

§ 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) Auszug

Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe jeweils den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar sind.

§ 12 Abs. 1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 75 Abs. 3a SGB V 2. Satz

Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,16fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen nur bis zum 1,38fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen.

§ 12 Abs. 3b SGB V Auszug

Die Vergütung für die in Absatz 3a Satz 2 genannten Leistungen kann in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung einheitlich mit Wirkung für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung und im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ganz oder teilweise abweichend von den Vorgaben des Absatzes 3a Satz 2 geregelt werden.

§ 9 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT 2009)

Die versicherten Personen sind verpflichtet, gegenüber den in § 4 Absätzen 2 bis 4 genannten Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises auf ihren Versicherungsschutz im Basistarif hinzuweisen.

Hündigt der Versicherer der bei ihm versicherten Person statt des Ausweises eine elektronische Gesundheitskarte aus, ist deren Vorlage beim Leistungserbringer für die versicherte Person zwingend.

§ 8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) Auszug

Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.

§ 2 Abs. 5 letzter Satz Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (MBO)

Seine Verpflichtung, in zahnärztlichen Nottfällen zu helfen, bleibt davon unberührt.

§ 323c Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB)

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

I.

In Artikel 44 des **Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WStG, Bundesgesetzblatt 2007 Teil I Nr. 11 vom 30.03.2007)** werden durch Einfügung des § 12 Abs. 1a in das VAG (seit dem 31.12.2016 § 152) private Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, einen bundesweit einheitlichen Standardtarif anzubieten.

Der Basistarif ist Grundlage eines privaten Krankenversicherungsvertrages, dessen Erstattung nach den Vorgaben der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ und GOZ) berechnet wird.

Der Leistungsanspruch des Versicherten und der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer ist jedoch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V unterworfen. Der Basistarif beinhaltet somit nur Leistungen, die nach den Vorstellungen des Gesetzgebers denen in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar und ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sind. Darüber hinaus begrenzt § 75 Abs. 3a SGB V das Honorar bei Leistungen nach der GOZ auf den 2,0-fachen Steigerungssatz.

Auf Grundlage von § 75 Abs. 3b SGB V wurden in Verhandlungen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherungen, den Beihilfeträgern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), gültig seit dem 01. April 2010, weitere Absenkungen der maximal möglichen Steigerungssätze der GOÄ bei ärztlichen Leistungen zum Basistarif vereinbart.

Die Bundeszahnärztekammer kann jedoch kein Verhandlungsmandat der KBV für die Zahnärzteschaft erkennen, insofern behalten für Zahnärzte die gesetzlich festgelegten Steigerungssätze unverändert Gültigkeit.

II.

Das Bundesverfassungsgericht ging bereits im Jahr 2004 davon aus, „...dass der 2,3-fache Steigerungssatz der Gebührenordnung der Vergütung entsprechender Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht,...“ (**Az.: 1 BvR 1437/02 vom 25.10.2004**).

Gemäß dieser höchstrichterlichen Rechtsprechung war somit bereits bei Aufnahme des Basistarifs in das SGB V am 1.01.2009 eine Vergleichbarkeit der Vergütungen der Leistungen des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) mit denjenigen der GOZ zum 2,0-fachen Steigerungssatz nur bei großzügiger Betrachtung gegeben.

Um im Jahr 2023 eine vergleichbare Vergütung nach Maßgabe der GOZ wie im BEMA zu erzielen, sind durch die zwischenzeitlichen, jährlichen Punktwertanhebungen im BEMA nahezu regelhaft Steigerungssätze oberhalb des 2,3-fachen, bei zahlreichen Leistungen sogar oberhalb des 3,5-fachen erforderlich, („**Privathonorare unter den Sätzen der gesetzlichen Krankenkassen**“, **Zahnärztekammer Westfalen – Lippe, Stand 1.01.2023**).

Dieses Verhältnis wird belegt durch folgenden Sachverhalt: Während der GOZ-Punktwert in diesem Zeitraum und damit die Gebührensätze der Leistungen unverändert blieben, erfolgten im BEMA kontinuierlich und jährlich Punktwert erhöhungen mit der Folge steigender Einzelleistungsvergütungen. Der Punktwert der Primärkassen für konservierende, chirurgische, parodontologische und Kieferbruchbehandlungen stieg von 0,8042€ im Jahr 2008 auf 1,1843€ im

Jahr 2022 (**Quellen: Jahrbuch 2014, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung; Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Abfrage III. Quartal 2022**; Punktwerte ohne Gewichtung bundesweit gemittelt).

