

Sozialtarife der PKV

Standardtarif/ Basistarif / Notlagentarif

Stand: August 2015

Mit Einführung der Versicherungspflicht für alle Bundesbürger per 01.01.2009 erhielten die Privaten Krankenversicherungsunternehmen die Auflage, ab diesem Zeitpunkt Neu-Versicherten einen Teil der gebildeten Alterungsrückstellungen bei einem Versicherer-Wechsel mitzugeben. Diese Auflage erforderte, dass die privaten Krankenvollversicherer neue Tarife kalkulieren und einführen mussten. Der bisher geltende Standardtarif für Versicherte, die einen besonders preiswerten Tarif benötigen oder wünschen, z.B. weil sie nur eine geringe Rente erhalten ist für die Neu-Versicherten (ab 01.01.2009) nicht abschließbar. Dieser Personenkreis hat nur noch Zugang zu dem sogenannten Basistarif. Da in dem Basistarif nun auch alle bisher Nicht-Versicherten abgesichert werden mussten und eine Absicherung darin ohne Bewertung einer sonst in der PKV üblichen Gesundheitsprüfung erfolgen musste, erreichte der kalkulatorisch erforderliche Beitrag schnell den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Höchstbetrag (Höchstbeitrag der GKV). Da dieser Beitrag - gerade von den bisher Nicht-Versicherten oftmals nicht getragen werden konnte, wurde dann zusätzlich noch per 01.08.2013 der sogenannte Notlagentarif eingeführt. Das Eingreifen des Gesetzgebers in den privaten Versicherungsmarkt mit einer Verankerung im Sozialgesetzbuch V ist prinzipiell ein Systembruch, in dem Elemente von GKV und PKV vermischt werden: In § 75 Abs. 3a werden die KVen und die KBV verpflichtet, die Versorgung von in diesen Tarifen Versicherten sicherzustellen, was zugleich bedeutet, dass die Basis- und Notlagentarif-Versicherten keine freie Arztwahl haben, sondern grundsätzlich einen Vertragsarzt aufsuchen müssen. Hierzu zählen auch ermächtigte Ärzte. Eine ggf. Inanspruchnahme des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b ist ebenfalls nach den hier dargestellten Regelungen abzuwickeln. Es kann allerdings gelegentlich vorkommen, dass auch Liquidationen von Nicht-Vertragsärzten erstattet werden, obwohl der Versicherer dazu nicht verpflichtet ist. Wie weit der allgemeine Sicherstellungsauftrag der KV auf den einzelnen Arzt anzuwenden ist, wird immer wieder diskutiert. Dass im Notfall grundsätzlich eine Behandlungspflicht unabhängig von den Versicherungsverhältnissen besteht, muss nicht diskutiert werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in zwei Beschlüssen (AZ: 1 BvR 807/08 und 1 BvR 808/08 keine Urteile!) keine Behandlungspflicht des Vertragsarztes bei einem Versicherten im Basistarif gesehen, die meisten KVen gehen allerdings von einer solchen Behandlungspflicht aus. Deshalb kann eine Behandlungsverweigerung durchaus disziplinarrechtliche Schritte nach sich ziehen.

Rahmenvereinbarung

Nach § 75 Abs. 3b und 3c sind KBV, private Krankenversicherer etc. verpflichtet, über regelungsbedürftige Details einen Vertrag ggf. unter Einschaltung einer gemeinsamen Schiedsstelle abzuschließen. Ausdrücklich ist geregelt, dass im Vertrag von den im Gesetz vorgegebenen Steigerungssätzen abgewichen werden darf. Diese Option wurde bisher nicht umgesetzt, d. h. es gelten die gesetzlich vorgesehenen Steigerungssätze (s. u.). Grundsätzlich soll die Vergütung in diesen Tarifen der Höhe nach der vertragsärztlichen Abrechnung entsprechen.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Ähnlich dem in § 12 SGB V bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebot für den GKV-Versicherten legt § 75 SGB V fest, dass die ärztliche Versorgung der Betroffenen „ausreichend, zweckmäßig“ und „wirtschaftlich“ sein soll.

