Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

HONORARORDNUNG

FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE UND VERTRAGSZAHNÄRZTINNEN

Stand: 1. Jänner 2016

Gültig für die Träger der Krankenversicherung der Unselbständigen,
das sind
die Gebietskrankenkassen,
die Betriebskrankenkassen,
die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern,

sowie für die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft eingeschränkt auf die Pos.Nr. 1a, die interzeptive Behandlung und Reparaturen im Rahmen der interzeptiven Behandlung

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	S e i t e (n)
Allgemeines	3
Honorartarif für die konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	4 – 7
Erläuterungen zum Honorartarif für die konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	8 – 12
Honorartarif für die prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)	13 - 14
Erläuterungen zum Honorartarif für die prothetische Zahn-behandlung (abnehmbarer Zahnersatz)	15 - 16
Honorartarif für die kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte	17
Erläuterungen zum Honorartarif für die kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte	18 - 19
Honorartarif für die interzeptive Behandlung	20
Erläuterungen zum Honorartarif für die interzeptive Behandlung	21 - 24

I. ALLGEMEINES

1. Diese Honorarordnung für die Vertragsfachärzte und Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages (§ 30 Abs.1).

2. Die Honorierung der Vertragsfachärzte und Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erfolgt auf Grund der in dieser Honorarordnung angeführten Tarife nach Einzelleistungen unter Bedachtnahme auf die folgenden Erläuterungen zu den Tarifen für dir konservierend-chirurgische und prothetische Zahnbehandlung sowie für die kieferorthopädische Behandlungen.

3. In der Honorarordnung nicht vorgesehene Leistungen sind nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Ebenso gelten Leistungen, die in der Honorarordnung zwar vorgesehen sind, die aber der Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger bedürfen, nicht als vertragszahnärztliche Leistungen, wenn der Krankenversicherungsträger die Genehmigung nicht erteilt hat.

4. Zuzahlungen in dem in der Satzung vorgesehenen Ausmaß sind zu den prothetischen und kieferorthopädischen Behandlungsleistungen durch den behandelnden Vertragszahnarzt bzw. die behandelnde Vertragszahnärztin tunlichst bei Behandlungsbeginn einzuheben. Zahlt ein Anspruchsberechtigter diesen Zuzahlungsbetrag nicht, so kann der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin nach dreimaliger erfolgloser Mahnung mit eingeschriebenem Brief den Zuzahlungsbetrag zum nächsten Abrechnungstermin mit gesondertem Beleg beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen. Keine Zuzahlungen dürfen eingehoben werden bei der interzeptiven Behandlung und bei Reparaturen im Rahmen einer interzeptiven Behandlung

5. Aufzahlungen für vertragliche Leistungen dürfen nicht eingehoben werden. Die zur Erbringung der vertraglichen Leistungen nötigen Materialien, Medikamente usw. sind mit den jeweiligen Tarifen der Honorarordnung abgegolten, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.

6. Die Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ist mit der Honorierung für die jeweils erbrachte Leistung abgegolten.

7. Bei Visiten, die Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen bei Anspruchsberechtigten abstatten, sind die Weggelder in der Höhe verrechenbar, die von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen der betreffenden Krankenkasse verrechnet werden können.

8. Anträge auf Kostenübernahme für prothetische, kieferorthopädische Leistungen, die interzeptive Behandlung und Reparaturen im Rahmen einer interzeptiven Behandlung sind von den Krankenkassen tunlichst innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach Einlangen der Anträge bei den Krankenkassen zu erledigen.

II. HONORARTARIF FÜR KONSERVIEREND-CHIRURGISCHE ZAHNBEHANDLUNG

Vorbemerkungen:

1. Honorierung der Behandlung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie während der Nachtzeit (20 Uhr bis 7 Uhr) siehe Ziffer 23 der Erläuterungen.

2. Maßgebend für die Anwendung des nachstehenden Honorartarifes ist der Zeitpunkt, zu welchem die verrechnete Leistung erbracht wurde.

