

**Stellungnahmen der Anzuhörenden  
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss  
Sitzung am 17.09.2020:**

**Gesetzentwurf**

**Fraktion DIE LINKE**

**Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen  
sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von  
Menschen ohne Krankenversicherungsschutz  
– Drucks. [20/2969](#) –**

|     |                                                                                                     |       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 12. | Hessen-Caritas                                                                                      | S. 37 |
| 13. | AOK Hessen                                                                                          | S. 41 |
| 14. | Verband der privaten Krankenversicherungen e. V.                                                    | S. 44 |
| 15. | Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz<br>c/o Armut und Gesundheit in Deutschland e. V. | S. 77 |
| 16. | Diakonie Hessen                                                                                     | S. 80 |
| 17. | Hessischer Landkreistag                                                                             | S. 85 |
| 18. | Studentische Poliklinik Frankfurt am Main (StuPoli)                                                 | S. 87 |
| 19. | Psychotherapeutenkammer Hessen                                                                      | S. 89 |
| 20. | Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e. V.,<br>Landesgruppe Hessen                         | S. 92 |



Hessen Caritas

---

 Caritas-Landesarbeitsgemeinschaft  
**Soziale Sicherung**


---

CLAG Soziale Sicherung, c/o Caritasverband für die Diözese Fulda e.V.,  
 Wilhelmstraße 2, 36037 Fulda

Hessischer Landtag  
 Sozial- und Integrationspolitischer  
 Ausschuss  
 Herr Moritz Promny, MdL  
 Schloßplatz 1-3  
 65183 Wiesbaden  
 Deutschland

**Geschäftsführung**

Daniela Manke

Caritasverband für die Diözese Fulda e.V..

Wilhelmstraße 2, 36037 Fulda

Telefon 0661/2428-170, -111

Telefax 0661/2428-112

Daniela.Manke@caritas-fulda.de

## Stellungnahme der Hessen Caritas

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie  
 eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz –  
 Drucks. 20/2969 –**

Sehr geehrter Herr Promny,  
 sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem oben aufgeführten  
 Gesetzentwurf.

Die Hessen Caritas und ihre Mitgliedverbände begrüßen den vorliegenden Gesetzentwurf ausdrück-  
 lich.

Menschen ohne Krankenversicherung, die sich in prekären Lebenslagen befinden, weisen deutlich er-  
 höhte Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf. Diese soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen  
 und Krankheitsrisiken korreliert mit der sozialen Herkunft und einem Migrationshintergrund. Ambu-  
 lante Angebote, wie die Straßenambulanzen der Caritas, ermöglichen auch denjenigen, die nicht zum  
 Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung Zugang finden ein Minimum an pflegerischer Versor-

gung und geben ihnen damit auch ein Stück Lebensqualität zurück. Dabei sind rund 75% der Patient\*innen, die von den Straßenambulanzen versorgt werden nicht krankenversichert oder mit ungeklärtem Versicherungsstatus.

Diese mehrheitlich wohnungslosen Menschen, sind zum Beispiel in Armut geratene Menschen, wie ehemals Selbstständige, EU-Ausländer\*innen und Menschen ohne Papiere mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus.

Die staatliche Verpflichtung, den Zugang zur medizinischen Krankenversorgung auch für diese Menschen in prekären Lebenslagen zu gewährleisten lässt sich, wie im Problemaufriss A, Abschnitt 1, beschrieben aus der aufgeführten Rechtsgrundlage ableiten.

Das damit verbundene humanitäre Ansinnen wird ausdrücklich von der Caritas unterstützt und seit einigen Jahren von Wohlfahrtsverbänden immer wieder eingefordert.

Die Corona-Pandemie hat dieses Problem der Unter- bzw. Nichtversorgung gesellschaftlicher Gruppen noch einmal in besonderer Weise akzentuiert. Hierzu ein Auszug aus dem offenen Brief des Vereins Ärzte der Welt an den Krisenstab zur Covid-19 Epidemie vom 23.03.2020 :

*So soll zur Verhinderung der Ausbreitung von Covid-19 der Zugang zum Gesundheitssystem oberste Priorität haben. Hier rücken insbesondere niedrigschwellige Anlaufstellen der medizinischen Versorgung in das Blickfeld, wie z.B. die Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz von karitativen Einrichtungen (...).*

*Bei einem COVID-19-Verdacht sollte die Testung für Betroffene kostenlos sein und nicht abhängig sein vom Versicherungsschutz. Hierbei ist v.a. auch die Anonymität zu gewährleisten, da ansonsten die Testung nicht in Anspruch genommen wird. Hierzu notwendig ist eine Aussetzung der Übermittlungspflicht nach §87 Aufenthaltsgesetz.*

Beispielhaft ist hier auch der Vorstoß des Berliner Senats zu sehen, der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz seit April diesen Jahres Zugang zur gesundheitlichen Versorgung bei allen niedergelassenen Hausärzt\*innen in Berlin ermöglicht. Hierzu wurde eine Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin eingegangen. (vgl. PM SENGPG 17.04.2020)

Im Folgenden möchten wir den **Gesetzentwurf** aus unserer Sicht kommentieren:

Der **Gesetzentwurf** baut auf zwei Säulen auf, einem **Clearing** der ggf. bestehenden Ansprüche auf Leistungen der Menschen und einem **Fond** für Behandlungen, auf den in Notfällen bzw. bei weiterhin ungeklärtem Status zurückgegriffen werden kann.

Ein **Clearing** der Ansprüche wird in den Einrichtungen und Diensten der Wohlfahrtspflege in Hessen bereits seit Jahren neben dem Normalgeschäft durchgeführt. Hier wird insbesondere durch die Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamt ein professionelles Angebot vorgehalten. Die Clearingprozes-

se sind zeitaufwendig, personalintensiv und erfordern neben dem hohen bürokratischen Aufwand (Klärung der Ansprüche in anderen Ländern) auch eine hohe Sprachkompetenz der Berater\*innen.

Die Einrichtung von Clearingstellen in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt ist ausdrücklich zu begrüßen. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf der Verbesserung des Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung der Menschen liegen. Insofern ist die Bewilligung von Behandlungskosten eine wichtige Aufgabe.

Hierbei an die bestehenden Clearingstellen in den Wohlfahrtsverbänden anzudocken ist ein sinnvoller Schritt, da damit auf die langjährige Erfahrung der karitativen Beratungsstellen in diesem Feld zurückgegriffen wird, zum einen, was die Klärung von Ansprüchen angeht, zum anderen, was die Kooperation mit unterschiedlichen Akteur\*innen betrifft. Als Beispiel sei hier die Arbeit der „Multinationale Informations- und Anlaufstelle für EU-Bürger\*innen“ (MIA) der Caritas Frankfurt erwähnt, deren Ziel die professionelle und koordinierte Hinführung von neu hinzugewanderten EU-Bürger\*innen in die bestehenden Hilfesysteme ist und die hierfür mit Kooperationspartner\*innen wie dem Diakonischen Werk und der Stadt Frankfurt zusammen arbeitet.

Die Anforderungen und Aufgaben der Clearingstellen sollten noch weiter ausdifferenziert und konkretisiert werden. Wir plädieren hier auch für eine Analyse der Zielgruppen im Vorfeld, um den vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden und die Beratungskompetenz entsprechend aufzustellen (z.B. Kenntnisse im Aufenthaltsrecht).

Des Weiteren regen wir an, das Setting, in dem ein Clearing stattfindet zu berücksichtigen und die Spezifika der ambulanten, aufsuchenden Arbeit und der Clearings in stationären Settings, wie der Krankenhäuser zu berücksichtigen. In den Ergebnissen des 1. Runden Tisches zur „Stationären Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, 16.02.2018 im Gesundheitsamt Frankfurt, gibt es hierzu wichtige Hinweise.

Die Einrichtung einer Landesclearingstelle bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege ist zu begrüßen. In den Beirat der Landesclearingstelle sollten auch Vertreter\*innen der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Sozialämter und anderer Institutionen, mitarbeiten, um eine Vernetzung sowie Austausch von Kompetenzen von Beginn an zu gewährleisten.

Der Beirat sollte auch Kriterien festlegen für die Vergabe von Geldern aus dem Behandlungsfond.

Der Lösungsansatz **Behandlungsfond** zur Vorfinanzierung von Gesundheitsleistungen aus dem Budget des Landes Hessen ist aus unserer Sicht ein sehr wichtiger Ansatz. Hierbei sollte die Höhe der zur Verfügung gestellten Mittel in Korrelation zum anvisierten Versorgungsauftrag stehen. Dieser wird im Gesetzentwurf mit „alle medizinisch notwendigen Leistungen von Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz (...) gemäß dem Leistungskatalog §§ 2-2b SGB V“ umrissen wird.

Die aktuell angesetzte Fondssumme von 5 Millionen EUR erscheint uns hier als zu gering angesetzt. Deshalb sehen wir es als unbedingt erforderlich, dass der Fond auf eine breitere Finanzierungsbasis

gestellt wird: hier sollten die Krankenversicherungen ebenso mit einbezogen werden wie Stiftungen, Zuschüsse von Kliniken, etc.).

Mit freundlichen Grüßen  
Daniela Manke

---

CLAG Soziale Sicherung  
Geschäftsführung

---



**Stellungnahme der AOK Hessen zum Entwurf eines  
„Hessischen Gesetzes zur Schaffung von Clearingstellen sowie  
eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne  
Krankenversicherungsschutz“  
der Landtagsfraktion DIE LINKE**

(Drucksache 20/2969 des Hessischen Landtages vom 10.06.2020)

**Grundsätzliches:**

Aus Sicht der AOK Hessen ist die Intention des Gesetzentwurfs nachvollziehbar und verständlich. Das Ziel, für alle Menschen in Deutschland und in Hessen eine Absicherung im Krankheitsfall zu gewährleisten, wird unterstützt. Die gesetzlichen Krankenkassen bieten im aktuellen Rechtsrahmen bereits für einen sehr großen Personenkreis eine entsprechende Absicherung durch eine Pflicht- oder freiwillige Krankenversicherung im Rahmen der Vorschriften des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V).

Die vorgesehene Einführung von Clearingstellen ist ein Vorschlag, das Problem „nichtversicherte Personen“ anzugehen. Die Regelungen des Gesetzentwurfes werfen allerdings in einzelnen Punkten Fragen auf beziehungsweise bedürfen aus Sicht der AOK Hessen einer näheren Präzisierung und Klarstellung. Hierzu fassen wir im Folgenden die wesentlichen Punkte zusammen.

### **Einrichtung einer Landesclearingstelle (§ 2):**

Es bleibt in dem Gesetzentwurf zunächst offen, wie eine Festlegung zur Trägerschaft einer Landesclearingstelle erfolgen soll. Es ist nicht näher bestimmt, wer eine Beauftragung eines Trägers der Wohlfahrtspflege vornimmt und ob die Beauftragung ggf. befristet ist oder widerrufen werden kann. Naheliegend wäre zweifelsohne die Beauftragung durch eine Behörde / ein Ministerium des Landes. Eine entsprechende Festlegung bzw. Präzisierung sollten erfolgen.

### **Einrichtung von Clearingstellen (§ 3):**

Die Clearingstellen sollen für alle Landkreise und kreisfreien Städten bei freien Trägern der Wohlfahrtspflege angesiedelt werden. Hierdurch würde in der Praxis vermutlich eine Pluralität von Trägern etabliert, die ggf. eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung erschweren könnte. Es sollte daher geprüft werden, ob die Clearingstellen nicht bei einem Sozialleistungsträger angesiedelt werden können, zu dem Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall oder mit Klärungsbedarf hierbei regelhaft – oder zumindest regelmäßig zu erwartend – Kontakt haben. Denkbar wären hier die Träger der Grundsicherungsleistungen, die ansonsten auch bei nicht vorhandenem Krankenversicherungsschutz ggf. Leistungen der Krankenhilfe erbringen müssten.

Wie bereits zu § 2 angemerkt, bleibt auch bei den Clearingstellen offen, wer die Beauftragung eines freien Trägers der Wohlfahrtspflege vornimmt und in welchem Verfahren diese Beauftragung erfolgt. Denkbar wäre hier der Landkreis / die kreisfreie Stadt ebenso wie eine Behörde / ein Ministerium des Landes. Auch hierzu sollten eine entsprechende Festlegung bzw. Präzisierung erfolgen.

### **Einrichtung eines Behandlungsfonds (§ 4):**

Es ist vorgesehen, dass die Krankenversicherungen ergänzend freiwillige Beiträge an den einzurichtenden Behandlungsfonds leisten können. Aktuell sieht der Rechtsrahmen des SGB V allerdings keine Möglichkeit vor, dass gesetzliche Krankenkassen freiwillig Haushaltsmittel für solche Zwecke zur Verfügung stellen. Damit diese Regelung zum Tragen kommen könnte, müssten zunächst entsprechende Möglichkeiten für die GKV in Bundesgesetzen geschaffen werden. Allerdings handelt es sich hierbei vorrangig um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus ordnungspolitischer Sicht über Steuergelder finanziert werden sollte.

### **Beirat der Landesclearingstelle (§ 7)**

Es ist vorgesehen, dass dem Beirat zwei Vertreter/-innen aus dem Bereich Krankenversicherung angehören, wobei gesetzlich wie privat krankenversicherte Menschen repräsentiert werden sollen. Dies würde faktisch bedeuten, dass ein/e Vertreter/ -in aus dem Bereich der GKV und ein/e Vertreter/-in aus dem Bereich der PKV berufen werden müssten. Damit wäre allerdings keine anteilsgerechte Repräsentanz von GKV und PKV gegeben und die GKV wäre – obwohl sie rund 90 Prozent der Menschen versichert – letztlich auf eine vertretende Person reduziert. Somit könnte auch nicht die Pluralität der Krankenkassen(verbände) in Hessen abgebildet werden. Aus diesen Erwägungen sollte daher eine zahlenmäßig größere Beteiligung der GKV in dem Beirat vorgesehen werden.





Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE

### **Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz**

- Drucksache 20/2969 -

**2. September 2020**

- Ein Krankenversicherungsschutz gehört zum Existenzminimum. Seit 2009 gilt in Deutschland eine Pflicht zur Krankenversicherung und damit auch das Recht auf Zugang zu einer Absicherung im Krankheitsfall in der Gesetzlichen (GKV) oder der Privaten Krankenversicherung (PKV).
- Die Fraktion DIE LINKE identifiziert verschiedene Problemgruppen, die nicht krankenversichert sind oder in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Für diese gibt es allerdings bereits Lösungen. Die Absicherung von hilfebedürftigen Menschen, die der PKV zugeordnet sind, erfolgt im Basistarif, dessen Leistungsspektrum dem der GKV gleicht. Für Versicherte mit Beitragsproblemen gibt es weiterhin die Möglichkeit des Tarifwechsels – auch in einen der Sozialtarife in der PKV. Und mit dem Notlagentarif schuf der Gesetzgeber eine Lösung für den Ausnahmefall, dass der Versicherte mit seinen Beiträgen in Rückstand gerät. Der gesetzlich geregelte Anspruch auf Akuteleistungen bleibt unverändert erhalten.
- Clearingstellen können für Ratsuchende eine erste Anlaufstelle sein, um unbürokratisch Hilfe zu erhalten. Dafür müssen jedoch keine neuen Verwaltungsstrukturen geschaffen werden. Die angestrebte Informations-, Beratungs- und Vermittlungsaufgabe sollte bei bereits bestehenden niedrighwelligen Angeboten angesiedelt und mit aufsuchender Sozialarbeit verbunden werden.
- Die Etablierung eines Behandlungsfonds vernachlässigt das eigentliche Ziel, nämlich nichtversicherte Personen ins reguläre Krankenversicherungssystem zu integrieren.

## 1. Allgemeine Anmerkungen

Die Fraktion DIE LINKE begehrt mit ihrem Gesetzentwurf „Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz“ die Einrichtung einer Landesclearingstelle mit untergeordneten kommunalen Clearingstellen, um Menschen ohne Krankenversicherungsschutz wieder in das Regelsystem zu integrieren, Ärzte zu vermitteln und Akteure vor Ort zu vernetzen. Die zusätzliche Einrichtung eines Behandlungsfonds soll der Finanzierung von medizinischen Leistungen für Menschen ohne oder mit nicht ausreichendem Krankenversicherungsschutz dienen. Die Antragsteller identifizieren dabei verschiedene Problemgruppen, die nicht versichert sind oder die krankenversichert in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Für diese gibt es allerdings bereits Lösungen:

- Für nichtversicherte Menschen gibt es grundsätzlich eine Pflicht zur Versicherung und damit auch ein Recht auf Absicherung im Krankheitsfall unabhängig von ihrer sozioökonomischen Lage. Alle Einwohner, die nicht krankenversichert sind und über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen (wie bspw. über die Sozialhilfe oder die freie Heilfürsorge), sind seit dem 1. Januar 2009 verpflichtet, sich entweder gesetzlich oder privat zu versichern. Trotz der Pflicht zur Versicherung gibt es Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Bei welchem der beiden Versicherungssysteme sie sich versichern müssen, hängt davon ab, ob sie zuletzt gesetzlich oder privat versichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), § 193 Abs. 3 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)).

Diese Regelung gilt auch für **Menschen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union** oder einem Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraums, die keine Krankenversicherung mitbringen. Bestand bislang noch keine gesetzliche oder private Krankenversicherung, so besteht grundsätzlich Versicherungspflicht in der GKV (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 lit. b) SGB V). Eine Pflicht zur Versicherung in der PKV besteht nur, falls der Nichtversicherte zu einem der in § 5 Abs. 5 und § 6 Abs. 1 und 2 SGB V genannten Personenkreise gehört. Dies sind in erster Linie hauptberuflich Selbständige, Angestellte mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2020: 62.550 Euro pro Jahr) und Beamte.

- Auch für **hilfebedürftige Menschen**, wie z. B. Obdachlose, gilt, dass sie im Krankheitsfall abgesichert sind. Für erwerbsfähige Obdachlose, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, muss geklärt werden, ob die Personen der GKV oder der PKV zuzuordnen sind. Nicht erwerbsfähige Obdachlose haben in der Regel entweder Anspruch auf Krankenhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder sind im Rahmen der nachrangigen Versicherungspflicht für Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall in der GKV abgesichert oder unterliegen der Versicherungspflicht in der PKV. Für diese Gruppe gibt es keine meldepflichtigen Stellen, sie müssen die fehlende Absicherung im Krankheitsfall selbst bei ihrer Krankenkasse oder Versicherung anzeigen.

