

Position



Basistarif

Bundeszahnärztekammer, Stand 20. Juni 2014

Der Basistarif

Mit Wirkung vom 01.01.2009 wurde nach dem Willen des Gesetzgebers als Ausfluss des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 01.04.2007 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 SGBV 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 1,3fachen, bzw. für Laborleistungen der GOÄ auf den 1,6fachen Steigerungssatz.

In Verhandlungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, den Beihilfeträgern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden, gültig seit dem 01.04.2010, weitere Absenkungen der maximal möglichen Steigerungssätze der GOÄ bei ärztlichen Leistungen zum Basistarif vereinbart. Die Zahnärztekammer 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 15.02.2011).

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 Verordnungsfeil der am 1.01.2012 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte nicht aufgenommen.

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.