3. Die bei Position Nr. 41 verwendeten Arzneien sind zum amtlichen Taxpreis verrechenbar.

Pos.Nr.	Leistungsart	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
1	Beratung (siehe Z.1 der Erl.)	12,40
1a	KFO-Beratung (siehe Z.1a der Erl.)	17,20
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.2 der Erl.)	17,90
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung (siehe Z.3 der Erl.)	7,40
4	Visite	31,00
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	23,20
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4 der Erl.)	18,10
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4 der Erl.)	28,40
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4 der Erl.)	42,20
9	Aufbau mit Höckerdeckung (siehe Z.5 der Erl.)	64,20

Pos.Nr.	Leistungsart	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)	35,60
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)	46,00
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)	60,30
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn (siehe Z.6 der Erl.)	95,80
11	Stiftverankerung	13,10
12	WB-Amputation (siehe Z.7 der Erl.)	29,90
13	WB-Exstirpation einkanalig (siehe Z.7 der Erl.)	52,10
14	WB-Exstirpation zweikanalig (siehe Z.7 der Erl.)	104,20
15	WB-Exstirpation dreikanalig (siehe Z.7 der Erl.)	156,30
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen (siehe Z.7 der Erl.)	11,90
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wund-behandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (siehe Z.8 der Erl.)	7,40
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	8,00

Pos.Nr.	Leistungsart	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall (siehe Z.9 der Erl.)	3,90
20	Zahnsteinentfernung (siehe Z.10 der Erl.)	10,50
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	4,80
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle) (siehe Z.11 der Erl.)	10,70
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs.2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (siehe Z.8 der Erl.)	3,70
24	Zahnröntgen (siehe Z.12 der Erl.)	6,10
25	Panoramaröntgen (siehe Z.13 der Erl.)	33,10
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung) (siehe Z.14 der Erl.)	5,80
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.15 der Erl.)	125,80
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung (siehe Z.16 der Erl.)	123,40
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	125,70
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.17 der Erl.)	60,10

Pos.Nr.	Leistungsart	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	60,30
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.18 der Erl.)	25,70
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.19 der Erl.)	29,90
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	35,10
35	Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)	23,60
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	48,00
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.20 der Erl.)	133,20
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	55,40
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	58,40
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel (siehe Z.21 der Erl.)	17,90
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei) (siehe Z.22 der Erl.)	4,00

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE KONSERVIEREND-CHIRURGISCHE ZAHNBEHANDLUNG

1. Eine Beratung kann nur einmal innerhalb von sechs Monaten seit der letzten verrechneten Leistung honoriert werden. In der Zwischenzeit ist sie nur mit besonderer Begründung verrechenbar. Die Honorierung ist unzulässig, wenn an die Beratung anschließend eine andere vertragszahnärztliche Leistung erbracht wird. Bei der Beratung ist die Inspektion der Mundhöhle inkludiert.

1a. Die KFO-Beratung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, zu dem beim Patienten/bei Patientinnen in der Regel die 4 oberen und die 4 unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind und umfasst folgende Leistungen:

- Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art, Dauer usw. der KFO-Behandlung
- Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung
- Informationen über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin bei der kieferorthopädischen Behandlung wie z.B. Mundhygiene, Einhalten von Therapieempfehlungen und -maßnahmen
- Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung

Die KFO-Beratung ist bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des Patienten/der Patientin nur einmal verrechenbar. Nach Inanspruchnahme dieser Leistung erfolgt eine Sperre über das e-card System. Diese Leistung ist dann auch nicht mehr durch andere Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen verrechenbar.

2. Extraktionen, ausgenommen geplante Teilextraktionen, werden nur bei restloser Entfernung aller Wurzeln honoriert, falls sich dieser nicht begründete Hindernisse entgegenstellen. Auf diese Umstände ist durch Begründung bei der Abrechnung kurz hinzuweisen.

3. Bei der Extraktion eines Zahnes und chirurgischen Eingriffen ist eine Anästhesie nicht gesondert verrechenbar. Die Füllungstherapie ist in der Regel keine ausreichende Begründung; hier ist die Anästhesie in der Regel eine außervertragliche Leistung.

