

Zahnärztliche Behandlungen

Zahnärztliche Behandlungen NRW

Stand: Januar 2020

Grundsatz

Die Kosten zahnärztlicher Behandlungen sind beihilfefähig, sofern und soweit sie notwendig und angemessen sind. Die Angemessenheit orientiert sich zunächst an der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden.

Allgemeines

Es besteht grundsätzlich keine Pflicht, Heil- und Kostenpläne vor Behandlungsbeginn zur Prüfung vorzulegen.

Sofern der behandelnde Zahnarzt eine Behandlungsmethode vorschlägt, bei der Zweifel an der Erstattungsfähigkeit bestehen oder eine wissenschaftlich nicht oder noch nicht anerkannte Behandlungsmethode durchgeführt werden soll, so ist die Vorlage des Heil- und Kostenplans zur beihilfenrechtlichen Prüfung ratsam. Gegebenenfalls erfolgt seitens der Beihilfestelle eine Einschaltung des zuständigen Amtszahnarztes.

Private Zusatzversicherung

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

Professionelle Zahnreinigung

Unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit ist eine professionelle Zahnreinigung (auch bei einer kieferorthopädischen Behandlung) gemäß Abschnitt B Ziffer 6.4 der Anlage 7 zur BVO NRW grundsätzlich zweimal im Jahr beihilfefähig. Eine höhere Behandlungsfrequenz ist nur ausnahmsweise im Einzelfall und unter Vorlage entsprechender zahnärztlicher Begründung beihilfefähig. Eine daneben durchgeführte Air-Flow-Behandlung ist nicht beihilfefähig. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Zahnreinigung bei Verfärbungen der Zähne durch Kaffee, Tee, Nikotin, Rotwein und Ähnliches.

Kosmetische Zwecke

Zahnärztliche Verrichtungen, mit denen lediglich das Aussehen der Zahnschmelzsubstanz verbessert werden soll, dienen nur kosmetischen Zwecken und können nicht als beihilfefähige Maßnahmen angesehen werden.

Veneers

Bei Veneers (Verblendschalen aus keramischen Werkstoffen, die mittels Adhäsivtechnik an der Zahnschmelzsubstanz angebracht werden) muss immer geprüft werden, ob eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, da Veneers grundsätzlich rein kosmetischen Zwecken dienen und nicht der Beseitigung von Schäden an der Zahnschmelzsubstanz. Veneers sind nur in medizinisch begründeten Einzelfällen beihilfefähig. Im Rahmen einer Veneerversorgung ist daher vom behandelnden Zahnarzt eine entsprechende Stellungnahme, aus der sich die Begründung der medizinischen Notwendigkeit ergibt, erforderlich.

Aufbissschienen

Die Aufwendungen für Aufbissschienen können beihilfefähig sein, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht. In diesem Fall sind dann auch die entsprechenden Material- und Laborkosten beihilfefähig. Dies gilt auch für Aufbissschienen, wenn sie ein Knirschen der Zähne verhindern sollen.

Schwellenwertüberschreitungen

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 bzw. 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.

Praxiskosten

Gemäß § 4 Absatz 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, sofern im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist (Abschnitt A Ziffer 3. der Anlage 7 zur BVO NRW).

Nicht berechnungsfähig sind somit die Kosten für Nahtmaterial, Kunststoffe für nicht im Labor hergestellte provisorische Kronen, Einmalartikel und Bohrer (vgl. hier Urteil des BGH vom 27.05.2004 - III ZR 264/03 -).

Zahntechnische Leistungen

Gemäß § 4 Absatz 2c BVO NRW sind zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 05.12.2011 bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 70 % beihilfefähig.

Bei den zahntechnischen Leistungen handelt es sich um solche, die der Zahnarzt neben den Gebühren für seine persönliche Leistung in Rechnung stellen darf. Zahntechnische Leistungen sind

handwerklich gefertigte Werkstücke (Prothesen, Brücken, Kronen, Haltevorrichtungen und Stützvorrichtungen) einschließlich der dafür benötigten Teile und Legierungen, die zur Erbringung der Leistungen notwendigen Arbeitsgänge sowie unumgängliche Nebenkosten des Zahntechnikers. In der Zahnarztpraxis verwendete konfektionierte Materialien, Füllungsmaterial, Abdruckmaterial und dergleichen gehören nicht zu den zahntechnischen Leistungen und werden dem Honorar zugeordnet.

Sowohl die im Eigenlabor des Zahnarztes gefertigten zahntechnischen Leistungen als auch die in Auftrag gegebenen Leistungen müssen durch einen Kostennachweis (Rechnung des Dentallabors beziehungsweise Eigenlabors) belegt werden.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Die Funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen nach Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses (Nummer 8000 ff. GOZ) sind nur als solche im Rahmen einer funktionellen Gebissanalyse berechnungsfähig. Eine Notwendigkeit für derartige Maßnahmen kann bei einer prothetischen Versorgung nur bei umfangreichen Gebissanierungen anerkannt werden, das heißt wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die regelrechte Schlußbisslage durch Einbruch der vertikalen Stützzone und bzw. oder die Führung der seitlichen Unterkieferbewegungen nicht mehr sicher feststellbar sind. Im Interesse einer fachgerechten Befunderhebung des stomatognathen Systems ist in diesem Fall regelmäßig die Leistung nach Nummer 8000 GOZ erforderlich.

Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170), mit Kronen (Nummern 2200 bis 2220), mit Brücken (Nummern 5000 bis 5040) und mit Prothesen (Nummern 5200 bis 5230) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen hinter den Nummern 2220, 5040 und 5230 GOZ auch die Relationsbestimmung beziehungsweise die Bestimmung der Kieferrelation. Hierfür können daher grundsätzlich keine Gebühren aus Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. Vgl. Abschnitt B Ziffer 32 der Anlage 7 zur BVO NRW.