

Rechtssicherer beim Basistarif

Empfehlung der BZÄK-Kernarbeitsgruppe GOZ

[GOZ-Ausschuss] Auch im vergangenen Jahr häuften sich die Anfragen im GOZ-Referat und der GOZ-Sprechstunde zum Basistarif und dessen Umgang bei der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen. Die Problematik wurde in der Kernarbeitsgruppe GOZ bei der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) umfangreich diskutiert. Wir geben Ihnen nachfolgend nochmals die Empfehlungen hinsichtlich der Vorgehensweise mit einem Basistarifversicherten zur Kenntnis:

– Auszug aus dem Protokoll der Sitzung der Kernarbeitsgruppe des Senates für privates Leistungs- und Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer am 28. November 2012 –

"Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 wurde nach dem Willen des Gesetzgebers als Ausfluss des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 1. April 2007 durch Änderungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) für bestimmte Personengruppen der sogenannte Basistarif eingeführt.

Der Basistarifversicherte ist zwar privat versichert, sein Anspruch auf Leistungen nach den Konditionen des Basistarifs erstreckt sich jedoch nur auf ein Leistungsspektrum, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar, nicht jedoch identisch ist. Sinngemäß § 12 Abs. 1 SGB V hat der Basistarifversicherte also nur Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung.

Darüber hinausgehende Leistungen dürfen nur berechnet werden, wenn vor der Leistungserbringung eine Loslösung von den Beschränkungen des Basistarifs erfolgt ist.

§ 75 Abs. 3a SGB V begrenzt das Honorar für Leistungen des Basistarifs nach der GOZ auf den maximal 2,0fachen Steigerungssatz, für Leistungen nach der GOÄ auf den maximal 1,8fachen Steigerungssatz, weiter einschränkend für medizinisch-technische (z. B. Röntgen-)Leistungen der GOÄ auf den maximal 1,38fachen, bzw. für Laborleistungen der GOÄ auf den 1,16fachen Steigerungssatz.

In Verhandlungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, den Beihilfeträgern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden, gültig seit dem 1. April 2010, weitere Absenkungen der maximal möglichen Steigerungssätze der GOÄ bei ärztlichen Leistungen zum Basistarif vereinbart. Die Zahn-

ärztekammer Niedersachsen kann jedoch kein Verhandlungsmandat der KBV für die Zahnärzteschaft erkennen, insofern haben für Zahnärzte die gesetzlich festgelegten Steigerungssätze unverändert Bestand.

Die Behandlung basistarifversicherter Patienten erfolgt außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung. In zwei, nicht zur Entscheidung angenommenen Verfassungsbeschwerden hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass aus der Übertragung des Sicherstellungsauftrags der Behandlung von Versicherten des Basistarifs auf die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Abs. 3a SGB V mit Ausnahme der Behandlung im akuten Notfall eine unmittelbare Behandlungsverpflichtung des einzelnen Vertrags(zahn-)arztes nicht resultiert.

BVerfG vom 05.05.2008, Az.: 1 BvR 807/08 (Beschluss)

BVerfG vom 05.05.2008, Az.: 1 BvR 808/08 (Beschluss)

Die Ablehnung einer Behandlung in anderen Fällen bedarf keiner Begründung (Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage, Bundestagsdrucksache 17/4782 vom 15. Februar 2011).

Basistarifversicherter muss sich ausweisen

Aufgrund der therapeutischen Konsequenzen kann eine Behandlung gemäß den rechtlichen Bestimmungen des Basistarifs darüber hinaus nur durchgeführt werden, wenn sich der Basistarifversicherte vorab als solcher ausweist. Diese Pflicht zur Bekanntgabe des Versichertenstatus resultiert aus § 9 Abs. 5 AVB/BT (Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif). Die vor der Behandlung durch den Patienten zu erbringende Erklärung zu seinem Versicherungsstatus ist folglich unverzichtbar.

Erfolgt die Behandlung eines Basistarifversicherten ohne zusätzliche Behandlungsvereinbarungen, so werden die Bestimmungen des Basistarifs verpflichtend zum Bestandteil des Behandlungsvertrages und somit zur Grundlage der Rechnungslegung.

Anders als bei der vertragszahnärztlichen Versorgung in § 4 Abs. 5a Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) bzw. § 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z), existieren keine

expliziten Regelungen zur Loslösung vom Basistarif, auch wurde der Basistarif in den Verordnungsteil der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte nicht aufgenommen.

Aus Sicht der BZÄK empfiehlt sich folgendes Vorgehen

1. Mit einer aus Gründen der Rechtssicherheit in Schriftform vorzunehmenden Erklärung sollte der Patient/Zahlungspflichtige sein Verlangen nach einer Behandlung und Rechnungslegung, losgelöst von den Bedingungen des Basistarifs, bestätigen – siehe nachfolgend.
2. Nach der Loslösung gelten die gebührenrechtlichen Bestimmungen von GOZ und GOÄ

uneingeschränkt, also auch zum Beispiel in Bezug auf die Pflicht zur schriftlichen Vereinbarung einer abweichenden Vergütungshöhe oder von Leistungen, die auf Verlangen des Patienten erbracht werden.

3. Alle planbaren Leistungen sollten in einem schriftlichen Heil- und Kostenplan erfasst und vereinbart werden.

Dem Patienten/Zahlungspflichtigen ist in jedem Fall die Gelegenheit zu geben, seine Entscheidung zu überdenken und gegebenenfalls Informationen im Hinblick auf zu erwartende Kostenerstattungen einzuholen. Empfehlenswert ist zudem die Aushändigung der nachfolgenden Patienteninformation zum 'Basistarif':

Informationsblatt zum Basistarif

Die Gebühren für zahnärztliche Leistungen bei privatversicherten Patienten bemessen sich nach dem 1,0 bis 3,5fachen des Gebührensatzes bei Leistungen nach den Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) oder werden einvernehmlich zwischen Patient und Zahnarzt vereinbart.

Vereinfacht gesagt, richtet sich dies nach den Umständen des Einzelfalls.

Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu in Bezug auf die bis zum 31. Dezember 2011 geltende GOZ festgestellt, dass die Vergütung bei der Behandlung gesetzlich Krankensicherter bereits etwa dem 2,3fachen Steigerungssatz entspricht.

Ihr Versicherungsvertrag sieht jedoch bei zahnärztlicher Behandlung nur eine Erstattung bis zum 2,0fachen Steigerungssatz bei Leistungen nach der GOZ, bis zum 1,8fachen Steigerungssatz bei Leistungen der GOÄ, bei bestimmten Leistungen noch darunter, vor.

Darüber hinaus ist Gegenstand Ihres Versicherungsvertrages lediglich ein Leistungsumfang, der sich an dem der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert, das heißt, dass Ihre Versicherung bei vielen Leistungen lediglich eine Erstattung für das zahnärztliche Honorar unterhalb des in der sozialen Krankenversicherung Üblichen vorsieht und wesentliche Teile möglicher Behandlungen nach der GOZ von der Erstattung gänzlich ausgeschlossen sind.

Es steht Ihnen jedoch frei, mit Ihrem Zahnarzt vor Beginn der Behandlung eine Loslösung von den Beschränkungen des Basistarifs zu vereinbaren, um eine vollständig nach den gesetzlichen Gebührenordnungen mögliche Behandlung zu erhalten.

Das allerdings hat zur Folge, dass bestimmte Kosten nur teilweise, bzw. gar nicht von Ihrer Krankenversicherung erstattet werden und Sie diese selbst zu tragen haben.