4. Als vertragliche Füllungsmaterialien kommen alle Amalgame, Silikat- und Steinzemente oder ähnliche, die gleichen Herstellungskosten verursachenden Materialien in Betracht; als Unterlage kommen Phosphatzemente oder ähnliche, die gleichen Herstellungskosten verursachenden Materialien in Betracht. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert (begründete Ausnahmen sind nur bei Molaren zulässig). Die Positionen 7 oder 8 sind verrechenbar, wenn die Füllung mindestens zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht. Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung der Füllungen ist nur mit Begründung verrechenbar (z.B. Abbruch einer Kante oder eines Hö-

ckers, Wurzelbehandlung, Sekundärkaries). Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

4a. Füllungen mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik gelegt, sind jedenfalls Vertragsleistung im Front- und Eckzahnbereich. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert. Die Positionen 71 oder 81 sind verrechenbar, wenn die Füllung zumindest zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht. Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung der Füllung ist nur mit Begründung verrechenbar. Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

5. Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist verrechenbar, wenn bei Prämolaren mindestens ein Höcker und bei Molaren mindestens zwei Höcker fehlen. Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist grundsätzlich mit Amalgam anzufertigen; Säureätztechnik und photochemisches Verfahren sind nicht Vertragsgegenstand. Jeder erforderliche Wurzelkanalstift ist mit der Position 11 verrechenbar; gegossene und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen. Die Haltbarkeit eines Aufbaues mit Höckerdeckung soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung eines Aufbaues mit Höckerdeckung ist nur mit Begründung verrechenbar. Bei überkronten Zähnen sind Aufbauten mit Höckerdeckung im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.

6. Ein Eckenaufbau bzw. der Aufbau einer Schneidekante sowie gleichzeitig am selben Zahn gelegte Füllungen sind mit allen gebräuchlichen plastischen Materialien (z.B. auch lichtgehärtete Kunststoffe) und nach jeder direkten Methode (z.B. auch Säureätztechnik) anzufertigen. Die Haltbarkeit eines Ecken- bzw. Schneidekantenaufbaues soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung eines Ecken- bzw. Schneidekantenaufbaues ist nur mit vorheriger Genehmigung des Krankenversicherungsträgers verrechenbar. Bei überkronten Zähnen sind Eckenaufbauten bzw. Schneidekantenaufbauten im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.

7. Wird eine Wurzelbehandlung bei einem dreikanaligen Zahn nach der Kombinationsmethode durchgeführt, so ist die tatsächlich erbrachte Leistung zu verrechnen. Wurzelbehandlungen nach der Exstirpationsmethode werden dann als solche honoriert, wenn die Kanäle mindestens zu zwei Drittel abgefüllt sind. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung sind auch die derzeit üblicherweise verwendeten Arzneien - ausgenommen Antibiotika, Cortisone u. ä. - abgegolten. Zur Wurzelfüllung ist röntgenschattengebendes Material zu verwenden. Wurde im Verlauf der letzten drei Monate die Position 16 für den gleichen Zahn verrechnet, kann nur der Differenzbetrag zu den Positionen 12 bis 15 verrechnet werden. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung ist auch das eventuelle Entfernen alter Wurzelfüllungen abgegolten.

8. Sind aus therapeutischen Gründen weitere Nachbehandlungen oder Bestrahlungen notwendig, so können diese auf schriftlichen Antrag vom Krankenversi-

cherungsträger bewilligt werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden.

9. Die Behandlung empfindlicher Zahnhälse wird ohne Rücksicht auf die Zahl der behandelten Zähne bis zu dreimal pro Behandlungsfall vergütet. Die Kostenübernahme für mehr als drei Sitzungen ist an die vorherige Genehmigung des Krankenversicherungsträgers gebunden.

10. Zahnsteinentfernung kann in der Regel erst ab dem 10. Lebensjahr vergütet werden. Die Verrechnung dieser Position ist auf zweimal innerhalb von sechs Monaten beschränkt.

11. Das Wiedereinzementieren oder die Abnahme technischer Arbeiten wird pro Pfeilerstelle vergütet; das Einzementieren neuer technischer Arbeiten wird vom Krankenversicherungsträger nicht vergütet.

