



**KBV**

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht, 08.11.2007, Berlin

***Standard- und Basistarif als Gegenstand der Sicherstellung  
in der vertragsärztlichen Versorgung:***

***Gefahren und Chancen aus Sicht der KBV***

***Dr. Dominik von Stillfried, Leiter Stabsstelle Versorgungsforschung***



## ***Der brancheneinheitliche Standard- und Basistarif ist ein politisches Instrument***

1. zur Operationalisierung der allgemeinen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
2. zur Gewährleistung eines bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutzes im Alter
3. zur Beteiligung aller PKV-Unternehmen bzw. der privat Versicherten an dem dafür notwendigen sozialen Ausgleich (Sozialversicherungselement)
4. zur Angleichung der PKV an die GKV

## *Die Prämien der privaten Krankenversicherung*

1. entsprechen einem stetigen Zahlungsfluss zur Deckung der erwarteten Lebenszeitausgaben bei gegebenen
  - (a) Risikomerkmale des Versicherten,
  - (b) Ausgabenstrukturen zum Eintrittszeitpunkt
2. enthalten (nur) den versicherungstechnischen Risikoausgleich innerhalb des Tarifs (kollektive Äquivalenz)
3. berücksichtigen nicht die individuelle Zahlungsfähigkeit oder die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten
4. steigen u.a. infolge von Preisentwicklung, medizinischem Fortschritt, Inanspruchnahmeverhalten und veränderter Risikostruktur des Versichertenkollektivs

## *Die Prämienentwicklung in der PKV*

1. ist wenig erforscht (Vielfalt der Tarife; keine Veröffentlichungspflicht)
2. wird in einer Untersuchung von DIW und Infratest (vgl. Grabka 2006) auf Basis einer Längsschnittbefragung (sozioökonomisches Panel) wie folgt geschätzt
  - a) 1985 - 2005 Anstieg um den Faktor 3 (10,1 % p.a.);  
Faktor 3,9 (14,3 % p.a.) für Versicherte mit Beihilfeanspruch;
  - b) in höheren Altersgruppen ausgeprägter;
  - c) deutlich höher als zeitgleiche Beitragssteigerungen in der GKV,  
insbesondere für Rentner und Geringverdiener:  
Faktor 2 (4,9 % p.a.) und 2,2 (5,9 % p.a.),  
und selbst für freiwillig Versicherte: Faktor 2,3 (6,5 % p.a.).

## ***Der brancheneinheitliche Standard- und Basistarif ist ein „Kuckucksei“***

1. Basistarif wird eine schlechtere Risikostruktur aufweisen als übliche private Vollversicherung (Alter, Vorerkrankungen, Einkommen & Bildungsniveau, Krankheitsinzidenz),
2. Gesetzliche Prämienkappung auf dem Niveau des GKV-Höchstbeitrags führt zu systematischer Unterfinanzierung,
3. Wahlmöglichkeit für GKV-Versicherte trägt zur Verschlechterung der Risikostruktur bei,
4. Ausgleichspflicht verteuert Prämien aller übrigen privaten Versicherungsverhältnisse ,
5. Verteuerung löst ggf. weitere Wechsel aus Vollversicherungstarifen in den Basistarif aus,
6. => Selbstauflösung der PKV (?)

## ***Dynamik wird entscheidend durch Anzahl der Versicherten im Basistarif bestimmt***

Bisher nur ca. 30.000 Versicherte im Standardtarif,  
davon nur ca. 10% aufgrund Einführung der Versicherungspflicht.

