

PVS-Konsens

Direktab- rechnung in der PKV

*Kritische Analyse einer
verdächtigen Chiffre*

Impressum:

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung
Marienstraße 30
10117 Berlin

Vorsitzender des Vorstandes:

Dr. med. Christof Mittmann

Geschäftsführendes Mitglied des Vorstandes:

Stefan Tilgner M. A.

Vereinsregisternummer bei dem Amtsgericht Friedberg: 1845
USt-IdNr.: DE119260415

Das Zusammenspiel zwischen gesetzlich und privat organisierter Gesundheitsversorgung bildet die Grundlage für den Erfolg des deutschen Gesundheitssystems. Denn die unterschiedlichen Systematiken der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung führen zu einem Wettbewerbsdruck, der vor allem eine schnelle Implementierung medizinischer Innovationen in die Versorgung der Bevölkerung zur Folge hat. Verantwortlich dafür sind die unterschiedlichen Freiheitsgrade beider Systeme. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde geschaffen als umlagefinanzierte Solidargemeinschaft für alle Personenkreise unterhalb einer mittlerweile recht hoch angesiedelten Einkommensgrenze und ist damit die Pflichtversicherung für das Gros der Bevölkerung. Es gilt ein allgemeiner Leistungskatalog und ein Sachleistungsprinzip, bei dem individuelle Wünsche des Einzelnen gegenüber dem Anspruch der Gemeinschaft nach Gleichbehandlung aller zurücktreten müssen. Im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) gilt ein Äquivalenzprinzip, d.h. jeder Versicherte wählt den Umfang seines Versicherungspaketes nach eigenen Vorstellungen und zahlt dafür einen äquivalenten Beitrag. Es gilt das Prinzip der Kostenerstattung, d.h. er schließt im Falle der Inanspruchnahme den Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer ab. Er ist Adressat der Rechnung, er prüft als Erster die Rechnung des Arztes auf Richtigkeit und er bestimmt, ob er diese letztlich zur Erstattung an seine Versicherung weiterreicht. Er ist – wenn man so will - der Knotenpunkt für jeglichen Informationsaustausch zwischen Arzt und Versicherer.

Was auf den ersten Blick wie ein umständliches Verfahren wirkt, macht bei Lichte betrachtet den entscheidenden Unterschied zum engen Korsett der GKV-Versorgung. Diese Freiheitsgrade im PKV-System erzeugen wie ein „Schaufenster zu einer anderen Welt“ den Handlungsdruck, moderne und innovative Behandlungsformen auch in den GKV-Leistungskatalog aufzunehmen. Und gerade deshalb drängt sich der Verdacht auf, dass es um das Große und Ganze geht, um einen systemverändernden Ansatz, wenn das Kostenerstattungsprinzip in der PKV zur Diskussion gestellt wird. Sei es unter dem Vorwand, der überfälligen Digitalisierung im Gesundheitswesen einen entscheidenden Impuls geben zu wollen, sei es, weil man einer angenommenen finanziellen Überforderung des Einzelnen entgegenwirken will. Die Chiffre heißt „Direktabrechnung“.

So enthält auch der aktuelle Koalitionsvertrag 2021-2025 von SPD, Grünen und FDP „Mehr Fortschritt wagen“ den singulär, ohne in einem Kontext zu umliegenden Ausführungen stehenden nachfolgenden Satz: „Für Kinder und Jugendliche in der PKV soll zukünftig das Prinzip der Direktabrechnung gelten.“ Woher rührt das Ansinnen? Welches Problem soll gelöst werden, das zumindest bisher nicht als solches sonderlich bekannt war? Nach heutigem Stand gilt als gesichert, dass es um folgende Konstellation geht: Kinder leben bei der Mutter, sind aber privat versichert über den Vater. Der bekommt die Arztrechnung, zahlt aber nicht. Dies können zwar nur Einzelfälle sein, gleichwohl war es wohl das Thema in den Verhandlungen zum Koalitionsvertrag.

