

So können Sie Steuern sparen!

Zahnersatzrestkosten, die nicht von uns übernommen werden, können unter Umständen Ihre steuerliche Belastung reduzieren. Das Finanzamt erkennt Krankheitskosten, zu denen auch Zahnersatzrestkosten gehören, im Rahmen des Lohnsteuerjahresausgleichs beziehungsweise der Einkommensteuererklärung als außergewöhnliche Belastung an.

Jedem Steuerzahler wird jedoch entsprechend seiner Einkommenshöhe und seinem Familienstand zunächst zugemutet, dass er einen Teil der Krankheitskosten selbst übernimmt, ehe der Staat in Form einer Steuererleichterung mithilft. So mindern nur die Beträge Ihre Steuern, die die Grenze der zumutbaren Belastung übersteigen.

Die zumutbare Belastung beträgt...

. . . bei einem Gesamtbetrag der Einkünfte in Euro	bis 15.340	über 15.340 bis 51.130	über 51.130
	in % des Gesamtbetrages der Einkünfte		
bei Steuerpflichtigen, die keine Kinder haben und bei denen die Einkommensteuer nach der Grundtabelle berechnet wird:	5	6	7
bei Steuerpflichtigen, die keine Kinder haben und bei denen die Einkommensteuer nach der Splittingtabelle berechnet wird:	4	5	6
bei Steuerpflichtigen mit einem Kind oder zwei Kindern*:	2	3	4
bei Steuerpflichtigen mit drei oder mehr Kindern*:	1	1	2

* Es werden nur Kinder berücksichtigt, für die ein Kinderfreibetrag oder Kindergeld gewährt wird.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unserem Nachweiseft für Zuzahlungen zu Krankheitskosten.

Beispiel:

Als außergewöhnliche Belastung (wozu außer Krankheitskosten unter anderem Kinderbetreuungskosten Alleinerziehender gehören) werden von einer alleinstehenden versicherten Frau mit einem Kind 1.600 Euro geltend gemacht. Der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte macht 34.000 Euro im Jahr aus.

1.020 Euro (= 3 % der 34.000 Euro) gehen zu Lasten unserer Versicherten. Demzufolge können 580 Euro in der Steuererklärung geltend gemacht werden.

Für unsere Ausführungen zu den Steuerersparnissen können wir keine Gewähr übernehmen. Bei Zweifelsfragen setzen Sie sich bitte mit Ihrem Finanzamt in Verbindung.

Wenn Sie zu diesem Thema oder zu einem anderen Gesundheitsproblem Fragen haben, dann besuchen Sie uns oder rufen Sie uns an.

Wir beraten Sie gerne in allen Fragen zur Gesundheit.

Wir suchen Versicherte, die sich selbst für ihre **Gesundheit** stark machen.



- Gesetzliche Regelung
- Zahnersatz-Richtlinien
- Härtefälle
- Abrechnungsverfahren
- Steuertipps

Stand 2010



BKK Hoesch
Öffentlichkeitsarbeit

Kirchderner Str. 47-49
44145 Dortmund
Tel. 02 31/844-44 48
Fax 02 31/844-61 19
home: www.BKKHoesch.de
e-mail: info@BKKHoesch.de



Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

mit dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick über die im Zusammenhang mit einer zahnprothetischen Versorgung verbunde­nen finanziellen Auswirkungen.

Wir haben die Broschüre in folgende Abschnitte untergliedert:

Gesetzliche Regelung	Abrechnungsverfahren
Zahnersatz-Richtlinien	Steuertipps
Härtefälle	

Gesetzliche Regelung

Versicherte haben Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen), wenn die geplante Versorgung einer anerkannten Methode entspricht.

Diese Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab.

Entscheiden Sie sich für eine andere anerkannte Versorgungsform, erhalten Sie gleichwohl den für Ihren Zahnbefund festgelegten Festzuschuss.

Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahlung berücksichtigt worden. Zumindest bei kleinen Lücken ist festsitzender Zahnersatz indiziert. Bei großen Brücken ist die Regelversorgung auf den Ersatz von bis zu vier Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Regelversorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Versicherten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt.

Regelversorgungen umfassen im Oberkiefer Verblendungen bis einschließlich Zahn fünf, im Unterkiefer bis einschließlich Zahn vier. Darüber hinausgehende Verblendungen sind grundsätzlich unnötig. Für die oberen sechs und unteren sechs mittleren Zähne muss die Verblendung auch die Schneidekante umfassen. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von uns nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor.