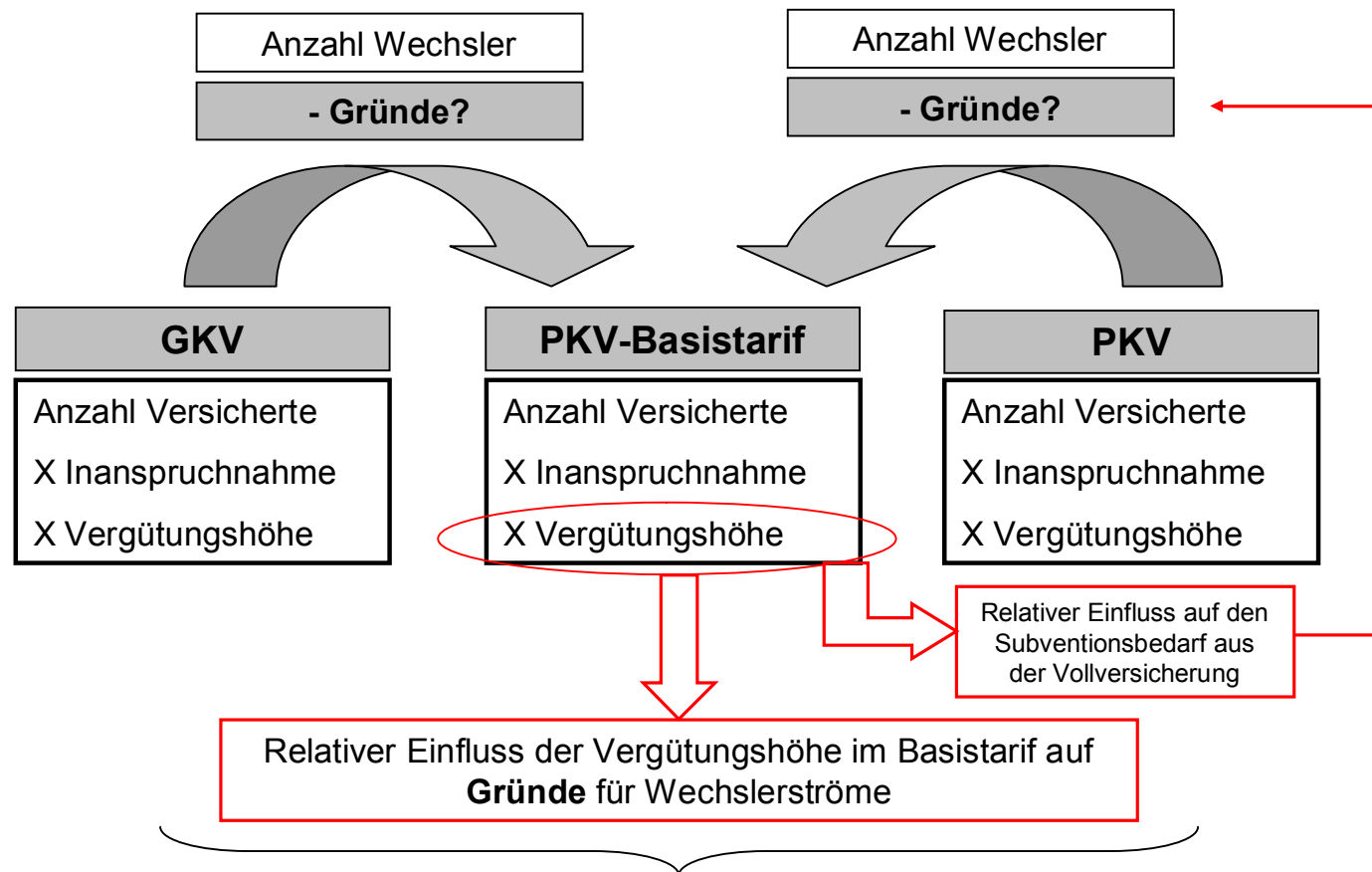
### **Aber: den Basistarif stärken im Zeitablauf**

- Demografie und Versichertenstruktur bestehender Tarife
- weitere gesetzliche Zugangshürden für junge PKV-Kunden
- PKV-Unternehmen, die Basistarif als „Einstiegstarif“ bewerben
- Ärzte, die Versicherten einen Statuswechsel empfehlen
- Beihilfeträger, die zur Ausgabensenkung Beihilfeansprüche auf das Niveau des Basistarifs beschränken