Die Absicherung von hilfebedürftigen Leistungsbeziehern, die der PKV zugeordnet sind, erfolgt in der Regel im Basistarif, dessen Leistungsspektrum auf GKV-Niveau liegt (§ 152 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)). In ihrem Fall wird der Beitrag im Basistarif auf die Hälfte des Höchstbeitrags halbiert (2020: 367,97 Euro) und durch den zuständigen Träger nach SGB II oder SGB XII übernommen. Somit wird Hilfebedürftigen ein Versicherungsschutz in der PKV ohne eigene Beitragslast ermöglicht.

- **Selbstständige Privatversicherte, die in finanzielle Schwierigkeiten geraten,** können ihren Krankenversicherungsschutz nicht verlieren. Für sie gibt es mehrere Optionen innerhalb der PKV: (1) Der Versicherte kann mit seinem Versicherer individuelle Zahlungsvereinbarungen treffen. (2) Ist die Beitragsüberforderung über einen längeren Zeitraum absehbar, kann ein Tarifwechsel, ein höherer Selbstbehalt oder der Verzicht auf Leistungen weiterhelfen. (3) Für in Not geratene, langjährig Versicherte, bietet sich häufig der Standardtarif an. Er ist neben dem Basistarif ein Sozialtarif der PKV. Der Versicherte bringt dann die entsprechenden Alterungsrückstellungen mit und erzielt damit in der Regel deutliche Beitragssenkungen. Der Beitrag zum Standardtarif ist limitiert auf den jeweils gültigen Höchstbeitrag in der GKV, in der Regel liegt der Beitrag deutlich darunter. Das Leistungsspektrum des Standardtarifs ist mit dem der GKV vergleichbar.<sup>1</sup> (4) Wird der Selbstständige sozial hilfebedürftig und verfügt über keine finanziellen Mittel zur Beitragszahlung, dürfte der Basistarif erste Wahl sein, da hier der Beitrag reduziert werden kann, um das Entstehen von Hilfebedürftigkeit zu vermeiden oder aber durch die Versichertengemeinschaft und den Grundsicherungsträger vollständig übernommen wird, wenn die Hilfebedürftigkeit unabhängig von der Beitragszahlung besteht. Der Basistarif garantiert damit jedem hilfebedürftigen Menschen einen Krankenversicherungsschutz auf GKV-Niveau.<sup>2</sup> (5) Selbst wenn der Versicherte seine Versicherungsbeiträge aus persönlichen Gründen nicht begleichen kann, verliert er nicht seine Krankenversicherung. Sein Versicherer stuft ihn dann in den Notlagentarif um, die medizinische Akutversorgung ist weiterhin sichergestellt. Als Versicherungsfälle des Notlagentarifs gelten darüber hinaus Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, notwendige Heilbehandlungen und Vorsorgeleistungen bei Kindern oder auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).<sup>3</sup> Sobald alle ausstehenden Zahlungen beglichen sind, wird der Versicherte wieder im ursprünglichen Tarif versichert.

Vgl. hierzu die **Anlage** „Alternativen in jeder Lebenslage – Optionen für PKV-Versicherte“.

- Der gesetzliche Rahmen für **Menschen ohne Papiere** ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Als „vollziehbar Ausreisepflichtige“ haben Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf eingeschränkte medizinische Versorgung (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. §§ 4, 6 AsylbLG). Dies beinhaltet den Anspruch auf die

<sup>1</sup> Vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-st-2009/>.

<sup>2</sup> Vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-bt-2009/>.

<sup>3</sup> Vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013/>.

medizinisch notwendige ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der erforderlichen Arznei- und Verbandmittel zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Die Finanzierung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie wird bis zur Anerkennung der Person als Asylberechtigter oder Flüchtling und dem Erhalt eines entsprechenden Aufenthaltstitels aus Steuermitteln finanziert. Während des Bezugs von Leistungen nach dem AsylbLG entsteht keine Versicherungspflicht in der GKV oder PKV.

## **2. Bewertung des Gesetzentwurfs**

Die Gesetzeslage in Deutschland gewährleistet jedem Menschen das Recht auf medizinische Versorgung. Dennoch gibt es Menschen, die das medizinische Regelsystem nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen, obwohl sie krankenversichert sind oder einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz haben. Eine Rückkehr in den Versicherungsschutz ist jederzeit möglich, allerdings besteht bei den Betroffenen häufig Unkenntnis oder es stellt für sie eine zu große Herausforderung dar, die notwendigen bürokratischen Schritte zu gehen. Clearingstellen können für die Ratsuchenden dann zweifelsohne eine erste Anlaufstelle sein, die alle Möglichkeiten eines Leistungsanspruchs prüft und Begleitung für notwendige Folgeschritte anbietet. Dazu müssen indes nicht neue Verwaltungsstrukturen geschaffen werden: Vielmehr kann die angestrebte Informations-, Beratungs- und Vermittlungsaufgabe bei bereits bestehenden niedrighschwelligen Angeboten von Land und Kommunen angesiedelt und mit aufsuchender Sozialarbeit verbunden werden.

Die Einrichtung eines Behandlungsfonds, mit dem medizinisch notwendige Leistungen, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel finanziert werden sollen, unterstützt der PKV-Verband nicht. Ziel ist in erster Linie die Absicherung der nichtversicherten Personen im regulären Krankenversicherungssystem.

## PKV-Info



# Alternativen in jeder Lebenslage – Optionen für PKV-Versicherte



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

# Inhalt

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Einführung – Die Pflicht zur Versicherung in Deutschland .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2 Optionen der Beitragsentlastung in typischen PKV-Tarifen .....</b>  | <b>5</b>  |
| 2.1 Möglichkeiten innerhalb der bereits abgeschlossenen Tarife.....      | 6         |
| 2.2 Der Tarifwechsel.....                                                | 7         |
| 2.3 Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit.....           | 7         |
| <b>3 Der Standardtarif.....</b>                                          | <b>10</b> |
| 3.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern? .....                     | 10        |
| 3.2 Welcher Beitrag ist im Standardtarif zu zahlen?.....                 | 11        |
| 3.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert? .....            | 12        |
| 3.4 Als Standardtarif-Versicherter beim Arzt.....                        | 13        |
| <b>4 Der Basistarif .....</b>                                            | <b>14</b> |
| 4.1 Wer kann sich im Basistarif versichern? .....                        | 14        |
| 4.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen?.....                    | 15        |
| 4.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert? .....               | 16        |
| 4.4 Als Basistarif-Versicherter beim Arzt.....                           | 18        |
| 4.5 Gesundheitsprüfung und Wechsel vom Basistarif in andere Tarife ..... | 19        |
| <b>5. Der Notlagentarif.....</b>                                         | <b>20</b> |
| 5.1 Wer wird im Notlagentarif versichert?.....                           | 20        |
| 5.2 Welcher Beitrag ist im Notlagentarif zu zahlen?.....                 | 21        |
| 5.3 Welche Leistungen sind im Notlagentarif versichert? .....            | 22        |
| 5.4 Als Versicherter im Notlagentarif beim Arzt.....                     | 24        |
| <b>6. Fallbeispiele.....</b>                                             | <b>25</b> |
| <b>Glossar .....</b>                                                     | <b>27</b> |

# 1 Einführung – Die Pflicht zur Versicherung in Deutschland

Ein Krankenversicherungsschutz gehört zum Existenzminimum. Seit 2009 gilt deshalb in Deutschland eine Pflicht zur Krankenversicherung und damit auch das Recht auf Aufnahme in eine Krankenversicherung – in die Gesetzliche (GKV) oder die Private Krankenversicherung (PKV). Hiervon gibt es nur wenige Ausnahmen. So erhalten beispielsweise Soldaten freie Heilfürsorge und müssen deshalb keine Krankenversicherung vorweisen.

Für die meisten Menschen besteht Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie müssen sich bei einer der gesetzlichen Krankenkassen versichern. Auf wen das zutrifft, ist im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) geregelt. In erster Linie sind das Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb der **Versicherungspflichtgrenze** (2020: 62.550 Euro/Jahr) und die Bezieher einer gesetzlichen Rente. Wer nicht zu den versicherungspflichtigen Personenkreisen zählt, gilt als versicherungsfrei, kann oder muss sich privat krankenversichern und hat auch ein Recht auf → Aufnahme in die PKV.

§ 5 SGB V

Trotz der Pflicht zur Versicherung gibt es Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Dies kann zum Beispiel bei der Rückkehr nach einem längeren Auslandsaufenthalt oder bei erstmaliger Verlegung des Wohnsitzes nach Deutschland der Fall sein. Dann gilt: **Die Versicherung muss in dem System erfolgen, in dem zuletzt eine Krankenversicherung bestand.**

Wer zuletzt in **Deutschland oder einem Mitgliedsstaat der EU oder des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR)** gesetzlich versichert war, wechselt in die GKV; wer zuletzt privat versichert war, wechselt in die PKV. Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen: zum einen, wenn die ursprünglich privatversicherte Person versicherungspflichtig in der GKV wird und noch nicht das 55. Lebensjahr vollendet hat; zum anderen, wenn sie in die beitragsfreie Familienversicherung der GKV aufgenommen wird.

Wer **weder in Deutschland noch einem Mitgliedsstaat der EU oder des EWR** vorab jemals krankenversichert war, wird grundsätzlich versicherungspflichtig in der GKV. Es sei denn, die oder der Betreffende ist in Deutschland hauptberuflich selbstständig tätig, angestellt mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze (2020: 62.550 Euro/Jahr), verbeamtet oder aus anderem Grunde nach § 6 Abs. 1 bzw. 2 SGB V versicherungsfrei. Ob ein Mensch versicherungspflichtig oder versicherungsfrei ist, entscheidet die gesetzliche Krankenversicherung auf Grundlage der rechtlichen Vorschriften.

Wer der PKV zugeordnet wird, kann **unter den privaten Krankenversicherern frei wählen**. Das gilt unabhängig davon, ob die Person vorher bereits bei einer deutschen PKV versichert war oder nicht.



## Die Folgen einer Nichtversicherung

Wer nicht krankenversichert ist, muss nicht nur sämtliche Gesundheitskosten selbst finanzieren. Sie oder er verstößt auch gegen geltendes Recht, und der verspätete Abschluss einer Krankenversicherung wird schließlich deutlich teurer. In der GKV gilt die Mitgliedschaft rückwirkend ab dem Beginn der Pflicht zur Versicherung. Damit sind auch die Beiträge für die Vergangenheit nachzuholen. Dies ist in der PKV anders: Hier gilt der im Vertrag genannte Versicherungsbeginn. Erst ab diesem Zeitpunkt ist für den Versicherungsschutz ein Beitrag zu zahlen. Der Gesetzgeber hat aber für die Zeit der Nichtversicherung einen **Prämienzuschlag** festgelegt. Für die Höhe des Prämienzuschlags sind zwei Faktoren von Bedeutung:

- die Höhe des Beitrags für den gewählten Versicherungsschutz und
- die Dauer der Nichtversicherung.

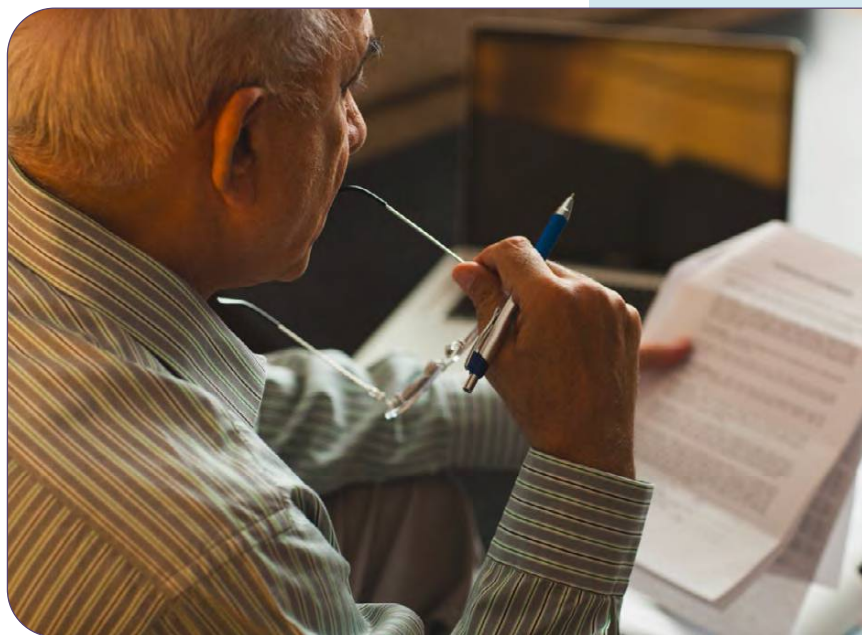
Der erste Monat einer Nichtversicherung wird nicht geahndet. Danach beträgt der Zuschlag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags.

Wer 14 Monate nicht versichert war, muss also  
 $4 + (9 \times 1/6)$  Monatsbeiträge = 5,5 Monatsbeiträge  
 Prämienzuschlag zahlen.

Lässt sich die Zeit der Nichtversicherung nicht objektiv feststellen, wird für die Berechnung des Prämienzuschlags angenommen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Versicherte muss daher den Prämienzuschlag für fünf Jahre zahlen. Diese gesetzliche Vorgabe setzen einige private Krankenversicherungen so um, dass sie generell die Berechnungsgrundlage für den Prämienzuschlag auf maximal fünf Jahre begrenzen, also auch dann, wenn der Zeitraum der Nichtversicherung feststellbar und länger ist. Andere Versicherer wiederum legen regelmäßig den objektiv feststellbaren Zeitraum zugrunde.

Bei Zahlungsunfähigkeit sind auf Antrag eine Stundung und Ratenzahlung des Prämienzuschlags möglich. Jedoch sind auf den gestundeten Betrag von Rechts wegen Zinsen zu zahlen.

Der Versicherer darf grundsätzlich nicht auf den Prämienzuschlag verzichten, da er aufsichtsrechtlich dazu gehalten ist, alle Versicherungsnehmer gleich zu behandeln.





## 2 Optionen der Beitragsentlastung in typischen PKV-Tarifen

In der Privaten Krankenversicherung können die Versicherten einen Versicherungsschutz wählen, der zu ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen passt. Auch der Beitrag ist individuell und wird auf der Grundlage des Eintrittsalters, des gewählten Leistungsumfangs und des bei Vertragsabschluss bestehenden Gesundheitszustands berechnet. Das Einkommen sowie sonstige Einkünfte haben hingegen keinen Einfluss auf den Beitrag. Ihre **Erhöhung oder Verringerung führt folglich nicht zu einer Veränderung des Beitrags**.

Das gilt auch, wenn das Einkommen aus der Erwerbstätigkeit und ein → Arbeitgeberzuschuss durch die Rente und den Zuschuss des Rentenversicherungsversicherungsträgers zum PKV-Beitrag ersetzt werden.

Allerdings gibt es in der PKV verschiedene Mechanismen zur Beitragsentlastung im Alter:

- Neben den → Alterungsrückstellungen gibt es auch eine Vorsorge für die Kosten des medizinischen Fortschritts. Die Versicherten zahlen einen **Zuschlag von zehn Prozent** auf ihren Beitrag, der vom Versicherer verzinslich angelegt wird.
  - Ab Alter 60 reduziert sich der Beitrag, da der 10-Prozent-Zuschlag wegfällt.
  - Ab Alter 65 wird der Zuschlag zur Verhinderung oder Abschwächung von Beitragserhöhungen eingesetzt, die sich aus den Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt ergeben.
- 90 Prozent der Überzinsen, die die Unternehmen erwirtschaften, werden für die Versicherten verwendet und zur Beitragsstabilisierung im Alter eingesetzt.
- Mit Renteneintritt entfallen die Beiträge zum Krankentagegeld.
- Viele Unternehmen bieten spezielle Beitragsentlastungstarife an. Diese garantieren gegen zusätzliche Zahlungen in jungen Jahren Beitragssenkungen im Alter.

In der Summe führt dies dazu, dass die Beitragsentwicklung ab Alter 65 weitgehend stabil bleibt und Beitragssprünge vermieden werden.

Trotz der soliden Kalkulation und vieler Maßnahmen der PKV zur Beitragsbegrenzung im Alter kann der Beitrag im Einzelfall zur Belastung werden, z. B. weil die Rente geringer oder die Selbstständigkeit weniger rentabel ist als erwartet.

*Übrigens: Veränderungen des Gesundheitszustandes nach Vertragsabschluss ziehen ebenfalls keine Beitragsänderungen nach sich.*

Wer nur ein **vorübergehendes Zahlungsproblem**

hat, sollte seinen Versicherer kontaktieren. Dieser kann einer **Stundung der Beiträge** und einer **Ratenzahlung** zustimmen. Wenn der Versicherte seinen Beitrag über mehrere Monate nicht zahlt, erfolgt in der Regel eine Umstufung in den → **Notlagentarif**.

Privatversicherte haben zudem grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, ihren Beitrag dauerhaft zu senken:

Beitragsentlastende Mechanismen in der PKV

Vorübergehendes Zahlungsproblem

## 2.1 Möglichkeiten innerhalb der bereits abgeschlossenen Tarife

Am einfachsten lässt sich der Beitrag durch den **Verzicht auf einzelne Versicherungsleistungen** senken, die dem Versicherten weniger wichtig sind. Das kann z. B. die Chefarztbehandlung im Krankenhaus sein oder auch die Kostenerstattung von hochwertigem Zahnersatz. Oftmals sind dies Leistungen einzelner Tarifbausteine, die dann gekündigt werden können.

Reduzierung des  
Versicherungs-  
umfangs

Eine Alternative ist die **Erhöhung des → Selbstbehalts**. Denn prinzipiell gilt: Je höher der Selbstbehalt, desto niedriger der Beitrag.

Erhöhung des  
Selbstbehalts

Hinzu kommt: Schöpft der Versicherte den Selbstbehalt nicht aus, erhält er in der Regel eine → Beitragsrückerstattung. Mit einer Erhöhung des Selbstbehalts steigt zwangsläufig auch die Wahrscheinlichkeit einer Beitragsrückerstattung.

