

Armut per Gesetz

Der Basistarif in der Privaten Krankenversicherung (Teil I)

Am 01.04.2007 trat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt sah die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für bestimmte Personengruppen eine Versicherungspflicht qua Gesetz vor. In der GKV nicht pflichtversicherte Personen hatten die Möglichkeit, sich in der GKV oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) freiwillig oder aber nicht zu versichern. Insbesondere s. g. kleine Selbständige wählten häufig aus finanziellen Gründen die erschwinglichste Krankenversicherung, vielfach die PKV. Insbesondere junge Menschen entschieden sich gänzlich gegen eine Krankenversicherung. Diese Möglichkeit besteht seit dem 01.04.2007 nicht mehr. Das Gesetz sieht nunmehr für alle Bürger mit Wohnsitz im Inland eine Krankenversicherungspflicht vor. Für die privaten Kranken- und Pflegeversicherer bestand ein Aufnahmewang (Kontrahierungszwang) für versicherungsfreie Personen, die zunächst in den Standardtarif aufgenommen wurden und später in den Basistarif überführt wurden. So sollte sichergestellt werden, dass für alle in Deutschland lebenden Personen eine Versicherungspflicht besteht. Dies ist, gemessen an der Situation in anderen Ländern, zunächst begrüßenswert.

Die Mitglieder, die in den Basistarif eingruppiert wurden, haben allerdings grundsätzlich keine Möglichkeit, in die GKV zurück zu kehren. Auch Personen, die bislang freiwillig privat versichert waren, ist jetzt laut Gesetzgeber gem. § 6 Abs. 3a SGB V eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung verwehrt. Ihnen bleibt einzig die Möglichkeit, den Basistarif in der privaten Krankenversicherung zu wählen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn die Selbständigkeit scheitert oder das Einkommen eine normale Beitragszahlung nicht mehr trägt. Was geschieht nun, wenn der privat Pflichtversicherte hilfebedürftig wird und Sozialleistungen in Anspruch nehmen muss?

Der für den Basistarif der PKV zu zahlende Beitrag ist auf die Höhe des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Dies ergibt sich aus § 8a Abs. 5 der Allgemeinen Muster-Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (MB/BT 2009).

Wenn bei niedrigem Einkommen durch die Zahlung des Beitrages eine Hilfebedürftigkeit des Mitgliedes entsteht, ist die PKV verpflichtet, für die Dauer der Hilfebedürftigkeit den Beitrag auf die Hälfte zu reduzieren. Der Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt für das Jahr 2011 € 575,44. Im Falle von Hilfebedürftigkeit reduziert sich dieser Beitrag also auf € 287,72.

Der erstattungsfähige Betrag für einen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung versicherten Hilfebedürftigen ist auf einen aktuellen Betrag in Höhe von etwa € 130,00 beschränkt; dies regelt § 26 Abs. 2 SGB II i.V.m. § 12 Abs. 1c Satz 5 und 6 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG).

Damit besteht bei hilfebedürftigen Pflichtversicherten in der privaten Krankenversicherung allein bei der Krankenversicherung eine Deckungslücke in Höhe von € 157,72. Diesen Differenzbetrag musste der Hilfebedürftige von seinen ALG II-Bezügen in Höhe von € 369,00 (=Regelsatz) bisher als Eigenanteil allein finanzieren. Für den Lebensunterhalt bleibt dann nur noch ein Betrag von € 204,00 monatlich. Das bedeutet, dass die Hilfebedürftigen per Gesetz in die Armut getrieben werden. Die Gerichte haben sich bereits mit dieser Problematik befasst. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Eilverfahren jedoch gescheitert. Die Hilfebedürftigen wurden auf das Hauptsacheverfahren verwiesen, das sich über Jahre hinziehen kann. Zur Begründung führte das Sozialgericht Köln in seiner Entscheidung vom 07.01.2010 (Az.: S 14 AS 256/09 ER) am plastischsten aus: Wenn Leistungsträger nach dem SGB II oder SGB XII Zuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung nicht in der tatsächlichen Höhe des Basistarifes zahlen, besteht kein Bedürfnis für ein gerichtliches Eilverfahren. Während der Dauer des Verwaltungsverfahrens verliert nämlich der Antragsteller auf Grund einer eindeutigen gesetzlichen Regelung nicht seinen Krankenversicherungsschutz. Dies folgt aus § 193 Abs. 6 Satz 5 VVG. Es existiert kein akuter Handlungsbedarf für ein Eilverfahren, da der Krankenversicherungsschutz weiter besteht obwohl die Beiträge nicht vollständig oder gar nicht bezahlt werden.