12. Röntgenaufnahmen werden innerhalb eines Zeitraumes von drei aufeinander folgenden Monaten bis zu fünf Aufnahmen je Behandlungsfall bewilligungsfrei honoriert. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen Vertrags(fach)arzt/eine Vertrags(fach)ärztin die Notwendigkeit der Erstellung eines Zahnröntgenstatus, so ist dies medizinisch zu begründen. Die Zahl der verrechenbaren Aufnahmen beim Zahnröntgenstatus ist mit zehn begrenzt. Ein Zahnröntgenstatus ist nur einmal jährlich verrechenbar. Neben einem Zahnröntgenstatus sind innerhalb eines Zeitraumes von drei aufeinander folgenden Monaten zusätzliche Aufnahmen nur bei Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion und Wurzelsuche, sonst nur mit besonderer Begründung, bewilligungsfrei verrechenbar. Weitere Aufnahmen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger. In begründeten Ausnahmefällen kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden. Innerhalb von zwölf Kalendermonaten nach Erbringung eines Panoramaröntgens kann ein Zahnröntgenstatus nicht verrechnet werden.

13. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen Vertrags(fach)arzt/eine Vertrags(fach)ärztin die Notwendigkeit der Erstellung eines Panoramaröntgens, so ist dies medizinisch zu begründen. Neben einem Panoramaröntgen können höchstens noch fünf Aufnahmen je Behandlungsfall in einem Zeitraum von drei aufeinander folgenden Kalendermonaten bewilligungsfrei verrechnet werden. Weitere Aufnahmen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger. In begründeten Ausnahmefällen kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden. Ein Panoramaröntgen ist - ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr - einmal innerhalb von zwei Jahren verrechenbar; bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr kann das Panoramaröntgen einmal jährlich verrechnet werden. Innerhalb von zwölf Kalendermonaten nach Erbringung eines Zahnröntgenstatus kann ein Panoramaröntgen nicht verrechnet werden.

14. Stomatitisbehandlung kann bis zu neun Sitzungen pro Vierteljahr verrechnet werden; weitere Sitzungen können im Falle der Notwendigkeit durch den Kran-

kenversicherungsträger auf schriftlichen Antrag bewilligt werden. Die Position 26 kann nur bei entzündlicher Veränderung der Mundschleimhaut verrechnet werden.

15. Ein retinierter Zahn ist vor dem chirurgischen Eingriff röntgenologisch zu dokumentieren.

16. Die Zyste ist präoperativ röntgendiagnostisch nachzuweisen und muss erkennbar sein.

17. Unter operativer Entfernung eines Zahnes ist eine operative Leistung zu verstehen, die beispielsweise mit dem Aufklappen der Schleimhaut, der Ausmeißelung oder dem Ausfräsen des die Zahnentfernung behindernden Knochens, nicht aber nur mit einer einfachen Hebelarbeit bei der Extraktion einhergeht. Die Position 30 ist in der Regel nicht neben der Position 28 verrechenbar.

18. Die Position 32 ist in derselben Sitzung nicht neben der Position 36 verrechenbar.

19. Die Kieferkammkorrektur kann nur im Falle einer Aufklappung des Zahnfleisches bzw. der Schleimhaut und einer Knochenabtragung verrechnet werden. Diese Position kann nicht im Zusammenhang mit der Entfernung eines einzelnen Zahnes in derselben Sitzung verrechnet werden.

20. Die Position 37 ist nicht neben den Positionen 28 und 29 verrechenbar.

21. Die verwendeten Narkosemittel sind zum Selbstkostenpreis verrechenbar.

22. Therapeutische Injektionen sind an die vorherige Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger gebunden; ausgenommen sind dringliche Fälle mit Begründung.

23. An Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie während der Nachtzeit (20 Uhr bis 7 Uhr) dürfen die Vertragsfachärzte/Vertragfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers nur in dringenden Fällen beansprucht werden. Erweist sich die Inanspruchnahme als nicht dringlich, so sind die getätigten Leistungen keine Vertragsleistungen, sondern mit dem Anspruchsberechtigten privat zu verrechnen. Die Bestellung eines Anspruchsberechtigten außerhalb der normalen Ordinationszeit gilt auch dann nicht als dringlicher Fall, wenn diese Bestellung über Wunsch des Anspruchsberechtigten erfolgt ist. Leistungen im Sinne des ersten Satzes werden mit den doppelten Tarifsätzen honoriert. Wenn der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin an den genannten Tagen und während der angeführten Zeiten regelmäßig Sprechstunden abhält, entfällt die Einschränkung auf dringliche Fälle, und es werden die Tarifsätze nach der Honorarordnung angewendet.

24. Lage und Ausdehnung der Füllung sowie sämtliche übrigen Leistungen sind im Zahnschema des Zahnbehandlungsscheines zu bezeichnen.