### Allerdings ist zu beachten:

- Mit dem Beitrag sinkt auch die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit, denn sie wird abhängig vom Monatsbeitrag berechnet.
- Arbeitgeber beteiligen sich nicht an den Krankheitskosten im Rahmen des Selbstbehalts. Sie zahlen einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag. Sinkt der Beitrag, fällt deshalb auch der → Arbeitgeberzuschuss kleiner aus. (Ausnahme: Der Versicherte erhält den maximalen Arbeitgeberzuschuss – und das auch nach Erhöhung des Selbstbehalts.) – Gleiches gilt für den Zuschuss des Rentenversicherungsträgers zum PKV-Beitrag.

Versicherte sollten deshalb die Ersparnis bei einer Erhöhung des Selbstbehalts zunächst genau berechnen – gegebenenfalls mit Hilfe ihres Versicherers.

Wünscht der Versicherte später wieder eine **Reduzierung des Selbstbehalts**, ist dies eine Art der Leistungsausweitung. In der Regel erfolgt deshalb eine erneute Gesundheitsprüfung. Der Versicherer kann dann bei erhöhtem Gesundheitsrisiko einen Zuschlag verlangen oder auch die Senkung des Selbstbehalts ablehnen.

Vor diesem Hintergrund sollte bei der Wahl des Selbstbehalts immer auch die zu erwartende Einkommenssituation im Alter berücksichtigt werden.



## 2.2 Der Tarifwechsel

Privatversicherte haben jederzeit einen gesetzlichen Anspruch darauf, in einen anderen Tarif ihres Versicherungsunternehmens zu wechseln. Damit kann auch eine Verringerung des Beitrags erreicht werden. Die im Versicherungsverlauf **erworbenen Rechte** (z. B. Erfüllung von Vorversicherungszeiten bei einzelnen Leistungen) **bleiben** ihnen **erhalten**. Somit werden ihre → **Alterungsrückstellungen** in jedem Tarif voll angerechnet. Nur wenn die Leistungen im neu gewählten Tarif besser als im bisherigen Tarif sind, kann der Versicherer für diese **Mehrleistungen** einen Leistungsausschluss, einen Risikozuschlag oder eine Wartezeit verlangen.

Bei Interesse an einem Tarifwechsel sollten sich Privatversicherte direkt an das Versicherungsunternehmen wenden: Der Versicherer ist zu einer Beratung verpflichtet. Das Versicherungsunternehmen muss daher mögliche Tarifalternativen aufzeigen, die Unterschiede zwischen den Tarifen darstellen und sie erläutern. Dadurch kann der Versicherte Beitrags- und Leistungsunterschiede erkennen und eine fundierte Entscheidung treffen. Information und Beratung der Versicherten erfolgen auf ihren Wunsch hin und sind an ihren individuellen Bedürfnissen auszurichten. Die Versicherten sollten daher im Rahmen der Tarifwechselberatung sorgfältig ihre Bedürfnisse prüfen und auch ihre langfristigen Interessen im Blick haben, bspw. in der Frage, in welchem Maße sie ggf. dauerhaft auf Leistungen verzichten wollen, um Beitragsvorteile zu erzielen.

Hinweis: Erhalten Versicherte von 60 oder mehr Jahren eine Beitragserhöhung, müssen die Versicherer von sich aus auf Tarifalternativen hinweisen. Die meisten Anbieter von Krankheitsvollversicherungen haben sich zudem in ➤ *„Leitlinien der Privaten Krankenversicherung für einen transparenten und kundenorientierten Tarifwechsel“* der PKV dazu verpflichtet, die Versicherten bereits ab einem Alter von 55 Jahren proaktiv über Wechselmöglichkeiten zu informieren.

Ansprechpartner:  
PKV-Unternehmen

## 2.3 Bezuschussung des Normaltarifs bei Hilfebedürftigkeit

Das Stichwort „Hilfebedürftigkeit“ steht in der PKV meistens im Zusammenhang mit dem → **Basistarif**, da es hier bezüglich des Beitrags spezielle Regelungen gibt. Ein Wechsel in den Basistarif ist nicht zwingend notwendig. Wer hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts ist, kann aber auch in seinem bisherigen PKV-Tarif eine staatliche Bezuschussung erhalten.

Gerade für Versicherte mit Erkrankungen kann ein Verbleib im bisherigen Tarif die bessere Alternative sein. Schließlich bieten die Normaltarife in der Regel ein größeres Leistungsspektrum als der Basistarif oder auch der Standardtarif. Leistungsmäßig kann ein Wechsel in einen dieser Sozialtarife deshalb nur in Ausnahmefällen für einzelne Versorgungsbereiche von Vorteil sein. Das trifft beispielsweise zu, wenn der gewählte PKV-Normaltarif selbst nur einen Grundschatz ohne die PKV-typischen Zusatzleistungen absichert. Dazu sollte der Versicherer um individuelle Beratung gebeten werden.

### Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende)

Wird ein Versicherter hilfebedürftig nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), hat er das Recht, in den Basistarif zu wechseln. Das Jobcenter kann ihn

dazu aber nicht verpflichten, sondern muss auf Antrag auch einen Zuschuss zum „normalen“ Versicherungsbeitrag gewähren. Es zahlt den Zuschuss direkt an das Versicherungsunternehmen.

Für die Ermittlung des Zuschusses betrachtet die Bundesagentur für Arbeit neben dem tatsächlichen Versicherungsbeitrag auch den Beitrag, den der Versicherte im Basistarif zu zahlen hätte. Der Versicherte muss deshalb einen Nachweis über die Höhe des fiktiven Basistarif-Beitrags erbringen. In der Regel ist dies der Höchstbeitrag zum Basistarif. Darüber hinaus gilt Folgendes:

1. Der Zuschuss beträgt maximal die Hälfte des Beitrags im Basistarif und damit 2020 höchstens 367,97 Euro. Liegt sein Beitrag über diesem Betrag, muss der Versicherte den Rest selbst finanzieren.
2. Ist der Beitrag im Normaltarif niedriger als der halbe Beitrag zum Basistarif, erhält der Versicherte einen Zuschuss in Höhe seines tatsächlichen Beitrags.
3. Der Zuschuss soll möglichst Hilfebedürftigkeit vermeiden. Wird dieser Zweck bereits mit einer niedrigeren Summe erfüllt, zahlt der Sozialversicherungsträger einen geringeren Betrag als unter 1. und 2. beschrieben. Dies gilt auch, wenn nur bei Versicherung im Basistarif ein geringerer Zuschuss ausreichen würde (Stichwort → „Vermeidung von Hilfebedürftigkeit“).

### Beispiele:

- 1) Die Versicherte A zahlt einen PKV-Beitrag von 320 Euro/Monat, wird sozial hilfebedürftig und bleibt in ihrem bisherigen Tarif versichert. Da ihr Beitrag kleiner ist als der halbe Höchstbeitrag zum Basistarif (2020: 367,97 Euro), zahlt der Sozialhilfeträger ihren gesamten Beitrag als Zuschuss an das Versicherungsunternehmen.
- 2) Der Versicherte F zahlt einen PKV-Beitrag von 510 Euro/Monat, wird sozial hilfebedürftig und bleibt in seinem bisherigen Tarif versichert. Der Sozialhilfeträger zahlt die Hälfte des Höchstbeitrags im Basistarif (2020: 367,97 Euro/Monat) als Zuschuss an das PKV-Unternehmen, sofern der Versicherte F im Basistarif den Höchstbeitrag zu zahlen hätte. Den verbleibenden Betrag von 142,03 Euro/Monat muss F selbst zahlen.
- 3) Die Versicherte L zahlt einen PKV-Beitrag von 320 Euro/Monat, wird durch Zahlung des PKV-Beitrags sozial hilfebedürftig nach dem SGB II und bleibt in ihrem bisherigen Tarif versichert.

*Für die **Private Pflegepflichtversicherung** gilt grundsätzlich eine Begrenzung des Beitrags auf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung für Personen mit Kindern (2020: 142,96 Euro/Monat). Bei sozialer **Hilfebedürftigkeit** müssen die Versicherten maximal die Hälfte dieses Höchstbeitrags (2020: 71,48 Euro/Monat) zahlen. Besteht auch dann noch Hilfebedürftigkeit, zahlt der Sozialhilfeträger einen **Zuschuss** zum Beitrag. Dieser ist begrenzt auf den halben Höchstbeitrag. Ist der Beitrag des Versicherten geringer, ist der Zuschuss auf den tatsächlichen Beitrag begrenzt.*

Zuschuss zur PKV  
(§ 26 SGB II)

Der Sozialhilfeträger zahlt an das PKV-Unternehmen einen Zuschuss in der Höhe, dass die Hilfebedürftigkeit der Versicherten vermieden wird, maximal in Höhe des tatsächlichen Beitrags von 320 Euro/Monat.

- 4) Der Versicherte P zahlt einen PKV-Beitrag von 510 Euro/Monat, kann davon nur 170 Euro selbst tragen und wird deshalb hilfebedürftig. Er bleibt in seinem bisherigen Tarif versichert.

Der Sozialhilfeträger zahlt an das PKV-Unternehmen einen Zuschuss in Höhe von 197,97 Euro. Dieser Betrag würde bei Versicherung im Basistarif ausreichen, um Hilfebedürftigkeit zu vermeiden (367,97 Euro – 170 Euro = 197,97 Euro). Den verbleibenden Betrag von 312,03 Euro/Monat muss P selbst zahlen.

### Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe)

Auch für Sozialhilfeempfänger gilt: Sie können in den Basistarif wechseln, müssen aber nicht. Die Höhe des Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung ist grundsätzlich genauso geregelt wie bei → Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II.

Zuschuss zur PKV  
(§ 32 SGB XII)

### Fazit

Sozial hilfebedürftige Privatversicherte haben keine finanziellen Nachteile, wenn sie in ihrem Ursprungstarif bleiben und ihr Krankenversicherungsbeitrag dort nicht höher als der halbierte Höchstbeitrag im Basistarif (2020: 367,97 Euro) ist.

Bei einem höheren Beitrag im Ursprungstarif ist der Versicherte dort üblicherweise finanziell schlechter gestellt als im Basistarif. Liegt Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe) vor, kann der Sozialhilfeträger allerdings **in Ausnahmefällen** auch Beiträge über dem halbierten Höchstbeitrag des Basistarifs bei der Berechnung des Regelbedarfs als angemessen anerkennen. Dies gilt dann, wenn der Versicherte nur für bis zu drei Monate (in begründeten Fällen bis zu sechs Monate) Sozialhilfe bezieht. Deshalb kann es für Versicherte ratsam sein, auch bei einem höheren Beitrag im Ursprungstarif zu bleiben.

Wer wegen sozialer Hilfebedürftigkeit in den Basistarif wechselt, kann → unter bestimmten Bedingungen wieder ohne größere Nachteile in den alten Tarif zurückkehren. Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, kann eine Rückkehr aufgrund der Gesundheitsprüfung jedoch schwierig werden. Ein Verbleib im Basistarif wird dann aber ebenfalls teuer: Wer nicht sozial hilfebedürftig ist, zahlt im Basistarif den regulären Beitrag, der fast immer identisch mit dem Höchstbeitrag (2020: 735,94 Euro) ist. Damit ist der Basistarif teurer als die meisten Tarife – bei schlechteren Leistungen. Die Entscheidung über den Verbleib im Ursprungstarif oder einen Wechsel in den Basistarif sollte deshalb auch bei Hilfebedürftigkeit wohlüberlegt sein.

*Der Sozialhilfeträger zahlt **keinen Zuschuss** zu Kosten, die im Rahmen von **Selbst-behalten** entstehen.*

### 3 Der Standardtarif

Der Standardtarif wurde 1994 eingeführt und war der erste brancheneinheitliche Tarif mit einer sozialen Schutzfunktion. In erster Linie war und ist er für langjährig Versicherte gedacht, die einen besonders preiswerten Tarif benötigen oder wünschen, beispielsweise, weil sie nur eine geringe Rente erhalten. Deshalb hat der Gesetzgeber den Standardtarif auch vor allem für ältere Versicherte eingeführt, während jüngere Versicherte nur in Ausnahmefällen Zugang haben.

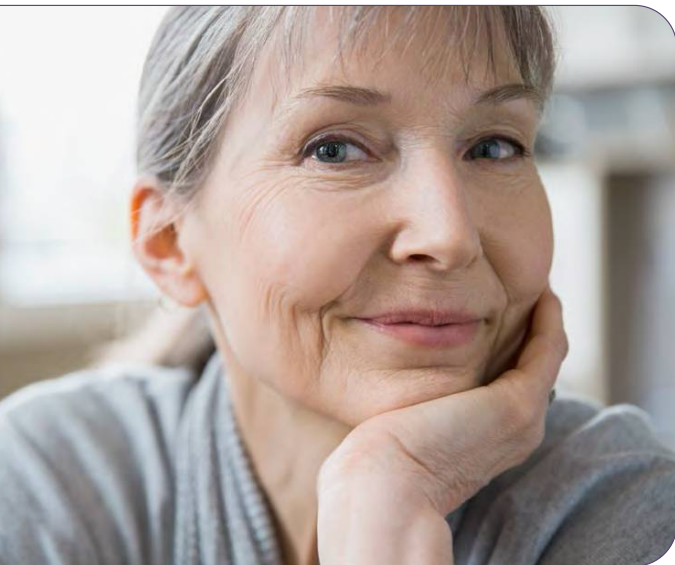
Durch das Zusammenspiel von Versicherungsschutz auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Beitragsbegrenzung, verringerten Erstattungsätzen beim Arzt und Verwaltungskostenersparnis durch brancheneinheitliche Kalkulation sowie die Anrechnung von → **Alterungsrückstellungen** zahlen die meisten Versicherten einen Beitrag, der merklich unter ihrem bisherigen Beitrag liegt.

#### 3.1 Wer kann sich im Standardtarif versichern?

Seit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) steht der **Standardtarif** nur den Versicherten offen, die

bereits vor dem 1. Januar 2009 in der PKV versichert waren. Grund dafür ist die Einführung des Basistarifs. Da sich Basis- und Standardtarif aber hinsichtlich ihrer Funktionsweise unterscheiden, plädiert der Verband der Privaten Krankenversicherung seit Jahren dafür, dass der Standardtarif prinzipiell auch für Neuzugänge ab dem 1. Januar 2009 offensteht.

**Voraussetzung für einen Wechsel in den Standardtarif** ist, dass der Versicherte seit mindestens 10 Jahren in der PKV versichert ist. Darüber hinaus muss einer der drei folgenden Punkte zutreffen:



Der Versicherte ist

- mindestens 65 Jahre alt;
- mindestens 55 Jahre alt und sein gesamtes Einkommen übersteigt nicht die → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2020: 56.250 Euro/Jahr); das gilt auch für Heilfürsorgeberechtigte wie z. B. Polizisten; oder
- jünger als 55 Jahre und bezieht bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Sein gesamtes Einkommen übersteigt nicht die → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2020: 56.250 Euro/Jahr). Ebenso können Familienangehörige in den Standardtarif wechseln, wenn sie bei einer GKV-Mitgliedschaft des Versicherten familienversichert wären.



Es gibt noch eine **weitere Voraussetzung**: Wer vor 2009 in die PKV eingetreten ist, hat damals einen **Bisex-Tarif** abgeschlossen, also einen Tarif, der nach Geschlecht unterscheidet. Seit 2012 sind alle neuen Tarife Unisex-Tarife (geschlechtsunabhängig). Für einen Wechsel in den Standardtarif muss der Betroffene immer noch in einem Bisex-Tarif versichert sein.

Diese Regelungen für die Aufnahme in den Standardtarif gelten auch für Versicherte, die beihilfeberechtigt sind, sowie deren Angehörige. Ebenso können Heilfürsorgeempfänger den Standardtarif abschließen, sofern sie durch eine → Anwartschaft für eine private Krankheitsvollversicherung die erforderliche Vorversicherungszeit vorweisen können.

## 3.2 Welcher Beitrag ist im Standardtarif zu zahlen?

Die Beiträge im Standardtarif werden nach den in der PKV üblichen Regeln kalkuliert. Rechtliche Grundlage sind insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG). Für den individuellen Beitrag des Versicherten im Standardtarif sind seine Versicherungsdauer in der PKV und seine bisherigen Tarife von Bedeutung. Daraus ergibt sich der Umfang der → **Alterungsrückstellungen**, die beim Wechsel in den Standardtarif beitragsmindernd angerechnet werden. Gerade bei Versicherten im Rentenalter führen die Alterungsrückstellungen im Standardtarif in der Regel zu sehr geringen Beiträgen.

Arbeitnehmer erhalten für ihre Versicherung im Standardtarif einen → **Arbeitgeberzuschuss** nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Auch Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags. Für Beihilfeempfänger (z. B. Beamte) gibt es den Standardtarif in einer beihilfekonformen Variante. Der Beitrag entspricht dann dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Hinsichtlich einer Gesundheitsprüfung und möglicher Risikozuschläge gilt beim Wechsel in den Standardtarif dasselbe wie beim Wechsel in andere Tarife: Zahlt der Versicherte im bisherigen Tarif einen Risikozuschlag, muss er ihn auch im Standardtarif zahlen. Bietet der Standardtarif Mehrleistungen gegenüber dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer hierfür eine Gesundheitsprüfung vornehmen und gegebenenfalls einen Risikozuschlag verlangen.

Der Beitrag im Standardtarif ist auf den GKV-Höchstbeitrag (2020: 684,38 Euro/Monat) begrenzt. Dieser berechnet sich aus der → **Beitragsbemessungsgrenze** und dem allgemeinen Beitragssatz der GKV. Eine Erhöhung oder Verringerung dieser Faktoren führt auch zu einer Änderung des Höchstbeitrags im Standardtarif. Muss der Versicherte einen Risikozuschlag zahlen oder/und hat zudem eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen, gilt die Grenze einschließlich dieser Beiträge. Für Eheleute und Lebenspartner liegt die Grenze bei 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags, wenn ihr Gesamteinkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht übersteigt. Hätte der Versicherte gemäß der Kalkulation einen höheren Beitrag als den Höchstbeitrag zu zahlen, nimmt der Versicherer eine

Zuschuss zum  
Beitrag  
§ 257 Abs. 2 SGB V,  
§ 106 Abs. 3 SGB VI

Risikozuschläge

Beitragsbegrenzung

Beitragskappung vor. Der gekappte Betrag wird über Umlage von allen PKV-Versicherten finanziert.

