

Basistarif in der Privaten Krankenversicherung

Am 01.01.2009 ist die Regelung über die Einführung des neuen Basistarifes in der Privaten Krankenversicherung in Kraft getreten. Damit löst der Basistarif den bisherigen im Paragraph 5 b der GOÄ enthaltenen Standardtarif ab.

Die übrigen privaten Krankenversicherungsverträge sowie die Verträge der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) und der Postbeamtenkrankenkasse Gruppe B gelten jedoch weiterhin. Patienten, die nach dem Basistarif versichert sind, haben sich vor Behandlungsbeginn entsprechend auszuweisen.

Das Besondere an dem Basistarif ist, dass der Versicherte zwar bei einer privaten Krankenversicherung den Krankenschutz genießt, dieser jedoch den gesetzlichen Krankenversicherungen hinsichtlich des Leistungsumfanges und des Krankenversicherungsschutzes gleichgestellt ist. Dies bedeutet, dass Sie bei diesem Personenkreis nur die medizinischen Leistungen erbringen dürfen, die Sie gegenüber gesetzlich Krankenversicherten ebenfalls durchführen. Lediglich die Abrechnung für diesen Versichertenkreis unterscheidet sich im Vergleich mit den gesetzlich Krankenversicherten derart, dass die Abrechnung der ärztlichen Leistungen ausschließlich nach der GOÄ mit den gesetzlich festgelegten Vergütungsfaktoren für

- a) ärztliche Leistungen 1,80-fach,
- b) technische Leistungen 1,38-fach und
- c) Laborleistungen 1,16-fach

erfolgen darf.

Bei den vorgenannten Gebührenfaktoren handelt es sich um Höchstsätze, die auch mit entsprechender Begründung nicht überschritten werden dürfen.

Ebenfalls ist zu beachten, dass der Sicherstellungsauftrag seitens des Gesetzgebers den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen wurde, so dass der Kassenarzt sich ausschließlich nach den Bestimmungen des Basistarifs zu richten hat.

Dies bedeutet aber auch, dass Privatärzte, die keine Kassenzulassung haben, oder Krankenhausärzte ohne Ermächtigung von dieser Regelung nicht betroffen sind. Versicherte, die nach dem Basistarif einen Krankenversicherungsschutz abgeschlossen haben, sind von Privatärzten oder Klinikdirektoren ohne Ermächtigung als Kassenpatient zu betrachten und dürften demnach nicht behandelt werden, da dieser Versichertenkreis wegen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen kein generelles Recht auf freie Arztwahl hat, sondern nur Kassenärzte oder ermächtigte Ärzte im Rahmen ihres Versicherungsschutzes aufsuchen darf.

Sofern diese Versichertengruppe trotzdem von einem Privatarzt oder Chefarzt ambulant behandelt werden möchte, können hierfür die normalen Gebührensätze der GOÄ berechnet

erden. Es empfiehlt sich aber für diese Fälle unbedingt vom Patienten einen Privatbehandlungsvertrag gemäß beiliegendem Muster unterschreiben zu lassen.

Ob alle Vertragsärzte aufgrund des den Krankenversicherungen übertragenen Sicherstellungsauftrags verpflichtet sind, die Basis-Krankenversicherten nach diesen reduzierten Gebührensätzen zu behandeln, ist in Fachkreisen noch strittig.

Da ein Vertragsarzt auch das Recht hat (außer im Notfall) Behandlungen abzulehnen, könnte die Vereinbarung zur Behandlung als Privatpatient „für eine nach den normalen Gebührensätzen der GOÄ durchzuführende Liquidationserstellung“ genutzt werden. In einem derartigen Fall müsste allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die private Krankenversicherung die Erstattung auch nicht teilweise vornehmen muss.

Vereinbarung zur Behandlung als Privatpatient

Ich: _____
(Name des Patienten)

(Anschrift des Patienten)

geboren am: _____

Behandelnder Arzt: _____ A R Z T _____

Hiermit erkläre ich, dass es mein Wunsch ist, von _____ A R Z T _____ eine Abrechnung für die von mir in Anspruch genommenen Leistungen auf privater Abrechnungsbasis zu erhalten. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war folgender Sachverhalt:

Die von mir gewünschte Behandlung ist zwar im Leistungsumfang meiner Krankenversicherung enthalten, ich wünsche aber aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Gebührenordnung besagt, dass technische Leistungen zwischen dem 1,0 und 2,50fachen und persönliche ärztliche Leistungen zwischen dem 1,0 und 3,50fachen Gebührensatz berechnet werden können. Mir ist bekannt und ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass _____ A R Z T _____ für die technischen Leistungen mindestens den 1,8fachen und für die ärztlichen Leistungen mindestens den 2,3fachen Gebührensatz berechnet.

Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse die Kosten, die für die verlangte privatärztliche Behandlung anfallen, nicht erstatten muss, auch nicht teilweise. Hierfür bin ich von meinem Arzt umfassend aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass die Kosten, die für die gewünschte privatärztliche Behandlung anfallen, auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

Ich bin davon unterrichtet und damit einverstanden, dass die Erstellung der Liquidation für meine Behandlung durch eine Ärztliche PrivatVerrechnungsStelle - berufsständische Einrichtung - erfolgt. Zum Zwecke der Rechnungserstellung notwendige Daten meiner Behandlung dürfen von _____ A R Z T _____ an die Ärztliche PrivatVerrechnungsStelle weitergegeben werden. Die Mitarbeiter der Ärztlichen PrivatVerrechnungsStelle unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Honorarforderung zum Zwecke des Einzuges treuhänderisch an diese Stelle abgetreten wird.

Ort , den _____
(Datum)

Unterschrift des Patienten/Zahlungspflichtigen