25. Nur vollendete Behandlungsleistungen können zur Honorierung eingereicht werden. Ausnahmen sind zu begründen und werden anteilig honoriert.

26. Die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung, die Abfassung eines Briefes ärztlichen Inhaltes bzw. die Ausstellung eines Befundes sind in allen Fällen, nur soweit Leistungen aus dem Vertrag davon betroffen werden, durch die Bezahlung der Leistungen selbst abgegolten.

III. HONORARTARIF FÜR PROTHETISCHE ZAHNBEHANDLUNG (ABNEHMBARER ZAHNERSATZ)

	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung	840,00
2. Kunststoff-Prothesen - Neuherstellung	
a) Platte (jeder Größe)	216,00
b) Zahn, pro Einheit	14,00
c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)	14,00
d) Sauger	14,00
3. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen	
a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	66,00
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	79,00
c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)	106,00
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	119,00
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	136,00

Werden bei totalen Unterfütterungen von Prothesenstücken auch Leistungen nach a), b) oder c) notwendig, sind diese gesondert zu verrechnen.

	Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
4. Metallgerüst-Prothesen – Neuherstellung	872,00
einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b) abgegolten)	
5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen	
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	95,00
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	115,00
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis	129,00

Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen im Kunststoffbereich können nach dem Honorartarif für Reparaturen von Kunststoff-Prothesen gemäß Punkt 3 lit. a) bis d) verrechnet werden.

Die für Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen unter lit. x) bis z) angeführten Leistungen können gesondert verrechnet werden.

6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)	522,00
an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	
7. Voll-Metallkrone (VG)	318,00
an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)	

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE PROTHETISCHE ZAHNBEHANDLUNG (ABNEHMBARER ZAHNERSATZ)

1. Die Kosten für die Neuherstellung von Zahnersatzstücken übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des entsprechenden Vordruckes die Anspruchsberechtigung festgestellt und die Kostenübernahme zugesichert wurde. Bei Prothesenreparaturen entfällt die Einholung der Zusicherung der Kostenübernahme.

2. Da der Krankenversicherungsträger die Kostenübernahme für eine Neuherstellung im Regelfall erst nach einer satzungsmäßigen Wartezeit neuerlich übernimmt, sollen Planung und Durchführung von Zahnersatzarbeiten nach Möglichkeit und mit den üblicherweise zur Verfügung stehenden Mitteln so erfolgen, dass eine Neuanfertigung vor Ablauf der genannten Frist (totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, Metallgerüstprothese, Verblend-Metall-Keramikkrone sechs Jahre, sonstige Prothesen vier Jahre) voraussichtlich nicht nötig wird. Ist eine medizinisch begründete Neuherstellung nötig, kann schon vor Ablauf einer allfälligen Wartefrist ein Antrag auf Bewilligung an den Krankenversicherungsträger gestellt werden.

3. Die Entscheidung über die Behandlung bleibt dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin gewahrt. Die Bewilligung kann nicht von einer therapeutischen Anweisung abhängig gemacht werden.

4. In begründeten Ausnahmefällen kann der Abdruck vor der Sanierung des Mundes abgenommen werden. Wird vor Anfertigung der Prothese die vom behandelnden Zahnarzt/von der behandelnden Zahnärztin vorgesehene Mundsanierung bzw. die Vornahme der für die prothetische Versorgung notwendigen Maßnahmen vom Patienten bzw. von der Patientin verweigert, so kann ein Antrag auf Übernahme der Kosten durch den Krankenversicherungsträger nicht eingebracht werden.

5. Vertragsleistung ist jener Zahnersatz, der die medizinische und funktionelle Wiederherstellung der Kaufähigkeit gewährleistet, wobei auch die kosmetischen Erfordernisse im üblichen Rahmen (Zahnform, Zahnfarbe und Zahnstellung) zu berücksichtigen sind. Die Vertragsleistung beinhaltet jedenfalls alle dazu notwendigen, technisch-medizinischen Maßnahmen. Für Basisplatten ist jeder gebräuchliche Kunststoff, als Klammermaterial Stahl und für den Ersatz der Zähne ist jede Art zweckentsprechender künstlicher Zähne als Material zulässig.