Krankentagegeld ist wie bei den üblichen PKV-Tarifen keine integrierte Leistung des Standardtarifs. Der Versicherte kann es aber zusätzlich abschließen. Der Versicherungsbeitrag wird in die Beitragsbegrenzung für den Standardtarif mit einbezogen, so dass der Versicherte inklusive Krankentagegeld maximal den GKV-Höchstbeitrag zahlt. Besteht neben dem Standardtarif eine andere Zusatzversicherung, entfällt der Anspruch auf Beitragskappung. Diese Einschränkung gilt nicht für eine Auslandsreisekrankenversicherung.

Bei Bezug von Sozialhilfe erkennt der Sozialhilfeträger den vollen Beitrag für eine Absicherung im Standardtarif bei der Ermittlung der Hilfebedürftigkeit und des Regelbedarfs als angemessen an. Dadurch können Standardtarif-Versicherte bei Hilfebedürftigkeit nach dem SGB XII (Sozialhilfe) in ihrem Tarif bleiben. Ein Wechsel in den Basistarif bringt ihnen keinen Vorteil.

Durch das beitragsenkende Konzept des Standardtarifs liegt der Beitrag nahezu aller Versicherten deutlich unter dem Höchstbeitrag. Bei nicht einmal einem Prozent der Versicherten im Standardtarif müssen die Beiträge gekappt werden.

### 3.3 Welche Leistungen sind im Standardtarif versichert?

Die Leistungen des Standardtarifs sind mit den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar, aber nicht damit identisch. Wie in anderen PKV-Tarifen ist vertraglich festgelegt, in welchem Umfang die Versicherung die Kosten für die einzelnen Leistungsarten erstattet. Die vereinbarten Versicherungsleistungen sind dem Versicherten während der gesamten Vertragslaufzeit garantiert. Ist eine Behandlung medizinisch notwendig, übernimmt die Versicherung die vereinbarten Kosten. Anders als die GKV schließt die PKV auch im Standardtarif Behandlungen nicht von der Kostenerstattung aus, wenn sie weniger wirtschaftlich als andere sind.

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen;**
- **Zahnbehandlungen** und gezielte **Vorsorgeuntersuchungen; Zahnersatz** in einfacher Ausführung zu **65 Prozent; kieferorthopädische Behandlungen** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu **80 Prozent;**
- **psychotherapeutische Behandlungen** durch entsprechend qualifizierte Ärzte und **zugelassene psychologische Psychotherapeuten** bis zu einem Umfang von **25 Sitzungen** im Kalenderjahr;
- allgemeine **Krankenhausleistungen**. Der Versicherte hat freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung

Krankentagegeld



Die Leistungen im Überblick



bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen. Für die Behandlung durch einen Belegarzt muss die Abrechnung gemäß den → für den Standardtarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;

- erstattungsfähige **Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel** zu 80 Prozent, nach Erreichen eines → Selbstbehaltes in Höhe von maximal 306 Euro zu 100 Prozent. Die Erstattungsfähigkeit kann der Versicherte in den Tarifbedingungen bzw. im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs nachprüfen.

Weitere Informationen zum Umfang der Leistungen enthalten die → *Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (AVB/ST)*.

***Heilmittel** sind Anwendungen und Behandlungen, die in der Regel ärztlich verordnet sind und von Angehörigen anderer Heilberufsgruppen durchgeführt werden. Hierzu zählen etwa Krankengymnastik, Massage, Logopädie.*

*Als **Hilfsmittel** bezeichnet man Gegenstände, die den Erfolg einer Behandlung sichern oder die Folgen einer Behinderung lindern oder ausgleichen. Hilfsmittel sind z. B. Hörgeräte, Geh- und Stützhilfen.*

### 3.4 Als Standardtarif-Versicherter beim Arzt

Der Standardtarif-Versicherte kann sich von jedem niedergelassenen Arzt und Zahnarzt behandeln lassen. Wie bei gesetzlich Versicherten ist seine ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

**Vor Behandlungsbeginn** muss der Versicherte den Arzt oder Zahnarzt unbedingt darauf hinweisen, dass er im Standardtarif versichert ist. Denn nur in diesem Fall ist der Arzt an die Gebührensätze gebunden, die für den Standardtarif gelten: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,8-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,38-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 1,16-Fachen (GOÄ).

Wie für die PKV üblich, stellt der Arzt dem Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die dieser dann an seine PKV weiterreichen kann. Erhält der Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer die oben genannten Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss der Versicherte selbst tragen.

Für den Standardtarif  
geltende Gebühren-  
sätze

## 4 Der Basistarif

Die Private Krankenversicherung ist verpflichtet, einen sogenannten Basistarif anzubieten. Dieser Tarif wurde zum 1. Januar 2009 eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt gilt auch die Pflicht zur Versicherung für Personen, die der PKV zuzuordnen sind, wie Selbstständige und Beamte. Der Basistarif wurde als Garantie geschaffen, dass diese Personen auch Aufnahme in die PKV finden. Denn wer versicherungsberechtigt ist, darf grundsätzlich nicht abgelehnt werden. Selbst Antragsteller mit schweren Vorerkrankungen müssen die Unternehmen aufnehmen. Zudem sind im Basistarif keine Risikozuschläge zu zahlen. Wer sozial hilfebedürftig ist, zahlt einen reduzierten Beitrag. Dadurch ermöglicht der Basistarif Versicherungsschutz für jeden.

Der Basistarif unterscheidet sich deutlich von den anderen Tarifen der Privaten Krankenversicherung. Er ist ein **gesetzlich definiertes Produkt** und entspricht in Art, Umfang und Höhe dem Versicherungsschutz der Gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 152 Abs.1 VAG

### 4.1 Wer kann sich im Basistarif versichern?

Der Gesetzgeber hat genau festgelegt, wer sich im Basistarif versichern darf. Für den Basistarif gilt ein Aufnahmepflicht, d. h. die Versicherungsunternehmen dürfen grundsätzlich niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf.

§§ 193 Abs. 5,  
204 Abs. 1 Satz 1  
Nr. 1 VVG

Dieser sogenannte **Kontrahierungszwang** gilt für folgende Personen:

- Privatversicherte, die ihren Versicherungsvertrag erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen haben. Sie können jederzeit bei ihrem aktuellen oder auch einem anderen PKV-Unternehmen in den Basistarif wechseln. Bei einem Unternehmenswechsel überträgt der bisherige Versicherer die dem Basistarif entsprechenden kalkulierten → **Alterungsrückstellungen** auf den neuen Versicherer.
- Privatversicherte, die vor 2009 ihren Versicherungsvertrag abgeschlossen haben, wenn sie
  - mindestens 55 Jahre alt sind oder
  - eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen oder
  - hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts sind.

Diese Personengruppen können nur bei ihrem Versicherungsunternehmen in den Basistarif wechseln.

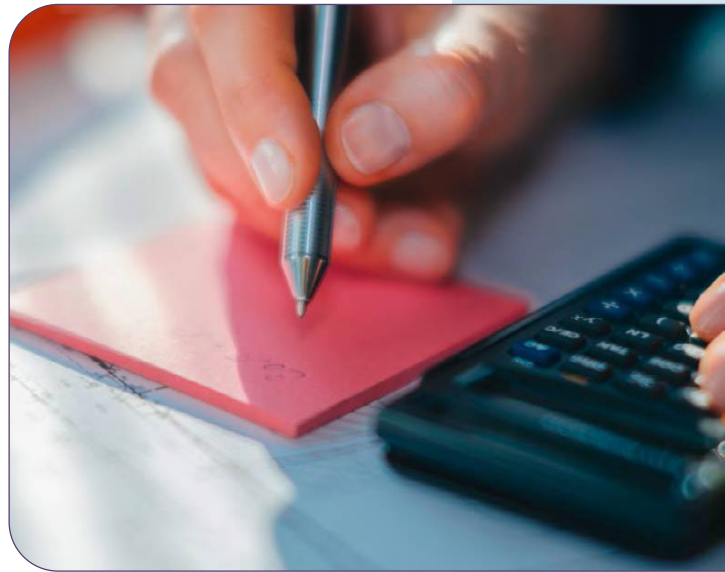
- gesetzlich Versicherte innerhalb von sechs Monaten nach Beginn ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.
- Nichtversicherte mit Wohnsitz in Deutschland, die der PKV zuzuordnen sind (d. h. insbesondere Selbstständige), die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind, keine Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und keine Sozialhilfe erhalten.

Der Versicherer kann die Aufnahme in den Basistarif nur dann ablehnen, wenn er einen früheren Versicherungsvertrag des Antragstellers außerordentlich gekündigt

oder angefochten hat oder von diesem Versicherungsvertrag zurückgetreten ist. Das ist möglich bei einer schwerwiegenden Vertragsverletzung wie Abrechnungsbruch, oder wenn der Versicherte bei der Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss vorsätzlich falsche Angaben gemacht hat. Lehnt der Versicherer die Aufnahme ab, kann sich der Antragsteller jedoch an ein anderes Unternehmen wenden.

## 4.2 Welcher Beitrag ist im Basistarif zu zahlen?

Die Beitragsberechnung im Basistarif entspricht der in der PKV üblichen Kalkulation und erfolgt für jeden Versicherten individuell. Maßgeblich sind der (hier: vorgegebene) Leistungsumfang, das Eintrittsalter des Versicherten in die Private Krankenversicherung und in den bis 2012 geschlossenen Verträgen das Geschlecht. Anders als in den übrigen PKV-Tarifen wird allerdings der Gesundheitszustand des Antragstellers nicht berücksichtigt. Versicherte mit Vorerkrankungen müssen keine individuellen Risikozuschläge zahlen. Stattdessen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Mehrkosten, die durch die Vorerkrankungen entstehen, gleichmäßig auf alle im Basistarif Versicherten zu verteilen sind (§ 154 VAG – **Risikoausgleich**). Dadurch wird einerseits ermöglicht, dass selbst Schwerstkranke Aufnahme in die PKV finden. Andererseits führt dies aber dazu, dass selbst junge gesunde Versicherte den gesetzlich vorgeschriebenen Höchstbeitrag zahlen müssen (siehe unten).



Der Beitrag zum Basistarif ist begrenzt. Der **Höchstbeitrag zum Basistarif** wird nach Vorgabe des Gesetzgebers anhand folgender Werte berechnet:

jeweils gültiger **Höchstbeitrag in der GKV**  
 (→ Beitragsbemessungsgrenze x allgemeiner Beitragssatz der GKV)  
 und  
**durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz** der Krankenkassen  
 (jährliche Festlegung durch das BMG)

Berechnung des Höchstbeitrags im Basistarif für 2020:

$$(4.687,50 \text{ Euro} \times 14,6 \%) + (4.687,50 \text{ Euro} \times 1,1 \%) = 735,94 \text{ Euro}$$

Der Höchstbeitrag im Basistarif liegt damit 2020 bei 735,94 Euro monatlich. Mit der jährlichen Erhöhung der → Beitragsbemessungsgrenze und bei einer Änderung des allgemeinen oder des Zusatzbeitragssatzes der GKV wird automatisch auch der Höchstbeitrag für den Basistarif angepasst.

Für Beihilfeempfänger (z. B. Beamte) gilt ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutzes entspricht. Hat der Versicherte bspw. einen Beihilfeanspruch von 70 Prozent, so ist sein Beitrag auf 30 Prozent des Höchstbeitrages im Basistarif begrenzt: 220,78 Euro.

Beitragsbegrenzung  
 § 152 Abs. 3 und 4  
 VAG

Arbeitnehmer erhalten für ihre Versicherung im Basistarif einen → Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Auch Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags.

Zuschuss zum  
Beitrag  
§ 257 Abs. 2 SGB V,  
§ 106 Abs. 3 SGB VI

Die Versicherungsunternehmen müssen den Basistarif mit fünf → **Selbstbehaltstufen** (0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro) anbieten, zwischen denen der Versicherte frei wählen kann. Er ist dann drei Jahre an die Wahl gebunden. Führt der Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Beitragssenkung, kann der Versicherte jedoch vor Ablauf der 3-Jahres-Frist in die Tarifvariante ohne Selbstbehalt wechseln. Der Höchstbeitrag gilt unabhängig von der gewählten Selbstbehaltstufe.

Selbstbehalt  
§ 152 Abs. 1 S. 3 VAG

Sollte der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Beiträge in Rückstand geraten, kann ihm der Versicherer auch im Basistarif durch Stundungs- und Ratenzahlungsvereinbarungen die Möglichkeit eröffnen, seine Beitragsschulden zu begleichen. In dem Fall gilt der Versicherte nicht mehr als säumig und es erfolgt keine Umstellung in den → Notlagentarif.

Beitragsrückstand

Ist ein Versicherter hilfebedürftig im Sinne des Sozialrechts oder würde es durch Zahlung des Versicherungsbeitrags werden, reduziert sich sein Beitrag auf die Hälfte des Höchstbeitrags. Der daraus resultierende Fehlbetrag wird per Beitragszuschlag von den übrigen Versicherten aller Unternehmen finanziert, die den Basistarif anbieten, also von allen vollversicherten Personen.

Beitrag bei Hilfe-  
bedürftigkeit

Besteht trotz der Beitragshalbierung weiterhin Hilfebedürftigkeit, zahlt der zuständige Träger (Bundesagentur für Arbeit oder Sozialamt) einen Zuschuss zum Versicherungsbeitrag in der Höhe, dass **Hilfebedürftigkeit vermieden** wird. Gegebenenfalls übernimmt er auch den gesamten hälftigen Beitrag. Die bestehende oder drohende Hilfebedürftigkeit wird durch den zuständigen Sozialhilfeträger geprüft, der dem Versicherten eine entsprechende Bescheinigung für die Versicherung ausstellt.

**Beispiel:** Ein Versicherter im Basistarif hat den Höchstbeitrag in Höhe von 735,94 Euro/Monat zu leisten. Durch die Beitragszahlung wird er hilfebedürftig, weshalb der Beitrag auf die Hälfte (2020: 367,97 Euro) reduziert wird. Von dem reduzierten Beitrag ist es ihm möglich, 180 Euro selbst zu tragen. Ein höherer Betrag würde bei ihm wiederum Hilfebedürftigkeit verursachen. Der zuständige Sozialhilfeträger zahlt ihm in diesem Fall einen Zuschuss von monatlich 187,97 Euro.

### 4.3 Welche Leistungen sind im Basistarif versichert?

Der Basistarif ist eng angelehnt an den GKV-Schutz. So sind alle Leistungen des Tarifs in Art, Umfang und Höhe mit den im Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegten GKV-Leistungen vergleichbar. Der Umfang der Leistungen entspricht in vielen Fällen dem GKV-Niveau, etwa beim Zahnersatz und beim Krankentagegeld. Zudem sind verschiedene Leistungen ausdrücklich an die Richtlinien und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gebunden. Das SGB V stellt zwar keine Rechtsgrundlage für den Basistarif dar, doch werden durch diese enge Anknüpfung an die GKV

Veränderungen bei den Kassenleistungen in der Regel auch in den Basistarif übernommen. Verbesserungen wie auch Verschlechterungen der GKV-Leistungen wirken sich damit auf den Basistarif-Versicherten aus. Die genaue Ausgestaltung des Versicherungsschutzes wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. als gesetzlich Beliehenem festgelegt, während das Bundesministerium der Finanzen die Fachaufsicht ausübt.



Anders als sonst in der PKV üblich, müssen die Leistungen des Basistarifs wie in der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die Kosten-erstattung kann also abgelehnt werden, wenn es günstigere Behandlungsmethoden als die gewählte gibt.

Basistarifversicherte dürfen grundsätzlich Zusatzversicherungen haben. Anders als beim Basistarif erfolgt vor Abschluss der Zusatzversicherung aber eine Gesundheitsprüfung. Ist das Krankheitsrisiko zu hoch,

darf der Versicherer den Aufnahmeantrag ablehnen. Das Versicherungsunternehmen kann zudem das Ruhen einer Zusatzversicherung verlangen, wenn der Beitrag des Versicherten wegen Hilfebedürftigkeit reduziert ist.

Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen** durch **Vertragsärzte**, also die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung zugelassenen sogenannten Kassenärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden;
- **Zahnbehandlungen** und **gezielte Vorsorgeuntersuchungen** durch **Vertragsärzte** (Kassenärzte). Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden. Zahnersatz zu 50 bis 65 Prozent für befundbezogene Regelleistungen der GKV; **kieferorthopädische Behandlungen von Versicherten unter 18 Jahren** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent. Werden zwei oder mehr Kinder einer Familie gleichzeitig behandelt, erhöht sich der Erstattungssatz auf 90 Prozent. Bei älteren Versicherten werden kieferorthopädische Behandlungen nur bei schwerer Kieferanomalie erstattet;
- **psychotherapeutische Behandlungen** bis zu einem jeweils festgelegten Höchstumfang;
- **allgemeine Krankenhausleistungen**. Pro Tag muss der erwachsene Versicherte eine Zuzahlung von 10 Euro leisten (maximal 28 Tage/Jahr). Der Versicherte hat freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern, Behandlungen in Privatkliniken sind von der Erstattung ausgeschlossen. Für die Behandlung durch einen Belegarzt muss die Abrechnung gemäß den → für den Basistarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;

Die Leistungen  
im Überblick

- **verschreibungspflichtige Arzneimittel, Verbandmittel** sowie **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise verordnet werden können. Die Arznei- und Verbandmittel müssen jeweils von einem Vertragsarzt verordnet werden. Der erwachsene Versicherte muss für jedes Arznei- und Verbandmittel eine Zuzahlung von 6 Euro leisten;
- **Heilmittel**, die **im Heilmittelverzeichnis des Basistarifs** aufgeführt sind und von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Der erwachsene Versicherte muss eine Zuzahlung von 2 Euro je Heilmittel und 10 Euro je Verordnung leisten;
- **Hilfsmittel in Standardausführung**, die im Hilfsmittelverzeichnis der GKV aufgelistet sind und von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Der erwachsene Versicherte muss eine Zuzahlung von 8 Euro je Hilfsmittel bzw. 10 Euro für den Monatsbedarf bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln leisten.

Darüber hinaus erhält der Versicherte ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit Krankentagegeld, wenn er bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Das Krankentagegeld beträgt höchstens 70 Prozent des Bruttoeinkommens bis zur Höhe der → Beitragsbemessungsgrenze der GKV (2020: 56.250 Euro/Jahr) und höchstens 90 Prozent des Nettoeinkommens. Das Krankentagegeld wird innerhalb von drei Jahren höchstens 78 Wochen gezahlt.

Weitere Informationen zum Umfang der Leistungen enthalten die ➤ *Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT)*.

