

ÖZZ

Österreichische
Zahnärzte-Zeitung

Sonderdruck

P.b.b.Erscheinungsort und Verlagspost-
amt 1010 Wien • 02Z032843

Honorarordnungen und Honorartarife

für VertragsfachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
VertragszahnärztInnen und -dentistInnen
und VertragskieferorthopädInnen

gültig ab 1. Jänner 2018



Sehr geehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

In dieser Sonderausgabe der Österreichischen Zahnärzte-Zeitung finden Sie eine Zusammenstellung der ab 1. Jänner 2018 geltenden Honorartarife bei den ASVG-Krankenkassen, BVA, VAEB, SVA der gewerblichen Wirtschaft, SVB und KFA-Wien.

Die Honorarordnung für die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und -zahnärzte und Vertragsdentisten ist auch für die SVA der gewerblichen Wirtschaft und die KFA-Wien (Ausnahme KFA - Beratung: kann auch bei anschließender Leistung verrechnet werden) gültig.

Anschließend an die Honorarordnung finden sie die Kostenaufteilung (Kasse - Patient) für prothetische und kieferorthopädische Leistungen bei den einzelnen Gebiets- und Betriebskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) sowie der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA). Die Patientenanteile sollten bei Beginn der Behandlung vom Patienten durch den Zahnarzt eingehoben werden (ohne 4,8 %igen Vorsteuerausgleich). Beachten Sie, dass sich die Höhe der Patientenanteile im Vergleich zum Vorjahr größtenteils geändert hat.

Bei BVA, VAEB und KFA-Wien sind überhaupt keine Patientenanteile einzuheben, **bei der SVA der gewerblichen Wirtschaft ist nur dann vom Patienten ein Behandlungsbeitrag durch den Zahnarzt einzuheben, wenn dies bei der Bewilligung vorgeschrieben wurde. Bei Reparaturen ist bei Patienten der SVA der gewerblichen Wirtschaft kein Patientenanteil einzuheben.** Bei BVA und VAEB wird bei einer Abrechnung, die ein Quartal verspätet eingereicht wird, ein Säumnisabzug von 5 % berechnet, bei mehr als ein Jahr verspäteter Abrechnung bis zur Höhe des Patientenanteiles.

Weiters finden Sie die Rückvergütungssätze für außervertragliche Leistungen, Behandlungskostenbeiträge, die aktuellen Autonomen Honorarrichtlinien der Österreichischen Zahnärztekammer sowie den derzeit gültigen Kollektivvertrag in dieser Broschüre.

Die Honorartarife im Zusammenhang mit dem Projekt der Gratis-Zahnspange wurden vereinbarungsgemäß mit 1. Jänner 2018 ebenfalls angepasst.

Die Österreichische Zahnärztekammer hofft, Ihnen mit dieser Sondernummer der Österreichischen Zahnärzte-Zeitung einen brauchbaren Arbeitsbehelf zur Verfügung gestellt zu haben.

MR Dr. T. Horejs
Präsident der
Österreichischen Zahnärztekammer

Inhalt & Impressum

Honorarordnung & Honorartarife

für VertragsfachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, ZahnärztInnen und VertragsdentistInnen

- 3 Allgemeines
- 4 Honorartarif für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- 8 Erläuterungen zum Honorartarif für die konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- 12 Honorartarif für prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)
- 14 Erläuterungen zum Honorartarif für die prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)
- 15 Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte
- 16 Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte
- 17 Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte - interzeptive Behandlung
- 19 Kostenanteile der Versicherten der Sozialversicherungsanstalten
- 20 Kostenanteile der Versicherten der Gebietskrankenkassen
- 22 Kostenanteile der Versicherten der Betriebskrankenkassen
- 24 Rückvergütungssätze für außervertragliche Leistungen
- 26 Behandlungskostenbeiträge
- 27 Rückersatz bei Behandlung durch WahlzahnärztInnen

Honorarordnung & Honorartarife

für Vertragskieferorthopäden und Vertragskieferorthopädinnen

- 30 Allgemeines
- 31 Honorartarif für die IOTN-Feststellung & Erläuterungen
- 32 Honorartarif für die interzeptive Behandlung & Erläuterungen
- 34 Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung & Erläuterungen
- 37 Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung für die IOTN-Feststellung, die interzeptive Behandlung und die KFO-Hauptbehandlung

Diverses

- 40 Autonome Honorarrichtlinien 2017/2018
- 42 Kollektivvertrag für die Zahnarzhelferin
- 48 Adressen und Telefonnummern der Landes Zahnärztekammern, Gebietskrankenkassen, Sozialversicherungsanstalten, Betriebskrankenkassen

Alle Tarife in diesem Sonderdruck sind in Euro (€) angegeben.

Impressum

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Redaktion: Österreichische Zahnärztekammer, Körperschaft öffentlichen Rechts, A-1010 Wien, Kohlmarkt 11/6, Tel. + 43 - (0)5 05 11 - 0, Fax + 43 - (0)5 05 11 - 1167, E-Mail: office@zahnaerztekammer.at, **Redakteur:** Präsident MR Dr. T. HOREJS, **Pressereferent:** MR DDr. C. RATSCHEW

Herstellung, Druck und Vertrieb: Ferdinand Berger & Söhne GesmbH, A-3580 Horn

Honorarordnung

für

**VertragsfachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
ZahnärztInnen und VertragsdentistInnen**

Gültig für die

**Gebietskrankenkassen,
Betriebskrankenkassen,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
und
Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien.**

Allgemeines

1. Diese Honorarordnung für die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages (§ 30 Abs. 1).
2. Die Honorierung der Vertragsfachärzte 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 konservierend-chirurgische und prothetische Zahnbehandlung sowie für kieferorthopädische Behandlungen.
3. In der Honorarordnung nicht vorgesehene Leistungen sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Tätigkeit. Ebenso gelten Leistungen, die in der Honorarordnung zwar vorgesehen sind, die aber der Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger bedürfen, nicht als vertragsärztliche Leistungen, wenn der Krankenversicherungsträger die Genehmigung nicht erteilt hat.
4. Zuzahlungen in dem in der Krankenordnung vorgesehenen Ausmaß sind zu den prothetischen und kieferorthopädischen Behandlungsleistungen durch den behandelnden Vertragsarzt tunlichst bei Behandlungsbeginn einzuheben. Zahlt ein Anspruchsberechtigter diesen Zuzahlungsbetrag nicht, so kann der Vertragsarzt nach dreimaliger erfolgloser Mahnung mit eingeschriebenem Brief den Zuzahlungsbetrag zum nächsten Abrechnungstermin mit gesondertem Beleg beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen.
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 Vertragsfachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei Anspruchsberechtigten abstatten, sind die Weggelder in der Höhe verrechenbar, die von den Vertragsärzten der betreffenden Krankenkasse verrechnet werden können.
8. Anträge auf Kostenübernahme für prothetische oder kieferorthopädische Leistungen sind von den Krankenkassen tunlichst innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach Einlangen der Anträge bei den Krankenkassen zu erledigen.

Honorartarif für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

Vorbemerkungen:

1. Honorierung der Behandlung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie während der Nachtzeit (20.00 bis 7.00 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	Abkürzung	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres, ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
---------	--------------	-----------	---	--	--

1	Beratung (siehe Z. 1 der Erl.)	Ber	12,80	12,80	12,80
1a	KFO-Beratung (siehe Z. 1a der Erl.)	BK	17,70	17,70	kein Vertrag
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 2 der Erl.)	E	18,60	18,60	18,60
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung (siehe Z. 3 der Erl.)	A	7,60	7,60	7,60
4	Visite	Vs	32,00	32,00	32,00
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	HL	24,00	24,00	24,00
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 der Erl.)	F1	18,80	18,80	19,30
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 der Erl.)	F2	29,40	29,40	30,60
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 der Erl.)	FM	43,60	43,60	46,00
9	Aufbau mit Höckerdeckung (siehe Z. 5. der Erl.)	Hö	66,40	66,40	66,70

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres , ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
---------	--------------	-----------	---	---	---

61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 a der Erl.)	K1	36,80	36,80	36,80
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 a der Erl.)	K2	47,50	47,50	47,50
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang, mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z. 4 a der Erl.)	KM	62,40	62,40	62,40
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähne, pro Zahn (siehe Z. 6 der Erl.)	Eck	99,10	99,10	99,10
11	Stiftverankerung	St	13,60	13,60	13,60
12	WB-Amputation (siehe Z. 7 der Erl.)	WA	30,90	31,00	32,50
13	WB-Exstirpation einkanlig (siehe Z. 7 der Erl.)	W1	53,80	53,80	53,80
14	WB-Exstirpation zweikanlig (siehe Z. 7 der Erl.)	W2	107,60	107,60	107,60
15	WB-Exstirpation dreikanlig (siehe Z. 7 der Erl.)	W3	161,40	161,40	161,40
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen (siehe Z. 7 der Erl.)	WU	12,30	12,30	12,30
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (siehe Z. 8 der Erl.)	NB	7,60	7,60	7,60
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	BT	8,30	8,30	8,30
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall (siehe Z. 9 der Erl.)	ZH	4,10	4,10	4,10

