

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante **notwendige und angemessene** zahnärztliche Leistungen sind nach Maßgabe der §§ 9 bis 11 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen beurteilt sich gemäß § 5 Abs. 1 NBhVO nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

1. Zahnärztliche Leistungen, kieferorthopädische Leistungen und zahntechnische Leistungen

- **Kieferorthopädische Leistungen (Abschnitt G GOZ-Nr. 6000 – 6260)**

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern - und
- die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Behandlung vor Beginn auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes anerkannt hat.

- **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J GOZ-Nr. 8000 - 8100)**

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen oder Maßnahmen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankung (Myoarthopathie),
- Zahnfleischerkrankung, die eine systematische Parodontalbehandlung erfordert,
- Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nr. 7010 und 7020 der GOZ,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschl. kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operation,
- umfangreiche Gebissanierung.

- **Implantologische Leistungen (Abschnitt K GOZ-Nr. 9000 - 9170)**

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind für **bis zu vier Implantate je Kiefer** beihilfefähig.

Bei implantatgetragenen Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer sind Aufwendungen für bis zu sechs Implantate beihilfefähig.

Vorhandene Implantate, für die Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sind anzurechnen.

Bei Vorliegen bestimmter Indikationen (z. B. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte nach Tumoroperation, angeborene Fehlbildung des Kiefers etc.) gibt es keine Beschränkung auf eine Höchstzahl von Implantaten.

- **Materialkosten und zahntechnische Leistungen**

Aufwendungen für **beihilfefähige Materialkosten und zahntechnische Leistungen** (Material- und Laborkosten) **sind nur zu 40 % beihilfefähig bei**

- konservierenden Leitungen (Füllungen, Kronen),
- prothetischen Leistungen (Voll- oder Teilprothesen, Brücken),
- implantologischen Leistungen (Implantaten) und
- bei den Leistungen der Gebührennummern 7080 bis 7100 GOZ.

Die Beihilfe errechnet sich aus den 40 % der beihilfefähigen Material- und Laborkosten multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz (BMS).

z. B. beihilfefähige Material- und Laborkosten:

1.000 Euro; davon 40 % = 400 Euro x maßgeblicher BMS (z. B. 50 %) = 200 Euro Beihilfe.

Aufwendungen z. B. für eine **Zahnfarbenbestimmung und Farbgebung sind nicht beihilfefähig.**

- **Wartezeit für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst**

Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen
 2. Inlays und Zahnkronen
 3. implantologische Leistungen und
 4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- nicht beihilfefähig.

Sie sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn die Leistungen auf einen Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder der Beihilfeberechtigte vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

2. **Überschreiten des Schwellenwertes**

Aufwendungen sind nur dann beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen richtet sich nach der GOZ. Auszugehen ist davon, dass eine Gebühr **in der Regel nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes** bemessen werden darf (§ 5 Abs. 2 GOZ).

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Satzes (Schwellenwert) ist gem. § 5 Abs. 2 GOZ nur zulässig, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien (Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistungen sowie die Umstände bei der Ausführung) dies rechtfertigen. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Eine Überschreitung des 2,3-fachen Satzes ist vom Zahnarzt für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen (§ 10 Abs. 3 GOZ).

Überschreitungen des Schwellenwertes sind gem. § 5 Abs. 1 NBhVO nur angemessen und beihilfefähig, wenn patientenbezogene Besonderheiten, die eine Ausnahme darstellen, vorliegen. Die Annahme der Besonderheiten setzt voraus, dass die Besonderheiten bei der Behandlung des Patienten, abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind. Von daher muss die notwendige zahnärztliche Begründung für das Überschreiten des Schwellenwertes die patientenbezogenen Besonderheiten der Bemessungskriterien hinlänglich genau erkennen lassen.

3. **Leistungen auf Verlangen**

Leistungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinaus auf Verlangen des Patienten erbracht werden, sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen, die auf einer Vereinbarung gem. § 2 GOZ zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem beruhen, sind nicht beihilfefähig.

4. **Kostenerstattung von dritter Seite**

Gem. § 7 NBhVO sind Aufwendungen, die aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von Dritten getragen oder erstattet werden, nicht beihilfefähig. Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist von den beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (auf einem Zahnimplantat befestigter Zahnersatz) der höchstmögliche Festzuschuss (65 Prozent) der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

5. **Kostenvoranschläge / Heil- und Kostenpläne für zahnärztliche Leistungen**

Im Gegensatz zum Verfahren bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist in der NBhVO keine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit für zahnärztliche Leistungen vorgesehen (Ausnahme bei kieferorthopädischen Aufwendungen).

Die Beihilfefestsetzungsstelle bittet deshalb um Verständnis dafür, dass eine -nicht vorgeschriebene- fiktive Beihilfeberechnung nur durchgeführt wird, wenn die voraussichtlichen zahnärztlichen Aufwendungen mindestens 3.000 Euro betragen.

Für weitere Erläuterungen steht Ihnen Ihre Beihilfefestsetzungsstelle - auch telefonisch - gern zur Verfügung.