

# Ablehnungsmanagement

## Vom Management der Krankenkassen



### 1. Die Erstattungsstelle kann und muss ihre Leistungspflicht klären.

Nach MB/KK § 9 hat der Versicherte alles ihm zumutbare zu unternehmen, um seiner Erstattungsstelle auf Verlangen die nötigen Voraussetzungen dafür zu verschaffen. Nicht mehr und nicht weniger.

**2. Da die Erstattungsstelle selbst nicht sachkundig ist, kann sie unter Umständen Fachleute befragen.** Dafür findet sie beratende Ärzte/Zahnärzte, die in der Regel für ca. 250 € allfällige Stellungnahmen verfassen. Zunächst und versuchsweise möchten die Berater anonym bleiben – verständlich.

**3. Der behandelnde Arzt/Zahnarzt hat ein Recht, den Namen des beratenden Arztes/Zahnarztes der Erstattungsstelle zu erfahren, allerdings nur, wenn dieser sich in rechtswidriger Weise in seiner Einlassung über den Behandler geäußert hat** (LG Köln, Urt. v. 09.02.06, 8 O 24/05). Der Versicherte hingegen kann uneingeschränkt verlangen, dass ein von ihm benannter Arzt Einsicht oder Auskunft erhält (§ 178 m VVG; BGH IV ZR 418/02). Ein eigenes Einsichtsrecht steht dem Versicherten auf Grund des Versicherungsvertrages und aus dem Grundsatz von Treu und Glauben folgend zu (OLG Frankfurt/Main 8 U 158/90).

**4. Als Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag ist der behandelnde Arzt/Zahnarzt gehalten, seine Patienten zu unterstützen.** Gleichwohl

ist diese Unterstützung nicht unentgeltlich oder gar im Honorar erbrachter oder geplanter Hilfeleistungen enthalten oder damit abgegolten.

**5. Schriftverkehr mit Erstattungsstellen** ist medizinisch nicht notwendig im Sinne § 1,2 GOZ, daher bemisst sich die Honorierung nicht nach der Gebührenordnung sondern nach §§ 612, 670 BGB. In Einzelfällen wird dieser trotzdem irreführend und unzulässigerweise unter Bezug auf die GOÄ-Nrn. 75 oder 80 gefordert. Bearbeitung/Beantwortung jeweils nach Vorkasse ist vertretbar und üblich.

### 6. Auskunftsbegehren

Grundsätzlich ist der Umfang der Auskunftspflicht weit auszulegen, da nur so die Erstattungsstelle die Informationen erlangen kann, die sie zur Prüfung ihrer Leistungspflicht benötigt. Es ist aber nach Auffassung der Rechtsprechung für den Versicherungsnehmer unzumutbar, Krankenunterlagen mit einer Vielzahl persönlicher Daten auch dann herbeizuschaffen, wenn die Erstattungsstelle diese zur Prüfung seiner Entscheidung gar nicht benötigt.

Die Erstattungsstelle hat also vorab konkrete Fragen zum Versicherungsfall zu stellen; im § 9 Abs. 2 MB/KK ist nur von „Auskunftserteilung“ die Rede. Ohne diese Vorab-Auskünfte kann die Übersendung von Behandlungsunterlagen seitens einer Erstattungsstelle nicht verlangt werden (OLG Hamm 20 W 35/90). Erst auf Nachweis und substantiierte Begründung, warum und inwieweit im speziellen Fall die Auskünfte nicht genügen, kommt die Vorlage weiterer Unterlagen in Frage.

**7. Niemals gehen Modelle, Röntgenbilder o.ä. im Original an eine anonyme Person,** etwa via Erstattungsstelle. Stets können – für medizinisch nicht notwendige Vorgänge – nur Duplikate die Praxis verlassen. Bei konsiliarischen Rückfragen von Kollegen,

Anfragen bestellter Gutachter von Kammern oder Gerichten muss sich der Arzt/Zahnarzt jederzeit auf Originale stützen können – abgesehen von denkbaren zwischenzeitlichen Not- oder Unfällen, die

- aus kieferorthopädischer Sicht zwar meist von anderen Fachdisziplinen versorgt werden mögen,
- gleichwohl einen Rückgriff auf den status quo ante erfordern. Dieser wird gerade für den Gesichtsschädel von Kieferorthopäden umfassend diagnostisch analysiert und dokumentiert.