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres, ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
---------	--------------	-----------	---	--	--

20	Zahnsteinentfernung (siehe Z. 10 der Erl.)	Zst	10,80	10,80	10,80
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	ES	5,00	5,30	5,50
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle) (siehe Z. 11 der Erl.)	Pf	11,10	11,20	11,40
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.)	Bst	3,90	3,90	3,90
24	Zahnröntgen (siehe Z. 12 der Erl.)	Rö	6,30	6,60	7,00
25	Panoramaröntgen (siehe Z. 13 der Erl.)	Pan	33,70	38,50	39,20
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung) (siehe Z. 14 der Erl.)	Sto	6,00	6,50	6,80
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 15 der Erl.)	RZ	130,10	130,10	130,10
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung (siehe Z. 16 der Erl.)	Zy	127,60	128,60	127,60
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	WSR	130,10	131,00	130,10
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 17 der Erl.)	OZ	62,20	62,20	62,20
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	Gop	62,40	62,50	62,40

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres , ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
---------	--------------	-----------	---	---	---

32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 18 der Erl.)	Ii	26,70	26,70	26,70
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.)	KK	30,90	31,40	30,90
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	STA	36,30	37,00	38,80
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)	BN	24,50	24,50	24,50
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	TK	49,60	53,10	52,50
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 20 der Erl.)	EK	137,80	138,80	137,80
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	SKB	57,30	57,30	57,50
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	LWZ	60,30	60,30	60,30
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel (siehe Z. 21 der Erl.)	R	18,60	20,40	20,90
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament) (siehe Z. 22 der Erl.)	Thi	4,20	4,20	4,20

Erläuterungen zum Honorartarif für 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 vertragsärztliche Leistung erbracht wird. Bei der Beratung ist die Inspektion der Mundhöhle inkludiert.
1. a) Die KFO-Beratung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, zu dem beim Patienten 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 bei der kieferorthopädischen Behandlung wie zB 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 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 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 Höckers, Wurzelbehandlung, Sekundärkaries). Indirekte und direkte Pulpenüberkappung sind in der Füllung inkludiert.
4. a) 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 Eckenauflauf 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 Eckenauflauf 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 min-

destens 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 röntgenschattegebendes 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 Krankenversicherungsträger 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 Krankenversicherungsträger 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 die Notwendigkeit der Erstellung eines Zahnröntgenstatus, so ist dies medizinisch zu begründen. Die Zahl der verrechenbaren Aufnahmen beim Zahnröntgenstatus ist mit 10 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 12 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 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 12 Kalendermonaten nach Erbringung eines Zahnröntgenstatus kann ein Panoramaröntgen nicht verrechnet werden.
14. Stomatitisbehandlung kann bis zu 9 Sitzungen pro Vierteljahr verrechnet werden; weitere Sitzungen können im Falle der Notwendigkeit durch den Krankenversicherungsträger 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 (20.00 Uhr bis 7.00 Uhr) dürfen die Vertragsfachärzte 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 Vertragsarzt an den genannten Tagen und während die 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.



Notizen



Honorartarif für prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)

Leistungsart	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres , ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) ¹
--------------	---	---	--

Kunststoffprothetik

I. Totale Kunststoffprothese

als Dauerversorgung (inklusive Zähne)	868,00	868,00	868,00
---------------------------------------	--------	--------	--------

II. Kunststoff-Prothesen - Neuherstellung:

1.	Platte (jede Größe)	223,00	223,00	223,00
2.	Zahn, pro Einheit	14,00	14,00	15,30
3.	Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)	14,00	14,00	15,30
4.	Sauger	14,00	14,00	15,30

III. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen:

a)	Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	68,00	68,00	68,00
b)	Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	82,00	82,00	82,00
c)	Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)	109,00	109,00	109,00
d)	Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	123,00	123,00	123,00
e)	Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	141,00	141,00	141,00

Erläuterung zu e:

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

¹ Für totale Erstlingsprothesen im Unterkiefer 20 % Zuschlag (nur bei KFA Wien)

<i>Leistungsart</i>	Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres , ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
---------------------	---	---	---

Metallprothetik

IV. Metallgerüst-Prothesen - Neuherstellung

einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhren und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b) abgegolten	901,00	901,00	959,00
---	--------	--------	--------

V. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen:

x)	Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	98,00	98,00	98,00
y)	Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	119,00	119,00	119,00
z)	Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	133,00	133,00	133,00

Erläuterung zu V:

Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen im Kunststoffbereich können nach dem Honorartarif für Reparaturen von Kunststoff-Prothesen gemäß Abschnitt III lit. a) bis d) verrechnet werden. Die für Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen unter lit. x) bis z) angeführten Leistungen können gesondert verrechnet werden.

VI. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhren, Schultern mit Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	539,00	539,00	539,00
---	--------	--------	--------

VII. Voll-Metallkrone (VG)

an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)	328,00	328,00	334,00
---	--------	--------	--------

Erläuterungen zum Honorartarif für 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 Wartezeit ein Antrag auf Bewilligung an den Krankenversicherungsträger gestellt werden.
3. Die Entscheidung über die Behandlung bleibt dem behandelnden Arzt gewahrt. Die Bewilligung kann nicht von einer therapeutischen Anweisung abhängig gemacht werden. Die Entscheidung des Krankenversicherungsträgers hinsichtlich der Kostenübernahme wird hierdurch nicht berührt.
4. In begründeten Ausnahmefällen kann der Abdruck vor der Sanierung des Mundes abgenommen werden. Wird vor Anfertigung der Prothese die vom behandelnden Arzt vorgesehene Mundsanierung bzw. die Vornahme der für die prothetische Versorgung notwendigen Maßnahmen vom Patienten 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 Leistungen durchgeführt, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen (z. B. myofunktionelle Vorbehandlung, gnathologische Vorbehandlung, mehrfache individuelle Aufstellung auf Wunsch des Patienten, Sonderwünsche des Patienten, wie individuell gebrannte Porzellanzähne, Verwendung von Edelmetallen, Remontage), sind diese vom Patienten zu bezahlen. Notwendige technisch-medizinische Maßnahmen, die dazu dienen, die objektive Verwendungsfähigkeit der Prothese herzustellen, können nicht als Sonderwünsche des Patienten privat verrechnet werden. Der Patient 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. Der Vertragsarzt ist zur kostenlosen Kontrolle, im erforderlichen Falle zur kostenlosen Korrektur und Änderung verpflichtet, so dass mindestens vier Wochen, jedenfalls aber acht Wochen nach der Übergabe die Prothese objektiv verwendungsfähig ist.
7. a) Der Vertragsarzt ist zur kostenlosen Kontrolle, im erforderlichen Fall zur kostenlosen Korrektur und Änderung verpflichtet, so dass 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 Anspruchsberechtigte aus subjektiven Gründen die Prothese ab oder können die notwendigen Korrekturen oder Änderungen der Prothese wegen Nichterscheins des Anspruchsberechtigten nicht durchgeführt werden, so teilt der Vertragsarzt dies dem Krankenversicherungsträger mit.
9. Die Erläuterungen unter Punkt 1. bis 8. (ausgenommen 7. a) gelten für Metallgerüstprothesen und Vollmetallkronen sinngemäß mit folgenden Abänderungen:
 9. a) Als Material des Metallgerüsts (einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern) und der Vollmetallkronen 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-Keramikkronen sind alle mundbeständigen Metalle und Keramikmassen zulässig. Die Tarife für diese Leistungen verstehen sich ohne die Kosten für Edelmetalle (Gold, Platin oder deren Legierungen).
 9. b) Honoriert werden nur Kronen an Klammerzähnen, die sowohl zur Abstützung als auch zum Halt einer Prothese nötig und geeignet sind.

Honorartarif für kieferorthopädische Zahnbehandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte

<i>Leistungsart</i>	<i>Für sämtliche ASVG-Kassen Österreichs sowie für die VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Präsenzdienstpflichtigen des Bundesheeres, ebenso die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)</i>	<i>Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)</i>	<i>Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)</i>
---------------------	--	---	---

I. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr	896,00	913,00	992,00
--	--------	--------	--------

II. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten:

1.	Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	49,00	49,00	49,00
2.	Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	61,00	61,00	61,00
3.	Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	74,00	74,00	74,00

III. Interzeptive Behandlung

Interzeptive Behandlung (siehe Z. 9 der Erl.)	896,00	896,00	kein Vertrag
Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung* (bewilligungspflichtig) (siehe Z. 10 der Erl.)	61,90	61,90	kein Vertrag

* Anmerkung: Voraussetzung ist ein Steckvorgang "Reparatur interzeptive Behandlung" im e-card-System.

Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Zahnbehandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte

1. Als Leistung 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 oder 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 anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen, der einen Befund, einen Therapievorschlagn, 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 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.

Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Zahnbehandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte - interzeptive Behandlung

- 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 von IOTN 4 oder 5 und einer der nachstehenden Indikationen verrechenbar:
 - Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien
 - skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne
 - seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne
 - ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss
 - frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss)
 - bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig)
 - progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe
 - Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen
 - Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm
 - 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.
 - unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren
 - Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt.
 - 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.
- Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt 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 einem zu vereinbarenden Vordruck einzutragen und damit beim zuständigen Krankenversicherungsträger ein Kostenübernahmeantrag zu stellen. Mit diesen Unterlagen übermittelt der Vertragszahnarzt auch digitalisierte Anfangsmodelle. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung beim Vertragszahnarzt 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 binnen 14 Tage nach Aufforderung vorzulegen sind.
- 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.
- Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen Behandlung nach § 16 des KFO-GV beim Vertragskieferorthopäden muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen Behandlung nach § 16 KFO-GV ist eine neuerliche IOTN-Anspruchsprüfung durchzuführen.
- 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.
- Die Behandlungspauschale kann dem Krankenversicherungsträger vom Vertragszahnarzt mit der Abrechnung jenes Zeitraums in Rechnung gestellt werden, in dem der Behandlungsbeginn der interzeptiven Behandlung fällt. Behandlungsbeginn ist das Datum, zu dem erstmals durch den Vertragszahnarzt die erforderlichen therapeutischen Geräte im Mund des Patienten eingebracht werden.
- 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 wurde.

Der Vertragszahnarzt hat dazu binnen 14 Tage nach Behandlungsende dem Krankenversicherungsträger die digitalisierten Endmodelle zu übermitteln. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung dafür beim Vertragszahnarzt 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 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 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, von dem die zuständige Landes Zahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragszahnarzt kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landes Zahnärztekammer 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 Krankenversicherungsträgers, dass bei nach dem amikalen Gespräch erfolgten interzeptiven Behandlungen die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt 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 Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen. Bestätigt die Überprüfung den Verdacht, kann der Vertragszahnarzt verpflichtet werden, eine

Nachschulung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zu absolvieren. Über die Eignung der durch den Vertragszahnarzt gewählten Nachschulung entscheiden Krankenversicherungsträger und Landes Zahnärztekammer gemeinsam. Nach Abschluss der Nachschulung ist ein Nachweis darüber dem Krankenversicherungsträger und der Landes Zahnärztekammer 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 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 Landes Zahnärztekammer 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 Leistung der interzeptiven 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 gelegen ist. Liegt die Ursache für die Beschädigung in der Sphäre des Vertragszahnarztes, 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 Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der 1. Reparatur aufgrund von Ursachen aus der Sphäre des Patienten erfolgt über das e-card-System die Information an den KVT, dass die Anzahl der vom Honorar umfassten Reparaturen ausgeschöpft ist. Weitere Reparaturen sind lediglich auf Kosten des KVT vorzunehmen, wenn dieser einer Kostenübernahme zustimmt, die mit dem vereinbarten Formular zu beantragen ist.

Kostenanteile der Versicherten der Sozialversicherungsanstalten

Leistungsart	VA öffentlich Bediensteter (BVA), VA für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)			Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)			Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)		
	Gesamttarif	Kasse	Patient	Gesamttarif	Kasse	Patient	Gesamttarif	Kasse	Patient

für Prothesenneuerstellung und KFO-Behandlungen

Totale Kunststoff-Prothese	868,00	868,00	-	868,00	868,00	-	868,00	868,00	-
Kunststoffplatte	223,00	223,00	-	223,00	223,00	-	223,00	223,00	-
Metallgerüst-Prothese	901,00	901,00	-	901,00	675,75	225,25 ¹	959,00	959,00	-
Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)	539,00	539,00	-	539,00	404,25	134,75 ¹	539,00	539,00	-
Voll-Metallkrone (VG)	328,00	328,00	-	328,00	246,00	82,00 ¹	334,00	334,00	-
Zahn, Klammer, Sauger bei Kunst- stoff-Prothesen	14,00	14,00	-	14,00	14,00	-	15,30	15,30	-
Zahn bei Metallgerüst-Prothese	14,00	14,00	-	14,00	10,50	3,50 ¹	15,30	15,30	-
KFO-Behandlung	896,00	896,00	-	913,00	639,10	273,90 ¹	992,00	992,00	-

für Zahnersatz-Reparaturen und Reparaturen an kieferorthopädischen Apparaten

a)	68,00	68,00	-	68,00	68,00	-	68,00	68,00	-
b)	82,00	82,00	-	82,00	82,00	-	82,00	82,00	-
c)	109,00	109,00	-	109,00	109,00	-	109,00	109,00	-
d)	123,00	123,00	-	123,00	123,00	-	123,00	123,00	-
e)	141,00	141,00	-	141,00	141,00	-	141,00	141,00	-
x)	98,00	98,00	-	98,00	98,00	-	98,00	98,00	-
y)	119,00	119,00	-	119,00	119,00	-	119,00	119,00	-
z)	133,00	133,00	-	133,00	133,00	-	133,00	133,00	-
1.	49,00	49,00	-	49,00	49,00	-	49,00	49,00	-
2.	61,00	61,00	-	61,00	61,00	-	61,00	61,00	-
3.	74,00	74,00	-	74,00	74,00	-	74,00	74,00	-

¹ Patientenanteil ist vom Zahnarzt nur dann einzuheben, wenn dies bei der Bewilligung vorgeschrieben wurde.

Kostenanteile der Versicherten

Leistungsart	Gesamttarif	Wiener GKK (GW)		NÖ GKK (GN)		Bgl. GKK (GB)	
		Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient

für Prothesenneuerstellung und KFO-Behandlungen

Totale Kunststoff-Prothese	868,00	651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00
Kunststoffplatte	223,00	167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75
Metallgerüst-Prothese	901,00	675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25
Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)	539,00	404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75
Voll-Metallkrone (VG)	328,00	246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00
Zahn, Klammer, Sauger bei Kunststoff-Prothesen	14,00	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
Zahn bei Metallgerüst-Prothese	14,00	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
KFO-Behandlung	896,00	627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80

für Zahnersatz-Reparaturen und Reparaturen an Kieferorthopädischen Apparaten

a)	68,00	51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00
b)	82,00	61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50
c)	109,00	81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25
d)	123,00	92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75
e)	141,00	105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25
x)	98,00	73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50
y)	119,00	89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75
z)	133,00	99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25
1.	49,00	34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70
2.	61,00	42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30
3.	74,00	51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20

der Gebietskrankenkassen

Ktn. GKK (GK)		OÖ GKK (GO)		Slbg. GKK (GS)		Stmk. GKK (GSt)		Tiroler GKK (GT)		Vlbg. GKK (GV)	
Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient

651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00
167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75
675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25
404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75
246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00
10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80

51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00
61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50
81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25
92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75
105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25
73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50
89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75
99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25
34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70
42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30
51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20

Kostenanteile der Versicherten

Leistungsart	Gesamttarif	Mondi Business Paper (BMBP)		Wiener Verkehrsbetriebe (BVK)	
		Kasse	Patient	Kasse	Patient

für Prothesenneuerstellung und KFO-Behandlungen

Totale Kunststoff-Prothese	868,00	651,00	217,00	651,00	217,00
Kunststoffplatte	223,00	167,25	55,75	167,25	55,75
Metallgerüst-Prothese	901,00	675,75	225,25	675,75	225,25
Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)	539,00	404,25	134,75	404,25	134,75
Voll-Metallkrone (VG)	328,00	246,00	82,00	246,00	82,00
Zahn, Klammer, Sauger bei Kunststoff-Prothesen	14,00	10,50	3,50	10,50	3,50
Zahn bei Metallgerüst-Prothese	14,00	10,50	3,50	10,50	3,50
KFO-Behandlung	896,00	627,20	268,80	627,20	268,80

für Zahnersatz-Reparaturen und Reparaturen an kieferorthopädischen Apparaten

a)	68,00	51,00	17,00	51,00	17,00
b)	82,00	61,50	20,50	61,50	20,50
c)	109,00	81,75	27,25	81,75	27,25
d)	123,00	92,25	30,75	92,25	30,75
e)	141,00	105,75	35,25	105,75	35,25
x)	98,00	73,50	24,50	73,50	24,50
y)	119,00	89,25	29,75	89,25	29,75
z)	133,00	99,75	33,25	99,75	33,25
1.	49,00	34,30	14,70	34,30	14,70
2.	61,00	42,70	18,30	42,70	18,30
3.	74,00	51,80	22,20	51,80	22,20

der Betriebskrankenkassen

voestalpine Bahnsysteme (VABS)		Zeltweg (BZ)		Kapfenberg (BVEW)		SVA der Bauern (SVB)	
Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient	Kasse	Patient

651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00	651,00	217,00
167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75	167,25	55,75
675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25	675,75	225,25
404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75	404,25	134,75
246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00	246,00	82,00
10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50	10,50	3,50
627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80	627,20	268,80

51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00	51,00	17,00
61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50	61,50	20,50
81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25	81,75	27,25
92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75	92,25	30,75
105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25	105,75	35,25
73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50	73,50	24,50
89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75	89,25	29,75
99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25	99,75	33,25
34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70	34,30	14,70
42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30	42,70	18,30
51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20	51,80	22,20

