



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Informationen zur Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Behandlungen

1. Zahnärztliche Leistungen

a) Allgemeines

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wurde durch Änderungsverordnung vom 05.12.2011 (BGBl. I S. 2661ff) geändert. Zur besseren Unterscheidung wird nachfolgend die bis 31.12.2011 geltenden GOZ als „GOZ 1988“ und die ab 01.01.2012 geltende GOZ als „GOZ 2012“ bezeichnet.

Bezüglich des Übergangs von GOZ 1988 zu GOZ 2012 sind nach § 11 Nr. 1 GOZ 2012 Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der GOZ 2012 erbracht worden sind, nach GOZ 1988 abzurechnen.

Werden jedoch zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt Leistungen anhand eines Heil- und Kostenplans vereinbart, sind diese Vereinbarungen so lange bindend, bis sie beispielsweise durch einen neuen Heil- und Kostenplan geändert werden. Danach richtet sich dann auch die Anwendung der jeweiligen GOZ.

Zahnärztliche Leistungen sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Beihilfeverordnung (BVO) i.V.m. § 5 Abs. 1 BVO dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn sie medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit von zahnärztlichen Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Der Zahnarzt kann jedoch Leistungen auch nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durchführen und abrechnen.

Aufwendungen für Leistungen auf Verlangen des Patienten nach § 2 Abs. 3 GOZ i.V.m. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ 2012 sind medizinisch nicht notwendig und somit nicht beihilfefähig.

b) Schwellenwerte nach GOZ/GOÄ

Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet dabei die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten ist nur zulässig, wenn die in den Bemessungskriterien (wie Schwierigkeit, Zeitaufwand oder besondere Umstände) dies rechtfertigen.

Eine pauschale vorherige Anerkennung von Zahnarztthonoraren, die den 2,3fachen Gebührensatz (Schwellenwert) überschreiten ist uns deshalb nicht möglich. Ob die Überschreitung der Schwellenwerte als angemessen gilt, kann nur anhand einer schriftlichen Stellungnahme des behandelnden Zahnarztes geprüft werden. In der Stellungnahme, die auch nach der entsprechenden Gebührenposition auf der Rechnung direkt angebracht sein kann, sind die einzelfallbezogenen Besonderheiten darzulegen, die zu einer Überschreitung des Schwellenwertes führen.

Privatrechtliche Vereinbarungen zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt über eine über den Schwellenwert der GOZ/GOÄ (2,3 - facher Satz) hinausgehende Vergütung sind nicht berücksichtigungsfähig.

c) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C (Konservierende Leistungen), F (Prothetische Leistungen) und H (Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen) des Gebührenverzeichnisses der GOZ entstandenen Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten, sind nicht beihilfefähig soweit sie 70 vom Hundert der ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen übersteigen.

d) Nicht beihilfefähige zahnärztliche Leistungen

Hierzu zählen u.a. Aufwendungen für eine besondere individuelle Zahngestaltung, Charakterisierung, besondere Farbauswahl und Farbgebung, Bemalen, Bleaching. Derartige Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

2. Implantate

a) Was sind Implantate?

Unter Implantaten versteht die Zahnheilkunde künstliche Zahnwurzeln zur Befestigung von Kronen, Brücken oder Prothesen.

b) Wie viele Implantate sind beihilfefähig?

Die Aufwendungen für solche implantologische Leistungen sind für **bis zu zwei Implantate pro Kieferhälfte** (→ zwei auf einer Seite des Unterkiefers und zwei auf der anderen Seite des Unterkiefers) dem Grunde nach beihilfefähig. Auch die damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig.

Bereits vorhandene Implantate zählen bei der Ermittlung der beihilfefähigen Implantate mit, wenn für diese vorhandenen Implantate Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden. Davon gehen wir bei der Beihilfestsetzung zunächst einmal aus; sollten Aufwendungen für bereits vorhandene Implantate jedoch nicht aus Beihilfemitteln oder vergleichbaren öffentlichen Kassen erstattet worden sein, so ist dies durch geeignete Nachweise (z.B. Beihilfebescheide mit Ablehnungsvermerken oder Rechnungen) glaubhaft zu machen.

c) Gibt es Ausnahmen von der Beschränkung auf zwei Implantate pro Kieferhälfte?

Aufwendungen für **mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte** einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur dann beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

- nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind. Hierzu holen wir mit Ihrem Einverständnis ein zahnärztliches Gutachten bei einem von der jeweiligen Bezirkszahnärztekammer beauftragten Zahnarzt ein.
- bei großen Kieferdefekten in Folge eines Kieferbruchs oder einer Kieferresektion, wenn die Kaufähigkeit auf andere Weise nicht wieder hergestellt werden kann. Auch hierzu holen wir mit Ihrem Einverständnis ein zahnärztliches Gutachten bei einem von der jeweiligen Bezirkszahnärztekammer beauftragten Zahnarzt ein.

Weitere Ausnahmen, die mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte berücksichtigungsfähig machen würden, gibt es nicht.

d) Ist eine Implantatbehandlung vor Beginn von der Beihilfestelle anzuerkennen?

Nein, eine vorherige Anerkennung ist nicht erforderlich; wenn Sie jedoch eine Beurteilung der Beihilfefähigkeit Ihrer geplanten Behandlung wünschen, so können Sie sich mit den entsprechenden Unterlagen Ihres Zahnarztes (z.B. ein entsprechender Heil- und Kostenplan mit einem ausgefüllten Zahnschema) an Ihr Beihilfearbeitsgebiet wenden. Sie erhalten dann entsprechende Nachricht. Die Kosten für den Heil- und Kostenplan können wir jedoch nicht erstatten.

e) Wie werden die Kosten aufgeteilt, wenn die Implantatbehandlung nicht vollständig beihilfefähig ist?

