

Basistarif/Standardtarif

Durch Artikel 18 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 2000 wurde in die vormals gültige GOZ ein neuer Paragraf aufgenommen, der für einen bestimmten Personenkreis - die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif versicherten Patienten - den Zahnarzt beim Bemessen der Gebühren beschränkte. Hinzugetreten sind seit dem 01.07.2007 Personen, die nicht dem GKV-System zuzuordnen sind, aber bislang ohne Krankenversicherungsschutz waren. Sie unterliegen nun der Versicherungspflicht. Die Versicherten im Standardtarif sind zum 01.01.2009 in den gesetzlich beschlossenen Basistarif überführt worden.

Für Vertragszahnärzte gelten seit dem 01.07.2007 neue Regelungen zum früheren Standardtarif, die im SGB V verankert wurden. Die im Standard-, jetzt Basistarif versicherten zahnärztlichen Leistungen (s. unten) können danach **maximal zum 2,0-fachen Gebührensatz bei GOZ-Gebühren** berechnet werden.

ACHTUNG! Bei Berechnung von Leistungen aus der GOÄ gelten andere Höchstsätze:

| | | ab 01.07.07 | für Ärzte gilt: ab 01.04.10 |
|--|-----------|-------------|--------------------------------|
| Normaler Gebührenrahmen | 1,0 - 3,5 | 1,8 | 1,2 |
| Leistungen der Abschnitte A, E und O (z. B. Röntgen) | 1,0 - 2,5 | 1,38 | 1,0 |
| Abschnitt M (Laboratoriumsuntersuchungen) sowie Geb.-Nr. 437 GOÄ | 1,0 - 1,3 | 1,16 | 0,9 |

Im Basistarif/Standardtarif versicherte zahnärztliche Leistungen:

Nach § 152 Abs. 1 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) sollen die Leistungen im Basistarif in Art, Umfang und Höhe mit denen der zahnärztlichen Behandlungen in der GKV (SGB V, Kapitel 3) „vergleichbar“ sein. Dies gilt auch für die Kosten zahntechnischer Leistungen.

Leistungen, die den Rahmen des GKV-Leistungskatalogs nach den Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung überschreiten, sollten dementsprechend frei nach den Maßgaben der GOZ liquidiert werden können. Art und Inhalt des Versicherungsschutzes im Basistarif wird jedoch gem. § 158 Abs. 2 VAG einseitig vom PKV-Verband bestimmt. Dem im Basistarif Versicherten sollte daher stets Gelegenheit gegeben werden, die Übernahme der Kosten für geplante zahnärztliche Leistungen mit seiner Versicherung abzuklären.

Was ist vor und bei der Behandlung von Patienten, die zum Basistarif/Standardtarif versichert sind, zu beachten?

- Der Patient muss sich vor der Behandlung als Basis-/Standardtarifversicherter ausweisen. Tut er dies nicht, können die bei ihm erbrachten Leistungen ohne Einschränkungen liquidiert werden. Bei nachträglichem Vorlegen des Versicherungsnachweises besteht keine Verpflichtung zur Rückerstattung für bereits in Rechnung gestellte Leistungen.

- Not- bzw. Schmerzbehandlungen sind grundsätzlich zu den Konditionen des Basis-/Standardtarifes vorzunehmen. Ansonsten besteht keine Behandlungspflicht für den einzelnen Vertragszahnarzt.
- Übernimmt ein Vertragszahnarzt die Behandlung eines im Basistarif der PKV versicherten Patienten, werden die Bedingungen des Basistarifs verpflichtend zum Bestandteil des Behandlungsvertrages und somit zur Grundlage der Rechnungslegung.
- **Vergütungsvereinbarungen im Sinne des § 2 Abs. 1 u. 2 GOZ nicht zulässig!**

Da der 2,0-fache Gebührensatz in der Zahnmedizin im Mittel deutlich unter den Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, ist zu diesen Bedingungen durchgängig keine wirtschaftlich vertretbare Behandlung möglich. Vertragszahnärzte, die den Bestimmungen des SGB V unterliegen, können von Vergütungsvereinbarungen für die im Basis-/Standardtarif versicherten Leistungen aber keinen Gebrauch machen. Hier gilt Bundesgesetz, das gem. § 1 Abs. 1 GOZ höherrangig ist und daher nicht durch eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 u. 2 GOZ umgangen werden kann.
- Bei allen Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören würden, muss der betroffene Patient entsprechend aufgeklärt und sein Einverständnis in diese Behandlungsmaßnahmen eingeholt werden (Dokumentation und schriftliche Kosteninformation!). Für solche Leistungen erhalten im Basistarif der PKVen versicherte Patienten grundsätzlich keine Erstattung durch die Versicherung.

Bundeszahnärztekammer:

„Anders als bei der vertragszahnärztlichen Versorgung [...], existieren keine expliziten Regelungen zur Loslösung vom Basistarif [...].“

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer 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.
2. Nach der Loslösung gelten die gebührenrechtlichen Bestimmungen von GOZ und GOÄ uneingeschränkt, also auch z. B. 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 ggf. Informationen im Hinblick auf zu erwartende Kostenerstattungen einzuholen.

Die Rechtswirksamkeit eines solchen Vertrages wurde aber bisher noch nicht gerichtlich bestätigt.

ACHTUNG!

Es gibt andere private Krankenversicherungstarife, z. B. die sog. studentischen Versicherungen, bei denen der Patient für zahnärztliche Leistungen ebenfalls von seiner Krankenversicherung nur eine Erstattung zu einem herabgesetzten Steigerungssatz (z. B. 1,8 oder 2,3) erhält. Derartige Versicherungstarife binden den Zahnarzt bei der Liquidation keinesfalls an den Erstattungssatz der PKV, auch wenn manche dieser Patienten meinen, dies fordern zu dürfen.

GOZ-Referat der ZÄK Berlin

Stand: 01.10.2019