

DER BASISTARIF – EIN SOZIALTARIF MIT SCHATTENSEITEN

- ▶ Der Basistarif der privaten Krankenversicherung ist für Menschen gedacht, die sich die monatlichen Beiträge für einen anderen privaten Versicherungstarif nicht mehr leisten können oder denen die privaten Versicherer keinen anderen Tarif anbieten wollen.
- ▶ Die Leistungen des Basistarifs sind vergleichbar mit denen der gesetzlichen Krankenkassen. Der monatliche Beitrag ist unabhängig vom Einkommen und kann bis zu 807,98 Euro (2023) betragen.
- ▶ Versicherte können Probleme bekommen, eine Arzt- oder Zahnarztpraxis zu finden oder müssen einen Teil der Rechnungen für eine Behandlung selbst zahlen.
- ▶ Die Härten des Basistarifs müssen abgemildert werden, um den Versicherten einen angemessenen Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen.

... HINTERGRUND

Mit der Einführung der Versicherungspflicht 2009 musste auch im System der Privaten Krankenversicherungen (PKV) ein Tarif geschaffen werden, für den eine Aufnahmepflicht des Versicherers besteht, damit Menschen, die dem System der PKV zuzuordnen sind, ihrer Verpflichtung auch in jedem Fall nachkommen können. Hierfür wurde der sogenannte Basistarif eingeführt. Dieser löste den sogenannten Standardtarif ab, in den jetzt nur noch wechseln kann, wer bereits vor 2009 in einer privaten Krankenversicherung vollversichert war. Im Basistarif sind sowohl der monatliche Beitrag als auch die Leistungen auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt.

Im Basistarif sind sowohl der monatliche Beitrag als auch die Leistungen auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Die Versicherer dürfen, von Ausnahmen abgesehen, den Antrag eines Versicherungsberechtigten auf den Basistarif grundsätzlich nicht ablehnen (Kontrahierungszwang). Zudem sind weder Risikozuschläge noch Leistungsaus-schlüsse aufgrund von Vorerkrankungen zulässig, und der Basistarif darf den Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen (2023: 807,98 Euro).

Versicherte im Basistarif sollten sich gegenüber den Leistungserbringern vor Beginn der Behandlung als solche ausweisen, da die sogenannten Steigerungsfaktoren geringer als sonst üblich für privat Versicherte sind: Ärztinnen und Ärzte dürfen maximal das 1,2-fache der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnen, bei medizinisch-technischen Leistungen das 1,0-fache und bei Laborleistungen das 0,9-fache. Bei zahnärztlichen Behandlungen wird maximal das 2,0-fache der zahnärztlichen Gebührenordnung erstattet.

Dem geflügelten Wort folgend, dass man den „Basistarif nicht wählt, sondern in ihn muss“, gibt es verschiedene Gründe, die dazu führen können, dass Menschen in ihm landen, insbesondere:

1. Der Versicherer bietet der Person nur diesen Tarif an – dies kann beispielsweise bei Nichtversicherten oder Auslandsrückkehrern gegeben sein sowie in dem Fall, dass der Versicherer wegen falscher Gesundheitsangaben den Vertrag anfecht.
2. Wechsel wegen des Bezuges von Grundsicherung, Sozialhilfe oder Bürgergeld.
3. Bessere Leistungen als im bisherigen PKV-Tarif (beispielsweise bei bestimmten Hilfsmitteln).
4. Der derzeitige Tarif kostet mehr als der Höchstbeitrag in der GKV und der Versicherte will sparen.

In Deutschland sind die Zahlen der im Basistarif Versicherten nach Angaben des PKV-Verbandes in den letzten Jahren gestiegen und lagen 2020 bei 33.600 Personen – 20.400 (gut 60 Prozent) hiervon profitierten von einer

Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit.¹ Dies bezieht sich auf die Regelung, dass Bürgergeld-, Grundsicherungs- oder Sozialhilfe-Empfängerinnen und Empfänger beziehungsweise solche, die diese Transferleistungen durch die Beitragszahlung beantragen müssten, als bedürftig eingestuft werden und nur den halbierten Beitrag bezahlen müssen.²

Im Basistarif sind die sogenannten Steigerungsfaktoren geringer als sonst üblich für privat Versicherte.