#### 4.4 Als Basistarif-Versicherter beim Arzt

Der Basistarif-Versicherte kann sich von allen Ärzten und Zahnärzten behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind, also von den sogenannten Kassenärzten. Wie bei gesetzlich Versicherten und Standardtarif-Versicherten wird die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

**Vor jeder Behandlung** muss der Versicherte seinen Behandlungsausweis vorlegen und den Arzt so über seine Versicherung im Basistarif informieren. Anderenfalls kann der Arzt sein Honorar abweichend von den folgenden Bestimmungen des Basistarifs berechnen: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,2-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,0-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 0,9-Fachen (GOÄ).

Wie für die PKV üblich, stellt der Arzt dem Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die dieser dann an seine PKV weiterreichen kann. Allerdings haften im Basistarif Versicherter und Versicherer gegenüber den Ärzten und anderen Leistungserbringern gesamtschuldnerisch. Der Arzt kann seinen Anspruch deshalb mit Einverständnis des Versicherten direkt gegen den Versicherer geltend machen. Dies gilt aber nur insoweit, wie der Versicherer gegenüber seinem Versicherten vertraglich verpflichtet ist.

Erhält der Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer die oben genannten Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss dann der Versicherte tragen.

Für den Basistarif  
geltende Gebühren-  
sätze

## 4.5 Gesundheitsprüfung und Wechsel vom Basistarif in andere Tarife

Im Basistarif darf ungeachtet des Gesundheitszustandes kein individueller Risikozuschlag erhoben werden. Dies gilt für diejenigen, die aus einem anderen Tarif in den Basistarif wechseln, ebenso wie für Personen, die eine private Krankenversicherung neu abschließen.

Dennoch wird vor Vertragsabschluss eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Bei einem erhöhten Risiko darf der Versicherer einen sogenannten **fiktiven Risikozuschlag** festlegen. Diese Information wird zunächst für den unternehmensübergreifenden → **Risikoausgleich** gemäß § 154 VAG benötigt. Für den Versicherten erhält er erst eine Bedeutung, wenn dieser zu einem späteren Zeitpunkt in einen anderen Tarif wechseln möchte: Besteht das erhöhte Risiko weiterhin, muss der Versicherte den Risikozuschlag zahlen. Bietet der neue Tarif Mehrleistungen gegenüber dem Basistarif, erfolgt für diese eine Gesundheitsprüfung. Das gilt sowohl bei Rückkehr aus dem Basistarif in einen Normaltarif als auch bei erstmaligem Wechsel in einen Normaltarif. Der Versicherte muss dann ggf. einen Risikozuschlag zahlen oder der Wechsel kann aufgrund der Vorerkrankungen sogar abgelehnt werden.

Seit dem 16. März 2020 gibt es eine **Sonderregelung** bezüglich sozialer Hilfebedürftigkeit und Rückkehr aus dem Basistarif. Versicherte, die sozial hilfebedürftig sind oder durch Zahlung des PKV-Beitrags würden und deshalb in den Basistarif wechseln, können später unter bestimmten Voraussetzungen wieder in ihren ursprünglichen Tarif zurückkehren. Die Rahmenbedingungen sind:

- Die Hilfebedürftigkeit muss innerhalb von zwei Jahren nach Wechsel in den Basistarif enden.
- Der Versicherte muss innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Hilfebedürftigkeit die Rückkehr in seinen Ursprungstarif beantragen.
- Es findet keine erneute Gesundheitsprüfung statt.
- Zwischenzeitliche Beitragsanpassungen im Ursprungstarif gelten grundsätzlich auch für den Rückkehrer. Allerdings werden nur die Alterungsrückstellungen berücksichtigt, die im Basistarif gebildet wurden. Sind diese geringer als im Ursprungstarif, erhöht dies den Beitrag des Rückkehrers.



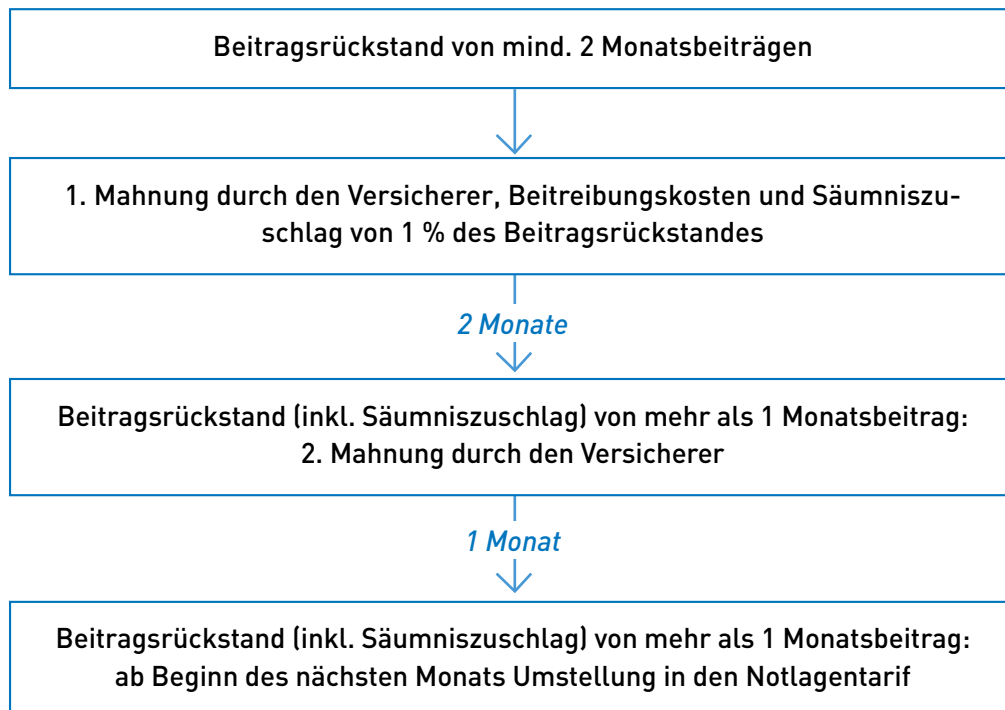
## 5. Der Notlagentarif

Der 2013 durch den Gesetzgeber eingeführte Notlagentarif stellt eine Besonderheit dar. Zweck des Notlagentarifs ist es, eine **Lösung für vorübergehende Zahlungsunfähigkeit** zu bieten. Deshalb können sich Versicherte auch **nicht bewusst** und **nicht dauerhaft** für diesen Tarif entscheiden. Stattdessen werden sie vom Versicherer in den Notlagentarif umgestuft, wenn sie über mehrere Monate mit ihren Beiträgen im Rückstand sind. Der Versicherungsschutz ist zwar sehr eingeschränkt, um einen möglichst günstigen Beitrag zu erreichen, er umfasst aber die notwendigen medizinischen Leistungen.

*Auch bei Versicherung im Notlagentarif steht es den PKV-Unternehmen frei, aufgrund von Beitragsschulden ihres Versicherten einen SCHUFA-Eintrag oder Pfändungsmaßnahmen in die Wege zu leiten.*

### 5.1 Wer wird im Notlagentarif versichert?

Wie beim Standard- und Basistarif auch ist genau festgelegt, wer im Notlagentarif versichert wird. Sofern die oder der betroffene Versicherte mit der Versicherung keine Beitragsstundung und Ratenzahlung vereinbart, gilt bei Beitragsschulden der folgende Ablauf:



Der Versicherer muss bei der zweiten Mahnung darauf hinweisen, dass der Versicherungsvertrag zum Beginn des übernächsten Monats ruhend gestellt wird, wenn die Beitragsschuld einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung noch höher als



ein Monatsbeitrag ist. Sobald der Versicherungsvertrag ruht, gilt der Versicherte als im Notlagentarif versichert.

Sobald alle rückständigen Versicherungsbeiträge, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt sind, ist die bzw. der Versicherte ab dem ersten Tag des übernächsten Monats automatisch wieder im ursprünglichen Tarif versichert. Wer also beispielsweise im April alle Rückstände begleicht, ist ab dem 1. Juni nicht mehr im Notlagentarif versichert. Die durchschnittliche Verweildauer im Notlagentarif beträgt etwa ein Jahr.

Ab Rückkehr in den ursprünglichen Tarif gilt der frühere Versicherungsschutz wieder vollumfänglich. Der Beitrag wird jedoch vom früheren Beitrag abweichen: Zum einen müssen zwischenzeitlich erfolgte Beitragsanpassungen berücksichtigt werden. Zum anderen ist ein (erneuter) Aufbau von Alterungsrückstellungen notwendig, da während der Zeit im Notlagentarif keine weiteren gebildet wurden bzw. ein Teil der bestehenden Alterungsrückstellungen sogar zugunsten einer günstigeren Prämie im Notlagentarif abgebaut wurde (→ Kapitel 5.2). Auch deshalb ist der Notlagentarif für die Versicherten nur eine Problemlösung auf Zeit.

**Hilfebedürftige im Sinne des Sozialrechts werden nicht im Notlagentarif versichert. Sie erhalten vom Staat einen Zuschuss zu ihrem Versicherungsbeitrag und können in den **Basistarif** wechseln.**

## 5.2 Welcher Beitrag ist im Notlagentarif zu zahlen?

Jedes PKV-Unternehmen kalkuliert für seinen Versichertenbestand einen einheitlichen Beitrag für den Notlagentarif. Der Gesundheitszustand des einzelnen Versicherten hat keinen Einfluss auf seine Prämie. Es gibt weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Auch → Selbstbehalte sind im Tarif für die versicherten Leistungen nicht vorgesehen.

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden im Notlagentarif keine → Alterungsrückstellungen gebildet. Die sonst in der PKV übliche Form der Altersvorsorge ist für diesen Tarif zum einen nicht notwendig, da er nur eine Art Zwischenstation für die Versicherten ist. Zum anderen können dadurch die Beiträge möglichst gering gehalten werden, so dass die Versicherten schneller ihre Beitragsschulden begleichen und in ihre Ursprungstarife zurückkehren können.

Trotz der Maßgaben zur Vereinheitlichung (keine Risikozuschläge, Selbstbehalte und Alterungsrückstellungen) unterscheiden sich die individuellen Beiträge der Versicherten im Notlagentarif. Der Grund hierfür ist, dass auf den individuellen Beitrag die während der Versicherungsdauer gebildeten Alterungsrückstellungen angerechnet werden. Bis zu 25 Prozent des monatlichen Beitrags zum Notlagentarif dürfen aus den Alterungsrückstellungen finanziert werden. Die übrigen Alterungsrückstellungen des Versicherten „parkt“ und verzinst das PKV-Unternehmen für die spätere Rückkehr in den alten Tarif. Je länger die Versicherung bereits besteht und je umfassender der bisherige Versicherungsschutz war, desto geringer ist deshalb der individuelle Beitrag im Notlagentarif.

Keine Bildung von  
Alterungsrückstellungen

Arbeitnehmer erhalten für ihre Versicherung im Notlagentarif einen → Arbeitgeberzuschuss nach den gesetzlichen Bestimmungen: höchstens die Hälfte ihres PKV-Beitrags und höchstens den Betrag, den der Arbeitgeber bei Versicherung in der GKV zahlen müsste. Auch Rentner bekommen auf Antrag von ihrem Rentenversicherungsträger einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung. Er zahlt ihnen den Betrag, den er bei ihrer Mitgliedschaft in der GKV übernehmen würde, höchstens jedoch die Hälfte ihres tatsächlichen Beitrags. Für Beihilfempfänger (z. B. Beamte) gibt es den Notlagentarif in einer beihilfekonformen Variante. Der Beitrag entspricht dann dem versicherten Prozentsatz zur Beihilfe-Ergänzung.

Der Beitrag im Notlagentarif ist begrenzt. Er entspricht dem **Höchstbeitrag zum Basistarif** und wird anhand folgender Werte berechnet:

$$\begin{aligned} & \text{jeweils gültiger } \mathbf{Höchstbeitrag \text{ in der GKV}} \\ & (\rightarrow \text{Beitragsbemessungsgrenze} \times \text{allgemeiner Beitragssatz der GKV}) \\ & \text{und} \\ & \mathbf{durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz} \text{ der Krankenkassen} \\ & \text{(jährliche Festlegung durch das BMG)} \end{aligned}$$

Berechnung des Höchstbeitrags im Notlagentarif für 2020:

$$(4.687,50 \text{ Euro} \times 14,6 \%) + (4.687,50 \text{ Euro} \times 1,1 \%) = 735,94 \text{ Euro}$$

In der Praxis hat die **Höchstbeitragsregelung keine Bedeutung**, denn die Beiträge im Notlagentarif liegen deutlich darunter: durchschnittlich bei **etwa 100 Euro**.

***Säumniszuschläge** fallen auch im Notlagentarif an. Wer mit seinem Beitrag für den Notlagentarif in Verzug gerät, muss deshalb auch hier einen Säumniszuschlag von 1 Prozent auf den ausstehenden Beitrag zahlen.*

*Wer im Notlagentarif versichert ist, muss weiterhin Beiträge zur **Pflegepflichtversicherung** zahlen. Die Beiträge zu **Zusatzversicherungen** (z. B. Krankentagegeld) entfallen indes, weil sie während der Zeit im Notlagentarif ruhen.*

Zuschuss zum  
Beitrag

Beitragsbegrenzung  
§ 152 Abs. 3 und 4  
VAG

### 5.3 Welche Leistungen sind im Notlagentarif versichert?

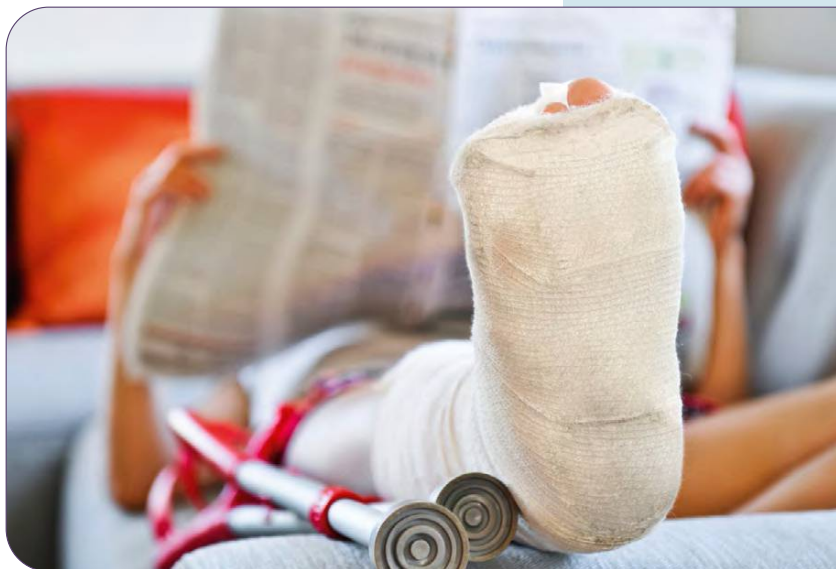
Der Notlagentarif ist ein verbandseinheitlicher Tarif, d. h. der Versicherungsumfang ist bei allen PKV-Unternehmen gleich: Der Versicherer erstattet nur die Behandlungskosten bei **akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen**. Diese starke Einschränkung des Versicherungsschutzes hat zwei Gründe: Zum einen trägt sie zu einem geringen Beitrag bei, so dass die Versicherten bestehende Beitragsschulden schneller begleichen können. Zum anderen vermindert sie die Attraktivität des Tarifs so enorm, dass Versicherte nicht aus Kostengründen den Weg in den Notlagentarif suchen.

Bei **schwangeren Versicherten** umfasst der Versicherungsschutz auch die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen und die Betreuung durch die Ärztin bzw. den Arzt und die Hebamme. Die PKV erstattet auch die Entbindung und Betreuung während und nach der Geburt.

**Kinder und Jugendliche** genießen auch im Notlagentarif einen umfangreichen Versicherungsschutz. Bei ihnen ist lediglich Voraussetzung, dass eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist – so wie in anderen Tarifen üblich. Auch Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen zahlt die PKV bis zum Alter von 18 Jahren.

Im Notlagentarif bestehen **keine Wartezeiten**.

Solange eine Versicherung nach dem Notlagentarif besteht, kann der Versicherte verlangen, dass **Zusatzversicherungen** ruhen.



Der Versicherer erstattet insbesondere

- **ambulante ärztliche Leistungen** bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen durch **Vertragsärzte**, also die in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung zugelassenen sogenannten Kassenärzte. Neue Behandlungsmethoden werden nur erstattet, wenn sie in den GKV-Schutz aufgenommen wurden;
- **schmerzstillende Zahnbehandlungen** und dadurch notwendige Zahnfüllungen durch **Vertragsärzte** (Kassenärzte), nicht jedoch Zahnersatz; **kieferorthopädische Behandlungen von Versicherten unter 18 Jahren** wegen erheblicher Probleme beim Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen zu 80 Prozent, sofern die Behandlung bereits deutlich vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und nicht aufgeschoben werden kann.
- **allgemeine Krankenhausleistungen** im nächstgelegenen öffentlichen Krankenhaus, das für die Behandlung geeignet ist; für die Behandlung durch einen Belegarzt muss die Abrechnung gemäß den → für den Notlagentarif geltenden Gebührensätzen für ambulante Leistungen erfolgen;
- **verschreibungspflichtige Arzneimittel, Verbandmittel** sowie **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausnahmsweise verordnet werden können. Der Versicherte muss die Arznei- und Verbandmittel jeweils von einem Vertragsarzt verordnet bekommen und innerhalb von 10 Tagen aus der Apotheke beziehen. Bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln erstattet der Versicherer in der Regel nur die Kosten für die drei preisgünstigsten;
- von einem Vertragsarzt verordnete **Heilmittel für Kinder und Jugendliche**, sofern die Behandlung bereits deutlich vor der Versicherung im Notlagentarif begonnen wurde und medizinisch zwingend erforderlich ist. Maßgeblich sind die Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der GKV-Heilmittelkatalog.
- **Hilfsmittel in Standardausführung**, die von einem Vertragsarzt verordnet wurden. Innerhalb von 10 Tagen nach Verordnung muss hierfür die Zusage des Versicherers beantragt werden.

