



## PRIVATLIQUIDATION

## Im Basistarif versicherte Patienten

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Basistarifversicherte sind Privatpatienten, aber von besonderer Art. Sie sind relativ selten. Weil es jedoch bei ihrer Behandlung und der Abrechnung Besonderheiten zu beachten gibt, erhalten wir dazu häufiger Anfragen, die wir im Folgenden beantworten. |

### Behandlung auf GKV-Niveau

Einem relativ starken Anstieg der Basistarifversicherten in den letzten Jahren stehen absolut kleine Zahlen gegenüber. Ende 2012 gab es laut dem PKV-Zahlenbericht 2012 in der Krankheitsvollversicherung

- knapp 9 Mio. privat Versicherte (etwa 11 Prozent der Bevölkerung).
- davon fanden sich 30.200 im Basistarif (also nur gut 0,34 Prozent aller Privatversicherten),
- von denen wiederum 11.900 wegen Hilfsbedürftigkeit nur den halben Beitrag zahlten.

Kern des Leistungsumfangs im Basistarif ist, dass der Versicherte nur Anspruch auf Erstattung dessen hat, was auch im GKV-System zulasten der GKV erbracht („auf Chipkarte abgerechnet“) werden könnte. Basistarifversicherte haben damit auch keine freie Arztwahl. Erstattung gibt es nur bei Behandlung durch Ärzte, die auch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Bei Krankenhausbehandlung umfasst der Anspruch nur die allgemeinen Krankenhausleistungen, also weder eine komfortablere Unterkunft, noch die Chefarztbehandlung. Zwar könnten Basistarifversicherte Zusatzversicherungen sowohl für die ambulante wie stationäre Versorgung abschließen, aber solche Fälle sind uns bisher nicht bekannt. Schließlich sind die Patienten in der Regel aus wirtschaftlicher Not heraus im Basistarif.

### Überweisungen

Mit der Anbindung an die GKV-Bestimmungen gilt auch, dass die Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt nur mit einem in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Überweisungsschein versichert ist. Der Überweisungsschein ist im Überweisungsfalle vorzulegen. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unterliegen keinen besonderen Formvorschriften.

**PRAXISHINWEIS** | Eigentlich dürfen GKV-Formulare in der Privatbehandlung nicht verwendet werden. Lösbar ist der Konflikt zum Beispiel dadurch, dass man das GKV-Formular nur als Vorlage verwendet und auf weißem Papier ausdruckt.

### Rezepte

Für Rezepte ist eine bestimmte Form nicht vorgeschrieben. Auf dem Rezept soll aber erkennbar sein, dass der verordnende Arzt auch Vertragsarzt ist.

Nur 0,34 Prozent  
aller Privat-  
versicherten im  
Basistarif ...

... meist aus  
wirtschaftlicher Not

Weiter- oder  
Mitbehandlung nur  
per Überweisung

Erstattet wird im Wesentlichen das, was von den Arzneimittel-Richtlinien der GKV erfasst ist.

### Heilmittel

Bei der Verordnung von Heilmitteln ist der basistarifversicherte Patient an zur GKV zugelassene Therapeuten und das Heilmittelverzeichnis seines Versicherungsvertrages gebunden. Hier gelten auch die Fristen für die Inanspruchnahme (zum Beispiel zehn Tage für Physiotherapie).

**PRAXISHINWEIS** | Da viele Basistarifversicherte aus ihrer Vergangenheit als normal Privatversicherte das nicht kennen, sollten sie auf die zeitliche Bindung der Verordnung hingewiesen werden.

### Behandlungspflicht

Grundsätzlich besteht – außer natürlich in Notfällen – keine Behandlungspflicht. Nachdem das durch die Bundesregierung in der Bundestags-Drucksache 17/4782 vom 15. Februar 2011 klargestellt war, haben aber die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Satzungsänderung den Sicherstellungsauftrag auch auf Basistarifversicherte ausgedehnt. Ob dies rechtlich zulässig ist, ist umstritten. In der Praxis ist diese Diskussion aber eher akademisch. Fälle, in denen Ärzte die Behandlung von basistarifversicherten Patienten ablehnen (zum Beispiel wegen der zu geringen Vergütung), sind sehr selten.