Beitragsrückstände wirken sich auf den Versicherungsschutz im Basistarif nämlich nicht aus. Es handelt sich um eine „bewusste Entscheidung“ des Gesetzgebers, weshalb keine vom Gericht schließbare Regelungslücke vorliegt. Es war ausdrückliche Regelungsabsicht, eine solche Rechtslage zu schaffen. Dokumentiert ist dies im Parlamentsprotokoll einer Debatte im Bundestag im Antrag einer Fraktion unter der Bezeichnung „Krankenversicherung für Selbständige bezahlbar gestalten“.

Alle Fraktionen des Bundestages waren sich einig, dass „tatsächlich Nachbesserungsbedarf“ besteht. Es wurde gleichwohl keine Regelung für „viele s. g. kleine Selbständige [für die] der Krankenversicherungsschutz nicht finanzierbar [sei]“ getroffen. In der Debatte ist darauf hingewiesen worden, „der gesetzliche Zwang zur privaten Überschuldung [müsse] weg“. Die Bundesregierung sollte entscheiden, ob die Lücke durch Steuergelder (=Zuschüsse des SGB II-Trägers), die private Krankenversicherung – durch Senkung des Basistarifvertrages auf die Höhe des Betrages des für gesetzlich Versicherte zu zahlenden Zuschusses – oder auf einem anderen Weg gefüllt werde. Es gibt verschiedene gesetzliche Möglichkeiten, die Problematik der Beitragslücke im Bereich des Basistarifes für hilfebedürftige private Kranken- und Pflegeversicherte zu lösen. Diese Lösung ist dem Gesetzgeber vorbehalten und kann nicht durch die Sozialgerichte erfolgen. Der Gesetzgeber nimmt mit seiner bewussten Entscheidung in Kauf, dass trotz bestehender Beitragsrückstände ärztliche Behandlungen zu Lasten der PKV abgerechnet werden können. Damit wälzt der Gesetzgeber Aufgaben der Daseinsvorsorge auf die PKV ab. Das kann unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen auch dann nicht hingenommen werden, wenn man für eine allgemeine Pflichtversicherung in der GKV eintritt.

Erst am 18.01.2011 musste sich das Bundessozialgericht (=BSG) mit dieser Problematik befassen. Entgegen einer Vielzahl von Ausgangsgerichten nimmt das BSG nun eine Regelungslücke an. Den Gesetzesmaterialien ließen sich keine ausreichenden Anhaltspunkte entnehmen, der Gesetzgeber habe den Betroffenen bewusst und gewollt einen Beitrags-„eigen“-anteil zumuten wollen, den sie nicht tragen könnten. Die schriftlich niedergelegten Motive enthielten Hinweise auf einen „bezahlbaren Basistarif“. Schließlich ist das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum betroffen, weshalb die Lücke zu schließen ist. Der Empfänger von ALG II, der in der GKV freiwillig versichert ist, zahlt keinen Eigenanteil an Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung. Für die im Basistarif versicherten ALG II-Empfänger muss dies analog gelten.

Im Ergebnis dieses aktuellen Urteils muss das zuständige Job Center die volle Höhe von € 287,72 des Basistarifsatzes für den Beziehenden zahlen. Dies ist dennoch kritisch zu betrachten, denn hier ist eindeutig der Gesetzgeber gefordert. Es entsteht der Eindruck, dass die Bundesregierung keine gesetzliche Regelung treffen will und durch eine Verschleppung der Entscheidung dafür sorgt, dass ein Sozialgericht eine politische Lösung findet. Dies ist definitiv keine Aufgabe eines Sozialgerichtes. Hätte das BSG keine Analogie angenommen, hätte das Bundesverfassungsgericht die bestehende Regelung als verfassungswidrig und existenzgefährdend einordnen müssen. Dann wäre von Amts wegen der Bundesregierung ein Handlungszwang auferlegt worden.

