

Basis- und Standardtarif der PKV: So rechnen Sie ab

— Viele PKV-Versicherte blicken mit Sorge auf die steigenden Beiträge. Gerade die älteren unter ihnen könnten mittelfristig gezwungen sein, in den sogenannten Basistarif ihrer Versicherung zu wechseln. Hier ist der Beitrag gedeckelt: Mehr als der GKV-Höchstbeitrag plus der durchschnittliche Zusatzbeitrag darf hier nicht verlangt werden. Ab dem 55. Lebensjahr haben PKV-Versicherte ein

Recht auf den Wechsel. Die hausärztlichen Praxen sollten auf diese Entwicklung vorbereitet sein.

MMW-KOMMENTAR

Die Möglichkeit, bei einer Privatversicherung einen Spartarif abzuschließen, gibt es schon lange: den sogenannten Standardtarif. Er ist für den Versicherten kaum vom Normaltarif in der PKV zu unterscheiden – wohl aber vom behandelnden Arzt, der bei solchen Patienten nur eingeschränkte Abrechnungsmöglichkeiten hat, vergleichbar mit jenen bei Post-B- oder Bahnbeamten.

Der Basistarif wurde während der Amtszeit von Ulla Schmidt als soziale Schutzmaßnahme für PKV-Versicherte eingeführt. Der Beitrag orientiert sich am Höchstbeitrag in der GKV. Dafür erhält man auch einen Leistungs-



Dr. Gerd W. Zimmermann
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9
D-65719 Hofheim

umfang, der jenem der GKV entspricht. Im Standardtarif ist dies nicht der Fall. Bei der ambulanten Psychotherapie ist eine vorherige schriftliche Zusage der Kasse notwendig, zudem ist der Leistungsumfang bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, bei Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, der Gewährung von Haushaltshilfen, Krankentagegeld und Soziotherapie eingeschränkt.

Der wichtigste Unterschied zwischen Basis- und Standardtarif besteht aber bei der freien Arztwahl. Im Basistarif kann der Versicherte nur Ärzte in Anspruch nehmen, die vertragsärztlich tätig sind. Eine Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt bedarf im Basistarif wie in der vertragsärztlichen Versorgung eines Überweisungsscheins. Im Standardtarif gibt es solche Auflagen nicht. Die Abrechnung erfolgt in beiden Fällen nach GOÄ, allerdings mit unterschiedlichen Steigerungsmöglichkeiten (Tab. 1).

Im Basistarif muss außerdem die lebenslange Arztnummer (LANR) in der Rechnung genannt werden. Außerdem kann die Rechnung mit dem Einverständnis des Patienten direkt an die Versicherung gestellt werden. Da beide Versicherungsformen auf Verträgen der KBV basieren, besteht für Vertragsärzte eine Behandlungspflicht.



Die Rechnungsstellung gleicht einem Knobelenspiel.

© PeopleImages / Getty Images / iStock

Tab. 1 **Maximale Steigerungsfaktoren bei PKV-Versicherten im Basistarif (B) oder Standardtarif (S)**

GOÄ-Kapitel	B	S
M (Labor)	0,90	1,16
A, E, O	1,00	1,38
Sonstige Leistungen	1,20	1,80

GOÄ vs. EBM: Unterschied Behandlungsfall

— In der GOÄ zählt als Behandlungsfall jeweils der Zeitraum eines Monats. Damit ist allerdings nicht der Kalendermonat gemeint, sondern ein Zeitraum bis zum Ablauf des Tags mit der gleichen Nummer im nächsten Kalendermonat. Grundlage dieser Definition ist eine Entscheidung des Gebührenordnungsaus-

schusses der Bundesärztekammer vom 13. März 1996 sowie die Bestimmungen der §§ 187 und 188 BGB.

MMW-KOMMENTAR

Der Behandlungsfall in der GOÄ ist also etwas ganz anderes als im EBM, wo auf den Quartalsfall – also drei Monate – abgestellt

wird. Und auch die Definition des Krankheitsfalls ist unterschiedlich. In der GOÄ bezieht er sich auf die einzelne Krankheit. So zählen eine Enteritis Anfang Januar und eine Migräne Ende Januar als zwei GOÄ-Behandlungsfälle. Im EBM gilt als Krankheitsfall hingegen die Dauer von vier Quartalen, und der Begriff bezieht sich auf Abrechnungsnummern.