Die Höhe des Festzuschusses beträgt 50 % (Grundanspruch) der von den Vertragspartnern festgesetzten Beträge für eine Regelversorgung.

Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne erhöht sich der Festzuschuss ausgehend vom Grundanspruch jedoch um 20 %, wenn Ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt. Die Feststellung, ob eine ausreichende Pflege der Zähne vorliegt, trifft Ihr Zahnarzt.

Im Jahre 2010 wird der um 20 % erhöhte Festzuschuss jedoch nur gewährt, wenn zusätzlich seit 2005 die im Gesetz vorgesehenen jährlichen Untersuchungen in Anspruch genommen worden sind. Die Anforderungen an die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen sind abhängig vom Lebensalter. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren ist es erforderlich, dass sie sich einmal halbjährlich einer individuellen zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Ältere Versicherte müssen ihren Zahnarzt mindestens einmal im Jahr aufsuchen. Ausnahmen sind grundsätzlich nicht vorgesehen. Der Festzuschuss erhöht sich um weitere 10 % des Grundanspruchs, wenn die Untersuchungen lückenlos seit 2000 in Anspruch genommen worden sind.

Die für den Nachweis vorgesehenen Bonushefte liegen in den Zahnarztpraxen aus.

Zahnersatz-Richtlinien

Unsere Verträge mit den Zahnärzten garantieren, dass Sie als Versicherter einen vollwertigen Zahnersatz erhalten, der sowohl den Regeln der aktuellen zahnärztlichen Kunst als auch den heutigen kosmetischen Anforderungen entspricht.

Diese vollwertige Zahnersatzversorgung umfasst alle notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen auf hohem Niveau, so dass daneben keine weiteren Leistungen erforderlich werden.

Entscheiden Sie sich dennoch für eine kostenmäßig aufwendigere prothetische Versorgung müssen Sie die entstehenden Mehrkosten für Honorar und zahntechnische Leistungen selbst tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Ihnen und dem Zahnarzt zu treffen. Hinsichtlich der Mehraufwendungen gelten Sie als Privatpatient. Wenn Ihnen daher Ihr Zahnarzt eine solche Privatvereinbarung vorschlägt, empfehlen wir Ihnen, sich vor Abschluss einer

Vereinbarung mit uns in Verbindung zu setzen. Wenn bei Ihnen ein Zahnersatz notwendig wird, sollten Sie auf jeden Fall Folgendes beachten:

- Zur Festsetzung des Festzuschusses der Betriebskrankenkasse und somit auch zur Bestimmung Ihres Eigenanteils ist der vom Zahnarzt kostenfrei zu erstellende Behandlungsplan (Heil- und Kostenplan) bei der Betriebskrankenkasse rechtzeitig vorzulegen.
- Mit der Behandlung soll der Zahnarzt erst dann beginnen, wenn der von uns genehmigte Behandlungsplan vorliegt.

Nach Abschluss der Behandlung und Eingliederung des Zahnersatzes hat Ihnen der Zahnarzt die tatsächlichen Kosten der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der Zahnbehandlung spezifi­ziert mitzuteilen.

Eine Durchschrift der Rechnung des Labors über die zahntechnischen Leistungen ist Ihnen ebenfalls auszuhändigen.

Sollte Ihr Zahnersatz Mängel aufweisen, die nicht auf die üblichen Eingewöhnungsschwierigkeiten zurückzuführen sind, wenden Sie sich bitte alsbald erneut an den Zahnarzt. Dieser wird den Zahnersatz überprüfen, die Mängel beseitigen oder sogar einen neuen Zahnersatz anfertigen. Kosten entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Wenn Ihr Zahnarzt einem Ihrer Meinung nach berechtigten Verlangen auf Nachbesserung nicht entspricht, benachrichtigen Sie uns bitte unverzüglich, spätestens vor Ablauf von zwei Jahren nach der Eingliederung des Zahnersatzes.

Abschließend weisen wir noch auf einen wichtigen Punkt der Zahnersatz-Richtlinien hin:

- Zahnkronen und Brücken sollen in der Regel aus Nichtedelmetall-Legierungen und Titan angefertigt werden. Qualitativ ist diese Legierung dem früher verwendeten Gold gleichzusetzen, nur wesentlich preiswerter. Mehrkosten, die für Edelmetall-Legierungen entstehen, werden nicht von den Krankenkassen übernommen.