Rückvergütungssätze für

Rückvergütungssätze werden von den Krankenkassen autonom in ihren Satzungen geregelt, d. h. die Krankenkassen können ihre Satzungen und Krankenordnungen jederzeit ändern. Wir empfehlen Ihnen, die Patienten über Rückersätze immer mit dem Zusatz "voraussichtlich" zu informieren. Zum Stichtag 1. Jänner 2018 gelten folgende:

- Keine Kostenzuschüsse mehr für Einzelkronen und Brücken. Nur in gravierenden medizinischen Sonderfällen (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, bei Tumorpatienten) werden folgende Zuschüsse bei vorheriger Bewilligung gewährt:

Leistungsart		BMBP	BVK	VABS	BZ	BVEW	SVB	BVA
a)	Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich	160,00	156,25	156,25	156,25	156,25	156,25	450,00 ⁶
b)	Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich	135,00	130,81	130,81	130,81	130,81	130,81	450,00 ⁶
c)	Vollgusskrone (Metallkrone)	94,47	94,47	94,47	94,47	94,47	94,47	450,00 ⁶
d)	Brückenglied Metall (Vollguss)	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	450,00 ⁶
e)	Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.)	34,88	34,88	34,88	34,88	34,88	34,88	100,00
f)	Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz	156,25	156,25	156,25	156,25	156,25	190,75* 327,05**	700,00 ⁶

- In allen anderen Fällen (nicht auf medizinische Sonderfälle beschränkt):

g)	Mundhygienesitzung	42,00	-	34,00	30,00	-	35,00	2 x 35,00 ³
h)	festsitzende KFO	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	3.500,00 ⁹
i)	Parodontalbehandlung	-	-	-	-	-	-	2 x 69,39 ¹
j)	Fissurenversiegelung (je Zahn)	-	-	-	-	-	-	20,00

* für ein einzelzeitiges Implantat nach vorheriger Bewilligung

** für ein zweizeitiges Implantat nach vorheriger Bewilligung

- Auch Patienten von Wahlzahnärzten/dentisten müssen vor der Behandlung um Bewilligung des Kostenzuschusses für prothetische Neuherstellung und kieferorthopädischen Leistungen (Jahrespauschale) ansuchen.
- Für KFO-Fälle, die festsitzend behandelt werden und daher keine Vertragsleistung sind, muss der Kostenzuschuss von der Kasse vor Beginn der Behandlung bewilligt werden.

Folgende Kassen leisten noch Zuschüsse zu Einzelkronen und Brücken (pro Stelle):

VAEB 22 % der tatsächlich entrichteten Kosten, max. jedoch € 100,00

BVA € 200,00⁶ je Krone oder Brückenglied

€ 350,00⁶ je Implantat

€ 700,00⁶ je Implantat bei notwendiger Verankerung einer Prothese (die Einholung einer vorherigen Bewilligung ist laut Auskunft erforderlich)

€ 100,00⁶ funktionell notwendiges Halteelement (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.)

€ 100,00⁶ für einen gegossenen Stiftaufbau bei Klammerzahnkronen (laut Auskunft der BVA)

KFA € 69,77

SVA € 100,00

außervertragliche Leistungen

SVA	VAEB ²	KFA	GB	GK	GO	GSt	GT	GW	GN	GS	GV
209,30 - 331,39	156,25	450,00	156,25	156,25	156,25	156,25	156,25	159,88	159,88	156,25	300,00
197,67	-	-	130,81	130,81	130,81	130,81	130,81	101,72	101,72	130,81	245,00
-	-	-	94,47	94,47	94,47	94,47	94,47	99,40	99,40	94,47	202,00
-	-	-	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	79,94	168,00
69,77 - 203,48	34,88	-	34,88	34,88	34,88	34,88	34,88	23,24	23,24	34,88	34,88
305,23* -523,24**	-	700,00	156,25	156,25	156,25	156,25	156,25	152,60	152,60	305,00 -125,00	450,00

1 x 30,00	68,00 ⁴ 39,60 ⁵	-	-	-	-	-	-	-	-	58,40 ^{4,8} 37,80 ^{5,8}	-
639,10	996,00 ⁷	627,20 -694,40	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20	627,20
2 x 40,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

- ¹ Bei Parodontalbehandlung (Begründung Parodontitis oder Parodontose unbedingt anführen) 2 x jährlich € 69,39. Die Pos. 19 (ZH), Pos. 20 (Zst) und Pos. 26 (Sto) sind in derselben Sitzung nicht abrechenbar.
- ² Ausmaß der Zahlungen abhängig von Höhe der Beitragsgrundlage
- ³ Maximal 2 x pro Kalenderjahr pro Mundhygienesitzung für alle Versicherten und anspruchsberechtigten Angehörigen ab dem vollendeten 11. Lebensjahr. Aus der Honorarnote sollte eindeutig hervorgehen, dass es sich um eine Mundhygienesitzung handelt.
- ⁴ für die Erstsitzung
- ⁵ für Recall
- ⁶ max. 90 % der tatsächlichen Kosten
- ⁷ gegebenenfalls abzüglich 30 % Behandlungsbeitrag
- ⁸ ab dem vollendeten 10. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
Bei Verrechnung Pos. 19, Pos. 20 oder Pos. 26 am selben Tag gebührt kein Zuschuss!
- ⁹ Achtung IOTN! Bei IOTN 2 nur 80 % vom Tarif für abnehmbare Behandlung!

Behandlungskostenbeiträge

Von nachstehend angeführten Krankenversicherungsträgern werden nach Rechnungslegung der durchgeführten Leistungen Behandlungskostenbeiträge den Versicherten vorgeschrieben, welche diese direkt an die Anstalt zu entrichten haben. Die derzeitige Höhe der Vorschreibungssätze können Sie aus nachstehender Aufstellung ersehen (in Prozent).

Leistungsart	VAEB ⁵	BVA ⁶	KFA	SVA ³
Konservierende Behandlung	20	10 ⁴	-	20
Totale Kunststoff-Prothese	25	10	20	20
Kunststoff-Prothesen	25	10	20	20
Kunststoff-Prothesen Reparaturen	25	10	-	20
Metallgerüst-Prothesen	25	10	20	25 ¹
Metallgerüst-Prothesen Reparaturen	25	10	-	25
Klammerzahnkronen (VMK und VG)	25	10	20	25 ¹
Kieferorthopädische Apparate	0 (30) ²	20	30	30 ¹
Kieferorthopädische Reparaturen	0 (30) ²	20	-	30

- ¹ Bei Klammerzahnkronen (VMK und VG), Metallgerüst-Prothesen und KFO ist der Patientenanteil vom Zahnarzt einzuheben, wenn dies bei der Bewilligung vorgeschrieben wurde. Bei den übrigen Leistungen muss der Kostenanteil auch bei der SVA vom Patienten an die SVA entrichtet werden.
- ² Behandlungskostenbeitrag wird derzeit nur bei höherem Einkommen vorgeschrieben.
- ³ Bei Kindern wird kein Behandlungsbeitrag eingehoben.
- ⁴ Wenn Anspruchsberechtigte zu Beginn des Quartals (ab 1. Oktober 2009) das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt der Behandlungsbeitrag für konservierende und chirurgische Zahnbehandlung.
- ⁵ Kinder sind von der Entrichtung von Behandlungskostenbeiträgen nach zahnärztlicher Behandlung zu befreien: Befreit sind:
 - eheliche Kinder
 - legitimierte Kinder
 - Adoptivkinder
 - uneheliche Kinder einer weiblichen Versicherten
 - uneheliche Kinder eines männlichen Versicherten, wenn die Vaterschaft durch Urteil oder Anerkenntnis festgestellt ist,
 - Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem/der Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben,
 - Pflegekinder, wenn sie vom/von der Versicherten unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung ruht.
 Die Befreiung gilt auch für Kinder über dem 18. Lebensjahr, sofern die Voraussetzungen für die Angehörigeneigenschaft erfüllt sind.
- ⁶ Angehörige Kinder (bis zum Ende der Anspruchsberechtigung) und WaisenpensionsbezieherInnen sind für Leistungen, die ab 1. Juli 2012 in Anspruch genommen werden, von der Behandlungsbeitragspflicht ausgenommen. Eine Ausnahme bilden die kieferorthopädischen Behandlungen, wofür auch weiterhin ein 20 %iger Behandlungsbeitrag anfällt.

Rückersatz bei Behandlung durch WahlzahnärztInnen

Laut derzeit gültigen Satzungen der Gebietskrankenkassen beträgt der Rückersatz bei WahlzahnärztInnen 80 %. Satzungsänderungen werden auf der homepage des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger www.avsv.at veröffentlicht.

