

Ein Überblick zum Thema:

Basis- und standardtarifversicherte Patienten

Auch wenn es nur relativ wenige Patienten betrifft, werden immer wieder Fragen zu Basis- oder standardtarifversicherten Privatpatienten gestellt. Wir geben deshalb einen Überblick.

Der Basistarif löste 2007 den zuvorigen Standardtarif der PKV ab. Im Standardtarif versicherte Personen mussten aber nicht in den Basistarif wechseln, so dass es noch „Restbestände“ im Standardtarif Versicherter gibt.

Standardtarifversicherte haben bei ambulanter Behandlung freie Arztwahl. Sie können auch rein privatärztlich tätige Ärzte aufsuchen. Während die überwiegende – aber umstrittene – Rechtsmeinung ist, der Vertragsarzt sei durch den Sicherstellungsauftrag der KV verpflichtet, auch Standardtarifversicherte zu behandeln, gilt das für den Privatarzt nicht, außer in Notfällen kann er die Behandlung auch ablehnen.

Basistarifversicherte haben keine freie Arztwahl. Sie bekommen nur dann eine Erstattung, wenn der Arzt auch zur GKV-Behandlung zugelassen ist. Zwar könnten sie im Gegensatz zu Standardtarifversicherten eine Zusatzversicherung abschließen, die auch die Behandlung bei Privatärzten (und Erstattung mit höheren Faktoren) abdecken würde, in der Praxis wurde dies aber noch nicht beobachtet. Basistarifversicherte sind nur in dem Umfang versichert, der auch GKV-Leistung wäre. Hinsichtlich der Verschreibungsfähigkeit von Arzneimitteln sind sie sogar teils schlechter gestellt. Eine Mit- oder Weiterbehandlung ist nur mit einem in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenem Überweisungsschein versichert. Der Ü-Schein ist im Überweisungsfall vorzulegen.

Bei Basistarifversicherten hat auch der Vertragsarzt unzweifelhaft die Freiheit, die Behandlung – außer in Notfällen – abzulehnen. Zwar sieht dies manche KV anders, die Bundesregierung hat das aber in der Bundestags-Drucksache 17/4782 vom 15.2.2011 für die Basistarifversicherten klargestellt.

Unabhängig von strittigen Rechtsfragen gilt, dass dann, wenn der Patient sich vor der Behandlung als Standard- oder Basistarifversicherter zu erkennen gegeben hat und der Arzt den Behandlungswunsch ohne Einschränkung annimmt, der Arzt verpflichtet ist, sich in der Abrechnung an die Vorgaben zum Faktor zu halten.

Basistarifversicherte sind sogar verpflichtet, sich gegenüber dem Leistungserbringer mit einem von der Versicherung ausgehändigtem Ausweis oder einer eGK auszuweisen. Tut er das nicht, sondern sagt nur „Privatpatient“, ist er grundsätzlich verpflichtet, eine normale GOÄ-Rechnung zu bezahlen. Spätere Auseinandersetzungen sollte man jedoch vermeiden, indem die Helferin bei der Anmeldung danach fragt, ob der Patient vollversichert ist oder einen eingeschränkten Versicherungstarif hat.

Abrechnung bei Standardtarifversicherten

Folgt man der Auffassung, der Vertragsarzt müsse den Standardtarifversicherten behandeln, ist er auch zur Abrechnung mit den eingeschränkten Faktoren des Paragraphen 75 Abs. 3a des SGB V verpflichtet. Diese betragen für Leistungen des Abschnittes M der GOÄ (Labor) 1,16-fach, für die Abschnitte A, E und O 1,38-fach, für die übrigen Leistungen 1,8-fach. Die Sätze des Paragraphen 5b der GOÄ stammen aus 1996 und sind durch den 2007 eingeführten Paragraph 75 Abs. 3a obsolet. 1,16-fach für Labor im Sozialgesetzbuch heißt aber nicht, dass die Begründungspflicht der GOÄ bei Überschreiten des 1,15-fachen Faktors bei Laborleistungen entfällt.

Abrechnung bei Basistarifversicherten

Für Basistarifversicherte gelten als Abrechnungssätze die der Vereinbarung der KBV mit privaten Kostenträgern vom 1.4.2010. Diese betragen für Laborleistungen

WICHTIG

- Basistarifversicherte sind zwar Privatpatienten, dürfen (ohne Zusatzversicherung) aber nur Vertragsärzte aufsuchen
- Der Leistungsumfang im Basistarif ist weitestgehend gleich dem, auf den GKV-Versicherte Anspruch haben
- Bei Standardtarifversicherten gelten nicht mehr die Sätze des Paragraphen 5b der GOÄ, sondern die dargestellten des Paragraphen 75 Abs. 3a des SGB V
- Bei Basistarifversicherten gelten die dargestellten Sätze der Vereinbarung der KBV
- Bei Basistarifversicherten ist die Vertragsarzt Nummer auf der Rechnung anzugeben
- Bei Basistarifversicherten ist auch eine Direktabrechnung mit der Versicherung möglich

0,9-fach, für Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E und O der GOÄ 1,0-fach, für die übrigen Leistungen 1,2-fach.

Abrechnungsverfahren

Basis- wie Standardtarifversicherte sind Privatpatienten. Die Rechnungsstellung erfolgt deshalb in der Regel gegenüber dem Patienten und der Patient bekommt von der Versicherung seine Erstattung. Bei Basistarifversicherten ist auf der Rechnung die Vertragsarzt Nummer anzugeben. Für Basistarifversicherte kann die Rechnung auch direkt an den Versicherer geschickt werden. Dies sollte vorher mit dem Patienten geklärt werden.

Über die dargestellten Grundsätze hinaus wurden auch spezielle Fragen gestellt, die darzustellen, den Rahmen dieses Beitrages sprengen würden. Bitte nutzen Sie gegebenenfalls unseren Leserservice.

Alle Tipps mit Stichwort-Suchfunktion und Archiv finden Sie auch unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!