

Infoblatt: 54

Die ärztliche Vergütung – ein schwer durchschaubares System

Die Gesundheitsausgaben steigen von Jahr zu Jahr. Aber das System ist für alle Beteiligten schwer durchschaubar. Über die ärztliche Vergütung einer Behandlung, entscheiden weder Patienten, noch Gesundheitsminister oder Krankenkassen, sondern allein die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Transparenz und Selbstbestimmung sind dabei nicht selbstverständlich.

Die Versicherten

Als gesetzlich Krankenversicherter zahlen Sie monatlich Ihre Kassenbeiträge. Dafür erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse eine Versichertenkarte. Mit dieser Karte erhalten Sie „Sachleistungen“, also die Behandlung durch Ärzte und Vertragseinrichtungen. Sie erhalten aber keine Rechnung über erbrachte ärztliche Leistungen und wissen daher nicht, welcher Betrag für Ihre Behandlung abgerechnet wurde.

Dies hat sich mit der Gesundheitsreform seit 1. Januar 2004 geändert. Auf Wunsch erstellt Ihnen nun Ihre Vertragsärztin oder Ihr Vertragsarzt eine Patientenquittung. Hierauf können Sie ersehen, welche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet wurden und wie hoch die vorläufigen Kosten der Behandlung für die Kasse ausfallen. Ihr behandelnder Arzt entscheidet, ob er Sie schriftlich direkt im Anschluss an eine Behandlung oder spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals informiert. Für die schriftliche Information, die direkt nach der Behandlung gegeben wird, kann Ihnen Ihr Arzt eine Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro berechnen. Bei einer Patientenquittung, die nach Ablauf eines Quartals ausgestellt wird, kommen zu der Aufwandspauschale von einem Euro noch die Versandkosten hinzu. Ihre Zahnärztin bzw. Ihr Zahnarzt stellt Ihnen auf Wunsch ebenfalls eine Patientenquittung aus.

Sie können sich auch nach einer stationären Behandlung an das Krankenhaus wenden. Dabei können Sie sich schriftlich darüber informieren, welche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbracht wurden und wie hoch der Betrag ist, den die Kasse für diese Leistungen zahlt.

Im Gegensatz dazu haben Versicherte, die das Prinzip der Kostenerstattung gewählt haben, schon immer die Rechnungen für erbrachte Leistungen erhalten und vorerst selbst beglichen. Genauere Details entnehmen Sie bitte dem Infoblatt Nr. 6 „Kostenerstattung statt Sachleistung“, das Sie bei uns anfordern oder unter www.securvita.de herunterladen können.

Die gesetzlichen Krankenkassen

Gesetzliche Krankenkassen zahlen für jeden Versicherten pauschale Gesamtsummen an die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die regionalen Verbände der Kassenärzte. Unabhängig davon, ob, wie oft und in welcher Höhe tatsächlich Leistungen in Anspruch genommen wurden, muss diese Pauschale für jeden Versicherten gezahlt werden.

Zusätzlich zahlt die SECURVITA Krankenkasse Leistungen, die nicht mit der Pauschale abgegolten werden, zum Beispiel neue Leistungen wie die Darmkrebsfrüherkennung, Präventionsleistungen, Mutterschaftsvorsorge, Impfungen, besondere Aufwendungen für Schmerztherapien und ambulante Operationen, Programme für chronisch Kranke etc. Diese Leistungen, die bei der SECURVITA Krankenkasse sehr umfangreich sind, werden ebenfalls über die Versichertenkarte abgerechnet, aber zusätzlich zu den Pauschalen vergütet.

Die Ärztinnen und Ärzte

Die Krankenkassen zahlen ihre Pauschalen nicht direkt an die niedergelassenen Ärzte, sondern an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sind allein für die Verteilung der Gelder über einen sogenannten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zuständig. Dabei gehen die Kassenärztlichen Vereinigungen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich vor.

Die Ärzte erhalten mehrere Monate nach der Behandlung die Abrechnung nach Regeln, die jede Kassenärztliche Vereinigung selbst festlegt. Die Ärzte kennen in der Regel nicht die Pauschalen, die die einzelnen Kassen zahlen. Sie rechnen ihre Leistungen zunächst nach Punkten ab. Diese gelten als eine Art Ersatzwährung, bis die Verteilung über die Kassenärztliche Vereinigung ausgerechnet worden ist. Wie viele Punkte es für welche Leistung gibt, richtet sich nach einer speziellen Gebührenordnung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Wer als Arzt viele Leistungen abrechnet, erhält viele Punkte gutgeschrieben. Rechnen aber alle Ärzte viele Leistungen ab, sinkt der Honorarwert der Punkte, weil das zur Verfügung stehende Geld gleich hoch bleibt. Deshalb können die Ärzte in der neuen Patientenquittung nur vorläufige Kosten der Behandlung bescheinigen.

Jeder Arzt hat nur ein bestimmtes Budget zur Verfügung. Wie dieses Budget sich genau errechnet, ob es zum Beispiel von der Zahl der behandelten Patienten abhängt, vom Verdienst des Arztes im Vorjahr oder von anderen Bedingungen, entscheidet ebenfalls die regionale Kassenärztliche Vereinigung. Leistungen außerhalb des Budgets, wie zum Beispiel Prävention oder Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zahlen die Kassen zusätzlich direkt an die Ärzte.

Was Versicherte häufig nicht wissen

Die Versichertenkarte berechtigt zur vertragsärztlichen Behandlung. Vielen Versicherten ist vermutlich nicht bekannt,

- dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt für eine Untersuchung keinen Cent mehr als für ein kurzes Telefonat erhält.
- dass die gleiche Behandlung oder Untersuchung bei der Fachärztin bzw. dem Facharzt teurer ist als bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt.

- dass die Inanspruchnahme von Privatärzten nicht möglich ist, sogar wenn diese nur den Honorarsatz der Krankenkassen berechnen. Denn es handelt sich dabei für die Krankenkasse immer um Zusatzleistungen. Diese müssen bereits im Voraus für jeden Versicherten als Pauschale gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung geleistet werden, unabhängig davon ob er zum Arzt geht oder nicht.
- dass die Krankenkasse nur statistische Daten ohne Arzt- oder Patientenbezug erhält. Deshalb kann Ihnen die Krankenkasse in der Regel auch als Einzelfallentscheidung keine außergewöhnlichen Leistungen bewilligen, selbst dann, wenn Sie sonst nie Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen

Seit Einführung des Wohnortprinzips im Jahr 2002 werden die Pauschalen an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt, in deren Bezirken die Mitglieder leben.

Insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen von Stadtstaaten sind die Verlierer dieses Prinzips, das 2002 eingeführt wurde. Vor der Einführung des Wohnortprinzips erhielten sie die Kopfpauschalen für alle Versicherten, deren Kasse ihren Geschäftssitz im jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungs-Bezirk hatte.

An einem Beispiel verdeutlicht heißt das: Wenn Versicherte in Schleswig-Holstein leben und in Hamburg arbeiten, werden sie häufig Hamburger Ärzte in Anspruch nehmen. Die Pauschale fällt aber nicht den Hamburger Ärzten über die Hamburger Kassenärztliche Vereinigung zu, sondern den Schleswig-Holsteiner Ärzten.

Kontakt:

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

24-Stunden-Service-Hotline:
0800 / 14 14 300 (bundesweit gebührenfrei)
Aus dem Ausland: +49 / 40 / 33 47-7
Fax: 040 / 33 47-90 00
E-Mail: mail@securvita-bkk.de
www.securvita.de