## ***Der brancheneinheitliche Basistarif ist „honorarpolitische Antimaterie“***

1. Gesamtausgaben der privat Versicherten für ärztliche Behandlung 2004 ca. 6,7 Mrd.€, 2004 (caveat: Ausgaben der PKV ca. 3,9 Mrd. €)
2. GKV-Umsatz für vertragsärztliche Behandlung je Versicherten = ca. 40% der privaten Ausgaben für ärztliche Behandlung je Versicherten (2,6 Mrd. €) (Niehaus/Weber, PKV-Verband 2005)
3. rund 50% der PKV-Versicherten in der Krankheitsvollversicherung sind beihilfeberechtigt; leicht überproportionaler Ausgabenanteil (~ 54%) entfällt auf beihilfeberechtigte (aktive Beamte und Versorgungsempfänger)
4. eine komplette Umstellung der Beihilfe auf GKV-Niveau in 2004 hätte demnach 2,1 Mrd. € Honorarverlust für Vertragsärzte bedeutet
5. Basistarif = substantielle Gefahr für Vertragsärzte, möglicher Honorarverlust in Milliardenhöhe

# Komplexer Wirkmechanismus, bisher nicht quantifizierbar



Gesamteffekt auf Vergütungssituation der Vertragsärzte

## *Die Position der KBV*

- 1. Langfristiger Erhalt der privaten Krankheitsvollversicherung und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**  
= Eckpfeiler freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit.
- 2. Basistarif als Sonderregelung** ernst nehmen
  - a) Attraktivität des Basistarifs darf Attraktivität der GKV nicht übersteigen
  - b) Sozialabschlag von der Vergütung für den Sonderfall Schutz- und Subventionsbedürftiger zu akzeptieren.
- 3. Maximale GKV-isierung des Basistarifs** als Grundlage der Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angestrebt.

## ***Die GKV-isierung des Basistarifs bedeutet***

1. die Ausgabe einer **Versichertenchipkarte** an die BT-Versicherten und die **Identifikationspflicht** als Voraussetzung der Kostenübernahme
2. umfassende Geltung des **GKV-Leistungsrechts**; fortlaufende **Anpassung** an Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses
3. Geltung der GKV-üblichen Zuzahlungsregelungen (insbes. der **Praxisgebühr** nach § 28 Abs. 4 SGB V) als Mindeststandard
4. Anwendung der im Sachleistungsprinzip geltenden **Qualitätsanforderungen** an Vertragsärzte, **Formulare** und Dokumentationsanforderungen als **Abrechnungsvoraussetzung**
5. regelmäßige Prüfung der abgerechneten Leistungen auf **Plausibilität** und **Wirtschaftlichkeit**
6. **individuelle Korrektur** der GOÄ-Rechnungen nach Maßgabe der o.g. Regelwerke

## **Die GKV-isierung des Basistarifs erfordert**

1. eine entsprechende **Vereinbarung** zwischen PKV-Verband und KBV gemäß § 75 Abs. 3b SGB V
2. die Einbeziehung der **KVen** in das Abrechnungsgeschehen (Rechnungsprüfung und -versendung an Versicherte)
3. die Schaffung ständiger **gemeinsamer Gremien** zwischen KBV und PKV-Verband zur Anpassung der Regelwerke
4. die **Vermeidung einer Schiedsentscheidung** gemäß § 75 Abs. 3c SGB V, solange die Anzahl der BT-Versicherten klein bleibt
5. die **Schutzbedürftigkeit** der Versicherten im Basistarif; den **Verzicht** auf Bewerbung des BT durch die **PKV-Unternehmen** und der **Beihilfeträger** auf eine pauschale Begrenzung der Zahlungen auf das durch die Ärzte subventionierte GKV-Niveau

## *Warum sollte der Basistarif die einzige Antwort auf die Versorgungslasten des Staates sein?*

1. Versorgungsempfänger:\*)
  - a) ein Drittel an allen Beihilfeempfängern
  - b) beanspruchen zwei Drittel der Beihilfeausgaben
2. Ausgaben für Versorgungsempfänger vs. aktive Beamte\*)
  - a) für veranlasste Leistungen und Pflegeleistungen doppelt so hoch
  - b) für ärztliche Behandlung nur 80%
3. Systemkonforme Lösung: Private Wahltarife zur ärztlich geleiteten Versorgungssteuerung insbesondere für ältere Versicherte und Versorgungsempfänger (ohne gesetzliche Budgetierungsregel)
4. KVen sind ideale Vertragspartner für Versorgungsmanagement bei Wunsch nach wohnortnaher, flächendeckender qualitätsgesicherter Versorgung

\* Datenquelle: Adam H. 2005: Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die GKV?