Für die Bereithaltung dieser Originalunterlagen haftet der behandelnde Kieferorthopäde (Aufbewahrungspflicht).

**8. Duplikate sind gebührenpflichtig** und berechnen sich ebenfalls nach §§ 612, 670 BGB. Wer diese bezahlen soll, wird gern zum Streitthema stilisiert (siehe 1., 4. und 5.). Grundsätzlich ist der Versicherte gegenüber dem Arzt zahlpflichtig. Der Versicherte hat aber gegen seine Erstattungsstelle einen Anspruch auf Kostenerstattung. Versicherungsnehmer sollten stets vorher klären, ob die Erstattungsstelle diese Gebühren übernimmt. Wenn die Erstattungsstelle an den Versicherungsnehmer herantritt, um durch ihn an Unterlagen zu gelangen, dann macht der Patient nichts anderes als der Arzt/Zahnarzt: Er erklärt sich gern bereit, die notwendigen Unterlagen zu besorgen, wenn die Versicherung ihm die Erstattung der entstehenden Gebühren zusagt. Nochmals: Vorkasse ist vertretbar und üblich. Sollte die Erstattungsstelle sich weigern, für den Versicherungsnehmer die Gebühren zu übernehmen, so stellt sich der Patient folgender Variante im Vorspiel des finsternen Ablehnungsmanagements:

Der Patient bietet an, sich gerne persönlich dem beratenden Arzt/Zahnarzt zur körperlichen Untersuchung vorzustellen – die Kosten trägt die Erstattungs-

stelle. Das kann aufwendiger werden (Reisekosten, Verdienstaufschlag etc.) als die – beispielsweise 75 bis 200 € – Entschädigung an den behandelnden Arzt/Zahnarzt für Fragenbeantwortung und/oder Unterlagen-Duplikate.

### 9. Die beratenden Ärzte/Zahnärzte:

Ohne Frage und *horribile dictu* sind es vorrangig pekuniäre Motive, zunehmend auch finanzielle Notlagen die zur Aufnahme derartiger Nicht-Heil- und Neben-Tätigkeit veranlassen. Unbewältigte, interkollegiale Maßregelungsbedürfnisse dürften dagegen eher zurücktreten. Fairerweise und bis zum Beweis des Gegenteils ist zu Gunsten der beratenden Ärzte und Zahnärzte gleichwohl davon auszugehen, dass sich ihre Einlassungen stets in völliger Kongruenz bewegen mit ihrer jeweiligen persönlichen Behandlungsweise, Methodenkompetenz und Gebührenbemessung gegenüber ihren eigenen Patienten – soweit sie überhaupt noch frei praktizieren. Wenn ein ablehnendes Votum (Behandlung nicht notwendig) erst mal dokumentiert vorliegt, wird es für den Versicherungskunden jedenfalls zunehmend schwieriger, berechnete Ansprüche nachgehend – selbst durch neutrale Gutachter (berufen z.B. von Ärzte-/Zahnärztekammern u./o. Gerichten) – prüfen zu lassen.

### 10. Das Ablehnungsmanagement:

Von einer börsennotierten Erstattungsstelle wurde dem Vernehmen nach als Unternehmensziel gesetzt, die Umsatzrendite in 5 Jahren zu verdoppeln. Da die Menschen nicht gesünder werden, kann das Ziel nur durch Leistungskürzungen erreicht werden. Es geht also nicht um den Arzt oder Zahnarzt persönlich und dessen Behandlung, und es geht auch nicht um den einzelnen Patienten (den Versicherungskunden) und sein Schicksal – es geht schlicht um die Gewinne von börsennotierten Konzernen. Übrigens: Der regelmäßige Versuch der Erstattungsstellen, den schwarzen Peter dem Arzt/Zahn-

arzt zuzuschieben, sei in 90 % der Fälle erfolgreich. Allein das Beharren auf den Auskunftsbefehlen, die sich in den letzten Jahren exponentiell vervielfachen, verschafft den Erstattungsstellen enorme Einspar-Summen, hauptsächlich

