Stand: 01.08.2023

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind nach Maßgabe der §§ 9 bis 11 der Nds. Beihilfeverordnung (NBhVO) beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen beurteilt sich gemäß § 5 Abs. 1 der NBhVO ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

1. Zahnärztliche 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 folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankung,
- Zahnfleischerkrankung, die eine systematische Parodontalbehandlung erfordert,
- Umfangreiche Gebisssanierung, d.h. wenn in jedem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weite feststellbar ist. Fehlende Zähne werden sanierungsbedürftigen Zähnen gleichgestellt.
- Umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschl. kieferorthopädisch/kieferchirurgischer Maßnahmen
- Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nr. 7010 und 7020 der GOZ.

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

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

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind für vier Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Bei implantatgetragenem Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer sind bis zu sechs Implantate beihilfefähig. Bei Vorliegen bestimmter Indikationen (z.B.: größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, Zustand nach Tumoroperation etc.) gibt es keine Beschränkung auf eine Höchstzahl von Implantaten.

Zahntechnische Leistungen

Aufwendungen für Material nach § 4 Abs. 3 GOZ und für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ, die bei ambulanten zahnärztlichen Leistungen, die in den Abschnitten C, F, K oder den Nummern 7080 bis 7100 GOZ aufgeführt sind, sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig. Die Beihilfe errechnet sich aus den 60% der Materialkosten multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz.

Wartezeit für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

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

- prothetische Leistungen (Abschnitt F, GOZ-Ziffer 5000 bis 5340)
- Inlays und Zahnkronen
- implantologische Leistungen (Abschnitt K, GOZ-Ziffer 9000 bis 9170) und
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J, GOZ-Ziffer 8000 bis 8100)

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 S. 4, 1. Halbsatz GOZ).

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Satzes (Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ genannten Bemessungskriterien – Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistungen sowie die Umstände bei der Ausführung – dies rechtfertigen. Die in der Regel einzuhaltende Spanne zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Eine Überschreitung des 2,3-fachen Satzes ist vom Zahnarzt verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen (§ 10 Abs. 3 GOZ).

Die Annahme der Besonderheiten der o.a. Bemessungskriterien und damit die beihilferechtliche Berücksichtigungsfähigkeit der Schwellenwertüberschreitung setzt voraus, dass die Besonderheiten gerade bei der Behandlung der betreffenden 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. Durch Gebührenvereinbarungen/ Abdingungen (§ 2 GOZ) können die beihilfefähigen Höchstsätze nicht gesteigert werden. Bei stationärer und teilstationärer Behandlung sind die zahnärztlichen Gebühren um 25 % bzw. 15 % zu mindern. Folglich sind in solchen Fällen auch nur die entsprechend reduzierten Zahnarzthonorare beihilfefähig.

Aufwendungen für den Austausch intakter Amalgamfüllungen sind nur beihilfefähig, wenn medizinische Gründe (z.B. Allergien) den Austausch erfordern. Die Notwendigkeit ist von einem entsprechenden Gebietsarzt (z.B. Allergologe) oder einer Klinik zu belegen.

4. Kostenerstattung von dritter Seite

Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistungen oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind von der Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen sind 75 v.H. als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse berechnet. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung.

Ihre Niedersächsische Versorgungskasse

– Abteilung Beihilfen –