ZUSAMMENFASSUNG
ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
ZUM BASISTARIF

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Die ausführliche Fassung des PKV-Verbandes können sie nachlesen unter www.kzbv.de/basistarif.de

- Basistarifversicherte sind verpflichtet, gegenüber den Leistungserbringern unter Vorlage des vom Versicherer ausgehändigten Ausweises oder einer elektronischen Gesundheitskarte auf ihren Versichertenstatus hinzuweisen.

  Info der KZBV: *Bei einigen Versicherungen kann es bei der Vorlage des entsprechenden Versicherungsausweises eventuelle Probleme geben, da die Versichertendaten auf der Karte in elektronischer Form hinterlegt sind, aber auf den Versichertenstatus wird nicht nochmals ausdrücklich hingewiesen. Dieser ist lediglich optisch auf der Karte vermerkt.*

  Kommt der Versicherte dem nicht nach, kann der Versicherer einen Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 5,00 €, höchstens 50,00 € im Kalenderjahr vom Erstattungsbetrag abziehen.

- Der Versicherungsschutz bezieht sich gem. B. § 4 Abs. 2 Satz 1 MB/BT 2009 nur auf Behandlungen durch Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte. Eine Versorgung kann durch ein Krankenhaus, ein medizinisches Versorgungszentrum oder eine sonstige Einrichtung erfolgen, wenn die Einrichtung zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist.

- Die Mit- oder Weiterbehandlung durch einen anderen als den zuerst in Anspruch genommenen Vertragszahnarzt ist möglich, wenn diese aufgrund einer formlosen Überweisung erfolgt. Die formlose Überweisung ist vor Behandlungsbeginn vorzulegen.

- In der Präambel sowie in B. § 1 Abs. 1 Satz 4 der MB/BT 2009 wird klargestellt, dass sich die Erstattungspflicht auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen beschränkt.

- Die Leistungen des Basistarifs werden hinsichtlich Zahnbehandlung und -ersatz sowie Kieferorthopädie im Abschnitt C. der Versicherungsbedingungen näher konkretisiert. Allgemein werden danach nur solche Aufwendungen für zahnärztliche und -technische Leistungen durch Vertragszahnärzte als erstattungsfähig bezeichnet, die für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte (bzw. einen diesen ersetzenden Nachfolgevertrag), dem BEMA-Z und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt sind. Umfasst sind insbesondere:
  a) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
  b) Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes,
  c) Individualprophylaxe nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
  d) Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen oder einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

- Die erstattungsfähigen Leistungen der GOZ werden bis zum 2,0-fachen Satz ersetzt.

- Die erstattungsfähigen Leistungen der GOÄ werden wie folgt ersetzt:
  Abschnitt M sowie Geb.-Nr. 437 (Laboratoriumsuntersuchungen) bis zum 1,16-fachen,
  Abschnitte A, E und O (Röntgen) bis zum 1,38-fachen,
  für die übrigen Leistungen der GOÄ bis zum 1,8-fachen des Gebührensatzes.

- Mehrkosten für eine darüber hinausgehende Versorgung bei Zahnfüllungen hat der Versicherte selbst zu tragen.

- Leistungen für Schienentherapien und Aufbissbehelfen sowie für systematische Parodontalbehandlungen werden nur erbracht, wenn dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt wird. Der Versicherer prüft den Plan und gibt dem Versicherten

über die zu erwartenden Leistungen Auskunft. Entsprechende Bestimmungen gelten für Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sowie für kieferorthopädische Leistungen.

- Bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erfolgt eine prozentuale Erstattung. i. H. v. 60 % bzw. 70/75 % wenn der Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt (bei Nachweis regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchung in den letzten 5/10 Jahren). Weist die versicherte Person nach, dass sie durch den verbleibenden Eigenanteil entsprechend § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würde, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 % ersetzt. Erstattungsfähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die der vertragszahnärztlichen Regelversorgung entsprechen. Wählt der Versicherte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen oder andersartigen Zahnersatz, hat er die Mehrkosten zu tragen.
- KFO: hinsichtlich kieferorthopädischer Leistungen ist eine Begrenzung des Erstattungsbetrages zunächst auf 80 % (bzw. auf 90 % für das zweite und jedes weitere parallel behandelte Kind) vorgesehen. Wie im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung werden die erstattungsfähigen Restkosten nach Behandlungsabschluss vom Versicherer ersetzt.
- Voraussetzung für die Leistung des Versicherers ist die Vorlage von Rechnungsoriginalen oder beglaubigten Zweitschriften sowie von Belegen der Leistungserbringer, 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 Vertragszahnarztnummer enthalten. Um eine Erstattung zu erlangen, ist der Versicherte auf diese Unterlagen angewiesen.
- Nach B. § 11 Abs. 4 i. V. m. Abs. 1 MB/BT 2009 ist der Versicherte verpflichtet, Ansprüche auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund geleisteter Entgelte gegen Leistungserbringer, für die das Versicherungsunternehmen Erstattungsleistungen erbracht hat, an dieses abzutreten. Das Versicherungsunternehmen kann dann ggf. gegen den Vertragszahnarzt unmittelbar vorgehen. Diese Regelung ist Ausfluss der neuen Regelung in § 192 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

Information der KZV Berlin zur Arzneimittelverordnung und AU-Bescheinigung:

- Arzneimittel werden auf einem privaten Rezeptformular verordnet. Bitte versehen Sie das Rezept mit Ihrem Abrechnungsstempel, damit die PKV erkennen kann, dass Sie ein Vertragszahnarzt sind.
- Das gleiche gilt auch für die AU-Bescheinigung.