6. Werden auf Wunsch des Patienten/der Patientin Leistungen durchgeführt, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen (z.B. myofunktionelle Vorbehandlung, gnathologische Vorbehandlung, mehrfache individuelle Aufstellung auf Wunsch des Patienten/der Patientin, Sonderwünsche des Patienten/der Patientin, wie individuell gebrannte Porzellanzähne, Verwendung von Edelmetallen, Remontage), sind diese vom Patienten/von der Patientin zu bezahlen. Notwen-

dige technisch-medizinische Maßnahmen, die dazu dienen, die objektive Verwendungsfähigkeit der Prothese herzustellen, können nicht als Sonderwünsche des Patienten/der Patientin privat verrechnet werden. Der Patient/die Patientin muss im Vorhinein nachweislich über Art der Maßnahmen, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen sowie über deren Preis informiert werden und der Privatverrechnung zustimmen. Er ist in diesem Fall über den Umfang der Kassenleistung aufzuklären.

7. ist zur kostenlosen Kontrolle, im erforderlichen Falle zur kostenlosen Korrektur und Änderung verpflichtet, sodass mindestens vier Wochen, jedenfalls aber acht Wochen nach der Übergabe die Prothese objektiv verwendungsfähig ist.

7a. Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin ist zur kostenlosen Kontrolle, im erforderlichen Fall zur kostenlosen Korrektur und Änderung verpflichtet, sodass spätestens acht Wochen nach der Übergabe die zur Dauerversorgung dienende Totalprothese objektiv verwendungsfähig ist. Innerhalb der Frist von acht Wochen, gerechnet ab dem Tag der Übergabe der Prothese, sind auch Unterfütterungen und ähnliches kostenlos durchzuführen.

8. Lehnt der/die Anspruchsberechtigte aus subjektiven Gründen die Prothese ab oder können die notwendigen Korrekturen oder Änderungen der Prothese wegen Nichterscheinens des/der Anspruchsberechtigten nicht durchgeführt werden, so teilt der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin dies dem Krankenversicherungsträger mit.

9. Die Erläuterungen unter Punkt 1 bis 8 (ausgenommen 7a) gelten für Metallgerüstprothesen und Vollmetallkronen sinngemäß mit folgenden Abänderungen:

9a. Als Material des Metallgerüstes (einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhen und Zahnklammern) und der Vollmetallkrone ist jedes geeignete mundbeständige Metall, als Basismaterial jeder gebräuchliche Kunststoff und für den Ersatz der Zähne jede Art zweckentsprechender künstlicher Zähne zulässig. Als Material der Verblend-Metall-Keramikkrone sind alle mundbeständigen Metalle und Keramikmassen zulässig. Die Tarife für diese Leistungen verstehen sich ohne die Kosten für Edelmetalle (Gold, Platin oder deren Legierungen).

9b. Honoriert werden nur Kronen an Klammerzähnen, die sowohl zur Abstützung als auch zum Halt einer Prothese nötig und geeignet sind.

IV. HONORARTARIF FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN AUF DER BASIS ABNEHMBARER GERÄTE

		Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
1.	**Kieferorthopädische Behandlungen** auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr	868,00
2.	**Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten**	
a)	Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	47,00
b)	Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	59,00
c)	Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	72,00

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORATARIF FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN AUF DER BASIS ABNEHMBARER GERÄTE

1. Als Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 153 Abs.1 ASVG kommt die Behandlung - soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig ist - nachstehender Fehlbildungen in Frage:

a) Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen

b) Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer

c) Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer

d) totale Nonokklusion

e) extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss

f) extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet

g) frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren

h) Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss

i) extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss

j) Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in lit. a) bis i) genannten Anomalien entsprechen

k) Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie)

2. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragsbehandler/von der Vertragsbehandlerin anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen, der einen Befund, einen Therapievorschlag, die Angabe der vorgesehenen Apparate und eine prognostische Beurteilung enthalten soll. Der Behandlungsplan ist in einem zu vereinbarenden Vordruck einzutragen und damit dem zuständigen Krankenversicherungsträger ein Kostenübernahmeantrag zu stellen.

3. Die Kosten für die Erbringung kieferorthopädischer Leistungen übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des vorgenannten Vordruckes die Kostenübernahme zugesichert wurde.