In einem Gesundheitssystem mit Versicherungspflicht, in welchem sowohl ein gesetzlicher als auch ein privater Krankenversicherungszweig vorhanden ist, kann ein „Sozialtarif“ mit Kontrahierungszwang wie der Basistarif als eine gesundheitspolitische Notwendigkeit betrachtet werden: er bietet denjenigen Zugang zum bzw. eine Verbleibmöglichkeit im PKV-System, die sich in ihm versichern müssen bzw. in ihm versichert bleiben müssen, die aber bei einer marktwirtschaftlichen Beitragsberechnung kaum zu tragende finanzielle Belastungen hätten. Ohne den Basistarif wäre, zunächst einmal, ein nicht unwesentlicher Kreis an Personen, die dem PKV-System zuzuordnen sind, der Krankenversicherungslosigkeit oder der finanziellen Überforderung ausgeliefert. Aus Sicht der privaten Versicherer wird er in vielen, wenn nicht sogar den allermeisten Fällen nicht kostendeckend kalkuliert sein – entsprechend ungeliebt ist er von den privaten Versicherern und so offensichtlich unattraktiv ist er gestaltet, wie nun geschildert wird.

... ❖ PROBLEME DES BASISSTARIFS

VERSICHERER VERZÖGERN BEI UNVERSICHERTEN DIE AUFNAHME IN DEN BASISSTARIF

Unsere Beratungserfahrung zeigt, dass die Aufnahme von Unversicherten, die dem PKV-System zuzuordnen sind, von den Versicherern herausgezögert wird: So werden bspw. über lange Zeiträume keine Unterlagen geschickt, obwohl sich die Betroffenen immer wieder melden und nachfragen; wenn die Unterlagen dann kommen, wird unter dem Deckmantel der Risikoprüfung die Versicherung weiter verzögert. Hierbei handelt es sich oft um Personen, die aus Angst vor hohen Kosten lange unversichert

geblieben sind und nun schwer erkrankt sind – oder gar um deren helfende Angehörige beziehungsweise den Sozialdienst des Krankenhauses, in welchem sich die Betroffenen wegen einer Erkrankung bereits befinden. Augenscheinlich versuchen die Versicherer in solchen Fällen, gesetzeswidrig und genau in den Fällen, wo es besonders wichtig wäre, die absehbar hohen Kosten durch die Verzögerung zu verhindern. Der Hauptzweck des Basistarifs – die Versicherungspflicht auf jeden Fall auch umsetzen zu können und auch in schwierigen Situationen eine Absicherung zu bieten – wird so konterkariert.

SCHWIERIGE SUCHE NACH EINEM ARZT BZW. ZAHNARZT

Es kann mitunter schwierig sein, medizinische Fachkräfte zu finden, die bereit sind, im Basistarif versicherte Patientinnen und Patienten zu behandeln, empfinden sie doch die Entlohnung hierfür als zu gering. Insbesondere Zahnärzte monieren, dass der 2-fache GOZ-Satz nicht ausreichend sei – und verweigern mit Verweis hierauf die Behandlung. Zwar wurde vom Gesetzgeber festgelegt, dass die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dafür Sorge zu tragen haben, dass Versicherte in zumutbarer Entfernung und zu den Bedingungen des Basistarifs behandelt werden – Personen, die im Basistarif (oder auch Standardtarif) versichert sind, fallen also auch unter den Sicherstellungsauftrag der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen.

Es kann mitunter schwierig sein, medizinische Fachkräfte zu finden, die bereit sind, im Basistarif versicherte Patientinnen und Patienten zu behandeln.

Hieraus folgt aber nicht eine individuelle Behandlungspflicht für den einzelnen Arzt.³ Das Ergebnis mutet paradox an: die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen müssen sicherstellen, dass es Praxen gibt, die zu den Basistarif-Konditionen behandeln, ihre Mitglieder können aber individuell zunächst einmal nicht dazu verpflichtet werden – eine Weigerung, von welcher durchaus Gebrauch gemacht wird. Basistarifversicherte fühlen sich dann als Versicherte zweiter, wenn nicht sogar dritter Klasse, wenn es (günstigstenfalls) zu Diskussionen und „Prüfungen“ am Praxis-Empfangstresen kommt, oder aber (schlimmstenfalls) zur Ablehnung der Behandlung.

Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag beispielsweise dadurch nach, dass sie Praxis-Listen bereitstellen, an welche sich Basistarifversicherte wenden können.

TRAGEN VON MEHRKOSTEN

Mitunter kommt es der Beratungserfahrung der Verbraucherzentrale Hamburg nach vor, dass Basistarif-Versicherten durch die niedrigeren Steigerungssätze Mehrkosten entstehen. Erstens gibt es Fälle, bei denen sich Patientinnen und Patienten vor der Behandlung eindeutig als solche ausweisen und es somit dem Leistungserbringer klar ist oder zumindest klar sein müsste, dass die Steigerungssätze begrenzt sind, sie oder er aber dennoch

Mitunter kommt es vor, dass Basistarif- Versicherten durch die niedrigeren Steigerungssätze Mehrkosten entstehen.

höhere Steigerungssätze abrechnet und die Übernahme der Mehrkosten einfordert. Die Basistarif-Versicherten, die sich durch ihre Krankheit in einer geschwächten und schutzbedürftigen Situation befinden, scheuen dann nicht selten den Konflikt oder haben nicht die Kraft für eine Auseinandersetzung mit der Ärztin oder dem Arzt über das Honorar – der sie auch noch im Zweifel weiter behandeln soll. Sie beißen dann in den sauren Apfel und zahlen zunächst, aber vermeiden dann weitere Arztbesuche.

Zweitens lösen manche Basistarif-Versicherte die Schwierigkeiten bei der Praxissuche dadurch, dass sie sich zähneknirschend, aber aktiv dazu bereiterklären, die Behandlungskosten, die über die Kostenübernahme hinausgehen, selbst zu tragen. Das Argument, dass sie es nicht müssten, sondern die Ärztin bzw. den Arzt wechseln könnten, ist in solchen Fällen allerdings wohlfeil, kann es doch gute und nachvollziehbare Gründe geben, so zu handeln: So ist es zum Beispiel wenig sinnvoll, eine Praxis, bei welcher man schon lange wegen einer chronischen Erkrankung in Behandlung ist und welche den eigenen Fall seit langem und gut betreut, nur allein deswegen zu wechseln, weil man in den Basistarif abgerutscht ist. Auch die Entfernung vom eigenen Wohnort oder schlechte Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten, die zum Basistarif behandeln würden, können Gründe dafür sein, sich dazu zu entscheiden, die Mehrkosten von Behandlungen privat zu tragen.

Mit Blick darauf, dass Basistarifversicherte in der Regel über ein enges Budget verfügen – um das Mindeste zu sagen – sind solche Mehrkosten naheliegenderweise doppelt schmerzhaft.

TEILPROBLEM 2021 BESEITIGT

Seit Mitte 2021 dürfen Versicherte im Basistarif nicht mehr ihre rückständigen Prämienforderungen mit den Kostenerstattungsansprüchen der Versicherten aufrechnen und dürfen die Prämienrückstände auch nicht dem Leistungserbringer entgegenhalten.

¹ <https://www.pkv-zahlenportal.de>.

² Liegt dann immer noch Hilfsbedürftigkeit vor, übernimmt der nach SGB II oder SGB XII zuständige Träger diesen Teil.

³ Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 5. Mai 2008, Az: 1 BvR 807/08.

... WIE KANN DIE SITUATION VERBESSERT WERDEN?

STEIGERUNGSSÄTZE ERHÖHEN

Eine naheliegende Lösung der Probleme des Basistarifs liegt darin, ihn für Leistungserbringer attraktiver zu machen. Dies betrifft insbesondere die willkürlich niedrigen erstattungsfähigen Steigerungssätze, die auf die üblichen Steigerungssätze angepasst werden sollten. Nicht nur würde dadurch verhindert, dass sich Basistarifversicherte in Praxen als solche vorab ausweisen müssen und u.U. sogar fortgeschickt werden, auch würde so verhindert, dass ihnen Mehrkosten auferlegt werden.