Was verbirgt sich dahinter? Zunächst: Die Direktabrechnung gibt es auch heute schon als Option. So hat der PKV Verband im Namen einer Vielzahl von PKV Unternehmen Rahmenverträge über die direkte Abrechnung für allgemeine Krankenhausleistungen und die Unterkunft von Privatversicherten geschlossen. Der Versicherungsnehmer tritt

dabei seinen Anspruch auf Kostenerstattung aus dem Versicherungsvertrag an das Krankenhaus ab. Grundlage ist dabei das Versicherungsvertragsgesetz, welches schon heute die Vereinbarung der Direktabrechnung – selbst im ambulanten Bereich – grundsätzlich ermöglicht. Beim vorgenannten Modell handelt es sich also um keine gesetzliche Verpflichtung, sondern um eine Kombination aus Abtretung durch den Patienten und Vertragslösung zwischen zwei Partnern: den interessierten PKV-Unternehmen und den Krankenhäusern, die angesichts der z.T. sehr hohen Summen den schnellen Liquidationsfluss als wertvoll erachten. Beim Basistarif, den alle PKV Unternehmen per Gesetz anbieten müssen, ist gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des PKV Verbandes für den Basistarif, §1 „der Versicherer berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes auch die unmittelbare Abrechnung der medizinischen Versorgung mit dem jeweiligen Leistungserbringer vorzusehen.“ In § 192 Abs. 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ist vice versa geregelt, dass der Leistungserbringer seinen Anspruch auch gegen den Versicherer geltend machen kann.

Es gibt noch weitere Direktabrechnungsbeispiele im Bereich der Privaten Krankenversicherung (Notlagentarif, Arzneimittel bei teuren Medikamenten ...). Allen gemeinsam ist, dass es sich um Wahloptionen handelt. Die Direktabrechnung „kann“ gewählt werden und letztlich müssen alle Beteiligten (PKV, Patient, Leistungserbringer) ihre Einwilligung geben, um von dieser Option Gebrauch zu machen. Der Koalitionsvertrag sieht jedoch apodiktisch vor, dass „für Kinder und Jugendliche in der PKV zukünftig das Prinzip der Direktabrechnung gelten soll.“ Vor diesem Hintergrund ist eine Einhegung des Kostenerstattungsprinzips im Arzt-Patienten-Verhältnis - zumindest vom Wortsinn der o.g. Willensbekundung her – zumindest anzunehmen. Konkret heißt dies, dass erheblich ins Versicherungsvertragsrecht eingegriffen werden müsste. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen der PKV müssten der Patient, aber auch der Arzt „verpflichtet“ werden, die Direktabrechnung mit dem jeweiligen PKV-Unternehmen per se zu akzeptieren, sofern sich das Kind oder der Jugendliche (also die Erziehungsberechtigten) als PKV-Versicherte zu erkennen geben. Ob in einer solchen Konstellation überhaupt noch ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt zustande kommt, wenn dieser per Gesetz seinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber dem Arzt gar nicht mehr abtreten kann, weil er diesen gar nicht mehr hat, erscheint fraglich. Daher kommt – streng genommen - eigentlich nur eine direkte Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Versicherer in Betracht, um die konkrete Behandlung im Bedarfsfalle sicherzustellen. Es folgt eine absehbare Entwicklung:

Blickt man auf die zu erwartenden Folgen dieser angestrebten Reform, so hat sie sowohl eine grundlegende Strukturveränderung als auch eine Veränderung der Rollen der Akteure zur Folge. Gleichzeitig treten bei der Direktabrechnung durch das Übermitteln der Rechnung erstmals Ärztinnen und Ärzte in direkten Kontakt mit den Versicherern. Durch diese direkte Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Versicherer ergeben sich neue Möglichkeiten für Geschäftsbeziehungen zwischen diesen beiden Parteien. Diesen neuen Gestaltungsfreiraum werden die privaten Krankenversicherer langfristig im Zuge des wirtschaftlichen Wettbewerbes untereinander für sich erschließen müssen. Sie treten in eine Direktvertragsbeziehung zu Ärzten, die wiederum damit einen Sicherstellungsauftrag übernehmen würden. Da dieser Aufgabe kaum ein Arzt

gewachsen sein dürfte, zumal er mit rund 60 Privaten Krankenversicherungen und zusätzlich den Beihilfestellen verhandeln müsste, ist der Ruf nach einer privaten, vertragsärztlichen Vereinigung geradezu vorprogrammiert. Wenn es bei Kindern und Jugendlichen eingeführt ist, wird eine Ausweitung auf weitere Personengruppen z.B. Ältere bzw. Pensionäre oder chronisch Kranke anzunehmen sein.

