



Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht:
Änderung der Versorgungsstrukturen nach dem GKV-WSG am 8.11.2007

Standard- und Basistarif als Gegenstand der Sicherstellung in der vertragsärztlichen Versorgung: Gefahren und Chancen aus Sicht der Kassennärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Dominik Graf von Stillfried

Thesenpapier

1. Der brancheneinheitliche Standard- und Basistarif der PKV dient der Politik,
 - a. zur Operationalisierung der generellen Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
 - b. als Ventil zur Gewährleistung eines bezahlbaren Krankenversicherungsschutzes für PKV-Versicherte im Alter,
 - c. als Instrument zur Beteiligung der PKV an dem hierfür erforderlichen sozialen Ausgleich.
2. Der vom Gesetzgeber gewählte Mechanismus des sozialen Ausgleichs in der PKV wirkt potentiell destabilisierend für die PKV insgesamt.
 - a. Das Prinzip der Prämienfinanzierung in der PKV beschränkt sich auf einen rein versicherungstechnischen Risikoausgleich zwischen den Versicherten eines Tarifs. Ein darüber hinausgehender Einkommensausgleich ist der Prämienkalkulation fremd.
 - b. Der Basistarif wird systematisch eine andere, ungünstigere Risikostruktur als übliche Vollversicherungstarife der PKV aufweisen (hohes Durchschnittsalter, bestehende Vorerkrankungen, geringeres Durchschnittseinkommen / Bildungsniveau, ggf. höhere Prävalenz gesundheitsgefährdenden Verhaltens).
 - c. Somit dürfte der Basistarif durch die gesetzliche Prämienkappung auf dem Niveau des GKV-Höchstbeitrags a priori unterfinanziert sein. Der gesetzliche Subventionsmechanismus ist insoweit als Einkommensausgleich für Schutzbedürftige anzusehen und trägt grundsätzlich zur Verteuerung der bestehenden Vollversicherungstarife bei. Diese Verteuerung kann in sich eine weitere Inanspruchnahme des Basistarifs durch bisher Vollversicherte auslösen.
3. Der Basistarif könnte bei entsprechender Ausgestaltung durch den PKV-Verband gesetzlich Versicherte anlocken, die am Status des privat Versicherten sowie einer Altersrückstellung teilhaben wollen. Da hierfür tendenziell nur Personen in Frage kommen, die durch (drohende) Risikoprüfungen bisher vom Abschluss einer privaten Versicherung abgehalten wurden, würde die beschriebene Subventionsspirale beschleunigt.

4. Entscheidend für das Ausmaß der möglichen Wirkung nach Nummern 2 und 3 ist die Anzahl künftiger Basistarifversicherter.
 - a. Die bisherige Anzahl der Versicherten im Standardtarif spricht gegen die Erwartung einer großen Versichertenzahl im Basistarif. Bisher besteht auch kein Sicherstellungsproblem. Allerdings wirken die Demografie der bestehenden Vollversicherungstarife sowie die in künftigen Gesetzen mögliche weitere Einengung des Zugangs für junge Menschen in die private Vollversicherung zugunsten einer breiteren Nutzung des Basistarifs.
 - b. Die künftige Zahl der Versicherten dürfte umso kleiner sein, je geringer der Unterschied zwischen Basistarif und GKV ist. Maßgeblich ist also die Leistungsgestaltung durch den PKV-Verband.
 - c. In dem Maße, wie es im Basistarif zu einer Angleichung der Vergütung an GKV-Niveau kommt, wird der Basistarif uninteressant für Ärzte; sie scheiden als „Werbeträger“ für den Basistarif aus.
 - d. Das Verhalten der PKV-Unternehmen bleibt abzuwarten. Eine maximale Angleichung an GKV-Niveau erschwert die evtl. zur Vergrößerung des unternehmensspezifischen Marktanteils attraktive Bewerbung des Basistarifs als „Einstiegstarif“ aus dem später in einen privaten Vollversicherungstarif „upgraded“ werden könnte.
 - e. Das Verhalten der Beihilfeträger wird letztlich für den Bestand der PKV maßgeblich sein. Eine konzertierte Absenkung der Beihilfeansprüche könnte rund 50% der bisher Vollversicherten in den Basistarif drängen.

5. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt sich für einen langfristigen Erhalt der privaten Vollversicherung und der Gebührenordnung (GOÄ) als Eckpfeiler freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit ein.
 - a. Angesichts der demografiebedingten Finanzierungsschwäche der GKV ist es im Interesse der Ärzteschaft, die vergleichsweise zukunftssichere Finanzierung nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu erhalten.
 - b. Die absehbare Belastung der Prämien für die bestehenden Vollversicherungstarife und die Gefährdung des Versichertenbestands in der Vollversicherung stellt eine nachhaltige Gefahr für die privatärztliche Honorarsituation dar. Die Privatliquidation trägt überproportional zum Betriebserhalt vieler Vertragsarztpraxen bei. Die GOÄ muss daher als Referenzgröße Bestand haben.
 - c. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert daher eine möglichst weitgehende „GKV-isierung“ des Basistarifs.

6. Eine GKV-isierung des Basistarifs in der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung würde u. a. bedeuten
 - a. eine umfassende Anwendung aller leistungsrechtlichen Regelungen der GKV, insb. der leistungsrechtlichen Einschränkungen im Vergleich zum Leistungsstandard in der PKV, und ihrer fortlaufenden Konkretisierung durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses,
 - b. die Anwendung der GKV-üblichen Zuzahlungsregelungen, insbesondere der sogenannten Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V,
 - c. die Anwendung der im Sachleistungsprinzip geltenden Qualitätsanforderungen und Abrechnungsvoraussetzungen,
 - d. die regelmäßige Prüfung abgerechneter ärztlicher Leistungen auf Plausibilität und Wirtschaftlichkeit,

- e. die Überlagerung des GOÄ-Vergütungsanspruchs durch vorgenannte Regelwerke und entsprechende Korrekturen der Rechnungsbeträge,
 - f. die Schaffung gemeinsamer ständiger Gremien zwischen dem PKV-Verband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur ständigen Anpassung leistungsrechtlicher Regelwerke,
 - g. die Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen in die Abrechnung ärztlicher Leistungen für Basistarifversicherte bzw. in die Rechnungsprüfung.
7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht eine konsequente „GKV-isierung“ des Basistarifs insoweit als vertretbar an, als hierdurch der Sozialversicherungscharakter des Basistarifs verdeutlicht und die bisherige Vollversicherung vor einer „Überfremdung“ durch Subventionsansprüche geschützt werden kann. Auf dieser Grundlage könnte aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3b SGB V gelingen. Hier besteht die Chance, das in Teilen der Politik unerwünschte System der PKV zukunftsweisend zu stabilisieren.
8. Die „Einführung der Sozialversicherung“ in die private Krankenversicherung kann jedoch nur so lange als verhältnismäßig angesehen werden, wie der Kreis der Nutzer klein bleibt sowie im Sinne von Nr. 1 als schutzbedürftig und somit der Basistarif insgesamt als „Sonderregelung“ anzusehen ist. Nur in diesem Rahmen kann die Behandlungspflicht der Vertragsärzte unter Inkaufnahme von Vergütungsabschlägen akzeptiert werden. Eine gezielte Bewerbung des Basistarifs durch PKV-Unternehmen insbesondere aber eine „Überführung“ der Beihilfeberechtigten in den Basistarif durch die Beihilfeträger müssten jedoch als Missbrauch dieser Begünstigung interpretiert werden und zur Kündigung einer Vereinbarung gemäß § 75 Abs. 3b SGB V führen, um in der voraussichtlich folgenden Schiedsverhandlung die berechtigten Vergütungsansprüche der niedergelassenen Ärzte angemessen durchsetzen zu können.

24.10.2007

Dr. Dominik Graf von Stillfried
Stabsstelle Versorgungsforschung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030/40 05 – 1062
Fax: 030/40 05 – 27-1062
E-Mail: DStillfried@kbv.de