Während die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen am 27.01.2010 mit einer Gesetzesinitiative einmalig auf diese Problematik reagierte, lässt die Fraktion DIE LINKE in dieser Frage nicht locker und legt mit entsprechenden Anfragen immer wieder den Finger auf die Wunde. Bisher leider ohne Erfolg. Der Bundesregierung fehlt es an Verantwortungsgefühl für Rechtssicherheit zu sorgen. Private Krankenversicherte im Basistarif werden mit ihren finanziellen Sorgen allein gelassen.

Rechtsanwältin Anke Plener, Berlin Mitte
Rechtsanwalt Gerd Klier, Neuruppin
Rechtsanwalt Volker Loeschner, Berlin Mitte
www.zahn-medizinrecht.de; post@zahn-medizinrecht.de
veröffentlicht am 23.02.2011 in „Gesund leben“

Patienten 3. Klasse

Der Basistarif in der Privaten Krankenversicherung (Teil II)

Privatpatienten gelten gegenüber gesetzlich Versicherten als Patienten erster Klasse. Dies ist ein Mythos, der auf den Prüfstand gestellt werden muss. Immer häufiger fallen private Patienten gegenwärtig durch das Netz der medizinischen Versorgung. Es gibt also Patienten, die der Arzt ablehnt, weil sie Privatpatienten sind! Für Privatpatienten im Basistarif ist die medizinische Versorgung nicht gewährleistet.

Zwar haben diese Versicherten einen Anspruch auf Erstattung von Arzt- und Krankenhausleistungen gegenüber ihrer privaten Krankenkasse, aber der Privatarzt kann die Behandlung immer ablehnen, solange kein Notfall vorliegt. Er ist nämlich nach gesetzlichen Vorschriften nicht zur Behandlung verpflichtet. Beispielsweise stellt eine Zahnbehandlung nie einen Notfall dar, so dass alle Zahnärzte alle Privatpatienten im Basistarif ablehnen können. Die Zulassung eines Arztes als Vertragsarzt (Kassenarzt) bewirkt, dass er nur zur vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet ist (§ 95 Abs. 3 SGB V). Dies gilt ebenfalls nur für gesetzlich Versicherte. Hier darf eine Behandlung nur aus gesetzlich definierten Gründen abgelehnt werden (§ 13 Abs. 6 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)). Da es sich bei den im Basistarif Versicherten und Hilfebedürftigen um einen Personenkreis handelt, der in der privaten Krankenversicherung versichert ist, besteht eine solche Behandlungspflicht durch Vertragsärzte nach §§ 27 ff. SGB V, § 13 Abs. 7 BMV-Ä nicht.

Der Arzt rechnet für die privat versicherten Patienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Für Privatpatienten im Basistarif gelten allerdings wesentlich niedrigere Rahmengebühren als für andere Privatversicherte und vor allem fast um die Hälfte geringere Rahmengebühren als für gesetzlich Versicherte, für die jedoch ein gänzlich anderer Abrechnungsmaßstab gilt. Nach eigener Einschätzung von Ärzten erhalten sie für die gleiche Leistung bei einer Behandlung von Personen, die im Basistarif versichert sind, etwa 40% weniger als bei der Abrechnung eines gesetzlich versicherten Patienten. Die Behandlung eines im Basistarif Versicherten ist für den Arzt also unwirtschaftlich.

Diese Situation ist gesetzlich und durch Vereinbarungen so geregelt. Zum 01.04.2010 wurden diese Gebühren in einer Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Versicherung e.V. nochmals erheblich abgesenkt. Während für einen (normal) privat Versicherten ohne weitere Begründung der 2,3-fache Gebührensatz abgerechnet werden kann (§ 4 Abs. 2 Satz 4 GOÄ), gilt für privat Versicherte im Basistarif der maximale Satz des 1,2-fachen Gebührensatzes. In der Praxis lehnen demnach immer häufiger Privatärzte Privatpatienten ab, die im Basistarif versichert sind.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Privatpatienten im Basistarif durch die Vertragsärzte wurde gesetzlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) sowie den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zugewiesen. Nach § 75 Absatz 3a SGB V hat die KV die Pflicht sicherzustellen, dass eine entsprechende Anzahl von Ärzten für die Behandlung von Privatpatienten im Basistarif zur Verfügung stehen (§ 12 Absatz 1a des VAG). Der einzelne Vertragsarzt wird aber durch § 75 Absatz 3a SGB V nicht unmittelbar zur Behandlung verpflichtet.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits am 05.03.2008 die Verfassungsbeschwerde eines Vertragsarztes mit der Begründung nicht zur Entscheidung angenommen (1 BvR 807/08), der Beschwerdeführer – hier also der Vertragsarzt – sei nicht unmittelbar durch § 75 Absatz 3a SGB V betroffen. Als Adressaten der Norm seien nicht die Vertragsärzte sondern nur die KVs und die KVB anzusehen.