In der Regel sind drei Jahre als Behandlungsdauer anzusehen. Die Zusicherung der Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger ist für jedes Behandlungsjahr einzuholen. Bei Reparaturen an kieferorthopädischen Geräten entfällt die Einholung der Zusicherung der Kostenübernahme.

4. Mit dem Behandlungspauschale pro Behandlungsjahr und den Honoraren für die angegebenen Reparaturen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Kieferorthopädie nötigen Maßnahmen und Apparate abgegolten. Eine über den festgelegten Kostenanteil des Versicherten hinausgehende Aufzahlung für die vertraglichen Leistungen darf nicht eingehoben werden.

5. Zur Abrechnung der kieferorthopädischen Behandlung wird festgelegt, dass die Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den vom Krankenversicherungsträger zu leistenden Anteil des Jahreshonorars mit der Abrechnung für das Quartal in Rechnung stellen können, das dem Beginn der kieferorthopädischen Behandlung bzw. dem Beginn des weiteren Behandlungsjahres folgt.

6. Bei Streitigkeiten über die Frage, ob die zur Behandlung kommende Zahn- oder Kieferfehlbildung unter die in lit. a) bis k) der Erläuterungen zu den kieferorthopädischen Behandlungen angeführten Punkte fällt, ist der Schlichtungsausschuss gemäß § 36 des Gesamtvertrages zuständig.

V. HONORARTARIF
FÜR DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG

		Tarifsatz ab 1. Jänner 2016 in EURO
IB	Interzeptive Behandlung (siehe Z.9 der Erl.)	868,00
RI	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung (siehe Z.10 der Erl.)	60,00

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORATARIF FÜR DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG

1. Als Leistung der Krankenversicherung nach § 153a ASVG kommt zur frühen Korrektur von Zahnfehlstellungen die interzeptive Behandlung in Frage, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Eine interzeptive Behandlung hat dabei eindeutig dokumentierte Vorteile gegenüber einer ausschließlichen kieferorthopädischen Spätbehandlung im Sinne des § 16 Gesamtvertrag Kieferorthopädie (KFO-GV). Eine interzeptive Behandlung ist nur bei Vorliegen des Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) 4 oder 5 und einer der nachstehenden Indikationen verrechenbar:

a. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien

b. skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne

c. seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne

d. ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss

e. frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss)

f. bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig)

g. progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe

h. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen

i. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm

j. Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.

k. unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren

l. Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt.

m. verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z.B. nach einer Collum-Fraktur)

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase alleine oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei noch keine Indikation für eine interzeptive Behandlung dar.

2. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt/von der Vertragszahnärztin anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan

zu erstellen, der einen Befund mit der Feststellung von IOTN 4 oder 5 und der Angabe der vorliegenden Indikation nach Punkt 1 lit. a) bis m), einen Therapievorschlag, die Angabe der vorgesehenen Apparate und eine Erfolgsannahme enthält. Die Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme ist in dem vereinbarten Formular einzutragen und damit beim zuständigen Krankenversicherungsträger ein Kostenübernahmeantrag zu stellen. Mit diesen Unterlagen übermittelt der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin auch digitalisierte Anfangsmodelle. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung beim Vertragszahnarzt bzw. bei der Vertragszahnärztin nicht zur Verfügung steht, können ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral übermittelt werden. Der Krankenversicherungsträger kann im Zweifelsfall zur eindeutigen Beurteilung Modelle anfordern, die durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin binnen 14 Tage nach Aufforderung vorzulegen sind.

3. Die Kosten für die Erbringung der interzeptiven Behandlung übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des vorgenannten Vordruckes die Kostenübernahme zugesichert wurde. Die interzeptive Behandlung ist in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahrs zu beginnen.

4. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen Behandlung nach § 16 des KFO-GV (KFO-Hauptbehandlung) beim Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen Behandlung nach § 16 KFO-GV ist eine neuerliche IOTN Anspruchsprüfung durchzuführen.

5. Die Behandlungspauschale wird einmalig geleistet. Mit der Behandlungspauschale sind sämtliche im Zusammenhang mit der interzeptiven Behandlung notwendigen Maßnahmen, Apparate und die erstmalige Reparatur abgegolten. Sowohl für die interzeptive Behandlung als auch für die in diesem Zusammenhang notwendigen Reparaturen sind keine Zuzahlungen durch den Versicherten zu leisten. Zu- oder Aufzahlungen für diese Vertragsleistungen dürfen nicht eingehoben werden.