Die Leistungen im  
Überblick

## 5.4 Als Versicherter im Notlagentarif beim Arzt

Der Versicherte im Notlagentarif kann sich von allen Ärzten und Zahnärzten behandeln lassen, die zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung in der GKV zugelassen sind (sogenannte Kassenärzte). Wie bei gesetzlich Versicherten sowie Versicherten im Standard- und Basistarif ist die ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Versicherte im Notlagentarif, die in ihrem alten Tarif eine Card für Privatversicherte hatten, dürfen diese nicht mehr verwenden, sondern müssen sie unverzüglich an ihren Versicherer zurückgeben.

**Vor Behandlungsbeginn** muss der Versicherte den Arzt oder Zahnarzt unbedingt darauf hinweisen, dass er im Notlagentarif versichert ist. Denn nur in diesem Fall ist der Arzt an die Gebührensätze gebunden, die für den Notlagentarif gelten: Die Rechnung darf höchstens mit dem 1,8-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt sein bzw. mit dem 2,0-Fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), bei medizinisch-technischen Leistungen mit dem 1,38-Fachen (GOÄ) und bei Laborleistungen mit dem 1,16-Fachen (GOÄ).

Wie für die PKV üblich, stellt der Arzt dem Versicherten nach erfolgter Behandlung eine Rechnung, die dieser dann an seine PKV weiterreichen kann. Erhält der Versicherte eine Rechnung mit höheren Gebührensätzen, erstattet der Versicherer die oben genannten Sätze. Die Differenz aus dem Rechnungsbetrag und der Erstattungssumme muss der Versicherte selbst tragen.

Für den Notlagentarif  
geltende Gebühren-  
sätze

## 6. Fallbeispiele

*1. Wer über einen längeren Zeitraum nicht versichert war und einen Anspruch auf Aufnahme in den Basistarif hat, muss Prämienzuschläge für die nicht-versicherte Zeit zahlen. Was passiert, wenn die Betroffenen die Prämienzuschläge nicht zahlen können? Ab wann sind sie dann versichert? Und kommen sie direkt in den Notlagentarif?*

Der Versicherungsschutz im Basistarif beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Das gilt unabhängig davon, ob noch Prämienzuschläge für die Zeit der Nichtversicherung zu zahlen sind. Kann ein Neuversicherter die Beiträge und Prämienzuschläge nicht zahlen, erfolgt das übliche → Mahnverfahren. Erst am Ende dieses Verfahrens und weiterbestehenden Beitragsschulden werden Versicherte in den Notlagentarif umgestellt. Hilfebedürftige im Sinne des Sozialrechts kommen nicht in den Notlagentarif. Sie erhalten im notwendigen Umfang → Zuschüsse zum Beitrag im Basistarif.

Gesetzliche Grundlage: §§ 193 Abs. 4 ff. VVG

*2. Versicherte im Basistarif müssen bei nachgewiesener Hilfebedürftigkeit nur den → halbierten Höchstbeitrag zahlen. Wird ein Prämienzuschlag (Strafbeitrag wegen Nichtversicherung) dann auf Grundlage dieses reduzierten Beitrags berechnet? Welche Unterlagen sind dafür erforderlich?*

Maßgeblich für den Prämienzuschlag wegen Nichtversicherung ist immer der Monatsbeitrag bei Versicherungsbeginn. Ist der Neuversicherte bereits hilfebedürftig oder würde es durch Zahlung des Beitrags zum Basistarif werden, muss er von Beginn an nur den halben Höchstbeitrag bezahlen. Entsprechend ist auch der Prämienzuschlag für die gesamte nichtversicherte Zeit auf die Hälfte reduziert. Das gilt auch dann, wenn die Hilfebedürftigkeit im Laufe der Versicherungszeit endet und der Prämienzuschlag noch nicht vollständig beglichen ist.

Damit der Beitrag auf die Hälfte reduziert und ein geringerer Prämienzuschlag erhoben wird, muss der Versicherte seine Hilfebedürftigkeit nachweisen. Hierfür muss er dem PKV-Unternehmen eine Bescheinigung des zuständigen Sozialhilfeträgers vorlegen.

*3. Ein selbstständiger privatversicherter Handwerker kommt mit seinem Versicherungsbeitrag in Zahlungsverzug, da zwei Großkunden ihre Rechnungen noch nicht beglichen haben. Die Versicherung stuft ihn schließlich in den Notlagentarif um. Nach einer notwendigen Arztbehandlung reicht er die Rechnung über mehrere Hundert Euro beim Versicherer ein. Darf dieser den zu erstattenden Betrag mit den Beitragsschulden verrechnen?*

Die privaten Krankenversicherer dürfen grundsätzlich, insoweit der Versicherte nicht hilfebedürftig und im Basistarif versichert ist, rückständige Beiträge gegen Kostenerstattungsansprüche der Versicherten aufrechnen. Nach einem aktuellen Urteil des Bundesgerichtshofs ist das auch im Notlagentarif zulässig (Urteil vom 5. Dezember 2018; Az. IV ZR 81/18).

Der PKV-Verband hatte bei Einführung des Notlagentarifs im Konsens mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) dazu geraten, von einer solchen Aufrechnung abzusehen. Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der Aufrechnung im Gesetzestext aber nicht ausdrücklich ausgeschlossen; der Bundesgerichtshof geht davon aus, dass ein solcher Ausschluss auch nicht gewollt war.

**4. Unmittelbar nach einer mehrjährigen Gefängnisstrafe stellt der gerade Entlassene einen Antrag auf Wiederaufnahme bei der PKV, bei der er bis zu seinem Haftantritt versichert war. Darf das Versicherungsunternehmen die Aufnahme ablehnen?**

Mit Haftantritt entsteht nach dem Strafvollzugsgesetz Anspruch auf kostenlose Gesundheitsfürsorge und die private Krankenversicherung kann gekündigt werden. Für die aus der Haft Entlassenen gilt dann wieder die → Pflicht zur Versicherung. Ehemals Privatversicherte müssen in der Regel wieder eine private Krankenversicherung abschließen, sofern sie nicht versicherungspflichtig in der GKV werden. Der frühere Versicherer ist jedoch nicht zur Aufnahme in den alten Tarif verpflichtet, sondern kann sie z. B. aufgrund des Gesundheitsrisikos ablehnen. Der ehemals Versicherte hat grundsätzlich keine Rechte aus seinem alten Vertrag.

Allerdings hat die betreffende Person das Recht, beim PKV-Unternehmen seiner Wahl in den Basistarif aufgenommen zu werden (→ Kapitel 4.1). Lediglich der frühere Versicherer darf die Aufnahme ablehnen, sofern dieser den ursprünglichen Versicherungsvertrag außerordentlich gekündigt oder angefochten hatte oder davon zurückgetreten war.

Um Schwierigkeiten bei der Rückkehr in die PKV zu vermeiden, bietet sich üblicherweise der Abschluss einer → Anwartschaftsversicherung an. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat dann keine Auswirkung auf Aufnahme und Versicherungsbeitrag.

**5. Ein EU-Bürger betreibt ein Gewerbe (Kleinunternehmen), war noch nie krankenversichert und möchte jetzt eine Krankenversicherung abschließen. Kann er sich privat oder gesetzlich versichern?**

Wer seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat, muss in der Regel auch eine Krankenversicherung in Deutschland haben. Damit hat er auch einen Anspruch auf Aufnahme in die PKV oder GKV. Welches Versicherungssystem im jeweiligen Fall für ihn das gültige ist, muss geprüft werden. Für Personen, die hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind, ist das in der Regel die PKV. Damit gilt das Recht auf Aufnahme in den Basistarif bei einem beliebigen PKV-Unternehmen.

## Glossar

### → Alterungsrückstellungen

Die Private Kranken- und Pflegeversicherung bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt.

Der Versicherungsbeitrag wird so kalkuliert, dass er in jungen Jahren höher ist als die zu erwartenden Leistungen. Die Differenz wird in der Alterungsrückstellung verzinslich angelegt. Wenn in späteren Lebensjahren die kalkulierten Kosten für Gesundheitsleistungen über dem Zahlbeitrag liegen, wird die Lücke durch Entnahme aus den Alterungsrückstellungen geschlossen.

### → Anwartschaftsversicherung

Eine Anwartschaftsversicherung garantiert das (Wieder-)Aufleben eines Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Die PKV unterscheidet zwischen der kleinen und großen Anwartschaft: Die kleine Anwartschaft erspart später eine neuerliche Gesundheitsprüfung. Bei der großen Anwartschaft werden zusätzlich Alterungsrückstellungen gebildet. Dadurch ist der Anwartschaftsbeitrag höher, der spätere Versicherungsbeitrag jedoch geringer. Eine Anwartschaft bietet sich für Versicherte an, die vorübergehend in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln müssen oder für eine Weile ins Ausland ziehen. Ebenso empfiehlt sie sich für Beamte mit freier Heilfürsorge, da sie im Ruhestand zusätzlich zu ihrer Beihilfe eine Krankenversicherung benötigen.

### → Arbeitgeberzuschuss

Privatversicherte erhalten einen Zuschuss ihres Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag. Auch zum Versicherungsbeitrag der Angehörigen zahlen die Arbeitgeber einen Zuschuss, wenn sie bei gesetzlicher Krankenversicherung des Arbeitnehmers familienversichert ([➔ § 10 SGB V](#)) wären.

Der Arbeitgeberzuschuss ist auf die Hälfte des Beitrages begrenzt, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung und ggf. die seiner Angehörigen tatsächlich zu zahlen hat.

Darüber hinaus ist der Arbeitgeberzuschuss begrenzt auf den Anteil, den der Arbeitgeber höchstens zu zahlen hätte, wenn der Beschäftigte nicht privat, sondern gesetzlich versichert wäre. Dieser Anteil berechnet sich aus dem halben allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (2020: 14,6 %;  $\frac{1}{2} = 7,3$  %) und dem halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen (2020: 1,1 %;  $\frac{1}{2} = 0,55$  %) unter Zugrundelegung der Beitragsbemessungsgrenze.

Für 2020 gilt daher:

|                      |                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------|
| 4.687,50 Euro        | Beitragsbemessungsgrenze                                 |
| x (0,146 + 0,011)    | (allg. Beitragssatz + durchschnittl. Zusatzbeitragssatz) |
| / 2                  |                                                          |
| <b>= 367,97 Euro</b> | maximaler Arbeitgeberzuschuss zur PKV                    |



Erreicht das Einkommen des Versicherten nicht die Beitragsbemessungsgrenze, so wird nicht diese, sondern nur das gezahlte Arbeitsentgelt als Grundlage für die Berechnung des Arbeitgeberzuschusses genommen.

### → Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt an, bis zu welcher Höhe das Einkommen gesetzlich Versicherter für die Berechnung ihres Krankenversicherungsbeitrags berücksichtigt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich entsprechend der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst. Sie liegt 2020 bei 4.687,50 Euro (Monat).

Für die Private Krankenversicherung (PKV) ist sie im Zusammenhang mit dem **Arbeitgeberzuschuss** und dem **Höchstbeitrag im → Standardtarif und → Basistarif** von Bedeutung.

### → Beitragsrückerstattung

Die privaten Krankenversicherer sehen in zahlreichen Tarifen die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung vor: Reicht ein Versicherter über einen längeren Zeitraum keine **Rechnungen** bei seinem Versicherer ein, erhält er Geld zurückerstattet. Die Höhe der Beitragsrückerstattung ist für den jeweiligen Tarif vertraglich festgelegt. In der Regel liegt sie bei ein bis mehreren Monatsbeiträgen und ist umso höher, je länger der Versicherte keine Versicherungsleistungen in Anspruch nimmt.

Zudem zahlen viele Versicherer einen kleineren Teil der Beiträge zurück, wenn ein Versicherter nur ein bis maximal zwei Mal im Jahr Rechnungen einreicht.

Weitere Informationen zur Beitragsrückerstattung und zur Beitragskalkulation insgesamt finden Sie in unserer Broschüre ➤ *„Die Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung“*.

### → Selbstbehalt

In den meisten Tarifen haben die Versicherten einen Eigenanteil an den Krankheitskosten. Dieser kann prozentual sein, in Abhängigkeit von den entstandenen Kosten. Die andere Variante ist der absolute Selbstbehalt. In diesem Fall zahlt der Versicherte sämtliche Krankheitskosten im Jahr bis zu einer vereinbarten Summe selbst. Er reicht die Rechnungen erst bei seiner Versicherung ein, wenn alle Beträge zusammen den Selbstbehalt übersteigen. Die Versicherung erstattet dann die Kosten oberhalb des Selbstbehalts. Grundsätzlich gilt: Je höher der vereinbarte Selbstbehalt ist, desto günstiger fällt der Versicherungsbeitrag aus. Laut Gesetz (➤ § 193 VVG) darf der Selbstbehalt pro Jahr und Person für die ambulante und stationäre Behandlung 5.000 Euro nicht übersteigen.



---

## Weitere Informationen

zum Standardtarif und zum Basistarif finden Sie unter

➔ [www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen](http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen)

in folgenden Broschüren:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009, Tarifbedingungen, Tarif ST)
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009, Tarif BT, Besondere Bedingungen)
- 

Stand: Mai 2020

Bildnachweis: Titel: skyneshar/istockphoto; Seite 4: gettyimages/Images-Bazaar; Seite 6: gettyimages/Image Source; Seite 10: gettyimages; Seite 12: shutterstock/Alexander Rath; Seite 15: gettyimages/Guido Mieth; Seite 17: shutterstock/George Rudy; Seite 23: gettyimages/domin\_domin



Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74c · 50968 Köln  
Telefon (0221) 99 87 - 0 · Telefax (0221) 99 87 - 39 50

Unter den Linden 21 · 10117 Berlin  
Telefon (030) 20 45 89 - 0 · Telefax (030) 20 45 89 - 33

[www.pkv.de](http://www.pkv.de) · [kontakt@pkv.de](mailto:kontakt@pkv.de)

**Stellungnahme der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz zur Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzesentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz – Drucks. 20/2969.**



Clearingstelle Krankenversicherung  
Rheinland-Pfalz

- c/o Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
Zitadelle 1F  
55131 Mainz
- Ihre Ansprechpartner:  
Nele Kleinehanding  
Johannes Lauxen
- Telefon: (06131) 619 86 11  
Fax: (06131) 627 91 82  
E-Mail: kontakt@cskv-rlp.de

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Abgeordnete, ich spreche zu Ihnen im Namen der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, die durch Landesmittel finanziert wird und im September 2019 in Trägerschaft des Mainzer Vereins „Armut und Gesundheit in Deutschland“ ihre Arbeit aufgenommen hat. Neben mir ist die Clearingstelle mit meiner Kollegin Nele Kleinehanding besetzt, die schon seit 2013 in der Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung tätig ist, und in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs von Hilfesuchenden beobachtet. Vor diesem Hintergrund möchte ich Ihnen heute einen kleinen Einblick in unsere Arbeit geben.

Seit September 2019 haben sich 283 Hilfesuchende an unsere Beratungsstelle gewandt. 38% der Hilfesuchenden konnten wir vollumfänglich für den Krankheitsfall absichern. Diese Zahlen beziehen sich nur auf Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt in Rheinland-Pfalz haben. Gesundheitsministerin Bätzing-Lichtenthäler schätzt die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung in RLP auf ca. 20 000. Den Eindruck, dass das Problem viele Menschen betrifft, können wir bestätigen. Täglich wenden sich neue Hilfesuchende an uns. Wöchentlich werden wir auch von Menschen und Beratungsstellen aus Hessen und anderen Bundesländern kontaktiert. Deren Anfragen können wir aufgrund unseres Auftrags jedoch nur rudimentär bedienen. Alleine 253 Patientinnen und Patienten aus Hessen haben seit Eröffnung der medizinischen Anlaufstelle des Vereins Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. im Jahr 2013 Hilfe gesucht.

Im Alltag sind wir immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie es sein kann, dass trotz der allgemeinen Versicherungspflicht seit 2009 noch Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland leben. So unterschiedlich wie die Menschen, die bei uns Hilfe suchen, so unterschiedlich sind auch die Gründe für einen fehlenden oder unzureichenden Krankenversicherungsschutz.

Aufgrund der Gesetzeslage sind dabei drei Gruppen von Hilfesuchenden zu unterscheiden, die je unterschiedliche Voraussetzung für die Integration in eine Krankenversicherung mitbringen, nämlich Menschen aus Deutschland, Menschen aus der EU und Menschen aus Drittstaaten. Dementsprechend sind sie auch oft mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert.

Etwa die Hälfte der Hilfesuchenden sind Deutsche. Für sie bestehen teilweise immense bürokratische Hürden zur Wiedererlangung eines Krankenversicherungsschutzes. Die Gesetzeslage ist hochkomplex und die Betroffenen sind auf eine gute Beratung angewiesen. Dies wird alleine daran deutlich, dass wir immer wieder auch Anfragen aus Behörden kriegen, die selbst mit der Gesetzeslage überfordert sind.

Ein auffallendes Hindernis ist dabei die häufig fehlende oder falsche Beratung durch Krankenversicherungen und Sozialleistungsträger. Diese kommen ihrer Beratungspflicht leider oft nicht angemessen nach. Das geht teilweise soweit, dass wir offensichtlich bestehende Rechtsansprüche der Hilfesuchenden aktiv und unter Nennung der relevanten Paragraphen erstreiten müssen.

Wir erleben darüber hinaus, dass manche Krankenkassen wochenlang warten bis sie angeforderte Antragsunterlagen verschicken, immer wieder neue Nachweise verlangen und sogar ratsuchende Menschen abweisen, ohne ihnen überhaupt die Möglichkeit zu geben, einen Antrag zu stellen.

Ein weiteres Problem sind die großen Beitragsschulden, die aufgrund der Gesetzeslage bei längeren Versicherungslücken entstehen. Menschen, die in ohnehin oft schwierigen Situationen die Kraft aufbringen, sich um einen Versicherungsschutz zu bemühen, sind dann oft mit hohen Schulden konfrontiert. Wir erleben zudem, wie Ihnen mündlich von den Krankenkassen Beträge genannt, die die tatsächlich nachzuzahlenden Beiträge um ein vielfaches übersteigen. Dies kann dazu führen, dass Menschen, die einen Rechtsanspruch auf eine Krankenversicherung haben, sich aus Angst vor der Schuldenlast gegen die Krankenversicherung entscheiden.

Ab dem Alter von 55 Jahren ist ein Wechsel vom privaten in das gesetzliche System in der Regel nicht mehr möglich. Es gibt nicht wenige Menschen, die früher einmal privat und dann lange nicht versichert waren. Sie können oft die hohen Kosten einer privaten Krankenversicherung nicht aus eigenen Mitteln zahlen und bleiben deshalb ohne Krankenversicherung.

