

Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg

Information zur Gewährung von Beihilfe für Zahnersatz an gesetzlich krankenversicherte Angestellte und Arbeiter/innen (Arbeitnehmer/innen) des Landes mit tarifvertraglichem Beihilfeanspruch

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung beim Zahnersatz zum 01. Januar/01. Juli 2005 hat das Finanzministerium Baden-Württemberg die „Hinweise zur Durchführung der Tarifverträge über die Gewährung von Beihilfen an Angestellte, Arbeiter und Auszubildende des Landes“ mit Bekanntmachung vom 17. Januar 2005 (GABl. S 313) geändert.

Hierdurch tritt zum 01. Juli 2005 für Arbeitnehmer des Landes mit tarifvertraglichem Beihilfeanspruch (vor dem 01. Oktober 1997 eingestellte Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis seither ununterbrochen fortbesteht), soweit sie gesetzlich krankenversichert sind (GKV-Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte mit Beitragszuschuss) bei der Gewährung von Beihilfe für Zahnersatz folgende Änderungen in Kraft (Auszug):

Die ab 01. Juli 2005 entstehenden Aufwendungen für Zahnersatz werden mit Blick auf die gesetzliche Neuregelung beim Zahnersatz durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung vom Zahnersatz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I. S. 3445) nur noch im Rahmen der §§ 55. 56 SGB V (Regelversorgung) als beihilfefähig anerkannt. Die gewährten Leistungen (Festzuschüsse) der gesetzlichen Krankenkasse sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen; dabei gelten stets die nach § 55 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V auf 65 v. H. erhöhten Festzuschüsse als gewährte Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Mehrkosten, die sich ergeben, weil ein über die Regelversorgung hinausgehender gleichartiger Zahnersatz gewählt (§§ 55 Abs. 4 SGB V) oder eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird (§ 55 Abs. 5 SGB V), sind nicht beihilfefähig.

Erläuterung:

Vom Zahnarzt wird der Befund festgestellt, dem eine Regelversorgung zugeordnet wird. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt zu dieser Regelversorgung einen befundbezogenen Zuschuss (maximal 65% der Regelversorgung). Der Arbeitnehmer kann auswählen, welche tatsächliche Behandlung er wünscht. Eine Beihilfegewährung kommt dann noch für den von der gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommenen Restbetrag der Regelversorgung in Betracht; als gewährter Zuschuss der Krankenkasse werden somit immer 65 % der Regelversorgung angesetzt. Aus diesem Restbetrag ergibt sich dann die auszunehmende Beihilfe (entsprechend dem Bemessungssatz nach Abzug der Kostendämpfungspauschale und ggf. anteiliger Kürzung bei Teilzeitbeschäftigung).

Für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen im Sinne des § 28 Abs. 2 SGB V können Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte mit Beitragszuschuss nach wie vor keine Beihilfe erhalten.

Bei Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten mit Beitragszuschuss sind Aufwendungen für Edelmetall-, Keramik- und Kunststofffüllungen nicht beihilfefähig, weil die zahnärztliche Versorgung mit Füllungen als Sachleistungen gilt. Daher kann auch für Mehrkosten, die ein so versicherter Arbeitnehmer selbst zu tragen hat, weil er bei Zahnfüllungen eine über die vertragszahnärztlichen Richtlinien hinausgehende Versorgung wählt und die Krankenkasse nur die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abrechnet, keine Beihilfe gewährt werden.

Begrenzung der beihilfefähigen Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Behandlungen

Nicht beihilfefähig sind die bei zahnärztlichen Behandlungen nach den Abschnitten C, F und H der Gebührenverzeichnisses der Zahnärzte (GOZ) entstandenen Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der GOZ, soweit sie 70 % der ansonsten beihilfefähigen Aufwendungen übersteigen. Hierbei handelt es sich um Auslagen, Material- und Laborkosten für z. B. Voll- und Teilkronen, Brücken und Prothesen, Aufbissbehelfen. Die Begrenzung betrifft nicht die nach der GOZ abgerechneten Leistungen des Zahnarztes, sondern nur die in Rechnung gestellten Auslagen, Material- und Laborkosten. Sie gilt nicht, wenn die zahnärztliche Behandlung vor dem 01. Januar 2013 begonnen und bis spätestens 31. Dezember 2013 abgeschlossen wird.

Diese nur für noch beihilfeberechtigte privat krankenkversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einschlägige Neuregelung ersetzt den bisher bestehenden Ausschluss der Beihilfefähigkeit von Mehraufwendungen für Keramik- und Verblendkronen bei den Zähnen 6-8 in Höhe von 45 EUR pro Krone.