Wenn die KVs zur Vorhaltung von speziellen Vertragsärzten, die diese Versorgung abdecken müssen, verpflichtet sind, dies aber ihrerseits nicht umsetzen, wie soll dann diese Vorhaltung

von Ärzten bzw. die Behandlung von Privatpatienten im Basistarif erfolgen? Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis dato lediglich Bestimmungen und Vereinbarungen, die die gesetzlich Versicherten betreffen. Eine vertragliche Regelung der KVs für Privatpatienten im Basistarif existiert nicht. Somit haben die Vertragsärzte auch keine Verpflichtung, Privatpatienten im Basistarif zu behandeln.

Während der Privatarzt zwar einen schlechten, aber direkten Vergütungsanspruch gegenüber diesen Privatpatienten hätte, aber nicht will, soll der Vertragsarzt hingegen mittelbar über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Privatpatienten im Basistarif einen niedrigen Abrechnungsfaktor hinnehmen. Durch diese Hintertür soll der Anschein erweckt werden, ein Privatpatient im Basistarif „sei wie ein gesetzlich Versicherter“ zu behandeln. Tatsächlich zahlen also die gesetzlich Versicherten dann die Leistung für den Privatpatienten vorerst mit.

Neben der offensichtlichen Ungerechtigkeit dieses systemwidrigen Tricks wird aber dadurch rechtlich der Vertragsarzt lediglich in die Lage versetzt, überhaupt für Privatpatienten im Basistarif etwas abrechnen zu können. Die systemwidrige Lücke, dass es Patienten geben kann, die von Ärzten nicht behandelt werden, wird nicht gefüllt. Der Vertragsarzt wird im Verhältnis zum Privatpatienten im Basistarif als „Privatarzt“ tätig. Ihm steht also ebenfalls das Recht zu, den Privatpatienten abzulehnen. Der Privatarzt will den Patienten nicht, da er hierfür nicht angemessen vergütet wird. Der Vertragsarzt seinerseits sieht seine Ressourcen schwinden und Abrechnungsprobleme auf sich zukommen. Theoretisch kann es also passieren, dass der Patient an jeder Tür klingelt und diese verschlossen bleiben. Tatsächlich ist dies wachsende Realität. Hierüber berichtete bereits in der ARD in Sendung „Kontraste“ am 28.10.2010

(<http://www.ardmediathek.de/ard/servlet/content/3517136?documentId=5710344>).

Die gegenwärtige gesetzliche Regelung führt eben nicht zur Sicherstellung einer Behandlung sondern daran vorbei. Hier gilt es höhere Multiplikatoren der Abrechnungsfaktoren zu ermöglichen, ein System der Grundsicherung (Bürgerversicherung) einzuführen, dass nur private Kranken(-zusatz-)versicherungen erlaubt, oder tatsächlich Vertragsärzten per Gesetz eine Behandlungspflicht von Privatpatienten im Basistarif aufzuerlegen und somit den Sicherstellungsauftrag in § 75 Absatz 3a SGB V zu erweitern, damit niemand durch das medizinische Versorgungsnetz fällt. Der Bundesregierung ist vorzuwerfen, wenn Patienten Krankheiten nicht behandeln lassen, diese sich durch Nichtbehandlung verschlimmern und die Behandlungskosten sich dann extrem erhöhen. Wenn es schon Patienten zweiter Klasse nicht geben soll, dann erst recht nicht Patienten dritter Klasse!

Rechtsanwältin Anke Plener, Berlin Mitte
Rechtsanwalt Gerd Klier, Neuruppin
Rechtsanwalt Volker Loeschner, Berlin Mitte
www.zahn-medizinrecht.de; post@zahn-medizinrecht.de
veröffentlicht am 02.03.2011 in „Gesund leben“