Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 28.04.2016 abschließend beraten und beschlossen:

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

## Begründung

Mit der Petition soll erreicht werden, dass die Möglichkeit geschaffen wird, Kostenabtretungsregelungen für die private Krankenversicherung und vergleichbare Kostenträger zu vereinbaren.

Der Petent kritisiert das in der privaten Krankenversicherung (PKV) und in der Beihilfe geltende Prinzip der Kostenerstattung. Insbesondere ältere Menschen seien nicht in der Lage, Rechnungen für Behandlungen abzuwickeln (prüfen, zahlen, einreichen) sowie bei schweren Erkrankungen die Kosten für Rechnungen zunächst selbst zu begleichen.

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

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 46 Mitzeichnungen sowie 12 Diskussionsbeiträge ein.

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

Im Ergebnis begehrt der Petent eine Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherungsunternehmen bzw. Beihilfeträger. Diese ist hier, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der das Sachleistungsprinzip gilt, grundsätzlich nicht vorgesehen. Hintergrund dafür sind die Rechtsbeziehungen, die bei einer privaten Krankheitskostenversicherung und ggf. einem ergänzenden Beihilfeanspruch entstehen: Die privat krankenversicherte Person schließt als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Leistungserbringer über die medizinische

Versorgung ab. Unabhängig davon schließt sie als Versicherungsnehmer einen Versicherungsvertrag mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Erstattung der Behandlungskosten ab; der Versicherungsnehmer hat einen Zahlungsanspruch - dies ist ein wesentlicher Unterschied zur Kfz-Haftpflichtversicherung, in der der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Freistellung von Schadensersatzansprüchen des Geschädigten hat (§ 100 des Versicherungsvertragsgesetz, VVG).

Neben dem Anspruch gegen die Versicherung besteht aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften unter Umständen ein Anspruch auf Kostenerstattung gegen den zuständigen Beihilfeträger. Es entsteht also keine direkte Vertragsbeziehung zwischen Leistungserbringer und dem Versicherungsunternehmen/Beihilfeträger. Folglich kann in diesem Verhältnis nicht ohne weiteres eine Direktabrechnung erfolgen. Allerdings ist in § 192 Abs. 3 Nr. 5 VVG die Möglichkeit vorgesehen, dass Versicherungsnehmer und das Krankenversicherungsunternehmen eine Direktabrechnung mit Leistungserbringern vereinbaren. Wegen des mit einer Direktabrechnung verbundenen höheren Verwaltungsaufwandes dürften sich bei einer Direktabrechnung höhere Prämien ergeben.

In der Praxis wird regelmäßig für stationäre Behandlungen eine direkte Abrechnung vereinbart, dies auch, weil sich die Leistungserbringer vor einem Zahlungsausfall des Versicherten schützen wollen. Oftmals tritt in diesem Fall der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf Kostenerstattung aus dem Versicherungsvertrag (im Hinblick auf die allgemeinen Krankenhausleistungen und/oder auf die gewählte Unterkunft) an das Krankenhaus ab. Teilweise geben die Versicherungsunternehmen auch sog. Krankenhausausweise/Krankenhaus-Cards an ihre Versicherten aus, die neben einem vereinfachten Datentransfer auch eine Direktabrechnung vorsehen.

Zudem haben einzelne Krankenversicherungsunternehmen mit Mitgliedsunternehmen des Verbands der Zytostatika herstellenden Apotheken Direktabrechungsvereinbarungen geschlossen. Es wäre grundsätzlich möglich, auch für ambulante Leistungen eine Direktabrechnung zu vereinbaren, indes besteht kein Anspruch auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Versicherungsunternehmen.

Im Übrigen ist der Versicherungsnehmer nicht berechtigt, seine Kostenerstattungsansprüche an den Leistungserbringer abzutreten. Dies ist in § 6 Abs. 6 der Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und

Krankenhaustagegeldversicherung geregelt; die Versicherungsunternehmen schützen sich so vor Doppelleistung.

Im Basistarif, der von allen Versicherungsunternehmen angeboten werden muss und dessen Leistungsumfang nach Art und Höhe dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, können alle Leistungserbringer den Zahlungsanspruch auch gegen das Versicherungsunternehmen geltend machen.

In Bezug auf etwaige Kostenerstattungsansprüche gegen einen Beihilfeträger ist eine Direktabrechnung ausgeschlossen. Der Beihilfeanspruch ist ein an die beihilfeberechtigte Person gebundener Anspruch. Beihilfeberechtigte bestätigen mit ihrer Unterschrift auf dem Beihilfeantrag, dass die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorliegen und die auf einer ärztlichen Rechnung enthaltenen Leistungen tatsächlich erbracht worden sind. Auf diese dienstliche Erklärung kann im Rahmen der Beihilfegewährung grundsätzlich nicht verzichtet werden. Darüber hinaus würde eine Direktabrechnung zwischen Ärztinnen, Ärzten und Beihilfestellen zu einer Vervielfachung von Zahlungsströmen und des damit verbundenen Verwaltungsaufwands führen. Die entsprechenden Mehrausgaben wären einer breiten Öffentlichkeit nicht zu vermitteln.

In Anbetracht der bestehenden Möglichkeiten eine Direktabrechnung zu vereinbaren, welche in der Praxis auch zumindest für den stationären Bereich intensiv genutzt wird, kann eine Änderung der Rechtslage nicht in Aussicht gestellt werden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass das Verfahren der Kostenerstattung der Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und somit auch der Kostenkontrolle dient. Außerdem sind die in privaten Krankenversicherungsverträgen oftmals vorgesehenen Selbstbehalte mit einer regelhaften Direktabrechnung nicht kompatibel.

Der Petitionsausschuss vermag sich diesen Ausführungen nicht zu verschließen.

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