ZUGANG ZUM PKV-SYSTEM STÄRKER STEUERN

Die Beratungserfahrung der Verbraucherzentrale Hamburg zeigt, dass häufig Personen in den Basistarif rutschen, deren finanzielle Möglichkeiten es eigentlich zu keinem Zeitpunkt erlaubten, dass sie sich sinnvollerweise privat krankenversichern. Hier ist insbesondere an Selbständige zu denken, für die keine Versicherungspflicht gilt – wer eine kleine podologische Praxis oder einen Kiosk betreibt oder als freischaffender Designer arbeitet, mag in manchen Fällen großen wirtschaftlichen Erfolg haben, in vielen Fällen aber kein höheres Einkommensniveau erreichen. Angestellte, die über der Jahresentgeltgrenze verdienen, und auch Beamte mit Beihilfeanspruch besitzen aufgrund ihrer Voraussetzungen eine geringere Wahrscheinlichkeit, im Alter von der Last steigender PKV-Beiträge erdrückt zu werden. Dies sieht bei Selbständigen anders aus: je nach Erfolg ihrer Selbstständigkeit mögen unter Umständen elementare Voraussetzungen langfristiger finanzieller Stabilität nicht gegeben sein – gleichwohl können sie immer in das PKV-System wechseln, kommen aber unter Umständen schwerlich oder gar nicht zurück in die GKV.

Daher sollte es, parallel zu einer Regelung in der Künstler-sozialkasse (KSK), für Selbständige erst dann möglich sein, sich privat zu versichern, wenn ihr Einkommen in drei Kalenderjahren hintereinander über der Summe der Jahresarbeitsentgeltgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung gelegen hat. Nur so kann sichergestellt werden, dass sie sich bei Existenzgründungen – eine Phase voller Unsicherheiten und eventuell auch finanziellen Herausforderungen – nicht von einer kurzfristigen Ersparnis blenden lassen und über eine solide finanzielle Stabilität verfügen, die die absehbaren Beitragssteigerungen der PKV im Alter zumindest besser verkraftbar machen.

HÖHERE ALTERSRÜCKSTELLUNGEN KALKULIEREN

Insbesondere für jüngere Selbständige erscheint häufig bei einem nominellen Vergleich der Beitragsbelastungen die PKV zunächst wirtschaftlich attraktiver als die GKV. Dies lässt aber die Tatsache außen vor, dass sich die tatsächlichen Kosten einer PKV erst im fortgeschrittenen Alter in Form von höheren Beiträgen manifestieren. Augenscheinlich reichen die kalkulierten Altersrückstellungen nicht aus, um die Steigerungen der Beiträge im Alter in einem Maße abzumildern, dass manche PKV-Versicherte hiervon nicht überfordert werden und der Wechsel in den Basistarif die am wenigsten schlechte Option von vielen noch schlechteren Optionen ist. Unkenntnis und blauäugiges Vertrauen in einen provisionsabhängigen Vertrieb ebnet Fehlentscheidungen den Weg, die Alterseinkünfte schmälern, wenn nicht sogar in die Altersarmut führen.

Die Kalkulation höherer Altersrückstellungen würde Wechselwilligen ein realistischeres Bild der Kosten einer PKV vor Augen führen und sie auch wirklich nur für diejenigen als gangbare Option herausstellen, die sie sich auch in späteren Jahren noch leisten können.

DIREKTABRECHNUNG IM BASISTARIF ZUM REGELFALL MACHEN

Durch das in der PKV übliche Kostenerstattungsprinzip werden Konflikte über Rechnungshöhen, wie sie – wie oben ausgeführt – nur allzu leicht und unverschuldet für Basistarifversicherte entstehen, stets auf deren Rücken ausgetragen. Als das schwächste Glied im Zusammenspiel von Leistungserbringern und Versicherern ist es für erstere leicht, unabgesprochen zu hohe Rechnungen zu stellen und auf Liquidation zu pochen, noch leichter ist es für zweite – sie erstattet nur den Beitrag bis zur vorgesehenen Höhe. Allerdings können bereits heute nach § 192 Abs. 7 VVG die Leistungserbringer ihre Ansprüche auf Leistungserstattung direkt beim Versicherer geltend machen – dies sollte für Basistarifversicherte zur Regel werden. So würden Leistungserbringer davon abgehalten, mehr als erstattungsfähig im Basistarif abzurechnen und Versicherte entlasten, weil sie nicht in Vorleistung treten müssen, ohne zu wissen, wann und in welcher Höhe eine Erstattung erfolgt.