

Kieferorthopädische Behandlungen

Kieferorthopädische Behandlungen NRW

Stand: Januar 2020

Grundsatz

Die Angemessenheit und Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung beruhen auf der Grundlage des kieferorthopädischen Behandlungsplans beziehungsweise der entsprechenden Rechnungen.

Es bedarf grundsätzlich keiner vorherigen Anerkennung der kieferorthopädischen Behandlung. Die Vorlage des kieferorthopädischen Heil- und Kostenplans bei der Beihilfestelle wird jedoch empfohlen, da gemäß § 3 Absatz 1 BVO NRW nur notwendige und angemessene Aufwendungen kieferorthopädischer Behandlungen beihilfefähig sind.

Spätestens mit der ersten Teilrechnung muss der kieferorthopädische Behandlungsplan vorgelegt werden.

Da sich eine kieferorthopädische Behandlung meist über mehrere Jahre erstreckt, hat der Arzt die Möglichkeit, Abschläge in Rechnung zu stellen. Der Behandlungsplan muss eine Angabe über die Anzahl der Abschläge sowie die Dauer der Behandlung enthalten.

Sofern während der kieferorthopädischen Behandlung ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden erfolgt, den die beihilfeberechtigte oder die berücksichtigungsfähige Person zu vertreten hat, sind nur noch die bisher nicht abgerechneten Aufwendungen aus dem Heil- und Kostenplan, welchen die Beihilfestelle anerkannt hatte, beihilfefähig.

Notwendigkeit und Angemessenheit

Zweifel hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen ergeben sich regelmäßig bei kieferorthopädischen Frühbehandlungen, überdurchschnittlich hohen Behandlungsaufwendungen sowie Verlängerungen von kieferorthopädischen Behandlungen. In derartigen Fällen erfolgt seitens der Beihilfestelle eine entsprechende Beteiligung des zuständigen Amtszahnarztes.

Voraussetzungen

Gemäß § 4 Absatz 2 Buchstabe a) BVO NRW sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

Eine Ausnahme von der Altersbegrenzung kann vorliegen, wenn durch amtszahnärztliches Gutachten vor Behandlungsbeginn bestätigt wird, dass die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können, keine Behandlungsalternative vorhanden ist und erhebliche Folgeprobleme insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion bestehen.

Verlängerung

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraums von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Absatz 2 GOZ als angemessen angesehen werden (Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshof vom 24.03.1997 - 3 B 95 1895).

Invisalign-Technik

Die kieferorthopädische Behandlung nach der Invisalign-Methode ist nicht beihilfefähig. Es werden die Kosten nur in der Höhe als angemessen angesehen, die bei Anwendung herkömmlicher Behandlungsmethoden (Spange, Multiband) entstanden wären. Dazu wird ein entsprechender alternativer Heil- und Kostenplan benötigt.

Besondere Behandlungsmaterialien

Mehraufwendungen für besondere Behandlungsmaterialien, wie z. B. Keramikbrackets sind nicht beihilfefähig. Es werden nur die Kosten in der Höhe als angemessen angesehen, die bei Verwendung herkömmlicher Behandlungsmethoden entstanden wären (§ 3 Absatz 1 BVO NRW). Materialkosten für unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder sind bereits mit den Nummern 6100, 6120, 6140, 6150 und 6160 GOZ abgegolten.

Lingualtechnik

Eine Apparatur in Lingualtechnik ist eine Bracketapparatur auf der nicht sichtbaren Seite der Zähne. Die medizinische Notwendigkeit für diese Behandlungstechnik ist nicht gegeben, da es sich um einen rein optischen Effekt handelt. Es werden nur die Kosten in der Höhe als angemessen angesehen, die bei Verwendung herkömmlicher Behandlungsmethoden entstanden wären.

Retainer

Nach Abschnitt B Ziffer 28 der Anlage 7 BVO NRW und der Leistungsbeschreibung der Nummern 6030-6080 GOZ sind Maßnahmen zur Retention (ggf. nach den Nummern 6100 und 6140 GOZ) bereits in den Nummern 6030 bis 6080 GOZ berücksichtigt und können nicht gesondert abgerechnet werden.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung sind die Nummern 8000 ff. GOZ nicht abrechnungsfähig (Urteile des VG Minden vom 29. September 2004 - 4 K 2467/01 - und des VG Gelsenkirchen vom 10. November 2006 - 3 K 2335/05 -). Die Leistungen werden von der Nummer 6220 GOZ erfasst. Die labortechnischen Leistungen zur Anfertigung eines gnathologischen Positioners (er dient zur Endbehandlung einer kieferorthopädischen Maßnahme) sind beihilfefähig.

Gesetzlich Versicherte

Die kieferorthopädische Behandlung ist in der Regel im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte zunächst der erste Ansprechpartner sein.

Sofern ein begründeter Ablehnungsbescheid seitens der GKV vorliegt, besteht die Möglichkeit einer beihilfenrechtlichen Prüfung. Sollten Mitglieder der GKV grundsätzlich auf die Möglichkeit der Leistungserstattung seitens der GKV verzichten, leitet sich nicht automatisch ein Anspruch auf Beihilfe her. In diesen Fällen erfolgt eine individuelle Prüfung.

Private Zusatzversicherung

Leistungen einer privaten Zusatzversicherung müssen der Beihilfestelle bei Antragstellung mitgeteilt werden, da diese im Rahmen der beihilfenrechtlich durchzuführenden Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen sind.

Schwellenwertüberschreitung

Gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 GOZ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes.

Innerhalb des Gebührenrahmens sind gemäß § 5 Absatz 2 GOZ die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Dabei ist insbesondere der im konkreten Fall benötigte Zeitaufwand im Vergleich zum durchschnittlich notwendigen Zeitaufwand zu berücksichtigen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsbilds begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Absatz 2 Satz 1 GOZ genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigen Gebührensatz zu berechnen.

Für die Anerkennung eines über dem 2,3-fachen Gebührensatz liegenden Steigerungssatzes ist es erforderlich, dass der Zahnarzt darlegt, dass gerade bei Ihrer Behandlung - abweichend von der großen Mehrzahl der Patienten - überdurchschnittliche Besonderheiten aufgetreten sind und aus welchem Grund eine überdurchschnittliche Behandlung erforderlich war und worin diese bestand (**personenbezogene** Bemessungskriterien).

Über dem Durchschnitt liegende Ansätze können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus in der Person der Patientin beziehungsweise des Patienten liegenden Gründen

- überdurchschnittlich schwierig war,
- einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer überdurchschnittlicher Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (wie bei Gebührennummer 6050 GOZ).

Eine Überschreitung der Schwellenwerte über den 3,5-fachen Satz hinaus kann generell nicht berücksichtigt werden.