Wir raten Ihnen noch einmal dringend: Wenden Sie sich bitte stets vertrauensvoll an uns, bevor Sie eine Privatvereinbarung mit dem Zahnarzt schließen. Auch dann, wenn Sie eine solche Vereinbarung bereits unterschrieben haben.

Härtefälle

Bei notwendigem Zahnersatz oder bei Reparaturen gewähren wir einen Festzuschuss in Höhe von 50 % (Grundanspruch) der Kosten einer Regelversorgung. Bei regelmäßiger jährlicher Vorsorge erhöht sich dieser Festzuschuss um weitere 10 % oder 20 % der Kosten einer Regelversorgung. Somit belastet auch ein aus medizinischer Sicht ausreichender und zweckmäßiger Zahnersatz den Versicherten mit erheblichen Restkosten. Damit niemand finanziell überfordert wird, hat der Gesetzgeber für Versicherte mit geringem Einkommen Härtefallregelungen vorgesehen.

Doppelter Festzuschuss

Wenn das monatliche Bruttoeinkommen bestimmte Einkommensgrenzen nicht übersteigt, übernehmen wir den doppelten Festzuschuss, angepasst an die Höhe der für Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten. Nehmen Versicherte, die unter diese Regelung fallen, bei der Zahnersatzversorgung ausschließlich Leistungen der Regelversorgung in Anspruch, so übernehmen wir also auch die ggf. im Einzelfall über den doppelten Festzuschuss hinausgehenden tatsächlich entstehenden Kosten.

Für das Jahr 2010 betragen die Einkommensgrenzen monatlich:

- 1.022 Euro für den Versicherten,
- 1.405,25 Euro, wenn ein Angehöriger im gemeinsamen Haushalt lebt,
- 1.660,75 Euro, wenn zwei Angehörige im Haushalt leben.
- Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sich der Betrag um 255,50 Euro.

Dies gilt auch für Versicherte, die

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII
- Hilfe im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz,
- Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz,
- Arbeitslosengeld II nach dem Sozialgesetzbuch II,
- Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Sozialgesetzbuch III erhalten oder bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Gleitende Härtefallregelung

Liegen die Voraussetzungen für den doppelten Festzuschuss nicht vor, erhalten die Versicherten zusätzlich einen Betrag, um den die Festzuschüsse (50 %) das Dreifache der Differenz zwischen ihren monatlichen Bruttoeinnahmen und der für den doppelten Festzuschuss maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen.

Beispiel: Bei einem alleinstehenden Versicherten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 1.122 Euro ist Zahnersatz erforderlich, für den im Rahmen der Regelversorgung ein Festzuschuss von 500 Euro gezahlt wird. Da das Einkommen den Grenzbetrag für den doppelten Festzuschuss (1.022 Euro) übersteigt, hätte der Versicherte einen Eigenanteil von 500 Euro zu zahlen. Er erhält jedoch im Rahmen der gleitenden Härtefallregelung einen zusätzlichen Betrag von 200 Euro, so dass sich der Eigenanteil auf 300 Euro reduziert.

Der zusätzliche Betrag wird errechnet aus der Differenz zwischen 1.022 und 1.122 Euro (= 100 Euro). Dieser Differenzbetrag wird mit drei multipliziert. Das Ergebnis (300 Euro) wird von dem Festzuschuss in Höhe von 500 Euro in Abzug gebracht.

Bei der Anwendung der gleitenden Härtefallregelung ist es unerheblich, ob der Versicherte den Zahnersatz als Regelversorgung erhalten hat, ein über die Regelversorgung hinausgehender gleichartiger Zahnersatz gewählt wurde oder eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung vorlag.

Abrechnungsverfahren

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass die Krankenkassen den von ihnen zu tragenden Festzuschuss für die Regelversorgung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlen. Der Zahnarzt hat in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Festzuschusses keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten.

Wählen Sie eine andersartige Versorgung, z.B. eine Brücke statt einer Modellguss-Prothese, erfolgt im Gegensatz zur Regelversorgung keine Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung. Sie erhalten vom Zahnarzt eine Privatrechnung. Um den Kassenanteil zu erhalten, ist diese Rechnung bei uns einzureichen. Wir erstatten dann den Festzuschuss, der im Rahmen der Regelversorgung für eine Modellguss-Prothese vorgesehen ist.