Aber auch Menschen die schon Mitglied einer Krankenkasse sind, haben nicht immer eine umfängliche Krankheitsversorgung. Insbesondere bei Selbstständigen können schnell hohe Beitragsschulden zustande kommen. Diese führen zu einem stark eingeschränkten Leistungsanspruch.

Von fehlenden Sozialleistungsansprüchen sind vor allem Menschen aus EU-Staaten betroffen, die ca. ein Viertel der Hilfesuchenden in unserer Beratungsstelle ausmachen. Sie sind oft in Ausbeutungsverhältnissen beschäftigt und werden von ihren Arbeitgebern nicht bei einer Krankenkasse angemeldet.

Bei Menschen aus Drittstaaten führt oft ein unregelmäßiger Aufenthaltsstatus dazu, dass diese Menschen sich nicht versichern können. Aber auch Menschen, deren Aufenthalt von einer Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängt, können nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Ihnen bleibt nur die oft zu teure private Krankenversicherung. Zudem können ungeklärte Zuständigkeiten, z.B. zwischen Kommunen, dazu führen, dass Menschen zwischenzeitlich ohne Krankenversicherung dastehen und dennoch dringend Hilfe benötigen.

Bundesweit gibt es aktuell 14 Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung. Der Zuwachs an Beratungsangeboten ist einerseits erfreulich, weil die betroffenen Menschen dringend Hilfe benötigen. Andererseits füllen Clearingstellen und medizinischen Anlaufstellen derzeit lediglich Lücken im System. Wenn Menschen erst eine Clearingstelle aufsuchen müssen, um ihr Menschenrecht auf angemessene gesundheitliche Versorgung wahrnehmen zu können, dann erfüllt der Sozialstaat seine Aufgaben nur ungenügend. Es

bedarf daher neben der Einrichtung von weiteren Beratungsangeboten dringend gesetzlicher Reformen.

Die Finanzierung unserer Clearingstelle wurde zunächst bis Ende dieses Jahres bewilligt. Die beantragte Weiterbewilligung wird voraussichtlich wieder auf ein Jahr beschränkt sein. Um ein gutes und kontinuierliches Beratungsangebot zu gewährleisten, muss das Clearing aber auf ein stabiles Fundament gestellt werden.

Zusätzlich zu den Clearingstellen setzen wir uns deutlich für einen Behandlungsfonds ein, um in dringenden Notsituationen Behandlungskosten übernehmen zu können. Menschen wenden sich oft erst an die vorhandenen Anlaufstellen, wenn sie akute Schmerzen oder lebensbedrohliche Krankheiten haben. Dann muss es oft schnell gehen. Menschen in das Krankenversicherungssystem zu integrieren, kann aber unter Umständen monatelang dauern und erfordert nicht selten eine längerfristige Beratungen und Begleitung. Ein Behandlungsfonds könnte in solchen Fällen notwendige Behandlungskosten übergangsweise decken.

Zudem gibt es auch Menschen, die aufgrund der bestehenden Gesetzeslage einfach nicht in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren sind. Mit einem Behandlungsfonds könnten auch diese Menschen notwendige medizinische Behandlungen erhalten.

Die Zahl derer, die sich an Beratungsstellen wenden steigt merklich an und es ist Zeit jetzt entschlossen zu handeln. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Clearingstelle Krankenversicherung RLP wird gefördert durch:



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
ARBEIT, GESUNDHEIT  
UND DEMOGRAFIE



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR FAMILIE,  
FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION  
UND VERBRAUCHERSCHUTZ

Stellungnahme der Diakonie Hessen – Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck und des Paritätischen Hessen

zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

– Drucks. 20/2969 –

2. September 2020

Im Namen der Diakonie Hessen und der Parität Hessen danken wir für die Einladung zu einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Die Diakonie Hessen und der Paritätische Hessen begrüßen die Initiative für diesen Gesetzentwurf. In unserer Stellungnahme greifen wir auf Positionen zurück, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Illegalität erarbeitet wurden<sup>1</sup>, sowie auf Erfahrungsberichte aus der diakonischen und paritätischen Beratungspraxis.

Das Grundrecht auf Gesundheit und damit der Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – wurde von der Bundesrepublik Deutschland mit der Unterzeichnung internationaler Abkommen anerkannt, u. a. dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (sog. UN-Sozialpakt). Auch die verfassungsgemäße Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit erfordern eine medizinische Grundversorgung. Die rechtlichen Bestimmungen gelten für alle Menschen uneingeschränkt. Sie sind auch unabhängig davon, welchen Status bzw. Aufenthaltsgenehmigung eine Person hat.

---

<sup>1</sup> Die Diakonie Hessen arbeitet in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Illegalität mit, in der Expert\*innen aus der medizinischen Praxis, aus dem Gesundheitswesen, Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Wissenschaft, Kommunen und nichtstaatlichen Organisationen zusammengeschlossen sind.

In der Praxis bleibt verschiedenen Gruppen von Migrant\*innen, u.a. Patient\*innen ohne Papiere, der Zugang zur Gesundheitsversorgung oft versperrt. Mitgliedsorganisationen der Diakonie Hessen, der Parität Hessen und weitere Wohlfahrtsverbände engagieren sich an verschiedenen Orten und leisten humanitäre medizinische Versorgung bzw. vermitteln an nichtstaatliche Initiativen oder – wo möglich – an städtische Gesundheitsämter z.B. in Frankfurt am Main. Die Medi-Netze an unterschiedlichen Orten auch in Hessen leisten viel bei der Vermittlung zu Ärzt\*innen. Das zivilgesellschaftliche Engagement kann jedoch die sozialstaatliche Pflicht zur Umsetzung des Rechts auf Gesundheit nicht kompensieren. Die Diakonie Hessen hat sich bereits seit vielen Jahren für die Ausstellung von anonymen Krankenscheinen ausgesprochen, um eine an der kassenärztlichen Versorgung orientierte Behandlung nach SGB V zu gewährleisten.

Offenbar ist trotz Versicherungspflicht ein deutlicher Anstieg von nichtversicherten Personen in Deutschland zu verzeichnen.<sup>2</sup> Der wirtschaftliche Abschwung im Zuge der Corona-Pandemie könnte zu einem weiteren Anstieg führen, wenn insbesondere kleine Unternehmen die Versicherungsgebühren nicht zahlen können oder Selbständige dazu nicht mehr in der Lage sind. Wohnungsverlust und Verschuldung, aber auch bürokratische Hürden und mangelnde Informationen zum Zugang zur Krankenversicherung dürften eine Rolle spielen.

### **Zur Einrichtung von Clearingstellen**

Immer wieder wird aus medizinischen Anlaufstellen über Menschen berichtet, die keinen Zugang zum Gesundheitswesen haben und humanitäre Hilfe suchen. Dazu gehören Einheimische ebenso wie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und auch EU Bürger\*innen, die sich legal in Deutschland aufhalten und dennoch keinen (geklärten) Krankenversicherungsschutz haben. Auch Geflüchtete sind zu nennen, die in einem anderen EU-Land einen Asylantrag gestellt haben, sich aber in Deutschland aufhalten und in dieser Zeit akuten gesundheitlichen Versorgungsbedarf haben. Darüber hinaus gibt es eine große und zunehmende Zahl wohnungsloser Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und ohne Zugang zum Gesundheitswesen. Die sehr unterschiedlichen medizinischen und humanitären Beratungsstellen arbeiten überwiegend außerhalb des gesundheitlichen Regelsystems, vielfach unentgeltlich und auf Basis von Spenden und Zuwendungen. Spenden und Ehrenamt sind jedoch keine angemessene Basis, um das Recht auf Gesundheit für alle hier lebenden Menschen umzusetzen. Daher sprechen wir uns für den bedarfsgerechten Zugang auf GKV-Leistungsniveau für alle in Deutschland lebenden

---

<sup>2</sup> Mikrozensus, Statistisches Bundesamt, „2019 hatten 143.000 Menschen keine Krankenversicherung. 2015 waren es erst rund 79.000“, Frankfurter Rundschau, 15.8.2020

Menschen aus. Clearingstellen können dafür intermediäre Lösungsansätze bilden, wenn sie bedarfsgerecht konzipiert sind.

Kommunale Clearingstellen sollen einen niedrigschwelligen Zugang und eine gute Versorgung für die genannten Personengruppen gewährleisten.

- Die Beratung der kommunalen Clearingstelle sollte auf einen **Zugang zum regulären Gesundheitssystem** hinwirken. Sie sollte zum Ziel haben, die soziale und rechtliche Lage der Betroffenen zu verbessern. Hierfür müssen alle Angebote zur Vermittlung in gesundheitliche Versorgung mit dem Angebot einer aufenthalts- und sozialrechtlichen Beratung und gegebenenfalls auch Unterstützung/Begleitung bei der Umsetzung der notwendigen folgenden Schritte verbunden werden.
- Sinnvoll ist die Vergabe eines anonymisierten Krankenscheins für alle Personen ohne Aufenthaltsstatus, solange keine andere Möglichkeit besteht, zum/zur Ärzt\*in oder in ein Krankenhaus zu gehen. Krankenscheine sollten anlassbezogen ausgestellt werden, aber für ein Quartal ohne Indikationsbezug für ambulante Diagnostik und (fachärztliche) Behandlung gültig sein. Um eine möglichst hohe Akzeptanz unter der Ärzt\*innenschaft zu erreichen, sollte der Schein einen hohen Wiedererkennungswert haben und sich am sogenannten U-Schein gem. § 264 Abs. 1 SGB V orientieren. Er sollte auf einen von den Patient\*innen selbstgewählten Namen ausgestellt werden, der möglichst für alle Behandlungen beibehalten werden sollte. Für die Abrechnung wird ein Verfahren gem. § 264 Abs. 1 SGB V angestrebt (Nutzung des Abrechnungssystems von KV, KZV und Apothekerkammer bei der ambulanten Versorgung sowie Rechnungsprüfung bei der stationären Versorgung durch die AOK).
- Eine Clearingstelle sollte nicht selbst medizinische Behandlungen durchführen. Bei offensichtlichen Notfällen sollen der KV-Bereitschaftsdienst bzw. ein Rettungswagen oder Notärztliche Hilfe gerufen werden.
- Die Beratung sollte sozial und rechtlich ausgerichtet sein, im Sinne einer freiwilligen und klient\*innenorientierten Unterstützungsleistung im geschützten Rahmen, um mögliche Wege auszuloten, wie - oft durchaus bestehende - Leistungsansprüche eingelöst werden können. Zentral für die Beratung sind sozialrechtliches (AsylbLG, SGB II, V, XII) und aufenthaltsrechtliches Wissen der Mitarbeiter\*innen und entsprechende Beratungskompetenzen.
- Das Wohl der Adressat\*innen muss im Mittelpunkt stehen. Sie müssen umfassend informiert und zu eigenständigen Entscheidungen befähigt werden.
- Die Vertraulichkeit der Beratung muss gesichert sein. Entsprechend darf es für alle Mitarbeitenden von Clearingstellen keine Übermittlungspflicht von personen- bzw. statusbezogenen Daten an Behörden geben.
- Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen: Die Clearingstelle sollte Vereinbarungen mit den Behörden über unbürokratische Abwicklungsprozesse treffen, die den Lebensrealitäten der Betroffenen entsprechen (z. B. Vorlagen für den Nachweis oder die Glaubhaftmachung der Mittellosigkeit oder niedrigschwellige Anforderungen an Dokumente aus der Heimat oder einem anderen Land, in dem die Person gelebt hat)



- Neben der direkten Beratung und dem Clearing der Ratsuchenden soll die Clearingstelle ihre Kompetenz und ihr Wissen für die kollegiale Beratung von Mitarbeiter\*innen anderer Beratungsstellen zur Verfügung stellen. Die Clearingstelle muss eng mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzt\*innen, Gesundheitsämtern, Beratungsstellen, Anlaufstellen, Frauenhäusern, Notunterkünften, Behörden etc. in der Kommune vernetzt sein.

Um diese Beratung leisten zu können und Vertrauen aufzubauen, sollten Clearingstellen langfristig und stabil etabliert werden. Clearingstellen werden nur dann genutzt werden, wenn der Schutz der Betroffenen vor Sanktionen ausreichend gewährleistet ist.

Entsprechend muss sichergestellt sein, dass die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz nicht greift, wenn freie Träger, Wohlfahrtsverbände oder andere zivilgesellschaftliche Organisationen beauftragt werden, eine Clearingstelle umzusetzen.

Clearingstellen sollen grundsätzlich für alle Menschen mit ungeklärtem Versicherungs- oder Kostenträgerstatus offenstehen, für Menschen ohne Papiere, EU-Bürger\*innen, Drittstaatsangehörige und Deutsche ohne Krankenversicherung.

Entsprechend sollten Clearingstellen nach Möglichkeit bei bereits vorhandenen Beratungsstellen angesiedelt werden, um die notwendigen Kompetenzen von Sozialarbeiter\*innen, Kenntnisse zu Sozialversicherungen, (Ausländer-)Sozialrecht, Aufenthaltsrecht, EU-Freizügigkeitsrecht, Buchhaltung und Organisation abzusichern.

Sprachmittlung sollte in ausreichendem Umfang eingeplant werden.

### **Fonds und Finanzierung**

Die medizinische Versorgung soll in einem bedarfsgerechten Leistungsumfang nach den GKV-Leistungskatalog erfolgen. Leistungen bei speziellen Erkrankungen, wie z.B. HIV-Infektion, chronischen Erkrankungen dürfen nicht ausgeschlossen werden.

Ein anonymer Krankenschein und eine Abrechnung über das GKV-System würde den Zugang zu allen Ärzten erlauben. Auch würde damit vermieden, ein weiteres Parallelsystem aufzubauen. Die Refinanzierung an die Krankenkassen wäre über einen vom Land Hessen eingerichteten Fond, wie vorgeschlagen, möglich.

Die vorgeschlagene Größe des Fonds bzw. Höhe des Gesamtbudgets für Clearingstellen und Behandlungsfond halten wir für einen guten Einstieg in die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung in Hessen. Insbesondere für Sprachmittlung brauchen die Clearingstellen u.U. dauerhaft zusätzliche Mittel. Da es derzeit keine verlässlichen Zahlen oder Schätzungen bezüglich der zu erwartenden Kosten für eine bedarfsgerechte Behandlung gibt, würden wir eine Evaluierung nach zwei bis drei Jahren und – falls notwendig auch früher - eine Aufstockung des Volumens begrüßen.

## Empfehlungen:

Der Gesetzentwurf der Fraktion Die Linke enthält die notwendige umfassende gesundheitliche Versorgungsplanung. Eine landesweite Einrichtung von Clearing-Stellen in allen Städten und Landkreisen in Hessen würde den notwendigen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtern. Vielfach, so zeigt sich in der Praxis von Clearingstellen in anderen Bundesländern, können auch vorhandene Versicherungsansprüche geltend gemacht werden. Da vielfältige Beratungskompetenzen gebraucht werden, halten wir den vorgeschlagenen Ansatz, die Clearingstellen bei Wohlfahrtsverbänden oder karitativen Organisationen anzusiedeln, für sinnvoll und würden eine Ansiedlung bei bereits bestehenden Beratungsstellen für Migrant\*innen, Wohnungsnotfallhilfe und Soziales befürworten.

Eine für das Land Hessen koordinierende Clearing-Stelle wäre zu begrüßen, bei der auch die Verwaltung eines Fonds angesiedelt sein sollte. Vorrangig möchten wir uns für die Abrechnung anonymer Krankenscheine über die Krankenkassen aussprechen, die für Ärzt\*innen keine Zusatzkenntnisse und –arbeit erfordert. Die Krankenkassen könnten dann über den Fonds eine Refinanzierung für die anonyme Behandlung erhalten.

Entscheidend für die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wird das Vertrauen sein. Daher sollten alle in diesem Bereich tätigen Personen von der Übermittlungspflicht personenbezogener und aufenthaltsrechtlicher Daten ausgenommen werden.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn der Hessische Landtag auf Grundlage dieses Entwurfes ein Gesetz zur Schaffung von flächendeckenden kommunalen Clearingstellen und einer Landesclearingstelle sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz möglichst schnell beschließen könnte und die notwendigen Mittel in den Haushalt der nächsten Jahre einplant.

Doris Peschke

Referentin Abt. Flucht, Interkulturelle Arbeit,  
Migration – Projektleitung Wege in die Legalität  
Diakonie Hessen

Stefan Gillich

Referent Wohnungsnotfallhilfe  
Abteilung Existenzsicherung, Armutspolitik, Gemeinwesendiakonie  
Diakonie Hessen

Lea Rosenberg

Referentin Migration, Flucht, Asyl  
Der Paritätische Hessen



Hessischer  
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag  
Der Vorsitzende des Sozial- und  
Integrationspolitischen Ausschusses  
Schlossplatz 1–3  
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2  
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0  
Durchwahl (0611) 17 06- 16

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27  
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70  
PC-Fax-direkt (0611) 900 297-71

e-mail-Zentrale: [info@hlt.de](mailto:info@hlt.de)  
e-mail-direkt: [hilligardt@hlt.de](mailto:hilligardt@hlt.de)

[www.HLT.de](http://www.HLT.de)

Datum: 03.09.2020

Az. : Hi/415.13

*Vorab per E-Mail an:*

[m.sadkowiak@ltg.hessen.de](mailto:m.sadkowiak@ltg.hessen.de) und [m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

**Stellungnahme zur öffentlichen mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz**  
**– Drucks. 20/2969 –**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,

für die Möglichkeit, zu dem vorliegenden Gesetzentwurf eine schriftliche Stellungnahme abgeben zu können, bedanken wir uns. Aus terminlichen Gründen wird es uns leider nicht möglich sein, an der mündlichen Anhörung teilzunehmen. Hierfür bitten wir um Verständnis.

Grundsätzlich wird das Ziel des Entwurfs seitens des Hessischen Landkreistages begrüßt. Es bestehen allerdings erhebliche Zweifel, ob sich das Ziel mit der Vorlage verwirklichen ließe.

