

VOM STANDARD- ZUM BASISTARIF

# Basistarif? Klar, aber die Basis muss stimmen!

**Der Referentenentwurf zur Gesundheitsreform macht aus dem bisherigen Standardtarif der Privaten Krankenversicherung einen Basistarif. Was bislang als Schutzfunktion für einen kleinen Kreis an Zugangsberechtigten Ausdruck von Solidarität innerhalb des Leistungsgeschehens war, wird damit in einem Umfang ausgeweitet, der das System insgesamt gefährden könnte.**

von DR. HARRO HERFFS

**A**n sich ist er ganz einfach, der Gedanke zum jetzigen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a SGB V: Es soll sichergestellt werden, dass auch diejenigen eine bezahlbare medizinische Grundversorgung bekommen, die nicht in die Gesetzliche Krankenversicherung (zurück-)wechseln können und aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Zu diesem Zweck sind die Privaten Krankenversicherungen verpflichtet, einen Standardtarif anzubieten, der die GKV-Leistungen zu Prämien umfasst, die den gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträgen entsprechen. Die Rechnung erfolgt an den Patienten nach der GOÄ bzw. der GOZ, allerdings zu deutlich reduzierten Sätzen entsprechend § 5 b GOÄ / § 5 a GOZ. Damit hat die Regelung eine klare soziale Schutzfunktion, die von allen Beteiligten getragen wird:

- ▶ den Versicherten, die auf die im Standardtarif nicht zusätzlich versicherbaren Wahlleistungen im Krankenhaus verzichten,
- ▶ den PKV-Unternehmen, die auf die Prämienbegrenzung festgelegt sind,
- ▶ die Ärzte- und Zahnärzteschaft, die durch den merklich verminderten Gebührenrahmen einen Honorarverzicht akzeptieren.

Um diese soziale Schutzfunktion zu sichern, ist der Tarif nur für bestimmte Personengruppen offen, wie Privatversicherte ab dem 65. Lebensjahr, wenn sie mindestens 10 Jahre lang privatversichert waren, oder für Beihilferechtige ab dem 65. bzw. 55. Lebensjahr, die insbesondere aus Gründen der Erwerbsunfähigkeit vorzeitig in Rente oder Pension gehen.

## DAS ÄNDERT SICH MIT DER GESUNDHEITSREFORM!

Der Standardtarif wird nach dem Wortlaut des Referentenentwurfs in einen Basistarif umgewandelt und wird dann

- ▶ für alle PKV-Versicherten
- ▶ alle der PKV systematisch zuzurechnenden Personen (Beihilfeberechtigte) sowie
- ▶ alle freiwillig Versicherten in der GKV zugänglich sein.

Hier tritt der erste Systembruch auf.

## DER SOZIALE SCHUTZGEDANKE ENTFÄLLT

Wie schon erwähnt, war mit der Schaffung des Standardtarifes die soziale Schutzfunktion verbunden, so dass nur grundsätzlich bedürftige Personengruppen diese Variante wählen konnten. Die einzige Gemeinsamkeit beider Tarife ist also nur, dass die PKV zum Angebot einer GKV-ähnlichen Versicherung verpflichtet wird. Der Schutzgedanke entfällt komplett. Damit entfällt aber auch das bisherige Argument für das verminderte GOÄ/GOZ-Honorar, auf das sich der Ordnungsgeber bei der amtlichen Begründung zu § 5 b GOÄ / § 5 a GOZ ausdrücklich berufen hat. Zusätzlich sind die Vergütungsregelungen verändert worden. Dies führt zum zweiten Systembruch.

## UNEINHEITLICHE VERGÜTUNGSHÖHE

War es vorher Aufgabe des Ordnungsgebers, die Sätze der GOÄ und der GOZ festzulegen, obliegt dies für den Basistarif künftig der Abstimmung von KVen und PKVen, die dies im Einvernehmen mit dem Beihilfeträger tun. Und was gilt, wenn der Basistarif-Versicherte

## Basistarif? Klar, aber die Basis muss stimmen!

sich zu einem Privatarzt in Behandlung begibt? Dieser ist nicht KV-Mitglied und damit auch deren Regelungsgewalt entzogen, so dass mangels bundesgesetzlicher Vorgabe (vgl. § 1 Abs. 1 GOÄ/GOZ) entsprechend GOÄ/GOZ zu liquidieren ist. Dann gäbe es aber nicht nur zwei unterschiedliche Abrechnungswege, sondern auch deutliche Unterschiede in der Höhe des Honorars, für die es keine Begründung gibt. Das bedeutet eine Verletzung des Gleichheitsgebotes nach Art. 3 Grundgesetz. Dass damit zugleich ein wesentlicher Vorteil der Privatliquidation aufgegeben wird, nämlich Patienteneinbindung, Transparenz und verlässlich kalkulierbares Honorar, sei nur am Rande erwähnt.

