

Alexander Zschach

68159 Mannheim

Gesetzliche Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 5. Juli 2007 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen, weil er dem Anliegen teilweise entsprechen konnte.

Begründung

Der Petent fordert, dass jeder Versicherte das Recht haben soll, sich auf Wunsch am Ende eines Abrechnungszeitraumes eine Aufstellung der abgerechneten und erbrachten Leistungen und deren Kosten postalisch zu kommen zu lassen.

Weiter führt der Petent aus, bei Fehlern könne der Versicherte die Krankenkasse darüber informieren. Gleichzeitig diene eine solche Leistungs- und Kostenaufstellung der Sensibilisierung der Versicherten. Wenn diese wissen, was erbrachte Leistungen kosten, könne das ggf. stärker zum Kostenbewusstsein beitragen und so helfen, medizinische Ressourcen für Notwendiges zu schonen und Leistungen im Gesundheitswesen effizienter einzusetzen. Weiterhin könne so Missbrauch seitens der Abrechnungspraxis vorgebeugt werden. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen seien im Verhältnis zu den zu erwartenden Kostenvorteilen für die gesetzliche Krankenversicherung vernachlässigbar.

Zu den weiteren Einzelheiten des Vortrages wird auf den Inhalt der Akte Bezug genommen.

Es handelt sich um eine öffentliche Petition, die von 473 Mitzeichnern unterstützt wird und zu 19 Diskussionsbeiträgen geführt hat.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung lässt sich unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wie folgt zusammenfassen:

Der Petent verkennt den Abrechnungsmodus in der gesetzlichen Krankenversicherung. So erfolgt weder eine Abrechnung bezogen auf jeden einzelnen Versicherten noch wird direkt zwischen Arzt und Krankenkasse abgerechnet. Die Abrechnung kommt vielmehr zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in einem zweistufigen Verfahren zustande.

Zunächst werden auf Bundesebene zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Bundesmantelverträge und auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen Gesamtverträge abgeschlossen.

Wesentlicher Bestandteil der Bundesmantelverträge ist u.a. der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). Dieses Verzeichnis beinhaltet sämtliche mit den Krankenkassen abrechenbaren Leistungen, sowie ihr wertemäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Gesamtverträge enthalten hauptsächlich Vereinbarungen über die Höhe der so genannten Gesamtvergütung. Diese stellt das Ausgabenvolumen dar, das für sämtliche erbrachten vertragsärztlichen Leistungen von den Leistungsträgern vergütet wird.

Im ersten Verfahrensschritt des Abrechnungssystems leisten die Krankenkassen die vereinbarte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Zahlung dieses Betrages durch die Kassen sind vorab alle Honoraransprüche der Ärzte für sämtliche bei den Versicherten erbrachten Leistungen abgegolten.

Anschließend ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, diese Summe im zweiten Teil des Abrechnungsverfahrens auf ihre Mitglieder zu verteilen. Dies regelt der so genannte Honorarverteilungsmaßstab, der zwischen den einzelnen

Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart wird. Wie hoch die Vergütung für einzelne Leistungen ist, kann erst im Nachhinein bestimmt werden.

Um für die Patienten ein hohes Maß an Transparenz zu erzielen wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Patientenquittung eingeführt. Danach haben die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form, direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise spätestens vier Wochen nach Ablauf den Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten zu unterrichten.

Nach erfolgter Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen unterrichten die Krankenkassen die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren tatsächliche Vergütung. Den Krankenkassen selbst liegen diese Daten jedoch nicht vor. Sie beschaffen sich diese auf Antrag des Versicherten vielmehr von der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung.

Nach alledem empfiehlt der Petitionsausschuss, das Petitionsverfahren abzuschließen, da dem Anliegen teilweise Rechnung getragen wird.