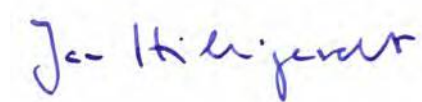
Die Landkreise als Sozialhilfeträger sind bereits unter heutiger Gesetzeslage für die Einbindung von Personen ohne Krankenversicherungsschutz in das System der Gesundheitsversorgung zuständig. Insbesondere durch das fünfte Kapitel SGB XII (Hilfen zur Gesundheit) in Zusammenhang mit § 25 SGB XII liegen beim Sozialhilfeträger umfassende personelle Kompetenzen vor. Die Krankenhilfesachbearbeiter\*innen beim Sozialhilfeträger nehmen also bereits jetzt die Aufgaben der im Entwurf geplanten Clearingstelle wahr. Hier sollten sie auch verbleiben, um den Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden.

Es stellt sich zudem die Frage, welche Rechtsnatur die Übernahme von Behandlungskosten aus einem Fond (§ 4 Abs. 3 des Entwurfs) haben soll. Welche Rechtsansprüche entstehen in Folge dessen? Diese Frage stellt sich auch für die geplante Landesclearingstelle (§ 4 Abs. 4).

Insbesondere im Bereich des Asylrechts würde sich durch den Entwurf nichts ändern. Leistungsberechtigte in dem Bereich würden von dem Entwurf nicht profitieren, weil nach § 5 (11) S. 3 SGB V eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vorliegt, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 AsylbLG dem Grunde nach besteht. Es sollte sich eher dafür eingesetzt werden, dass § 5 (11) S. 3 SGB V ersatzlos gestrichen wird. Dann würden auch AsylbLG-Leistungsberechtigte ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall der Versicherungspflicht nach § 5 (1) Nr. 13 SGB V unterfallen.

Daher kommt der Hessische Landkreistag zu dem Fazit, dass die geplanten Clearing-Stellen nicht wesentlich über die jetzigen gesetzlichen Bestimmungen hinausgehen und somit unseres Erachtens verzichtbar sind.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jan Hilligardt  
Geschäftsführender Direktor

## **Stellungnahme der Studentischen Poliklinik Frankfurt (StuPoli) zur Anhörung im Hessischen Landtag am 17.09.2020**

Die Studentische Poliklinik (kurz StuPoli) Frankfurt ist eine Lehreinrichtung des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität und ist curricular als Wahlfach im Studiengang Medizin verankert. Seit ihrer Gründung durch den Studiendekan Prof. Dr. Dr. Robert Sader und Studierende des Fachbereichs Medizin vor mittlerweile über sechs Jahren bietet die StuPoli zweimal wöchentlich einen anonymen und niederschweligen Zugang zu allgemeinmedizinischer Versorgung an, der sich explizit an alle Menschen ohne Krankenversicherungsschutz richtet. Nach Durchlaufen eines ausführlichen Vorbereitungsprogramms, in dem die Studierenden medizinisch und psychosozial auf ihren Einsatz in der Sprechstunde vorbereitet werden, bieten diese unter stetiger fachärztlicher Supervision eine allgemeinmedizinische Versorgung für die Patienten der StuPoli an. Die Studierenden übernehmen und lernen hierbei wichtige Aufgaben wie die ärztliche Gesprächsführung, die Durchführung einer symptombezogenen körperlichen Untersuchung, medizinische Dokumentation und bekommen bereits im Studium einen Einblick in die Lebensrealität nicht krankenversicherter Menschen in Deutschland. Die Patienten erhalten eine kostenfreie fachärztlich medizinische Versorgung und, wenn möglich, Hilfe bei der Wiedereingliederung in das Sozialsystem durch eine Kooperation mit einer Sozialarbeiterin und Studierenden der Sozialen Arbeit der Frankfurt University of Applied Sciences. Die Kosten für Medikamente, Materialien und gegebenenfalls weitere fachärztliche Behandlungen werden durch die StuPoli getragen, die sich bis heute durch Spenden und Lehrgelder finanziert. 2017 wurde die StuPoli für ihr innovatives Konzept und ihr Arbeit für nicht versicherte Menschen in Frankfurt mit dem Preis für Exzellenz in der Lehre des Landes Hessen geehrt.

In den letzten sechs Jahren fanden in der Sprechstunde der Studentischen Poliklinik über 3100 Konsultationen statt, an denen über 500 Patientinnen und Patienten aus über 70 Ländern behandelt wurden. Im Zentrum standen hier im wesentlichen allgemeinmedizinische Grunderkrankungen, wie sie in jeder hausärztlichen Praxis tagtäglich behandelt werden. Die Gründe für eine medizinische Behandlung und die menschlichen Schicksale hinter den Patienten sind vielfältig und reichen vom rumänischen Familienvater mit chronischen Rückenschmerzen, über die junge Frau aus Eritrea mit unbehandeltem Diabetes mellitus bis hin zum älteren deutschen Herren, der aufgrund des Verlust seiner Arbeitsstelle kein Geld mehr für seine privaten Krankenversicherung aufbringen konnte, und jetzt an den Folgen einer unbehandelten arteriellen Hypertonie leidet. Schwangere Frauen ohne Krankenversicherung

kommen gerne zu einer kostenfreien Vorsorgeuntersuchung aus Sorge um ihr Baby, da das Sozialamt anfallende Kosten erst ab dem Beginn des Geburtsvorganges übernimmt.

Allen unseren Patientinnen und Patienten ist gemein, dass sie aufgrund ihrer Lebenssituation keine Krankenversicherung haben und ihnen die gesundheitliche Versorgung im Regelsystem verwehrt ist bzw. ihnen die Rückkehr in das System der gesetzlichen Krankenkassen so erschwert wurde, dass sie daran gescheitert sind. Durch einen solchen limitierten Zugang zur Gesundheitsversorgung werden Diagnosen häufig zu spät gestellt werden, die Umsetzung der Therapie dadurch oft erschwert, so dass Erkrankungen häufig einen schwereren Verlauf nehmen und solche Patienten sich regelmässig als Notfallpatient in den Notaufnahmen der Stadt Frankfurt vorstellen müssen. Dies hätte durch eine frühzeitige medizinische Anbindung und Therapie verhindert werden können.

Die Arbeit der Studentischen Poliklinik basiert auf der Überzeugung, dass der Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung auch Grundrecht eines jeden Menschen ist. Die Realität in Deutschland bildet dies leider nicht ab. Daher bietet die StuPoli eben diesen Zugang niederschwellig und kostenfrei an. Jede Patientin und jeder Patient wird gleich, respektvoll, vertraulich und auf Wunsch anonym behandelt.

Wir sind der Meinung, dass jedem Menschen ein Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung zustehen muss und begrüßen und unterstützen daher als ersten Schritt auf dem Weg zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen den Gesetzesentwurf zur Schaffung von Clearingstellen in Hessen sowie eines angegliederten Behandlungsfonds zur Kostendeckung für dringend notwendige Behandlungen.



PSYCHOTHERAPEUTEN  
KAMMER HESSEN

PTK Hessen | Frankfurter Straße 8 | 65189 Wiesbaden

An den Vorsitzenden des Sozial- und  
Integrationspolitischen Ausschusses  
des Hessischen Landtags  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

Geschäftsstelle

Frankfurter Straße 8, 65189 Wiesbaden

Fon 0611. 531 68-0

Fax 0611. 531 68-29

Mail [post@ptk-hessen.de](mailto:post@ptk-hessen.de)

Web [www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)

Wiesbaden, den 02. September 2020

**Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur  
Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz  
Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion „DIE LINKE“, Drucksache 20/2969**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
gerne nehmen wir für die Psychotherapeutenkammer Hessen Stellung zum vorliegenden  
Gesetzentwurf der Fraktion „DIE LINKE“ und danken dafür, eine psychotherapeutische Sicht in das  
Verfahren einbringen zu dürfen.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass mit diesem Gesetzentwurf die Versorgungsbelange einer  
vulnerablen Patientengruppe in den Blick genommen werden. Leider wird einer nicht unerheblichen  
Anzahl von Patienten der Zugang zu adäquater psychotherapeutischer Versorgung verwehrt, da die  
Kostenübernahme zum Zeitpunkt des Hilfebedarfes nicht geklärt ist. Dies gilt unter Umständen für  
EU-Bürger, Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus, Geflüchtete, Wohnungslose und ehemals  
privat krankenversicherte Personen, die die Beiträge nicht mehr leisten konnten. Im Jahr 2015 waren  
in Deutschland rund 80.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, das entspricht 0,1 % der  
Bevölkerung.

Das zeigen die Ergebnisse des alle vier Jahre erhobenen Zusatzprogramms „Angaben zur  
Krankenversicherung“ aus dem Mikrozensus, der größten jährlichen Haushaltsbefragung in  
Deutschland (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 40 vom 4. Oktober 2016). Hinzu kommen  
Wohnungslose in etwa gleicher Zahl, die vom Mikrozensus nicht erfasst, gleichwohl aber  
überproportional von fehlendem Krankenversicherungsschutz betroffen sind. Die Zahl der  
Wohnungslosen steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an und wurde für das Jahr 2018 auf über  
500.000 im Bundesgebiet geschätzt (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe: Zahl der  
Wohnungslosen in Deutschland, [www.bagw.de/de/themen/zahl\\_der\\_Wohnungslosen/](http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_Wohnungslosen/)).

In Deutschland leiden wohnungslose Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger  
unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen.

Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten  
und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Präsidentin: Dr. Heike Winter  
Vizepräsidentin: Else Döring  
Geschäftsführer: Olaf Diederichs

Mitglieder des Vorstands:  
Karl-Wilhelm Höffler, Robert Schmidtnr,  
Sabine Wald, Birgit Wiesemüller

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Nassauische Sparkasse  
IBAN DE86 5105 0015 0277 0003 60  
BIC NASSDE55XXX



Die Entwicklung und Implementierung geeigneter Versorgungsmodelle für diese marginalisierte und vulnerable Gruppe ist essenziell, um ihrer erhöhten Morbidität zu begegnen (s. Schreiter et al, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114, Seite 665 ff.). Dies sollte als staatliche und gesellschaftliche Aufgabe anerkannt und gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen werden.

Die Einrichtung einer Clearingstelle erscheint als wirksames Mittel, um kompetent die zuständigen Kostenträger für somatische wie psychische Behandlungsleistungen zu ermitteln und nicht krankenversicherte Patientinnen und Patienten wieder dauerhaft in ein Versicherungsverhältnis zu führen. Der Bedarf für eine solche Anlaufstelle wird belegt durch die Inanspruchnahme der bereits eingerichteten und vom Land Rheinland-Pfalz geförderten Clearingstelle in Mainz durch hessische Bürgerinnen und Bürger.

Die Einrichtung eines Behandlungsfonds ist sinnvoll und notwendig, um die medizinische und psychotherapeutische Versorgung dieser Patientengruppe gewährleisten zu können.

Zu den Regelungen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

### **§ 1 Zweck des Gesetzes**

Die Einrichtung einer Clearingstelle wird von der Psychotherapeutenkammer aus den o. g. Gründen grundsätzlich begrüßt. Für die Fälle, in denen sich die Kostenträgerschaft nicht zeitnah ermitteln lässt, bedarf es einer gesicherten Finanzierung, um erforderliche Behandlungsleistungen für die Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Die Einrichtung eines hierzu bestimmten Gesundheitsfonds erscheint gleichwohl mit Blick auf die Mittelverteilung problematisch (siehe unten zu § 5).

### **§§ 2 Landesclearingstelle; 3 Clearingstellen**

Die Einrichtung einer Landesclearingstelle erscheint sinnvoll, aber auch ausreichend. Weitere kommunale Clearingstellen mit geringer Personalausstattung sehen wir demgegenüber kritisch. Durch die Konzentration von Personal in einer Landesclearingstelle können Kompetenzen gebündelt und längere Öffnungszeiten der Geschäftsstelle gewährleistet werden.

### **§ 4 Einrichtung und Bewilligungsverfahren**

Die Psychotherapeutenkammer Hessen befürwortet die Bereitstellung von Finanzmitteln zur Behandlung von nicht krankenversicherten Personen durch das Land und die dadurch zum Ausdruck gebrachte Übernahme von Verantwortung für diese Personengruppe. Die Bewilligung und Verwaltung der Mittel durch die Clearingstelle sehen wir hingegen kritisch, da zum einen die Gefahr des Aufbaus von Parallelstrukturen zur GKV bzw. KV besteht. Zum anderen würde ein ganz erheblicher Verwaltungsaufwand begründet, der zu Lasten der Beratung der Hilfesuchenden ginge.

Durch die Clearingstelle kann eine zeitnahe Prüfung unter Berücksichtigung zahlreicher und äußerst komplexer Abrechnungsvorschriften nicht erfolgen, so dass eine vorherige Bewilligung bei akuter Behandlungsbedürftigkeit nicht vorliegen kann. Dies stellt jedoch eine zusätzliche Hürde bei der Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten dar, wenn befürchtet werden muss, für die Behandlungskosten als Selbstzahler aufkommen zu müssen.







### § 5 Leistungskatalog

Der Behandlungsfonds übernimmt die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen. Der Umfang des Leistungskataloges kann nach unserer Auffassung nicht über den Leistungsanspruch nach dem SGB V hinausgehen, sollte aber auch nicht dahinter zurückbleiben. Dies sollte ausdrücklich festgehalten werden.

Die ambulante Versorgung umfasst selbstverständlich auch die psychotherapeutische Behandlung. Warum hingegen auch psychologische Behandlungen übernommen werden sollen, erschließt sich nicht. Dies ginge über den Leistungsanspruch gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten hinaus. Wir gehen daher von einem redaktionellen Versehen aus.

Als Psychotherapeutenkammer Hessen haben wir bereits in der Vergangenheit auf die Notwendigkeit der Übernahme von Dolmetscherkosten hingewiesen. Wir begrüßen daher die vorgesehene Regelung ausdrücklich.

### § 9 Evaluation

Die Inanspruchnahme der Leistungen muss möglich sein, ohne dass Patientinnen und Patienten Sorge haben müssen, Nachteile durch Meldungen an andere staatliche Stellen erleiden zu müssen, z. B. Ausländerbehörden. Andererseits müssen die Clearingstellen in die Lage versetzt werden, die Ersatzansprüche gem. § 4 Abs. 4 effektiv prüfen zu können. Dies erscheint ohne Datenübermittlung jedoch ausgeschlossen. Diese sollte aber selbstverständlich auf ein absolut notwendiges Minimum reduziert werden, wie dies allgemein für die Sozialdaten bestimmt ist.

Dr. Heike Winter  
Präsidentin

Else Döring  
Vizepräsidentin



Hessischer Landtag  
Sozial- und integrationspolitischer Ausschuss  
Herrn Maximilian Sadkowiak  
Schlossplatz 1-3  
65183 Wiesbaden

Telefon 06431 997150  
Telefax 06431 997152  
E-Mail [hubert.connemann@dicv-limburg.de](mailto:hubert.connemann@dicv-limburg.de)  
Internet [www.vkd-online.de](http://www.vkd-online.de)

Per E-Mail an [m.sadkowiak@ltg.hessen.de](mailto:m.sadkowiak@ltg.hessen.de) und  
[m.mueller@ltg.hessen.de](mailto:m.mueller@ltg.hessen.de)

Unser Zeichen hc/ar  
Datum 4. September 2020

## **Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE in Hessen „Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz“**

Sehr geehrter Herr Promny,  
sehr geehrter Herr Sadkowiak, sehr geehrte Frau Müller  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie der Landesgruppe Hessen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e.V. (VKD Hessen) Gelegenheit geben, zu dem Gesetzesentwurf für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz schriftlich und mündlich Stellung nehmen zu dürfen.

Der VKD Hessen begrüßt die dem vorgelegten Gesetzesentwurf zugrundeliegende grundsätzliche Idee, „Nichtversicherten“ eine zeitnahe angemessene medizinische Versorgung und den „Hilfeleistenden“ (Ärzte, Kliniken etc.) eine sichere unbürokratische Kostenerstattung für die Hilfeleistenden (Kliniken, Ärzte usw.) einzuräumen. Der hier zur Beratung anstehende Entwurf ist u.E. geeignet, diese Ziele zu erreichen.

Der Gesetzentwurf beschreibt sehr real das Abrechnungsproblem und weist dabei auch darauf hin, dass die Kliniken zwar Notfallhilfe leisten, dass aber oft hoher bürokratischer Aufwand ausgelöst wird und Kliniken teilweise Behandlungskosten nicht refinanziert bekommen und entsprechenden ungedeckten Aufwand haben.

Es sind also die beiden Herausforderungen zu bewältigen:

1. Angemessene medizinische Versorgung für die beschriebenen Personengruppen.
2. Sichere Kostenerstattung für die Hilfeleistenden (Kliniken, Ärzte usw.).

Der Lösungsansatz des Gesetzentwurfs besteht aus 2 Säulen:

1. Der Einrichtung eines Behandlungsfonds auf der Landesebene.
2. Die Schaffung von Clearingstellen.

§ 5 des Gesetzentwurfs beschreibt den Leistungsanspruch schlüssig und zielführend. Die materielle Ausstattung des Fonds sollte flexibel angelegt werden und die notwendigen Mittel jährlich sicherstellen. Zur ergänzenden finanziellen Fondsausstattung wird angeregt, auch andere Quellen in Betracht zu ziehen, so z. B. Spenden oder andere.

Die Beschreibung der Aufgaben und der Ausstattung (gem. § 5 VK für die Landesebene und 1 VK jeweils für die Landkreise und kreisfreien Städte) führt zu erheblichen jährlichen Aufwendungen. Es ist zu prüfen, ob die den Clearingstellen zugedachten Aufgaben nicht im Rahmen der ohnehin bei den meisten Betroffenen notwendigen behördlichen Unterstützungs- und Beratungsleistungen dort mit angebunden werden können. Die noch nicht im Unterstützungssystem angekommenen Bedürftigen könnten dann von den jeweiligen kommunalen Stellen mit beraten und betreut werden.

Die Lücke in der Versorgung der Bedürftigen und zur Sicherstellung der Refinanzierung zu schließen ist ein guter und wichtiger Ansatz, der seitens des VKD-Hessen grundsätzlich unterstützt wird. Im Interesse des ökonomischen Prinzips ist jedoch die Umsetzung und die materielle Ausstattung zu prüfen.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir danken für die Möglichkeit, zu diesem Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu können und freuen uns, wenn Sie unsere Anregungen in Ihren weiteren Überlegungen berücksichtigen. An der Anhörung wird unser Verband aus terminlichen Gründen bedauerlicherweise nicht teilnehmen können.

Für weitere Beratungen stehen wir gerne zur Verfügung.



**Hubert Connemann**  
Landesvorsitzender