### DIE PKV WIRD GKV

Beim Basistarif geht es nicht mehr wie bisher im Standardtarif um die Verpflichtung für die PKV, einen vergleichbaren Tarif anzubieten, sondern um die Einbindung in das GKV-Honorarverhandlungssystem. Die PKV wird von ihrem eigentlichen Vertragspartner, dem Patienten und Versicherungsnehmer, zwangsweise abgekoppelt und an die ärztliche Selbstverwaltung gebunden. Es liegt nahe, dass dieser Aspekt von Verfassungsrechtlern mit Blick auf eine Verletzung der Berufsfreiheit der PKV nach Art. 12 Grundgesetz geprüft werden wird. Behandelt man die PKV in diesem Zusammenhang wie eine gesetzliche Krankenversicherung, liegt – systemlogisch gleichermaßen falsch, aber jedenfalls konsequent – der nächste Schritt nahe:

### DIE KVEN ERHALTEN DEN SICHERSTELLUNGSAUFGABEN

Der Sicherstellungsauftrag für die geschuldete ärztliche und zahnärztliche Versorgung soll an die KBV und die KVen gehen. Begründung: Es habe Beschwerden über die Verweigerung einer (zahn-)ärztlichen Behandlung unter Hinweis auf die Gebührenbegrenzung gegeben. Es wundert nur, dass über solche Beschwerden bislang nichts bekannt geworden ist. Dem Aufruf der Bundesärztekammer in 1994, dass sich die Kollegen an den verminderten Satz halten sollten, sind jedenfalls nach der amtlichen Begründung zur Einführung des § 5 b GOÄ praktisch alle Mediziner gefolgt. Das können die PVSen aus erster Hand bestätigen. Die Begründung ist also nur vorgeschoben. Die Mediziner weh-

ren sich ausschließlich gegen das Auftreten derjenigen Standardtarifversicherten, die sich ohne Offenlegung als Privatpatienten anmelden und die erst bei Rechnungserhalt auf ihren Status pochen – also erst geflissentlich die Vollleistung in Anspruch nehmen, hinterher aber nur den Erstattungsbetrag zahlen wollen. Die Haltung der Mediziner dazu ist juristisch durchweg korrekt, und ihre Verärgerung verständlich.



**Problem Vergütungshöhe:** Was gilt, wenn der Basistarif-Versicherte sich zu einem Privatarzt in Behandlung begibt?

### FAZIT

Hintergrund für die geplanten Regelungen sind erkennbar zwei Dinge. Erstens: Die PKV soll unter GKV-Bedingungen wirtschaften müssen. Zweitens: Die Vergütung für ärztliche/zahnärztliche Leistungen soll vereinheitlicht werden. Und weil die Deckelung der GKV-Vergütung auch für den Basistarif gilt, wird dieser Mechanismus dort für die Zukunft aufgeschaltet. Dabei liegt eine konstruktive Lösung so nahe, wenn man die schon vorhandenen Instrumente „Standardtarif“ und „Kostenerstattung“ betrachtet: Anstatt mehr Akteure ins GKV-System zu drängen, wäre es konstruktiver, die durchaus bekannten Systemfehler anzugehen. Ein gutes Stück der Lösung wäre es, den Patienten als mündigen Entscheider einzubinden, so dass er zwischen Grund- und Zusatzversorgung, zwischen Tarifen mit und ohne Selbstbehalten wählen kann. Wer sich privat voll- oder zusatzversichern will, gestaltet das mit dem Unternehmen seiner Wahl. Er erhält eine transparente und nachvollziehbare Rechnung nach GOÄ/GOZ, die er prüfen und hinterfragen kann. Zeitgleich mit Überweisung des Honorars an den Behandler reicht er die Rechnung zur Erstattung ein. Dann würde die Basis für den Basistarif wieder stimmen. ■

#### AUTOR



**Dr. Harro Herffs**

ist Geschäftsführer der PVS Bremen.

✉ [h.herffs@pvs-verband.org](mailto:h.herffs@pvs-verband.org)