### Rechnungsstellung

Basistarifversicherte sind Privatpatienten. Die Rechnungsstellung erfolgt deshalb in der Regel gegenüber dem Patienten und der Patient bekommt von der Versicherung die Rechnung erstattet. Auf der Rechnung ist die Vertragsarzt Nummer (LANR) anzugeben. Der Patient muss mit der Rechnung der Versicherung einen Nachweis einreichen, dass er die Rechnung bezahlt hat. Fehlt dieser, kann die Versicherung auch direkt an den Arzt erstatten, muss es aber nicht. Hat man das vorher mit dem Patienten geklärt, kann die Rechnung auch direkt an den Versicherer geschickt werden.

**MERKE** | Wie der Arzt den Konflikt zwischen der Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag (er muss dem Patienten soweit zumutbar in der Durchsetzung auch seiner wirtschaftlichen Interessen unterstützen) und erhobenen Bedenken gegen die Verwendung der LANR auf der Privatrechnung lösen soll, bleibt offen. Meist wird auch ohne die LANR auf der Rechnung erstattet (der Vertragsarztstatus ist ja leicht zu ermitteln).

Für die Erstattung sieht der Basistarif eingeschränkte GOÄ-Faktoren vor:

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

Heilmittel wie bei gesetzlich Versicherten

Keine Behandlungspflicht

Eingeschränkte GOÄ-Faktoren

Arzt willigt mit der Behandlung in die niedrigere Honorierung ein

Behandlung trotz Ablehnung des Basistarifs muss selbst bezahlt werden

Diese Faktoren beruhen auf der Vereinbarung der KBV mit privaten Kostenträgern vom 1. April 2010.

## Bindung des Arztes an die Bestimmungen

Basistarifversicherte sind von ihrer Versicherung her verpflichtet, sich gegenüber dem Arzt mit einem von der Versicherung ausgehändigten Ausweis oder einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszuweisen. Hat der Patient sich so oder auch mündlich als Basistarifversicherter zu erkennen gegeben und der Arzt nicht ausdrücklich die Behandlung unter Beachtung der Bestimmungen des Basistarifs abgelehnt, ist der Arzt zur Behandlung und Abrechnung unter Beachtung des eingeschränkten Leistungs- und Erstattungsumfangs des Basistarifs verpflichtet – also auch zur Abrechnung mit den oben angegebenen niedrigen Faktoren.

**MERKE |** Hat der Patient sich vor der Behandlung nicht als Basistarifversicherter zu erkennen gegeben, ist der Arzt berechtigt, eine Rechnung nach den normalen GOÄ-Kriterien zu erstellen und auch nicht zur nachträglichen Revisionskorrektur verpflichtet. Eine andere Frage ist natürlich, ob dies sinnvoll ist. Angesichts der in der Regel schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten wird es nur selten gelingen, den geforderten Betrag auch wirklich zu erhalten.

Im Falle der Ablehnung durch den Arzt wird der Patient in der Regel auf die Behandlung verzichten und einen anderen Arzt aufsuchen. Beschwerden des Patienten bei seiner Versicherung und Information der KV wären zu erwarten. Möchte der Patient trotzdem die Behandlung durch den Arzt, muss der Arzt ihn über die zu erwartende Nichterstattung und die Höhe der zu erwartenden Kosten für den Patienten schriftlich informieren (eine Folgerung aus dem § 630c BGB).

**PRAXISHINWEIS |** Um den möglichen Schwierigkeiten oder gar Auseinandersetzungen aus dem Weg zu gehen, ist zu empfehlen, dass schon bei der Anmeldung aktiv nachgefragt wird, ob der Patient „normal“ privatversichert ist oder einen eingeschränkten Versicherungsvertrag hat. So können die eventuellen Probleme nicht nur bei Basistarifversicherten, sondern auch bei anderen Patienten mit eingeschränkter privater Krankenversicherung (zum Beispiel dem Standardtarif oder der studentischen Krankenversicherung) vermieden werden.

Ein schriftlicher Behandlungsvertrag auch mit Privatpatienten (ähnlich den „IGeL-Behandlungsverträgen“) hilft, eventuellen späteren Einwendungen entgegenzutreten zu können.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Mit Privatpatienten schriftlichen Vertrag schließen? (AAA 12/2006, Seite 14)
- IGeL nie ohne schriftlichen Behandlungsvertrag! (mit **Musterschreiben**) (AAA 02/2007, Seite 9)
- Behandlungsverträge bei Kindern und Jugendlichen (mit **Schaubild**) (AAA 09/2013, Seite 17)
- [www.aaa.iww.de](http://www.aaa.iww.de) > Downloads > Musterverträge/-schreiben > **Honorarvereinbarung**

ARCHIV  
Weitere Beiträge  
zum Thema

DOWNLOAD

Musterschreiben