Kurz: Die Gefahr einer schleichenden Angleichung von GKV und PKV besteht, da wesentliche Unterscheidungsmerkmale zwischen PKV und GKV zunehmend entfallen. So gerät die Direktabrechnung zur Sachleistung und die Vertragsfreiheit zur Farce. Das Ende der PKV heutiger Bauart wäre eingeläutet. Das eingangs geschilderte Problem bleibt indes ungelöst. Denn Ausgangspunkt für die oben geschilderte Problematik scheint in der unterschiedlichen Behandlung von mitversicherten Ehegatten und Kindern zu liegen.

Während mitversicherte Ehegatten in der Regel einen eigenen Anspruch haben, ist dieser bei Kindern nicht gegeben. So hat der BGH zu mitversicherten Ehegatten entschieden: Wird der Ehepartner eines Versicherungsnehmers in der privaten Krankenversicherung mitversichert und enthalten die Versicherungsbedingungen keine besonderen Bestimmungen über seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag, dann ist er nicht lediglich Gefahrperson. Es liegt eine Krankheitskostenversicherung für fremde Rechnung vor und der Ehepartner kann nicht nur Versicherungsleistungen im eigenen Namen gerichtlich geltend machen, sondern hat auch die Befugnis, das Bestehen grundlegender Anspruchsvoraussetzungen, hier ob Schulmedizin Klausel Bestandteil des Vertrags, feststellen zu lassen. (Leitsatz BGH, Urteil vom 10.10.2007 – IV ZR 37/06)

Ein vergleichbarer eigener Anspruch ist durch die Rechtsprechung für mitversicherte Kinder bislang abgelehnt worden: Dem in der privaten Krankheitskostenversicherung mitversicherten minderjährigen Kind steht ein eigenes Forderungsrecht nicht zu. Die vom Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 08.02.2006 – IV ZR 205/04 – aufgestellten Grundsätze zur Sachbefugnis des mitversicherten Ehepartners sind jedenfalls auf die Mitversicherung von minderjährigen Kindern in der privaten Krankheitskostenversicherung nicht ohne weiteres übertragbar. (Leitsatz LG Dortmund, Urteil vom 09.11.2006 – 2 O 172/06). Gegen eine Direktabrechnung zur Lösung des o.g. Problems spricht daher vor allem, dass das mitversicherte minderjährige Kind kein eigenes Forderungsrecht hat. Hieran würde auch eine Direktabrechnung nichts ändern. Auch muss die Abrechnung im Bereich Beihilfe weiterhin über den Beihilfeberechtigten erfolgen. Konkret bei der Fallkonstruktion 80% Beihilfe und 20% PKV, bedeutet dieses, dass für 20% der ärztlichen Forderung eine Lösung geschaffen würde, für die verbleibenden 80% jedoch nicht. Sofern das Elternteil, das Versicherungsnehmer ist, auch seiner Unterhaltspflicht nicht nachkommt (hiervon ist in der Regel auszugehen), wird der Anspruch auf medizinische Kostenerstattung höher gewichtet als der Unterhaltsanspruch.

Sollten gesetzgeberische Maßnahmen für das bezeichnete Problem – welches, nebenbei bemerkt, anhand der Daten der PVS im nicht messbaren Bereich liegen dürfte - dennoch für notwendig erachtet werden, so empfiehlt sich, anstelle der Direktabrechnung zwischen Arzt und Versicherung einen eigenen Anspruch der Kinder und Jugendlichen

selbst zu definieren. Ein solcher „eigener Anspruch“ wurde für Ehegatten durch den BGH anerkannt. Diese Rechtsprechung könnte durch den Gesetzgeber auf Kinder und Jugendliche im Rahmen einer Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes ausgedehnt werden. Alternativ könnte dieser eigene Anspruch auch durch Änderung der Versicherungsbedingungen der PKV angeboten werden.

Eine sachliche Notwendigkeit für die „Direktabrechnung“ im privatärztlichen, ambulanten Bereich gibt es nicht. Weder besteht ein erhöhtes Inkassorisiko, noch ist in der Beschleunigung der Abläufe und damit einem schnelleren Liquiditätszufluss irgendein Vorteil zu erkennen, wird dies doch schon heute über die intelligente Steuerung von Zahlungszielen und die Option von Vorauszahlungen über die PVS erreicht. Auch die unkomplizierte Einreichung von Rechnungen mittels mobiler Applikationen ist bereits ein erprobter Standard (und nebenbei bemerkt, ein von der PVS entwickelter). Das Hin- und Her von Papier ist vor diesem Hintergrund also schon heute eher ein Auslaufmodell als eine Problemstellung, für die es grundsätzliche Lösungen zu finden gilt.