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2018	80 % des Tarifes
1	Beratung	Ber	12,80	10,24
1a	KFO-Beratung	BK	17,70	14,16
2	Extraktion	E	18,60	14,88
3	Anästhesie	A	7,60	6,08
4	Visite	Vs	32,00	25,60
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht	HL	24,00	19,20
6	Einflächenfüllung	F1	18,80	15,04
7	Zweiflächenfüllung	F2	29,40	23,52
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	FM	43,60	34,88
9	Aufbau mit Höckerdeckung	Hö	66,40	53,12
61	Einflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	K1	36,80	29,44
71	Zweiflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	K2	47,50	38,00
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	KM	62,40	49,92
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante	Eck	99,10	79,28
11	Stiftverankerung	St	13,60	10,88

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2018	80 % des Tarifes
12	WB-Amputation	WA	30,90	24,72
13	WB-Exstirpation einkanlig	W1	53,80	43,04
14	WB-Exstirpation zweikanlig	W2	107,60	86,08
15	WB-Exstirpation dreikanlig	W3	161,40	129,12
16	WB-unvollendete	WU	12,30	9,84
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen	NB	7,60	6,08
18	Blutstillung durch Tamponade	BT	8,30	6,64
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse	ZH	4,10	3,28
20	Zahnsteinentfernung	Zst	10,80	8,64
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses	ES	5,00	4,00
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten	Pf	11,10	8,88
23	Bestrahlung	Bst	3,90	3,12
24	Zahnrontgen	Rö	6,30	5,04
25	Panoramaröntgen	Pan	33,70	26,76
26	Stomatitisbehandlung	Sto	6,00	4,80
27	Entfernung eines retinierten Zahnes	RZ	130,10	104,08
28	Zystenoperation	Zy	127,60	102,08
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie	WSR	130,10	104,08
30	Operative Entfernung eines Zahnes	OZ	62,20	49,76

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2018	80 % des Tarifes
31	Operation kleiner Geschwülste	Gop	62,40	49,92
32	Incision eines Abszesses	Ii	26,70	21,36
33	Kieferkammerkorrektur oder chirurgische Wundrevision	KK	30,90	24,72
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung	STA	36,30	29,04
35	Blutstillung durch Naht	BN	24,50	19,60
36	Trepanation eines Kieferknochens	TK	49,60	39,68
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	EK	137,80	110,24
38	Beseitigung eines Schlotterkammes	SKB	57,30	45,84
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation	LWZ	60,30	48,24
40	Kurz(Rausch)narkose	R	18,60	14,88
41	Therapeutische Injektion	Thi	4,20	3,36

Honorarordnung

für

Vertragskieferorthopäden und Vertragskieferorthopädinnen

Gültig für die

**Gebietskrankenkassen,
Betriebskrankenkassen,
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau,
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern und
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**

I. Allgemeines

1. Diese Honorarordnung für Vertragskieferorthopäden und Vertragskieferorthopädinnen hat ihre Grundlage im Gesamtvertrag Kieferorthopädie für Leistungen gemäß § 153a ASVG (§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 69a B-KUVG) und den Richttarif gemäß § 343c ASVG (KFO-GV).
2. Die Honorierung der Vertragskieferorthopäden und Vertragskieferorthopädinnen erfolgt auf Grund der in dieser Honorarordnung angeführten Tarife nach Einzelleistungen unter Bedachtnahme auf die folgenden Erläuterungen zu den Tarifen für die IOTN-Feststellung, die interzeptive Behandlung und kieferorthopädische Hauptbehandlung.
3. In der Honorarordnung nicht vorgesehene Leistungen sind nicht Gegenstand der vertragskieferorthopädischen Tätigkeit. Ebenso gelten Leistungen, die in der Honorarordnung zwar vorgesehen sind, die aber der Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger bedürfen, nicht als vertragskieferorthopädische Leistungen, wenn der Krankenversicherungsträger die Genehmigung nicht erteilt hat.
4. Es ist keine Zuzahlung durch den Patienten/die Patientin zu leisten und es dürfen auch keine Aufzahlungen verlangt werden.
5. Die zur Erbringung der vertraglichen Leistungen nötigen Materialien, Medikamente usw. sind mit den jeweiligen
6. Tarifen der Honorarordnung abgegolten, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.
6. Für Leistungen der interzeptiven Behandlung und der kieferorthopädischen Hauptbehandlung sind besondere Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen. Die Prüfung und Feststellung dieser besonderen Anspruchsvoraussetzungen obliegt dem Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin.
 - Für Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, wenn der Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt, eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) 4 oder 5 gegeben ist und die kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind.
 - Für Leistungen der interzeptiven Behandlung sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, wenn IOTN 4 oder 5 gegeben ist und wenn eine der vertragliche vorgesehenen Indikationen festgestellt wird und der Behandlungsbeginn in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt.
7. Anträge auf Kostenübernahme für Reparaturleistungen im Rahmen der interzeptiven Behandlung und der kieferorthopädischen Hauptbehandlung sind von den Krankenversicherungsträgern tunlichst innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach Einlangen der Anträge bei den Krankenversicherungsträgern zu erledigen.

II. Honorartarif für die IOTN-Feststellung

PosNr.	Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
	IOTN-Feststellung Dieses Honorar inkludiert auch die Anfertigung eines Panoramaröntgens. Ein solches Röntgen ist nur vorzunehmen, soweit kein anderes aktuelles zur Verfügung steht.	IF	51,60

Erläuterungen zum Honorartarif für die IOTN-Feststellung

1. Die Feststellung des IOTN-Grades ist ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr insgesamt maximal 2 x pro Patient/Patientin verrechenbar. Eine über diese Verrechenbarkeit hinausgehende IOTN-Feststellung ist eine Privatleistung. Wird IOTN 4 oder 5 festgestellt, ist diese Leistung mit der Pauschale einer allfälligen kieferorthopädischen Hauptbehandlung abgegolten und kann auch nicht privat abgerechnet werden.
 2. Diese Leistung ist nicht verrechenbar bei Vorliegen von IOTN 1 und 2 und/oder wenn eine kieferorthopädische
 3. Zur Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung siehe Punkt V.
- Leistung als Privatleistung erbracht wird. Nach der erstmaligen Verrechnung dieser Leistung erfolgt die Sperre des Anspruchs auf eine weitere IOTN-Feststellung und deren Verrechenbarkeit für ein Jahr über das e-card System. Wurde die Leistung bereits insgesamt zweimal abgerechnet, erfolgt eine generelle Sperre über das e-card System. Diese Leistung ist dann weder durch denselben noch durch andere Vertragskieferorthopäden oder Vertragskieferorthopädinnen verrechenbar.

III. Honorartarif für die interzeptive Behandlung

PosNr.	Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
	Interzeptive Behandlung (Details siehe Erläuterungen)	IB	896,00
	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung* (bewilligungspflicht) (siehe Z. 9 der Erläuterungen)	RI	61,90

* Anmerkung: Voraussetzung ist ein Steckvorgang "Reparatur interzeptive Behandlung" im e-card-System.

Erläuterungen zum Honorartarif für die interzeptive Behandlung

1. Ziel einer interzeptiven Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Diese Behandlung dient nicht der Vermeidung von IOTN 4 oder 5.
2. Die interzeptive Behandlung ist in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahres zu beginnen.
3. Eine interzeptive Behandlung hat dabei eindeutig dokumentierte Vorteile gegenüber einer ausschließlichen kieferorthopädischen Spätbehandlung.
4. Eine interzeptive Behandlung ist nur bei Vorliegen von 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.
5. Die interzeptive Behandlung umfasst:
 - a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensionale getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen)

- b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme
 - c) die kieferorthopädische Behandlung
 - d) sowie die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis
6. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung ist eine neuerliche IOTN-Anspruchsprüfung durchzuführen.
 7. Die Behandlungspauschale wird einmalig geleistet; damit sind sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung notwendigen Maßnahmen und Apparate abgegolten. Es ist keine Zuzahlung durch den Versicherten zu leisten. Zu- oder Aufzahlungen für diese Vertragsleistung dürfen nicht eingehoben werden.
 8. Die Behandlungspauschale kann dem leistungszuständigen Krankenversicherungsträger mit der Abrechnung jenes Zeitraums in Rechnung gestellt werden, in den der Behandlungsbeginn der interzeptiven Behandlung fällt. Behandlungsbeginn ist das Datum, zu dem erstmals die erforderlichen therapeutischen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden.
 9. Mit der Behandlungspauschale 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 Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin, so ist jede Reparatur unabhängig von ihrer Häufigkeit jedenfalls ein Bestandteil der Vertragsleistung und mit der Behandlungspauschale abgegolten. Nicht als Reparaturen gelten in der Behandlungspauschale inkludierte Serviceleistungen zur Beseitigung von Schäden, die durch Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der ersten 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 durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin zu beantragen ist, anderenfalls ist ein Behandlungsabbruch vorzunehmen.
 10. Zur Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung siehe Punkt V.

III. Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung

Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
Behandlungspauschale (nähere Bestimmungen siehe Erläuterungen) Die Behandlungspauschale wird in drei Teilbeträgen geleistet:		3.612,00
Kieferorthopädische Hauptbehandlung - 1. Teilbetrag Die Zahlung des ersten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraumes, in den der Behandlungsbeginn (= erstmaliges Einbringen der erforderlichen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin) fällt.	K1	1.625,40
Kieferorthopädische Hauptbehandlung - 2. Teilbetrag Die Zahlung des zweiten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraums, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist.	K2	903,00
Kieferorthopädische Hauptbehandlung - 3. Teilbetrag Die Abschlusszahlung erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraumes, in den das Behandlungsende (erstmalige Eingliederung von geeigneten Retainern) fällt.	K3	1.083,60
Reparatur im Rahmen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung* (bewilligungspflichtig) (siehe Z. 8 der Erläuterungen)	RH	61,90
Ausgliederung bei Abbruch der KFO-Hauptbehandlung (siehe Z. 13 der Erläuterungen)	AB	180,60
Ausgliederung nach BehandlerInnenwechsel (siehe Z. 14 der Erläuterungen)	AG	180,60

* **Anmerkung: Mit der zweiten im Behandlungspauschale erbrachten Reparatur ist im e-card-System der Fall "Reparatur KFO Hauptbehandlung" zu stecken.**

Erläuterungen zum Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung

1. Die kieferorthopädische Hauptbehandlung erfolgt in der späten Phase des Wechselgebisses zu einem Zeitpunkt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind.
2. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung ist eine neuerliche IOTN-Anspruchsprüfung durchzuführen.
3. Personen, bei denen die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen und diese zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen wurde, sind entsprechend den zum Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres geltenden vertraglichen Bestimmungen weiter auf Kosten des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers zu behandeln.
4. Die Diagnostik umfasst die Behandlungsplanung, die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen, Panoramaröntgen, laterales Fernröntgen, Fotos intra- und extraoral, Modelle, Bissregistrator, sowie Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges. Diagnostische Maßnahmen, die zur Sicherstellung des Behandlungserfolges mittels der Vertragsleistung erforderlich sind, können auch mit Einverständnis des Patienten/der Patientin nicht privat verrechnet werden.
5. Die Therapie erfolgt mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen, Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges und umfasst die Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene sowie die erstmalige Anfertigung und Eingliederung von geeigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung. Ferner umfasst sie auch notwendige Reparaturen und Serviceleistungen gemäß Z. 8 und chirurgische Eingriffe, die primär zur Verkürzung der Behandlung dienen.
6. Therapeutische Maßnahmen, die zur Sicherstellung des Behandlungserfolges mittels der Vertragsleistung erforderlich sind, können auch mit Einverständnis des Patienten/der Patientin nicht privat verrechnet werden.
7. Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter rein kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahncolorierte Bögen) ist die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit eine Privatleistung.
8. Mit der Behandlungspauschale (den Teilbeträgen) sind auch zwei Reparaturen 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 Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin, 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 Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der zweiten 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 durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin zu beantragen ist, andernfalls ist ein Behandlungsabbruch vorzunehmen.
9. Mit dem Honorar ist auch die im Rahmen der Therapiefreiheit des Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin vorgenommene einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten abgegolten. Ist eine Reparatur dieses Gerätes erforderlich, obliegt es dem Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin zu entscheiden, ob er/sie das Non-Compliance-Gerät im Rahmen des Behandlungspauschales ersetzt oder auf eine Behandlung ohne Non-Compliance-Geräte im Rahmen des Behandlungspauschales umstellt. Anderenfalls ist nach den Bestimmungen Z. 11 und Z. 12 vorzugehen.
10. Ist der Patient/die Patientin während der Behandlung fortgesetzt non-compliant (z. B. mangelnde Mundhygiene, laufende Terminversäumnisse, Nichtbefolgung therapeutischer Maßnahmen, mutwilliges Zerstören von Behandlungsgeräten) wird ein Warnsystem eingerichtet und der Krankenversicherungsträger mit der zweiten dem Patienten/der Patientin gegenüber ausgesprochenen und dokumentierten Warnung durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin über das e-card System informiert.
11. Nach Information durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin (Z. 10) wird der Krankenversicherungsträger den Patienten/die Patientin über die Konsequenzen einer fortgesetzten Non-Compliance aufklären.

12. Ist der Patient/die Patientin trotz Aufklärung durch den Krankenversicherungsträger (Z. 11) weiter non-compliant, ist ein Behandlungsabbruch vorzunehmen. Im e-card System ist keinesfalls ein Behandlungsfall „Ende KFO-Hauptbehandlung“ zu buchen.
13. Die durchgeführte Ausgliederung bei Behandlungsabbruch kann durch den Vertragskieferorthopäden/ die Vertragskieferorthopädin verrechnet werden, der/ die die laufende Behandlung durchführt, wenn ein Behandlungsabbruch laut Z. 12 vorgenommen wird, eine weitere Reparatur durch den zuständigen Krankenversicherungsträger nicht bewilligt wird (Z. 8), oder die Ausgliederung durchgeführt wird, nachdem die Zustimmung des zuständigen Krankenversicherungsträgers zu einem BehandlerInnenwechsel vorliegt, bzw. der Patient/die Patientin von sich aus die Behandlung abbricht. Verrechenbar ab Beginn des 3. Behandlungsjahres. Bei Behandlungsabbrüchen innerhalb der ersten beiden Behandlungsjahre steht dem Kieferorthopäden/der Kieferorthopädin der jeweilige Teilbetrag für dieses Behandlungsjahr (Pos Nr. K1 bzw K2) zu.
14. Die durchgeführte Ausgliederung bei BehandlerInnenwechsel kann durch jenen Vertragskieferorthopäden/ jene Vertragskieferorthopädin verrechnet werden, zu dem/der der Wechsel mit zuvor eingeholter Zustimmung des zuständigen Krankenversicherungsträgers erfolgt.
15. Zur Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung siehe Punkt V.

V. Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung für die IOTN-Feststellung, die interzeptive Behandlung und die KFO-Hauptbehandlung

1. Die gemeinsame Qualitätssicherung bezieht sich bei Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (Punkt IV) auf die richtige Einstufung in IOTN 4 und 5, bei Leistungen der interzeptiven Behandlung (Punkt III) auf die richtige Einstufung in IOTN 4 und 5 und die richtige Feststellung der Indikationen laut Punkt III Z. 4 lit. a - m und bei Leistungen der IOTN-Feststellung auf die richtige IOTN-Einstufung, sowie auf die Behandlungsqualität gemäß der Z. 2 und Z. 3.
2. Die Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen KFO-Hauptbehandlungen erfolgt nach dem PAR-Index (Peer-Assessment-Rating Index) als Messinstrument zur Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie. Durch die Behandlung soll eine Verbesserung der Fehlstellung im Querschnitt aller von einem Vertragskieferorthopäden/einer Vertragskieferorthopädin erbrachten und in die Begutachtung einbezogenen Behandlungsfälle um mindestens 70 % erreicht werden, wenn angenommen wird, dass die Erreichung des Idealzustandes mit 100 % ausgedrückt wird.
3. Zur Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen interzeptiven Behandlungen erfolgt eine Prüfung durch den Krankenversicherungsträger, ob die Erfolgsannahme eingetreten ist.
4. Der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin hat binnen 14 Tage nach Behandlungsbeginn und Behandlungsende dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger digitalisierte Anfangs- und Endmodelle (für die IOTN-Feststellung nur die Anfangsmodelle; für die Leistung der interzeptiven Behandlung auch einen Behandlungsplan inklusive Erfolgsannahme) zu übermitteln. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung beim Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin nicht zur Verfügung steht, können bis maximal 31. Dezember 2020 ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral übermittelt werden. Der Krankenversicherungsträger kann im Zweifelsfall zur eindeutigen Beurteilung Modelle anfordern, die durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin binnen 14 Tagen nach Aufforderung vorzulegen sind.
5. Die erste Stufe der Qualitätssicherung erfolgt durch den Krankenversicherungsträger. Hierbei sind rollierend die jeweils letzten 100 auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erbrachten Fälle zu berücksichtigen. In der Anlaufphase nach Einzelvertragsbeginn erfolgt die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erst nach Vorliegen von 20 konsekutiven Fällen.
6. Bei der Qualitätssicherung gemäß Z. 2 sind bei Leistungen der KFO-Hauptbehandlung Behandlungsabbrüche bis zu maximal 10 % aus den letzten 100 Fällen, die auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erbracht wurden, nicht zu berücksichtigen. Innerhalb eines Kalenderjahres getroffene Fehlbeurteilungen des IOTN-Grades bei der KFO-Hauptbehandlung, der interzeptiven Behandlung, der IOTN-Feststellung und Fehldiagnosen hinsichtlich der Indikation für eine Leistung der interzeptiven Behandlung von zusammen 5 % gelten als unbeachtlich.
7. Bei Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. der Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Nach Prüfung dieser Unterlagen kann der Krankenversicherungsträger den Sanktionsmechanismus nach Z. 8 auslösen.
8. Es erfolgt eine Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und in der Folge ein amikales Gespräch mit dem Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin, von dem die zuständige Landes Zahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragskieferorthopäde kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landes Zahnärztekammer ablehnen.
9. Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach dem amikalen Gespräch wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht erreicht wurde (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin 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 Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen. Bestätigt die Überprüfung den Verdacht, kann der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin verpflichtet werden, eine Nachschulung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zu absolvieren. Über die Eignung der durch den

Vertragspartner/die Vertragspartnerin gewählten Nachschulung entscheiden Krankenversicherungsträger und Landes Zahnärztekammer gemeinsam. Nach Abschluss der Nachschulung ist ein Nachweis darüber dem Krankenversicherungsträger und der Landes Zahnärztekammer vorzulegen.

10. Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach Absolvierung der Nachschulung wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven

Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht erreicht wurde (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin 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 Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen, die zur Feststellung führen kann, dass eine wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG vorliegt.



Notizen



AUTONOME HONORARRICHTLINIEN 2017/2018

K u n d m a c h u n g

der **Österreichischen Zahnärztekammer** vom 23. Juni 2017 betreffend die Autonomen Honorarrichtlinien (AHR) für Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten gem. § 19 (2) Z 5 ZÄKG.

Der Bundesausschuss der Österreichische Zahnärztekammer hat beschlossen:

Die Patientenschlichtungsstellen und die Bundespatientenschlichtungsstelle gemäß § 53 ZÄKG werden folgende Honorarrichtlinien im Fall einer Begutachtung einer zahnmedizinischen Leistung anwenden.

Sachlicher Anwendungsbereich

§ 1

Die AHR finden Anwendung auf Leistungen der Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, die nicht im Rahmen eines Vertragsverhältnisses im Sinne der bestehenden Gesamtverträge mit den Sozialversicherungsträgern und den Trägern der Krankenfürsorge als Vertragsleistung erbracht werden.

§ 2

Das Recht der freien Vereinbarung der Honorare für Leistungen im Sinne des § 1 wird durch die AHR nicht berührt.

§ 3

Die Honorare der AHR setzen zahnmedizinische Leistungen, die einen durchschnittlichen Aufwand verursachen, voraus. Für Leistungen, bei denen der durchschnittliche Aufwand wesentlich überstiegen bzw. unterschritten wird, ist eine von den AHR abweichende Honorarhöhe zulässig.

§ 4

- (1) Für Vereinbarungen im Sinne der §§ 2 und 3 wird Schriftform empfohlen.
- (2) Darüberhinaus ist gemäß § 18 Abs. 3 ZÄG ein schriftlicher Heil- und Kostenplan erforderlich, sofern
 1. im Hinblick auf die Art und den Umfang der Behandlung wesentliche Kosten anfallen (bei Überschreitung des Grenzwertes der Grenzwertverordnung gemäß § 19 Abs. 2 Z 7 ZÄKG),
 2. die Kosten die in den AHR festgelegte Honorarhöhe übersteigen oder
 3. dies der Patient/die Patientin verlangt.Der aktuelle Grenzwert ist auf der Homepage der Österreichischen Zahnärztekammer www.zahnaerztekammer.at veröffentlicht.

§ 5

Die Österreichische Zahnärztekammer wird im Falle einer Begutachtung der Angemessenheit von Honoraren für durchschnittliche zahnmedizinische Leistungen nachstehende Honorarsätze als angemessen betrachten*.

§ 6

Die AHR sind in einer für die Patienten/Patientinnen leicht ersichtlichen Form zugänglich zu machen.

* Für den Gebrauch der Schlichtungsstelle wird wie bisher nach Maßgabe des konkreten Falles eine 30 %ige Unter- bzw. 30 %ige Überschreitung als angemessen für durchschnittliche Leistungen betrachtet.

Die AHR 2017/2018 wurden aufgrund der Inflationsrate lt. VPI valorisiert (Beschluss des Bundesausschusses der Österreichischen Zahnärztekammer vom 23. Juni 2017).

AUTONOME HONORARRICHTLINIEN 2017/2018

Positionsbezeichnung	Honorar in €
ALLGEMEINE LEISTUNGEN	
Beratung/Erstuntersuchung	55,-
Beratung/Kontrolluntersuchung (Recallpatient)	21,-
Vitalitätsprüfung/Quadrant	11,-
Zeitaufwand pro 5 Minuten (für administrative Leistungen, die in den AHR nicht erfasst sind, z. B. Therapiebe- sprechung, schriftlicher Heilkostenplan)	18,-
Versäumte Sitzung (pro Stunde)	200,-
Ausfüllen eines amtlichen oder Versicherungs- formulars (kleiner Arztbrief)	25,-
Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag	+ 100 %
Kinderbehandlung	
Erschwerniszuschlag bis zum 6. Lebensjahr	+ 100 %
Erschwerniszuschlag bis zum 14. Lebensjahr	+ 50 %
PROPHYLAXE	
Parodontale Grunduntersuchung (PGU)	36,-
Prophylaxe (Mundhygiene; professionelle mechanische Zahnreinigung)	87,-
KONSERVIERENDE	
Extraktion inkl. Anästhesie	42,-
Extraktion erschwert	72,-
Anästhesie	23,-
Visite	68,-
Hilfe bei Kollaps	36,-
Prov. Verschluss einer Kavität	24,-
F1 - Einflächenfüllung	42,-
F2 - Zweiflächenfüllung	68,-
F3 - Drei-/Mehrflächenfüllung	93,-
Höcker-Aufbau (Amalgam)	119,-
F1 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	79,-
F2 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	113,-
F3 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	152,-
Eckenaufbau	152,-
F1 - Comp. SAT im Seitenzahnbereich	99,-
F2 - Comp. SAT im Seitenzahnbereich	145,-
F3 - Comp. SAT im Seitenzahnbereich	189,-
Höcker-Aufbau Comp. SAT	216,-
Fissurenversiegelung je Zahn	44,-
Stiftverankerung	27,-
Intrakanaläre Schraube	40,-
Stiftaufbau (z. B. Comp. SAT)	212,-
WA - Amputation	55,-
Wurzelfüllung pro Kanal	127,-
WU - unvollendete WB pro Kanal	42,-
WE Endometrie pro Wurzelkanal (elektrometrische Längenbestimmung)	25,-
Revision wurzelbehandelter Zähne (Zuschlag bis zum doppelten Tarif möglich)	
empf. Zahnhalsbehandlung	15,-
Zahnsteinentfernung supragingival/je Kiefer	34,-
Konkremententfernung subgingival/je Quadrant	75,-
Einschleifen	27,-
Wiedereinzementieren/Abnahme/ Trepanation einer Metallkrone	55,-
Bestrahlung	15,-
Röntgen	16,-
Panorama-Röntgen	80,-
Stomatitis-Behandlung	27,-
CHIRURGIE	
Entfernung retinierter Zahn	317,-
Zysten-OP	317,-
WS-Resektion/je Wurzel	317,-

Positionsbezeichnung	Honorar in €
operative Zahnentfernung	169,-
Geschwulst-OP	169,-
Innenincision	86,-
Taschenabtragung	86,-
Kammkorrektur/Dolor post	141,-
Blutstillung durch Naht	86,-
Blutstillung durch Tamponade	27,-
Trepanation des Kieferknochens	113,-
Kieferhöhlen-Verschluss	317,-
Schlotterkamm-OP	169,-
Frenulum-Excision	169,-
Nachbehandlung	27,-
Therapeutische Injektion	38,-
TECHNISCHE ARBEITEN (ohne Metall, inkl. Labor)	
Goldgussfüllung	
F1 Inlay einflächig	450,-
F2 Inlay zweiflächig	550,-
F3 Inlay drei-/mehrfächig	650,-
Vollgusskrone, ¾-Krone, Onlay	688,-
Brückenglied, Vollguss	602,-
VMK-Standardkrone	700,-
VMK-Standardzwischenlied	543,-
Individuell gestaltete VMK-Krone	843,-
Individuell gestaltetes VMK-Zwischenlied	725,-
Kunststoff-Mantelkrone	605,-
Vollkeramikkrone (Jacketkrone)	958,-
Teleskop-Krone, Vollguss	955,-
Teleskop-Krone, verblendet	1.055,-
Aufbau gegossen	228,-
Provisorische Schutzkrone	94,-
Einfache Implantation bei ausreichendem Knochenangebot inkl. Verschlusschraube	1.250,-
Tiefziehschiene (Miniplastschiene)	196,-
Individuelle Kunststoffschiene (Artikulator)	429,-
KIEFERORTHOPÄDIE abnehmbar	
Diagnosepaket (Modellanalyse, Panoramaröntgen, Therapieplanung)	291,-
Diagnosepaket II	388,-
1. Behandlungs-Jahr	1.748,-
2. Behandlungs-Jahr	1.423,-
3. Behandlungs-Jahr	1.203,-
KIEFERORTHOPÄDIE festsitzend	
Gesamtbehandlung	6.065,-
PROTHETIK	
Totale Prothese	1.272,-
Platte-Kunststoff	574,-
Metallgerüst	1.405,-
Zahn pro Einheit	50,-
REPARATUREN	
(Sprung, Bruch, Wiederbefestigung)	139,-
(Zahn oder Klammer neu)	160,-
(2 Leistungen a, b, oder a + b)	185,-
(mehr als 2 Leistungen)	214,-
(Totale Unterfütterung direkt)	214,-
(Totale Unterfütterung, indirekt)	298,-
(Anlöten v. Retention, Klammer, Aufr.)	160,-
(2 Leistungen x, y; Bügelrep.)	185,-
(mehr als 2 Leistungen)	213,-
(Sprung, Bruch, Drahtelementersatz)	127,-
(Unterfütterung oder Erweiterung)	152,-
(Labialbogenrep., Dehnschraubeners.)	173,-

KOLLEKTIVVERTRAG

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Zahnärztekammer 1010 Wien, Kohlmarkt 11/6 einerseits und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier, Wirtschaftsbereich Gesundheit, Soziale Dienstleistungen, Kinder- und Jugendwohlfahrt, 1034 Wien, Alfred-Dallinger-Platz 1, andererseits.

