

# „Die Geschichte wiederholt sich nicht, aber sie reimt sich“



**Stefan Tilgner**

Stefan Tilgner, M. A., ist Geschäftsführer des PVS Verbandes in Berlin.

## Praxismanagement

### „Direkt“ in den Kollektivvertrag – zum seltsamen Auftauchen der Direktabrechnung als gesetzgeberisches Vorhaben im Koalitionsvertrag

**Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bringt Erleichterungen und Fortschritte für Patienten und Ärzte gleichermaßen. Sie hilft bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten, bei der Praxisorganisation, bei notwendigen Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben und verhilft damit zu mehr Transparenz und Prozesskostensparnissen.**

Wer würde dem oben Genannten widersprechen wollen? Es ist wohl so, dass es – wie Jeff Bezos, der Gründer von Amazon, einmal gesagt hat – „keine Alternative zur digitalen Transformation“ gibt. Dennoch wird man wachsam sein müssen, wenn unter dem Deckmantel der Modernität im privatärztlichen Bereich gängige Verfahrensfragen und sogar Rechtsbeziehungen zur Disposition stehen.

### **Prozessoptimierung – Kosteneinsparungen für alle?!**

Das Stichwort lautet „Direktabrechnung“. Sie taucht im Kontext politischer Diskussionen um die Ausweitung der Telematikinfrastruktur (TI) auf den privaten Bereich ebenso auf wie bei Diskussionen um die Einführung der elektronischen Abrechnung privatärztlicher Leistungen. Zugegeben, es ist nachvollziehbar, dass der „Roll out“, die Einführung großer Prozessveränderungen, immer mit einer großen Zahl an Teilnehmern gedacht wird. Möglichst alle sollen ab einem Zeitpunkt „X“ ihr tradiertes Handeln umstellen. Bei der Telematikinfrastruktur im Wirkungsbereich des Sozialgesetzbuches wurde und wird

...

dies über die weisungsgebundenen Kassenärztlichen Vereinigungen auch exekutiert; dabei haben Patienten ohnehin wenig Mitspracherechte. So können – positiv gesprochen – Informationen und Daten nach einheitlichen Standards, mit klar definierten Zugriffsrechten, datenschutzkonform digital zwischen Leistungserbringern, Kassen u. a. ausgetauscht werden. Ein Quantensprung gemessen am Hin und Her von Papier in der analogen Welt und ein Meilenstein hin zu potenziellen Prozesskosteneinsparungen für alle.

Wer jedoch nur mit der Brille des Ingenieurs auf die Komplexität der Systeme von PKV und GKV schaut, übersieht die systemverändernde und damit freiheitsbedrohende Wirkung des Vorhabens. Denn im privatärztlichen Geschehen liegen die Dinge ein wenig anders. Hier gilt das Prinzip der Kostenerstattung, das heißt, der Patient schließt im Fall 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. Vor allem aber ist er durch diese Rechtsstellung nicht Teil kollektivvertraglich ausgehandelter Prozesse. In diesem Kontext bedeutet „Direktabrechnung“ ausschließlich das Recht des Arztes, die eigene Leistung „direkt“ und entsprechend der Gebührenordnung gegenüber dem Patienten in Rechnung stellen zu dürfen und eben nicht gegenüber einer KV nur Leistungspunkte zu melden, um dann auf einen fairen Anteil hoffen zu müssen. Seine Leistung ist wie erbracht zu vergüten, losgelöst von der Frage, was der Patient – gegebenenfalls auch aufgrund von Einschränkungen in seinem Versicherungsvertrag – von seinem Kostenträger erstattet bekommt.

## Direktabrechnung bei Kindern und Jugendlichen

Allerdings taucht die Direktabrechnung auch als Chiffre für etwas ganz anderes im aktuellen Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP auf. Singulär, ohne in einem Kontext zu umliegenden Ausführungen zu stehen, findet sich dort der nachfolgende 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, das 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 zum Teil 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 etc.). 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 (das heißt 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 Bedarfsfall sicherzustellen.

## Neuer Gestaltungsfreiraum

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 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 – ob sie wollen oder nicht. Es würde ein Automatismus in Gang kommen: Die PKV-Unternehmen träten 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 erst einmal eingeführt ist, wird eine Ausweitung auf weitere Personengruppen wie Ältere bzw. Pensionäre oder chronisch Kranke anzunehmen sein.

Man muss gar nicht zurück bis in die Antike gehen, um den historischen Konflikt zu erkennen, der vor gut 100 Jahren bereits einer der wesentlichen Gründe war, warum sich freie Ärzte zur Gemeinschaft der privatärztlichen Verrechnungsstellen zusammengefunden haben. Auch damals sah sich der einzelne Arzt als Spielball einer schier übermächtigen Marktmacht von Kassen- und Versicherungsunternehmen. So schrieb Fritz Ballhorn in seiner Dissertation „Die Ärztlichen Verrechnungsstellen für die Privatpraxis“ bereits im Mai 1931 (!) über die Notwendigkeit der Gründung einer PVS: „Einmal wollen sie dem Arzt die Arbeit und Mühe abnehmen, die für ihn mit der Einziehung seines Honorars verbunden ist, und ihn freimachen für seinen eigentlichen ärztlichen Beruf. Zweitens wollen sie der Ärzteschaft eine angemessene Bezahlung ihrer Tätigkeit sichern. Durch Bestimmung von festen Gebührensätzen einerseits, durch die korporative Aufnahme von ganzen Ärztevereinigungen andererseits sind sie bestrebt, die Unterbietung zwischen den Ärzten untereinander auszuschließen. Ihr Ziel ist es dabei auch, den Druck abzuwehren, den die sogenannten Mittelstandsversicherungen auf den Arzt ausüben. Die Privatversicherungsgesellschaften, bei denen sich der heute verarmte Mittelstand gegen Krankheit versichert

hat, versuchen oft auf Veranlassung der Versicherungsnehmer, den Arzt dazu zu veranlassen, sich unter Aufgabe eines Teiles des ihm zustehenden Honorars mit den Beträgen zu begnügen, die die versicherten Kranken von den Versicherungsgesellschaften ersetzt erhalten.“

## **Problem: schleichende Angleichung von GKV und PKV**

„Geschichte wiederholt sich nicht, aber sie reimt sich“, soll Mark Twain einmal gesagt haben. Und er mag insoweit am Ende recht behalten, als heute die Rahmenbedingungen, zumal die der Digitalisierung, vielleicht ungeahnte, durchaus positive Perspektiven eröffnen können. Die Direktabrechnung – so wie sie im Koalitionsvertrag beschrieben ist – macht jedoch nur Sinn, wenn man sie als das betrachtet, was sie ist: ein „trojanisches Pferd“ zur Systemveränderung. Zu Ende gedacht, führt sie zur schleichenden Angleichung von GKV und PKV, 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 wollen weder Versicherer noch die Ärzte in diesem Land.

Das eingangs geschilderte Problem bleibt indes ungelöst. Denn Ausgangspunkt für die oben beschriebene Problematik scheint in der unterschiedlichen Behandlung von mitversicherten Ehegatten und Kindern zu liegen. Während mitversicherte Ehegatten in der Regel einen eigenen Forderungsanspruch haben, ist dieser bei Kindern nicht gegeben. 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 dies, 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.

## **Fazit**

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 (Apps) 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. Hieran wird gearbeitet. Im privaten System selbst – ohne dass es staatlicher Weisungen bedarf..

Sie haben Fragen? Sprechen Sie mich hierzu jederzeit an!