- durch Verschleppung, deren Verschulden dem Arzt/Zahnarzt anzulasten stets versucht wird,
- dadurch, dass Patienten Abstand nehmen von zeitgemäßen Maßnahmen. Eine Private Krankenversicherung hatten sie aber gewählt, im Glauben an die Reklame: Erstattung besserer, umfassenderer Behandlungen gemäß dem medizinischen Fortschritt und nicht weitere Zurückstufung unter die Not- oder Grundversorgung, wie vielfach für Versicherte gesetzlicher Kassen nur noch vorgesehen.
- dadurch, dass Patienten schließlich, entnervt durch Ärger und Zerwürfnis mit Ärzten/Zahnärzten, von weiterer Diagnostik/Behandlung überhaupt Abstand nehmen.

Bei Streitigkeiten über einen Heilplan oder eine Leistungserstattung ist eine gerichtliche Geltendmachung der Ansprüche des Versicherungsnehmers gegen die Erstattungsstelle zur Klärung berechtigter Erstattungsansprüche denkbar. Diese verursacht allerdings einen erheblichen Aufwand. Häufig bewirkt bereits deren Ankündigung oder der einvernehmliche Anruf eines Anwalts, ggf. auch Verbraucherinstitution, bei jeweiligen Erstattungsstellen eine beschleunigte Reaktion oder Klärung. Der Versicherte sollte jedenfalls vorher das Gespräch mit seinem Anwalt/seiner Rechtsschutzversicherung oder auch einer qualifizierten Verbraucherberatung suchen. Ärzten und Zahnärzten ist Rechtsberatung ebenso wenig gestattet wie den Erstattungs-Sachbearbeitern jegliche medizinisch-fachliche Einlassung und/oder Wür-

digung/Wertung von medizinischen Sachverhalten oder Begründungen (Verstoß gegen das Heilkundengesetz). Ärzte und Zahnärzte haben ihre Privatpatienten verwöhnt und deren Sache zu der ihrigen gemacht. Mehr oder weniger behutsam wird sich die Sachlage vom Kopf kurzfristig wieder auf ihre Füße stellen müssen. Auch dem Patienten als Versicherungskunden wird klarer werden müssen, dass es SEINE Erstattungsstellen sind, die ihm die zustehenden Hilfeleistungen verweigern – nicht sein Arzt oder Zahnarzt.

**Das verlangt:** Der Versicherungsnehmer, der vertrauensvoll zeitgemäße Qualitäts- und Präzisionsleistung von seinen Ärzten erwartet und ein aufgeklärter und zufriedener Patient werden soll, muss selbst

- diese Zusammenhänge und Motive kennen, bevor Erstattungsstellen mit ihren beratenden Ärzten/Zahnärzten ihn unter ihre bürokratische Kuratel nehmen und bevormundend in seiner Sache das Wort führen,
- seine tatsächlichen Ansprüche kennen, für die er sich versichert hat oder zu denen ihm Beihilfen zustehen,
- die fachgerechte Einschätzung der Behandlungsnotwendigkeit gegenüber seiner Erstattungsstelle selbst in die Hand nehmen (siehe 1.) und diese vorab durch neutrale, bestellte Gutachter objektiv klären lassen; dies alles, sobald Unterlagen angefordert werden oder sich anderweitig Erstattungsverweigerungen abzeichnen, die nicht detailliert dargelegt, nicht tarifbedingt, nicht angemessen oder nach Versicherungsbedingungen nicht berechtigt erscheinen.

Die behandelnden Ärzte und Zahnärzte dürfen und können das ihren Patienten nicht abnehmen. Sie können und werden jedoch ihre Patienten stets gerne im dargelegten Umfang unterstützen .kfo