

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 16.10.2014 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.

### Begründung

Mit der Petition wird gefordert, dass die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen mit den Krankenkassen nur noch dann möglich sein soll, wenn der Patient mit seiner Unterschrift die durchgeführte Behandlung bestätigt.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die von ihm eingereichten Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 605 Mitzeichnungen sowie 100 Diskussionsbeiträge ein.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage einer Stellungnahme der Bundesregierung wie folgt dar:

Die Vertragsärzte rechnen nach geltendem Recht die von ihnen erbrachten Leistungen nicht direkt mit den Krankenkassen ab. Die Krankenkassen zahlen mit befreiender Wirkung so genannte Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Gesamtvergütungen werden jeweils für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen von den KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart. Die KVen verteilen jeweils die Gesamtvergütungen mithilfe eines Honorarverteilungsmaßstabs an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen.

Die Abrechnungen werden durch die KVen und die Krankenkassen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität geprüft (§ 106a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V). Dabei wird die sachliche und rechnerische Richtigkeit festgestellt, dazu gehört auch die Feststellung, ob und inwieweit die abgerechneten Leistungen nach der vertragsärztlichen Gebührenordnung abrechnungsfähig sind. Zudem werden u. a. das Bestehen und der Umfang der Leistungspflicht sowie die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose geprüft. Die Prüfung der Plausibilität durch die jeweilige KV umfasst auch den Umfang der je Tag und Arzt abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen und vorgesehenen Zeitaufwand. Die gemeinsame Selbstverwaltung trifft Vereinbarungen zu Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen sowie zu den Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen sowie einer Überschreitung der Zeitrahmen. Ferner können die Krankenkassen, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die KVen beantragen.

Da die Abrechnungsprüfungen nur ausnahmsweise anhand von Papierformularen erfolgen, würde die Einführung einer schriftlichen Bestätigung der durchgeführten Behandlung durch den Patienten nach Aussage der Bundesregierung zu einer nicht zu rechtfertigenden enormen Bürokratisierung in der vertragsärztlichen Versorgung führen.

Das dargestellte Abrechnungsverfahren innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist für die Versicherten, die Krankenkassen und die Ärzte erheblich rationeller als das in der privaten Krankenversicherung praktizierte Kostenerstattungsverfahren, bei dem der Versicherte jede einzelne Arztrechnung zu bezahlen hat und anschließend die Erstattung der Kosten bei seiner Versicherung beantragen muss.

Der Versicherte erhält beim Abrechnungsverfahren der GKV indes nicht "automatisch Kenntnis" über die abgerechneten Leistungen und die damit verbundenen Kosten. Die Krankenkassen, die Ärzte und Krankenhäuser sind deshalb gesetzlich verpflichtet, die Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu unterrichten. Mit der Einführung der sog. Patientenquittung seit dem 01.01.2004 erhalten interessierte Patientinnen und Patienten Informationen über erbrachte Leistungen und deren Kosten. § 305 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, 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 des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind, über die zulasten der Krankenkassen erbrachten Leistungen und deren vorläufige Kosten (Patientenquittung) zu unterrichten haben. Die Krankenhäuser unterrichten die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten vermag der Petitionsausschuss ein weiteres Tätigwerden nicht in Aussicht zu stellen und empfiehlt daher, das Petitionsverfahren abzuschließen.