

BASISTARIF ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wie Ihnen sicher bekannt ist, wird als Folge des GKV-WSG zum Januar 2009 ein Basistarif in die private Krankenversicherung eingeführt. Die PKV-Unternehmen werden verpflichtet, bestimmte Personengruppen ohne Risikoprüfung in diesen Tarif aufzunehmen. Seine Leistungen müssen nach Inhalt und Umfang denjenigen der GKV vergleichbar sein. Das Nähere hat der PKV-Verband in Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit verbindlicher Wirkung für die PKV-Unternehmen zu regeln.

Vergütungsverhandlungen zwischen der KZBV und dem PKV-Verband, die im zurückliegenden Jahr intensiv geführt worden sind, haben bisher zu keinem Ergebnis geführt, so dass ab dem 01.01.2009 die gesetzliche Regelung anzuwenden ist.

Bei der Behandlung von Basistarif/Standardtarif Versicherten ab dem 01.01.2009 empfehlen wir Ihnen bis auf weiteres folgende Vorgehensweise:

- **Feststellung des Versichertenstatus**

Der Versicherte im Basistarif/Standardtarif ist privat versichert mit eingeschränktem Leistungsniveau ähnlich dem GKV-Leistungsanspruch. Daher sollten Sie sich seinen Versichertenstatus bestätigen lassen und diese Erklärung zu den Behandlungsunterlagen nehmen.

- **Kein genereller Kontrahierungszwang**

Aus der gesetzlichen Regelung folgt keine unmittelbare Verpflichtung für den Vertragszahnarzt, jeden im Basistarif/Standardtarif der PKV Versicherten unter Zugrundelegung der diesbezüglichen gesetzlichen Leistungs- und Vergütungsbestimmungen zu jedem gewünschten Zeitpunkt zu behandeln. Achten Sie bitte auf eventuelle Konkretisierungen durch Ihre KZV.

- **Abgrenzung der Leistungen, die der Honorarbegrenzung unterfallen**

Da Versicherte im Basistarif/Standardtarif der PKV weiterhin privat versichert sind, unterfallen sie nicht den Bestimmungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Abrechnung der Leistungen hat der Grundlage der GOZ zu erfolgen. Für solche Leistungen, die im Basistarif/Standardtarif der PKV versichert sind, darf jedoch nach der gesetzlichen Regelung eine Abrechnung nur bis zum 2,0fachen des Gebührensatzes der GOZ erfolgen.

Diesem Rundschreiben ist das KZBV Rundschreiben zum Basistarif einschließlich Formularmuster (Anlage 1 und 2) zu möglichen Honorarvereinbarungen beigelegt.

Nachfolgend finden Sie die Informationen des PKV-Verbandes zum Basistarif.

Anmerkung: Wieder einmal stimmen Wort und Tat nicht überein. Wer bisher geneigt war, den vollmundigen PKV-Versprechungen von partnerschaftlicher Zusammenarbeit Glauben zu schenken, wird durch die Realität eines Besseren belehrt. In ihrem Handeln entpuppt sich die PKV und zeigt sich ganz und gar nicht als der verlässliche Partner der Zahnärzte, den sich einige Gruppierungen herbeigesehnt hatten.

INFORMATIONEN DES PKV-VERBANDES ZUM BASISTARIF

Der Verband der privaten Versicherung - PKV - hat zum Jahresbeginn die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif veröffentlicht. Die wesentlichen Inhalte für den zahnärztlichen Bereich werden nachstehend dargestellt.

Die KZBV teilt als Verhandlungspartnerin der PKV mit, dass diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen vom PKV-Verband ohne vorherige Abstimmung mit der KZBV selbständig verfasst und festgesetzt worden sind. Dabei seien die von der KZBV in den vorausgegangenen Verhandlungen erteilten Hinweise auf die Notwendigkeit einer möglichst vollständigen Übertragung der Begrenzung der vertragszahnärztlichen Versorgung in den Basistarif nicht berücksichtigt worden. Auch die Notwendigkeit einer eindeutigen Abgrenzung der Leistungen, die vom Basistarif erfasst werden, und damit auch von der Honorarbegrenzung auf den 2,0-fachen GOZ-Faktor sei unbeachtet geblieben.

Folgende wesentliche Bestimmungen enthalten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- In der Präambel sowie in B. § 1 Abs. 1 Satz 4 der AVB/BT 2009 wird klargestellt, dass sich die Erstattungspflicht auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen beschränkt.
- Der Versicherungsschutz bezieht sich gem. B. § 4 Abs. 2 Satz 1 nur auf Behandlungen durch Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte.
- In B. § 4 Abs. 2 Satz 2 wird die Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen als den zuerst in Anspruch genommenen Vertragszahnarzt nur dann von der Leistungspflicht umfasst, wenn diese aufgrund einer Überweisung mittels eines in der vertragszahnärztlichen Versorgung geltenden Überweisungsscheines erfolgt. Der Überweisungsschein ist vor Behandlungsbeginn vorzulegen. *(Anmerkung: Überweisungsschein ist im vertragszahnärztlichen Bereich nicht vorhanden. Eine Klärung wird erfolgen.)*
- In B. § 6 Abs. 1b ist als Voraussetzung einer Auszahlung von Versicherungsleistungen geregelt, dass neben den Rechnungsoriginalen oder deren beglaubigten Zweitschriften Belege der Leistungserbringer vorgelegt werden müssen, die den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen zahnärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer gemäß der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten, ferner die Vertragszahnarzt-nummer sowie das Institutionskennzeichen des Krankenhauses enthalten.
- Gemäß B. § 6 Abs. 3 ist der Versicherer berechtigt, im vertraglichen Umfang unmittelbar an den Rechnungssteller zu leisten, wenn dieser ihm die den Anforderungen nach B. § 6 Abs. 1 genügende Rechnung übersendet.
- Gemäß B. § 6 Abs. 4 ist der Versicherer ferner berechtigt, unmittelbar an den Rechnungssteller zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer die Rechnung zur Erstattung einreicht, ohne einen Nachweis darüber beizufügen, dass er die Forderung des Rechnungsstellers bereits erfüllt hat.
- Gemäß B. § 9 Abs. 5 sind die im Basistarif versicherten Personen verpflichtet, gegenüber den Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises bzw. einer vom Versicherer zur Verfügung gestellten elektronischen Gesundheitskarte auf ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen. Wird diese Obliegenheit verletzt, kann gem. B. § 10 Abs. 2 vom Versicherungsunternehmen ein Verwaltungskostenabschlag in Höhe von Euro 5,00, höchstens Euro 50,00 im Kalenderjahr vom Erstattungsbetrag abgezogen werden.
- Die Leistungen des Basistarifs werden hinsichtlich Zahnbehandlung und -ersatz sowie Kieferorthopädie im Abschnitt C. des Tarifes BT näher konkretisiert. Allgemein werden danach nur solche Aufwendungen für zahnärztliche und -technische Leistungen durch Vertragszahnärzte als erstattungsfähig bezeichnet, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im