Wird eine Behandlung mit mehr als der als beihilfefähig anerkannten Anzahl von Implantaten durchgeführt (z.B. drei Implantate in einer Kieferhälfte, von denen nur zwei beihilfefähig sind), so werden die gesamten Aufwendungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate gekürzt (im Beispiel sind nur zwei Drittel der Gesamtaufwendungen beihilfefähig).

3. Kieferorthopädische Behandlung

a) Welche Voraussetzungen müssen für die Beihilfefähigkeit einer solchen Behandlung erfüllt sein?

Kieferorthopädische Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Aufwendungen medizinisch notwendig und angemessen sind. Zur Feststellung der beihilfefähigen Leistungen ist ein Heil- und Kostenplan für den gesamten Behandlungszeitraum erforderlich. Die Kosten für den vorzulegenden Heil- und Kostenplan sind beihilfefähig.

Das zahnmedizinische Notwendige und Angemessene bei kieferorthopädischen Behandlungen umfasst die nach den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der GOZ 2012 definierten Standardmaterialien, wie z.B. unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachements und Edelstahlbänder. Werden darüber hinausgehende Materialien wie z.B. Ästhetikbrackets, programmierte Brackets u.ä. verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien nur berechnet werden, wenn dies vor Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen schriftlich vereinbart wurde. Dabei handelt es sich dann um Leistung auf Verlangen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ, die nicht beihilfefähig sind.

Die Altersbegrenzung auf das 18. Lebensjahr gilt nicht, wenn schwere Kieferanomalien vorliegen, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erforderlich machen. Eine „schwere Kieferanomalie“ liegt in analoger Anwendung des Abschnitts B Nummer 4 der Kieferorthopädie-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen bei angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, skelettalen Dysgnathien und bei verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen vor, sofern eine Einstufung mindestens in die Behandlungsbedarfsgrade A5, D4, M4, O5, B4 oder K4 der in der Anlage 3 genannten Indikationsgruppen der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt wurde. In solchen Fällen benötigen wir eine fachärztliche Feststellung vom behandelnden Kieferchirurgen.

Darüber hinaus gilt ab 01.04.2014 die Altersbegrenzung auf das 18. Lebensjahr nicht, wenn die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, keine Behandlungsalternative gegeben ist, die Zahnfehlstellung mit erheblichen Folgeproblemen verbunden ist und erst im Erwachsenenalter erworben wurde. Neben der Vorlage eines Heil- und Kostenplans benötigen wir zur weiteren Prüfung der Voraussetzungen gegebenenfalls ein medizinisches Gutachten der zuständigen Bezirkszahnärztekammer. Sollte ein Gutachterverfahren notwendig sein, werden Sie nach der Überprüfung des Heil- und Kostenplans vorab informiert. Ihnen entstehen dadurch keine zusätzlichen Kosten.

b) Wann beginnt eine kieferorthopädische Behandlung im beihilferechtlichen Sinn?

Grundsätzlich beginnt die Behandlung mit dem Tag, für den eine Gebührensatznummer aus der betreffenden GOZ-Gebührensatznummerngruppe Nrn. 6000 – 6260 (hier: kieferorthopädische Leistungen) erstmals in der zahnärztlichen Rechnung ausgewiesen ist. Dies gilt nicht für die Ziffern 6010 oder 6020 der GOZ 2012.

Bei Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, kann abweichend von dem obigen Grundsatz die Erstellung des Heil- und Kostenplans als Behandlungsbeginn bei kieferorthopädischen Leistungen definiert werden, wenn dieser vor der Vollendung des 18. Lebensjahres erstellt wurde. Die erste kieferorthopädische Behandlung muss dann aber, wie in allen anderen Fällen auch, innerhalb der folgenden 12 Monate ab Datum des Heil- und Kostenplans erfolgen.

c) Ist eine kieferorthopädische Nachbehandlung nach dem 18. Lebensjahr auch beihilfefähig?

Wurde die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen und ist nun innerhalb von sechs Monaten nach Vollendung des 18. Lebensjahres eine kieferorthopädische Nachbehandlung (nach der sogenannten Retentionszeit) notwendig, so sind diese Aufwendungen auch beihilfefähig.

Bei einem späteren Nachbehandlungsbeginn muss der Zahnarzt eine besondere Begründung für diesen späteren Behandlungsbeginn abgeben. Soll die Nachbehandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden, können wir diese Behandlung nicht mehr anerkennen, da es sich dann im beihilferechtlichen Sinne um eine Neubehandlung handelt.

d) Gibt es für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen Besonderheiten zu beachten?

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten bei kieferorthopädischen Behandlungen zunächst nur 80% oder 90% der Kosten und erst nach Abschluss der Behandlung die restlichen Kosten. Dieser zunächst „offene“ Betrag ist nicht beihilfefähig.

e) Anwendung GOZ 1988 bzw. GOZ 2012

Bezüglich des Übergangs von GOZ 1988 zu GOZ 2012 bei kieferorthopädischen Leistungen findet § 11 Nr. 3 GOZ 2012 Anwendung. Danach ist eine vor Inkrafttreten der GOZ 2012 geplante und begonnene Behandlung weiterhin nach der GOZ 1988 abzurechnen, längstens jedoch bis 31.12.2015.