Medikamentenversorgung

Medikamente aus dem Sprechstundenbedarf dürfen für die hier angesprochenen Patienten nicht verwendet werden. Medikamente und Verbrauchsmaterial sind zum Einkaufspreis über die Liquidation abzurechnen. Individuelle Verordnungen erfolgen auf Privatrezept, wobei es zu berücksichtigen gilt, dass dem Patienten nur eins der drei preisgünstigsten Medikamente erstattet wird, d. h. sofern ein Generikum auf dem Markt ist, sollte nicht das Original verordnet werden.

Überweisungsvorbehalt

Für den Basis- und Notlagentarif gilt eine Art Überweisungsvorbehalt. Der Patient soll zunächst seinen Hausarzt aufsuchen und von dort ggf. zum Facharzt überwiesen werden. Was mit dem Formular zu geschehen hat, bleibt unregelt, es empfiehlt sich jedoch eine zeitweise Archivierung.

Steigerungssätze

Der Gesetzgeber hat für die möglichen Steigerungssätze fixe Vorgaben gemacht, an die der Vertragsarzt gebunden ist:

Leistungen der GOÄ	Standardtarif / Notlagentarif Faktor Multiplikator	Basistarif Faktor Multiplikator
ärztliche Leistungen (GOÄ-Gebührenrahmen 2,3)	1,8	1,2
Abschnitt A (reduzierter GOÄ-Gebührenrahmen 1,8) Abschnitt E (physikalisch-medizinische Leistungen) Abschnitt O (Strahlendiagnostik, -therapie)	1,38	1,0
Abschnitt M/Labor (GOÄ-Labor-Gebührenrahmen 1,15) sowie Nr. 437/Labor bei Intensivbehandlung	1,16	0,9

Bisher wurden keine von diesen Steigerungssätzen abweichenden Vereinbarungen getroffen.

Standardtarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen unter:

<http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-st-2009.pdb.pdf>

Der Standardtarif stammt noch aus der Zeit vor Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht. Ein Zugangsrecht haben nur PKV-Versicherte, die bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert waren und auch noch in den Tarifen aus der Zeit vor dem 01.01.2009 versichert sind. Neu-Versicherte mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.2009 haben sozusagen als Alternative zum Standardtarif nur Zugang zum Basistarif.

Im Standardtarif sind die wesentlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Es besteht freie Arztwahl, auch unter Nicht-Vertragsärzten. Für eine stationäre Behandlung kommen ausschließlich Krankenhäuser in Frage, die unter die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz fallen. Standardtarif-Versicherte können keine ergänzenden Zusatzversicherungen abschließen, damit entfällt bei stationärer Behandlung eine Liquidationsmöglichkeit. Die Patienten sind wie GKV-Patienten unterzubringen und abzurechnen (DRG). Dabei ist zu empfehlen, eine Vereinbarung über die (mögliche) Direktabrechnung zwischen (privater) Krankenkasse und dem Krankenhaus zu treffen.

Basistarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen unter:

<http://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-bt-2009.pdb.pdf>

Der Leistungsumfang im Basistarif wurde nahezu vollständig dem der gesetzlichen Krankenkasse angepasst. Der Standardtarif ist den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen lediglich vergleichbar. Somit hat der Basistarif einen weitergehenden Katalog als der Standardtarif (z.B. ambulante Psychotherapie, Leistungen für Haushaltshilfe, Leistungen bei künstlicher Befruchtung, Leistungen für Soziotherapie, ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen inkl. Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren).

Dass der Versicherer im Basistarif jeden Antragssteller aufnehmen muss, schlägt sich auch in den möglichen Steigerungssätzen nieder; diese sind im Vergleich zum Standardtarif niedriger (s.o.).

