

Das GOZ-Referat informiert:

Der Basistarif



Zwar wächst die Kritik an Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler, aber die Zahnärzteschaft hat in den vergangenen Legislaturperioden gelernt, mit ganz anderen Aufgaben aus dem BMG (Bundesministerium für Gesundheit) zurechtzukommen und zu leben. Wenn man die letzten Aktionen der Vorgängerin von Herrn Rösler betrachtet, dann kann man den jetzigen Stillstand glatt als Erfolg für den Kollegenstand betrachten.

Zu Ihrer Erinnerung: In der Legislaturperiode 2005-2009 wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführt. Mit diesem Gesetz wurden die privaten Krankenversicherungen (PKV) in das Sozialgesetzbuch gezwungen. So müssen die PKVen z.B. Personen, die ihren privaten Krankenversicherungsschutz verloren haben oder nie versichert waren und wegen ihrer beruflichen Biografie der PKV zuzuordnen sind, einen „modifizierten Standardtarif“ anbieten. Dieser Standardtarif wurde dann in den sogenannten Basistarif umgewandelt. Diese Basistarife gelten seit dem 01.01.2009 und werden derzeit von ca. 15.000 Personen (Angabe des PKV-Verbandes) bundesweit in Anspruch genommen.

Was bedeutet dieser Basistarif nun für uns Zahnärzte?

Ggf. Honorareinbußen, wenn man nicht vor dem Behandlungsbeginn das Versicherungsverhältnis des Patienten klärt. Zwar ist der basistarifversicherte Patient per Gesetz verpflichtet, sich vor der Behandlung selbst zu erklären, aber es empfiehlt sich dennoch den Patienten danach zu befragen und zu dokumentieren (z.B. Anamnesebogen).

Wie ist nun aber ein basistarifversicherter Patient zu behandeln? Zwar sind auch basistarifversicherte Patienten weiterhin privat versicherte Patienten, aber das Behandlungsspektrum soll grundsätzlich dem der gesetzlichen Krankenversicherungen vergleichbar sein. Die Abrechnung der Leistungen hat auf der Grundlage der GOZ zu erfolgen. Für solche Leistungen jedoch darf nach der gesetzlichen Regelung eine Abrechnung nur bis zum 2,0-fachen Steigerungssatzes der GOZ erfolgen. In der praktischen Umsetzung ist das aber nicht ganz so einfach. Vergleicht man z.B. die konservierenden Leistungen in der BEMA mit den Leistungen zum 2,0-fachen Steigerungssatz aus der GOZ, so wird man schnell feststellen, dass die Leistungen der GOZ bei 2,0-facher Steigerung schlechter honoriert werden als die der vergleichbaren BEMA-Positionen.

Welche Leistungen unterliegen im Einzelnen dieser Einschränkung? Leider gab oder gibt es im BMG keine Mathe-

matiker, die die Definition der „Eineindeutigkeit“ beherrschen. Ob aus Kalkül oder einfach fahrlässig, faktisch hat der Gesetzgeber vergessen den genauen Umfang des Versicherungsschutzes im Standardtarif/Basistarif festzulegen. Für das Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet dies, dass vor jeder Behandlung die grundlegende Leistungsgrenze überdacht werden muss, da es nicht möglich ist nach der erfolgten Behandlung den Mehraufwand über den Steigerungssatz jenseits des 2,0-fachen auszuweiten. Grundsätzlich ist es deshalb empfehlenswert, für alle Leistungen die nach dem GKV-Prinzip nicht mehr als ausreichenden, zweckmäßig und wirtschaftlich gelten, eine Abdingungsvereinbarung gem. § 2 GOZ für eine abweichende Vergütung zu schließen. Aber denken Sie daran, Sie müssen den Patienten über die Behandlungsalternativen sowie die evtl. Nichterstattung durch seine PKV aufklären und dies hinreichend dokumentieren!

Beispiel:

	Standardversorgung	Abweichende Versorgung
Füllung	Amalgam	Füllung mit Dentin-Adhäsiv-Technik
Prothetik	Regelversorgung	Gleich- oder andersartige Versorgung
Zahnsteinentfernung	1x / Kalenderjahr	Prophylaktischer Mehraufwand

Es ist mehr als fraglich, ob der amtierende Bundesgesundheitsminister die Zeit und die Muße besitzt, diese unzulängliche Gesetzgebung zu revidieren oder nachzubessern. Solange wir uns aber nicht noch restriktiveren Maßnahmen aus dem BMG unterwerfen müssen, sollten wir die wenigen Freiheiten, die uns verbleiben sind, nutzen.

Und zu „guter“ Letzt – seit dem 1. April 2010 gelten folgende, z.T. abgesenkte Höchstgrenzen bei den Steigerungssätzen:

- Bis zum 2,0-fachen Gebührensatz bei GOZ- Leistungen
- Bis zum 1,0-fachen (bisher 1,38) Gebührensatz bei GOÄ-Leistungen aus dem Abschnitten A, E und O
- Bis zum 0,9-fachen (bisher 1,16) Gebührensatz bei GOÄ-Laborleistungen
- Bis zum 1,2-fachen (bisher 1,8) Gebührensatz bei allen anderen GOÄ

Helmut Kesler