6. Die Behandlungspauschale kann dem Krankenversicherungsträger vom Vertragszahnarzt/von der Vertragszahnärztin mit der Abrechnung jenes Zeitraums in Rechnung gestellt werden, in den der Behandlungsbeginn der interzeptiven Behandlung fällt. Behandlungsbeginn ist das Datum, zu dem erstmals durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin die erforderlichen therapeutischen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden.

7. Bei Streitigkeiten über die Frage, ob die zur Behandlung kommende Zahn- oder Kieferfehlbildung unter die in Punkt 1 angeführten Indikationen lit. a) bis m) fällt, ist der Schlichtungsausschuss gemäß § 36 des Gesamtvertrages zuständig.

8. Zur Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen interzeptiven Behandlungen erfolgt eine Prüfung durch den Krankenversicherungsträger, ob die Erfolgsannahme eingetreten ist.

Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin hat dazu binnen 14 Tage nach Behandlungsende dem Krankenversicherungsträger die digitalisierten Endmodelle zu übermitteln. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung dafür beim Vertragszahnarzt bzw. bei der Vertragszahnärztin nicht zur Verfügung steht, können ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral übermittelt werden. Der Krankenversicherungsträger kann im Zweifelsfall zur eindeutigen Beurteilung Modelle anfordern, die durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin binnen 14 Tage nach Aufforderung vorzulegen sind.

Innerhalb eines Kalenderjahres getroffene Fehlbeurteilungen des IOTN-Grades nach Punkt 2 und Fehldiagnosen zu den in Punkt 1 angeführten Indikationen lit. a) bis m) bis zu einem Ausmaß von zusammen 5% gelten als unbeachtlich.

Bei Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. bei Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichen Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Nach Prüfung dieser Unterlagen kann der Krankenversicherungsträger wie folgt den Sanktionsmechanismus auslösen.

Es erfolgt eine Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und in der Folge ein amikales Gespräch mit dem Vertragszahnarzt/der Vertragszahnärztin, von dem die zuständige Landeszahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landeszahnärztekammer ablehnen.

Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach dem amikalen Gespräch wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträger, dass bei nach dem amikalen Gespräch erfolgten interzeptiven Behandlungen die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin wiederum die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann im Rahmen der nächsten Stufe des Sanktionsmechanismus eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landeszahnärztekammer veranlassen und durchführen. Bestätigt die Überprüfung den Verdacht, kann der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin verpflichtet werden, eine Nachschulung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zu absolvieren. Über die Eignung der durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin gewählten Nachschulung entscheiden Krankenversicherungsträger und Landeszahnärztekammer gemeinsam. Nach Abschluss der Nachschulung ist ein Nachweis darüber dem Krankenversicherungsträger und der Landeszahnärztekammer vorzulegen.

Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach Absolvierung der Nachschulung wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin erneut die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann als letzte Stufe des Sanktionsmechanismus wiederum eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landeszahnärztekammer veranlassen und durchführen, die zur Feststellung führen kann, dass eine wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG vorliegt.

9. Die interzeptive Behandlung umfasst:

1. eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen)
2. Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme
3. die kieferorthopädische Behandlung
4. sowie die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis

10. Mit dem Pauschalhonorar ist auch eine Reparatur zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Liegt die Ursache für die Beschädigung in der Sphäre des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin, so ist jede Reparatur unabhängig von ihrer Häufigkeit jedenfalls ein Bestandteil der Vertragsleistung und mit dem Pauschalhonorar abgegolten. Nicht als Reparaturen gelten im Pauschalhonorar inkludierte Serviceleistungen zur Beseitigung von Schäden, die durch Abnützung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der 1. Reparatur aufgrund von Ursachen aus der Sphäre des Patienten/der Patientin erfolgt über das e-card System die Information an den Krankenversicherungsträger, dass die Anzahl der vom Honorar umfassten Reparaturen ausgeschöpft ist. Weitere Reparaturen sind lediglich auf Kosten des Krankenversicherungsträgers vorzunehmen, wenn dieser einer Kostenübernahme zustimmt, die mit dem vereinbarten Formular zu beantragen ist.