

GOZ-Frage des Monats

Kassen-HKP für Basistarifversicherte

Das Versicherungsunternehmen eines basistarifversicherten Patienten verlangt von uns, dass wir einen Kassen-HKP mit Angabe der Festzuschüsse ausstellen. Müssen wir dem nachkommen?

In vielen Praxen, zu deren Patienten auch im brancheneinheitlichen Basistarif privat Versicherte zählen, ist das Problem bekannt, dass die Versicherungsunternehmen im Falle einer prothetischen Versorgung von den Praxen einen Heil- und Kostenplan verlangen, der auf dem Formular für gesetzlich Versicherte erstellt wurde. Darüber hinaus erwarten sie, dass die Zahnarztpraxis Befundklassen und Festzuschüsse – und damit quasi für das private Versicherungsunternehmen – ermittelt, welche Erstattungsleistungen der Basistarifversicherte von seiner Versicherung erhält. Weigert sich die Praxis, wird dem Patienten nicht selten eine Kostenübernahmezusage verwehrt. Auch wenn Zahnärzte als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag dem Patienten bei der Durchsetzung seiner Erstattungsansprüche behilflich sein müssen, ist es nicht die Aufgabe der Zahnarztpraxis, die Arbeit des Versicherungsunternehmens zu leisten. Die Festlegung des Erstattungsumfanges, ggf. auch unter Anwendung von Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ist Aufgabe des den Basistarif anbietenden Versicherungsunternehmens.

Mitteilung über Umfang des Versicherungsschutzes einfordern

Was kann der im Basistarif versicherte Patient tun, um dennoch eine Kostenübernahmezusage von seiner privaten Krankenversicherung zu erhalten?

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz, § 192 (Vertragstypische Leistungen des Versicherers), Abs. 8, gilt Folgendes: Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen. Auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

GOZ-Referat der ZÄK Berlin



Wir beantworten gern auch Ihre GOZ-Frage:
 Mail: goz@zaek-berlin.de
 Tel. (030) 34 808 -113, -148
 Fax (030) 34 808 -213, -248

Empfehlen Sie Ihrem Patienten, bei Einreichung des privaten Heil- und Kostenplans seinen Versicherer auf die Regelung des § 192, Abs.8 VVG, hinzuweisen und eine schriftliche Mitteilung über den Umfang des Versicherungsschutzes für die geplante Behandlung innerhalb von vier Wochen einzufordern.