

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum **01. Januar 2005** bzw. **01. Januar 2012** wurden die Beihilfevorschriften des Bundes bzw. des Landes Baden-Württemberg geändert. Der Zwang des Staates zum Sparen spiegelt sich in der Beihilfeverordnung wider, daher häufen sich leider die Probleme bei der Erstattung privater zahnärztlicher Leistungen bei beihilfeberechtigten Patienten.

Aus diesem Grund möchten wir Ihnen mit diesem Informationsblatt eine Hilfestellung zu dieser Thematik geben:

Die Krankheitskosten sind grundsätzlich aus den Bezügen zu bestreiten. Die Beihilfen ergänzen lediglich die aus den Dienstbezügen zu treffende Eigenvorsorge des Beamten. Dabei darf der Dienstherr davon ausgehen, dass der Beamte – auch wenn dazu keine Verpflichtung besteht – durch den Abschluss einer Krankenversicherung Vorsorge trifft. Die **Berechnung** zahnärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte in der jeweils geltenden Fassung sowie den dazu ergangenen Urteilen und Stellungnahmen der Zahnärztekammer. Für die **Erstattung** sind jedoch die Beihilfevorschriften des Bundes (BBhV) und die jeweiligen Verordnungen Ihres Bundeslandes (BVO) maßgebend.

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Zahnärztliche Leistungen sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 BBhV i.V.m. § 5 Abs. 1 BBhV dann beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit von zahnärztlichen Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Ihr Zahnarzt kann – entsprechend § 6 Abs. 2 GOZ – jedoch auch Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnen.

FAKTORSTEIGERUNG / SCHWELLENWERT

Die staatlichen Beihilfestellen sind immer mehr zum rigiden Sparen angehalten und daher kaum noch bereit, Gebühren über dem Mittelsatz (2,3-fach) zu erstatten – dies trotz einwandfrei abgegebener Begründungen. Auch zusätzliche Erläuterungen oder Einsprüche sind selten erfolgreich. Wir weisen Sie daher vor Behandlungsbeginn darauf hin, dass wir entsprechend unserem Qualitätsanspruch, dem

individuellen Schwierigkeitsgrad und dem Zeitaufwand der Behandlung, diesen 2,3-fachen Satz bei vielen Behandlungen überschreiten.

Daneben kann mit der Patientin bzw. dem Patienten auch ein Gebührensatz oberhalb des 3,5-fachen Satzes vereinbart werden (§ 2 Abs. 1 GOZ), eine solche Vereinbarung ist für die Beihilfe jedoch stets unbeachtlich.

VERSORGUNG MIT KERAMIK- UND VERBLENDKRONEN

Keramik- und Verblendkronen sind dem Grunde nach beihilfefähig, die Aufwendungen können anhand der Laborkostenrechnung geltend gemacht werden. Nur bei den Zähnen 6 bis 8 sind die Mehraufwendungen für Keramik- und Verblendkronen nicht beihilfefähig. Diese Mehraufwendungen sind in Höhe von 45 EUR pro Krone von den sonstigen beihilfefähigen Aufwendungen für diese Zähne abzuziehen.

Aufwendungen für eine besondere zahntechnische Gestaltung, insbesondere die individuelle Charakterisierung und die Zahnfarbenbestimmung, sind nicht beihilfefähig.

PROTHETISCHE LEISTUNGEN

Für große Brücken sind Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet beihilfefähig. Aufwendungen für mehrere Einzelbrücken innerhalb eines Kiefers, bei denen bis zu drei bzw. vier fehlende Zähne (Brückenglieder), insgesamt jedoch mehr als vier Zähne je Kiefer ersetzt werden, sind beihilfefähig.

Bei Kombinationsversorgungen sind die Aufwendungen für Verbindungselemente wie folgt beihilfefähig:

- je Kiefer bis zu zwei Verbindungselemente,
- bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer bis zu drei Verbindungselemente.

KIEFERORTHOPÄDISCHE LEISTUNGEN

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit und Angemessenheit anhand eines Heil- und Kostenplans für den gesamten

Behandlungszeitraum von der Beihilfestelle festgestellt wurde und die behandelte Person bei **Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet** hat. Ausnahmen von dieser Regelung sind nur bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, zulässig.

FUNKTIONSANALYTISCHE UND FUNKTIONSTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind - entsprechend Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)- nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
- umfangreiche Gebissanierung; sie ist nur anzunehmen, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Außerdem ist der **schriftlich dokumentierte Befund** über den Kiefer- oder Zahnstatus nach der Gebührenziffer 8000 GOZ vorzulegen.

IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN

Aufwendungen für bis zu **zwei Implantate pro Kieferhälfte** (einschließlich vorhandener Implantate) und die damit in Verbindung stehenden zahnärztlichen Leistungen können nur in folgenden Fällen von der Beihilfe als notwendig angesehen werden:

- für nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenen- gebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind und ein zahnärztliches Gutachten die medizinische Notwendigkeit festgestellt hat,
- bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektion, wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann und ein zahnärztliches Gutachten die medizinische Notwendigkeit festgestellt hat.

In anderen als in diesen beiden genannten Fällen sind Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, und die damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen; dabei sind die gesamten Aufwendungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der

nichtbeihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate der jeweils geltend gemachten Aufwendungen zu kürzen.

MATERIAL- UND LABORKOSTEN

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – jedoch ohne Aufwendungen für **GLASKERAMIK** – sind gemäß BBhV zu 40 % beihilfefähig. Aufwendungen für eine besondere zahntechnische Gestaltung, insbesondere die individuelle Charakterisierung und die Zahnfarbenbestimmung, sind nicht beihilfefähig.

WISSENSCHAFTLICH NICHT ALLGEMEIN ANERKANNTE BEHANDLUNGSMETHODEN

Der Bundesminister des Innern hat wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen. Diese Regelung hat das Land Baden-Württemberg in seine Beihilfevorschriften übernommen, daher erfolgt z. B. für den Kariesdetektor oder die Ozontherapie keine Kostenerstattung.

Widersprüche zum Beihilfebescheid ändern an der Situation selten etwas, da die von Beihilfestellen eingeschalteten „Gutachter“ (Amtszahnärzte) keineswegs neutral sind und denselben Verordnungen unterliegen bzw. denselben Dienstherrn haben wie die Beihilfestelle.

Wichtig für Sie ist, dass die Regelungen der Kostenerstattung durch Beihilfestellen keinesfalls bei der Erstellung einer zahnärztlichen Liquidation berücksichtigt werden können. Die Verschiedenheit der Rechtsbeziehungen ist hierfür der Grund.

Der beihilfeberechtigte Patient hat demnach kein Recht, zahnärztliche Liquidationen auf den Erstattungsbetrag zu kürzen.

Der Zahlungsanspruch des Zahnarztes entsteht bereits dann, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dem § 10 GOZ entsprechende Rechnung erteilt worden ist und nicht erst nach Abwicklung des Kostenerstattungsverfahrens des Patienten mit seiner Erstattungsstelle.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Zeilen etwas Verständnis für die derzeitige Situation im Umgang mit Beihilfestellen übermittelt zu haben. Für Fragen und Hilfen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Ihr Praxisteam