Ein wesentlicher Unterschied im Basistarif ist jedoch, dass dort Zusatzversicherungen (z.B. eine Krankenhauszusatzversicherung) möglich sind, d. h. ggf. besteht bei stationärer Behandlung eine Liquidationsmöglichkeit. In diesem Fall hängen die möglichen Steigerungssätze von den individuellen Versicherungsvereinbarungen des Patienten ab und sind grundsätzlich nicht an die gesetzlichen Steigerungssätze gebunden. Leider bietet nur sehr wenige Privatanbieter Zusatzschutz an und wenn, dann auch nur den eigenen Basistarifversicherten.

Es gibt noch eine Besonderheit bei beihilferechtigten Patienten im Basistarif: Hierzu hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass für diese Patienten die Begrenzung auf die gesetzlichen Steigerungssätze nicht zutrifft (BVerwG 5 C 16. 3 und 5 C 40.13).

Notlagentarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen unter:

<https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013.pdb.pdf>

Im Notlagentarif sind Patienten versichert, die aus sozialen Gründen keine höheren Beiträge zahlen können. Die Patienten haben nur Anspruch auf Behandlung von Notfällen. Dazu zählen Schmerzzustände und alle akuten Erkrankungen. Es entfällt somit die Möglichkeit, Elektiveingriffe durchzuführen und abzurechnen. D. h. z. B. nur der inkarmerierte Leistenbruch kann operiert werden nicht jedoch der schon länger bestehende, der keine Schmerzen verursacht. Dies gilt sowohl ambulant als auch stationär. Die stationären Behandlungsbedingungen entsprechen denen des Standardtarifs. Zusatzversicherungen sind nicht zulässig. Die Honorierung im Notlagentarif erfolgt nach den Bedingungen des Standardtarifs.

Kein Sachleistungsprinzip

Im Gegensatz zum GKV-Versicherten verbleiben die Versicherten in den hier angesprochenen Tarifen grundsätzlich im Erstattungsverfahren. Sie erhalten also eine formal korrekte GOÄ-Liquidation (ambulant: zuzgl. Sachkosten) zu den jeweils für sie zutreffenden Steigerungssätzen. Aber: Zur Kontrolle, dass die Liquidation von einem Vertragsarzt ausgestellt ist, muss beim Basistarif und Notlagentarif die KV- Betriebsstätten-Nr. auf der Rechnung angegeben sein. Wenn sich Arzt und Patient darüber einig sind, ist eine direkte Abrechnung mit dem Versicherer möglich und ggf. anzuraten. Bei stationärer Behandlung (zu GKV-Bedingungen) ist ebenfalls eine Direktabrechnung mit der jeweiligen PKV möglich.

Mitteilungspflicht

Der in einem dieser Tarife Versicherte ist gesetzlich verpflichtet, vor Beginn einer Behandlung auf seine (die Liquidation einschränkenden) Versicherungsbedingungen hinzuweisen bzw. diese nachzuweisen. Die Vorlage der (privaten) Versichertenkarte reicht dafür aus. Die Versichertenkarte weist den entsprechenden Tarif aus. Allerdings fällt dies häufig nicht ins Auge und es kommt zu lästigen Missverständnissen. Daher sollte schon bei der Erfassung der Patientendaten gezielt danach gefragt werden bzw. die Aufnahmeformulare diesen Tatbestand explizit erfassen. Beim Einlesen der (privaten) Versichertenkarte wird diese wichtige Information nicht unbedingt übernommen.

Individuelle Versicherungsbedingungen

Für das Rechtsverhältnis zwischen Patienten und privatem Krankenversicherer gelten die individuell vereinbarten Versicherungsbedingungen. Diese entsprechen derzeit in aller Regel den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den jeweiligen Tarif, welche in der jeweils aktuellen Form auf der PKV-Homepage www.pkv.de zu finden sind. Zwar besteht wie auch sonst bei Privatpatienten kein unmittelbares Rechtsverhältnis zwischen dem Versicherer und den behandelnden Ärzten, gleichwohl ist die Kenntnis der Versicherungsbedingungen von Vorteil, um spätere Diskussionen mit Patienten zu vermeiden.

Elmar Mertens