sie auf unzureichende bzw. fehlerhafte Informationen aufmerksam zu machen, haben wir im Folgenden eine Zusammenstellung von nachweisbaren Aussagen der Krankenkassen mit unrichtigem, nur teilweise zutreffendem sowie völlig falschem Inhalt vorgenommen. Diese Aussagen wurden diversen schriftlichen Äußerungen einzelner Kassen entnommen. Leider können die vielen falschen Aussagen, wie sie zudem in persönlichen Beratungsgesprächen getätigt werden, nur sehr schwer nachgewiesen werden.

#### BKK Mobil-Oil, Hamburg

Hier kam es bereits zu massenhaft versendeten Informationen an Versicherte, die u.a. auch Falschaussagen beinhalteten. Zum Beispiel:

- „Der Leistungsumfang kieferorthopädischer Behandlungen hat sich durch die gesetzlichen Neuregelungen nicht geändert.“
- „...bis 30.06.2004 bleiben bisherige Regelungen ohne Absenkung der Arztgebühren.“
- „Behandlungen im Rahmen bestehender HKP können nicht auf Kostenerstattung umgestellt werden.“

#### AOK, VDAK, AEV, BKK, IKK, Knappschaft

(Gemeinsame Information, als Anhang von BKK Mobil-Oil Hamburg versendet). Zum Beispiel:

- „An den Inhalten der Behandlung ändert sich ... nichts ... Uneingeschränkter Anspruch in gleicher hoher Qualität wie im Vorjahr.“

#### AOK Bayern

- Aufforderung an Patienten, bei Beratung den Arzt zu wechseln
- „... auf Grund der geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen bei künftigen Kostenerstattungsanträgen neben dem Eigenanteil auch Abschlag für Verwaltungskosten von 7,5 % (mindestens 5 €, höchstens 40 €) je Antrag.“ (Obwohl den Patienten Anfang des Jahres zugesichert wurde, dass es beim bereits eingeleiteten Kostenerstattungsverfahren in der gleichen Art bleibt und keine Veränderungen auftreten.)

#### IKK Bayern, Neu-Ulm

- „Am Umfang der kieferorthopädischen Behandlung hat sich auch durch die Regelungen des GMG nichts geändert.“

#### IKK Thüringen, Erfurt

- „In der Mitteilung verweisen Sie zu recht darauf, dass die Behandlungspläne per 30.06.2004 ihre Gültigkeit verlieren.“
- „Insofern wollen Sie bitte vereinbarungsgemäß für die Zeit ab dem 01.07.2004 einen neuen Behandlungsplan aufstellen.“

#### LKK Franken und Oberbayern, Fürth

Auch hier werden Versicherte falsch beraten:

- „... ganze Familie muss Kostenerstattung wählen.“
- „Chipkarte muss abgegeben werden.“

Über den Wegfall von Leistungen wird nicht aufgeklärt!

#### DAK Fürth

(Bezirksgeschäftsstelle) Mehrfach ausgesendete Falschaussagen und unkorrekte Informationen:

- „... nach 30.6.2004 keine Neugenehmigungen erforderlich.“
- „... bisheriger Plan behält Gültigkeit.“
- „Umfang und medizinische Indikation wurden weder durch GMG noch durch die neu gefassten Richtlinien geändert.“
- „Auf Grund der erheblichen finanziellen Belastung ist von der Kostenerstattung abzuraten.“

#### DAK Schwabach

Auch hier Falschaussagen, wie zum Beispiel:

- „... zum 1.1.04 besteht die Wahlmöglichkeit für einzelne Bereiche leider nicht mehr.“ (Der Patient hatte bereits vor dem 31.12.2004 Kostenerstattung gewählt!)