Das entspricht einem prozentualen Anstieg um 47,26%. Um eine entsprechende Vergütung im Steigerungssatz der GOZ abzubilden, wäre der 2,95-fache Steigerungssatz erforderlich. Mithin liegen die Gebühren für zahnärztliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Summe um etwa 50% höher als im Basistarif. Eine Vergleichbarkeit der Gebühren gemäß den aktuellen Konditionen des Basistarifs und der Vergütungen des BEMA besteht somit nicht.

III.

Der Sicherstellungsauftrag für die Behandlung Basistarifversicherter wurde den Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen übertragen. Mit Ausnahme der Behandlung im akuten Notfall resultiert hieraus für den einzelnen Vertrags(zahn-)arzt keine Behandlungsverpflichtung (**Bundesverfassungsgericht Az.: 1 BvR 807/08 vom 5.05.2008; Az.: 1 BvR 808/08 vom 5.05.2008**).

In Beantwortung einer Kleinen Anfrage (**Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) 17/4782 vom 15.02.2011**) führt die Bundesregierung wie folgt aus (Auszüge):

„Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V den Kassen-ärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten übertragen. Diese Übertragung führt als solche nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der Behandlungspflicht des einzelnen Vertragsarztes oder Vertragszahnarztes auf diese Patientengruppe.“ (Antwort auf die Fragen 16 und 18, Seite 5 der BT-Drs.)

„Soweit ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Behandlung eines Basistarifversicherten oder eines anderen Privatversicherten im Einzelfall ablehnen will, besteht keine gesetzliche Verpflichtung dies zu begründen.“ (Antwort auf die Fragen 19 und 20, Seite 6 der BT-Drs.)

„Im Rahmen einer Notfall- oder Schmerzbehandlung wäre es schon aus berufsrechtlichen Gründen nicht zulässig, dass ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Behandlung eines Basistarifversicherten verweigert.“ (Antwort auf die Frage 23 und 24, Seite 6 der BT-Drs.)

Die Antwort auf die Fragen 23 und 24 sowie die vorstehend zitierte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist nicht dahingehend auszulegen, dass die Loslösung von den Konditionen des Basistarifs im akuten Not- oder Schmerzfall nicht möglich wäre, aus ethischen, berufs- (§ 2 Abs. 5 letzter Satz MBO) und strafrechtlichen Gründen (§ 323c StGB) darf die Hilfeleistung jedoch nicht davon abhängig gemacht werden.

Jedes andere Verständnis würde das Selbstbestimmungsrecht des Patienten tangieren und ihn unter Umständen der Möglichkeit berauben, zahnmedizinisch notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Eine Behandlung und Rechnungslegung gemäß den rechtlichen Bestimmungen des Basistarifs kann ohnehin nur erfolgen, wenn sich der Basistarifversicherte vorab als solcher ausweist. Diese Pflicht zur Bekanntgabe des Versichertenstatus resultiert aus § 9 Abs. 5 AVB/BT 2009. Die vor der Behandlung durch den Patienten zu erbringende Erklärung zu seinem Versicherungsstatus ist bereits aufgrund möglicher therapeutischer Konsequenzen unverzichtbar.

IV.

Anders als bei der vertragszahnärztlichen Versorgung in § 8 Abs. 7 BMV-Z existieren keine expliziten Regelungen zur Loslösung vom Basistarif, auch blieb der Basistarif im Verordnungsteil der am 01. Januar 2012 in Kraft getretenen GOZ unberücksichtigt.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

- 1. Mit einer aus Gründen der Rechtssicherheit in Schriftform (von Zahnarzt und Zahlungspflichtigem eigenhändig unterzeichnet) vorzunehmenden Erklärung sollte der Patient/Zahlungspflichtige sein Verlangen nach einer Behandlung und Rechnungslegung, losgelöst von den Beschränkungen des Basistarifs, bestätigen.**
- 2. Nach der Loslösung gelten die gebührenrechtlichen Bestimmungen von GOZ und GOÄ vollumfänglich, also auch z.B. in Bezug auf die Pflicht und das Recht 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 sollte Gelegenheit gegeben werden, seine Entscheidung zu überdenken und ggf. Informationen im Hinblick auf zu erwartende Kostenerstattungen einzuholen.**

Ohne eine derartige Loslösung ist bei Versicherten des Basistarifs eine zielgerichtete und adäquate Therapie unter wirtschaftlich akzeptablen Konditionen nicht möglich. Nicht nur hat der Gesetzgeber keine Klarheit hinsichtlich der zum BEMA „vergleichbaren“ Leistungen in der GOZ geschaffen und damit verbunden Unsicherheit hinsichtlich des vom Basistarifs erfassten Therapieumfangs verursacht. Durch diese Unschärfe stellt sich in zahlreichen Fällen auch die Frage der Berechnungsfähigkeit und -pflicht gemäß den Bedingungen des Basistarifs.

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Stand 06/2023