#### BKK AKS, Augsburg

Hier kann man nur noch von Anmaßung und falschen Unterstellungen sprechen:

- „Sollte Ihr Kieferorthopäde sich weigern, die Behandlung in der gewohnten Weise fortzuführen oder Sie bezüglich Kostenerstattung ansprechen, bitten wir Mitteilung an uns zu senden.“
- „Wir haben erfahren, dass Ihr Kieferorthopäde seine Patienten darüber informiert hat, dass er ab 1. Januar 2004 die Behandlung nur noch durchführt, wenn Kostenerstattung gewählt wurde.“

#### SBK Fürth, Nürnberg

Falschaussagen wie:

- „... Mitglieder informieren, dass sie aufgefordert werden, Erklärungen zu unterschreiben, wonach sie sich für Kostenerstattung entscheiden.“
- „BEMA-Bewertungszahlen und Abrechnungsbestimmungen gelten bis zum 30.6.2004, wenn vor 31.12.2004 Plan genehmigt wurde.“
- „Wir haben erfahren, dass Ihr Kieferorthopäde darüber informiert hat, dass er ab 1. Januar 2004 die Behandlung nur noch durchführt, wenn Kostenerstattung gewählt wurde.“
- „... durch die gesetzliche Neuregelung hat sich für die Patienten weder der Umfang der Leistungen noch der Abrechnungsweg geändert.“
- „Bis zum 30.06.2004 werden die erbrachten Leistungen nach der alten (höheren) Gebührenordnung abgerechnet.“

Diese Auflistung unkorrekter Aussagen ließe sich noch unendlich weiterführen. Doch wir haben Sie mit diesen wenigen Beispielen sicherlich trotzdem sensibilisiert, künftig nicht alles sofort zu glauben, was Sie hören oder von Ihrer Krankenkasse zu lesen bekommen.

## Neue Situation durch Rechtsgutachten

Seit dem 19.03.2004 ist nun eine ganz andere Situation eingetreten. Der Justitiar des Berufsverbandes der deutschen Kieferorthopäden (BDK) hat in einem Rechtsgutachten herausgearbeitet, dass für die Patienten nach dem Gesetzestext und den juristischen Interpretationsprinzipien der bisherigen Rechtsprechung durchaus ein Recht besteht, die Kostenerstattung isoliert für die kieferorthopädische Behandlung zu wählen. Dies wird die ganze Kostenerstattungsdiskussion wieder erneut ankurbeln und leider somit auch wieder Fehlaussagen zur Verhinderung des von den Krankenkassen ungeliebten Kostenerstattungsprinzips hervorrufen.

Worin sind die entscheidenden Rechtspositionen begründet?

1. Die „individuelle Rechts-

macht“, sich nach § 13, Abs. 2, Satz 2 aus dem System der Sach- und Dienstleistung herauszulösen, liegt ausschließlich bei dem Versicherten selbst, ohne Beratung durch die Krankenkasse und auch ohne rechtsbegründende satzungsmäßige Umsetzung.

2. Der Versicherte selbst ist nicht Adressat der gesetzlichen Verpflichtung zur Beratung, kann also auch ohne Beratung wählen. Eine Unwirksamkeit der Wahl ohne Beratung durch die Krankenkasse kann nicht aufrechterhalten werden.

3. Die isolierte Wahl der Kostenerstattung wurde für Versicherte durch den Gesetzestext des § 13 Absatz 2 i.d.F. vom 01.01.2004

nicht eingeschränkt, so dass eine isolierte Weiterführung für vorher üblichen Praxis nach dem Gesetzestext durchaus möglich ist.

4. Die Zweckorientierung am Gesetzestext gilt insbesondere für die durch eine Sonderstellung gekennzeichnete Kieferorthopädie (s. § 29), die einzeln im Gesetzestext genannt wird, in den Bundesmantelverträgen besonders behandelt wird und durch den Ausnahmefall eines langfristigen Behandlungsplanes mit vorangegangener Wirtschaftlichkeitsprüfung und finanzieller Zusage der Finanzierung besonders gegen Missbrauch der von den Krankenkassen befürchteten Doppelabrechnung geschützt ist.

5. Der in § 13 Abs. 4 SGBV geregelte freie Kostenerstattungsverkehr in der Europäischen Gemeinschaft gibt gleichermaßen Grund zur Inanspruchnahme der Kostenerstattung auch im Inland unter keinerlei Beschränkungen.

6. Dies gilt insbesondere, da nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassene Leistungserbringer auch von gesetzlich Versicherten in Anspruch genommen werden können, wenn sich diese auf die Inländerdiskriminierung berufen.

Diese Feststellungen werden die Diskussion mit den Krankenkassen nochmals wesentlich verschärfen und hoffentlich bei der Rechtsprechung durch den Europäischen Gerichtshof ebenso schnell wieder verstummen lassen.