§ 1

Räumlicher und sachlicher Geltungsbereich

Dieser Kollektivvertrag gilt für das ganze Bundesgebiet und regelt die gegenseitigen, aus dem Angestelltenverhältnis entspringenden Rechte und Pflichten und die sonstigen, für das Arbeitsverhältnis wirtschaftlich bedeutenden Angelegenheiten für alle bei Zahnärzten, Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentisten beschäftigten Angestellten der nachfolgenden Art:

- a) zahnärztliche Assistentinnen sowie Auszubildende zu diesem Beruf,
- b) Prophylaxeassistentinnen
- c) Zahntechnikergesellen,
- d) Zahntechnikermeister,

die in der weiteren Folge alle kurz Angestellte genannt werden.

In diesem Kollektivvertrag auf natürliche Personen bezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 2

Geltungsdauer

1. Dieser Kollektivvertrag tritt mit 1. April 2018 in Kraft und gilt auf unbestimmte Zeit. Er tritt anstelle der bisherigen von den Vertragsparteien abgeschlossenen Kollektivverträge.
2. Seine Kündigung kann von jeder der zwei Vertragsparteien unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum Ende eines Kalenderquartals erfolgen. Die Kündigung ist schriftlich durch eingeschriebenen Brief auszusprechen und ist rechtzeitig erfolgt, wenn das betreffende Schriftstück vor dem ersten Tag der dreimonatigen Kündigungsfrist zur Post gegeben wurde.
3. Während der Kündigungsfrist sind Verhandlungen wegen Erneuerung des Kollektivvertrages zu führen. Über Verlangen eines der beiden Vertragsteile müssen auch während der Geltungsdauer des Kollektivvertrages Verhandlungen wegen Abänderungen desselben geführt werden.
4. Kommt innerhalb eines halben Jahres nach erfolgter Kündigung kein neuer Kollektivvertrag zwischen den Vertragsparteien zustande, so treten die Bestimmungen der §§ 154 und 155 Arbeitsverfassungsgesetz (BGBl. Nr. 22/1974) in Kraft.
5. Vom kündigenden Teil ist gleichzeitig mit dem Ausspruch der Kündigung das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz von der erfolgten Kündigung des Kollektivvertrages zu verständigen.

§ 3

Anstellungsverhältnis

Alle im § 1 dieses Kollektivvertrages aufgezählten Personen, die bei einem Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentisten beschäftigt sind, stehen im Angestelltenverhältnis zu ihm.

§ 4

Gesetzliche Bestimmungen

Soweit in diesem Vertrag nichts anderes vereinbart ist, gelten die Bestimmungen des Angestelltengesetzes (BGBl. Nr. 292/1921) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 5

Arbeitszeit

1. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.
2. Als tägliche normale Arbeitszeit von Montag bis Freitag gilt die Zeit von 7.00 bis 20.00 Uhr, an Samstagen bis 13.00 Uhr. Der 24. und 31. Dezember jeden Jahres sind dienstfrei. Zur Normalarbeitszeit zählen neben den Ordinationszeiten auch die Zeiten der Vor- und Nacharbeit, sowie Zeiten der Ausbildung und vom Dienstgeber angeordnete Zeiten der Weiterbildung.
3. In der einzelnen Praxis ist die regelmäßige Arbeitszeit durch Vereinbarung zwischen Angestellten und Dienstgeber, in einer Praxis mit mindestens fünf oder mehr Beschäftigten zwischen dem Betriebsrat und dem Dienstgeber festzulegen. Diese Vereinbarung muss den Angestellten in geeigneter Form zur Kenntnis gebracht werden. Die normale tägliche Arbeitszeit darf 9 Stunden nicht übersteigen.
4. Örtlich bedingte Ausnahmen in der Arbeitszeiteinteilung sind einvernehmlich zwischen Angestellten und Dienstgeber festzulegen. Die Bestimmungen über die Bezahlung von Überstunden und Überstundenzuschlägen, Mehrstunden und Mehrstundenzuschläge sowie über die Zuschläge für die Sonn- und Feiertagsarbeit werden dadurch nicht berührt.

§ 6

Überstunden

1. Bei Vorliegen eines erhöhten Arbeitsbedarfes kann die Arbeitszeit um 5 Überstunden in der einzelnen Woche und darüber hinaus um höchstens 60 Überstunden innerhalb eines Kalenderjahres verlängert werden. Wöchentlich sind jedoch nicht mehr als 10 Überstunden zulässig. Die Tagesarbeitszeit darf 10 Stunden nicht überschreiten.
2. Als Grundlage für die Überstundenberechnung gilt 1/168, des Bruttomonatsgehaltes, zuzüglich des aliquoten Remunerationsteiles (Beispiel: Gehalt + $\frac{1}{6}$:168 = Grundstundengehalt). Die Überstunden sind zuzüglich eines Zuschlages zu entlohnen oder in Freizeit mit einem 50prozentigen oder 100prozentigen Freizeitzuschlag zu gewähren.

Die Überstundenzuschläge betragen:

50 Prozent für Überstunden, die im Tageszeitraum zwischen 7.00 und 20.00 Uhr zu leisten sind.

Für die außerhalb des normalen Arbeitszeitraumes gem. § 5 Z 2 und am 24. 12. und 31. 12. zu leistenden Überstunden beträgt der Zuschlag 100 Prozent.

- Die geleisteten Überstunden sind monatlich zu verrechnen. Der Anspruch ist bei sonstiger Verwirkung innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Ableistung der Überstunden beim Dienstgeber geltend zu machen.

§ 6a Mehrstunden

Gem. § 19d Abs. 3f AZG wird vereinbart, dass Mehrarbeitsstunden nicht zuschlagspflichtig sind, wenn sie innerhalb des Kalenderhalbjahres oder eines anderen festgelegten Zeitraumes von sechs Monaten, in dem sie angefallen sind, durch Zeitausgleich im Verhältnis 1:1 ausgeglichen werden.

§ 7 Sonn- und Feiertage bzw. Nachtdienst

- Alle gesetzlichen Feiertage sowie die von der Bundesregierung jeweils angeordneten außerordentlichen Staatsfeiertage sind bezahlte Ruhetage. Für diese Feiertage ist das volle Entgelt so wie für jeden anderen Arbeitstag zu bezahlen.
- Die Arbeit an Sonn- und Feiertagen und am 24. 12. und 31. 12. ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Wird jedoch auf Anordnung des Dienstgebers an einem solchen Tag oder während eines Nachtdienstes gearbeitet, so ist diese Arbeit mit dem Zuschlag von 100 Prozent gem. § 6 Z 2 zu entlohnen. Wenn für die Arbeit an Sonn- und Feiertagen und am 24. 12. und 31. 12. in der darauffolgenden Woche ein bezahlter Ruhetag gewährt wird, ermäßigt sich der Zuschlag auf 50 Prozent. Dieser Zuschlag entfällt, wenn der Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentist an den genannten Tagen regelmäßig ordiniert und der Angestellte in der darauffolgenden Woche einen Ruhetag erhält. Wird über Anordnung des Dienstgebers an diesem Ruhetag gearbeitet, so gebührt dem Angestellten der oben angeführte Zuschlag von 100 Prozent.

§ 8 Zahnärztliche Assistentinnen in Ausbildung

- Voraussetzung für den Berufseintritt als Auszubildende für die Berufsausbildung als zahnärztliche Assistentin ist:
 - die Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht;
 - körperliche und gesundheitliche Eignung, die erforderlichenfalls durch eine ärztliche Untersuchung festzustellen ist;
- Die Ausbildungszeit zur zahnärztlichen Assistentin beträgt 3 Jahre und beinhaltet eine praktische und theoretische Ausbildung (Duales System). Falls zahnärztliche Assistentinnen in Ausbildung in einem zusammenhängenden Zeitraum von über 4 Monaten aus in ihrer Person gelegenen Gründen verhindert sind, so ist die vier Monate überschreitende Zeit nicht auf die Ausbildungszeit anzurechnen.
 - Die praktische Ausbildung erfolgt durch die Beschäftigung als Auszubildende bei einem Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentisten; sie kann auch an einer zahnärztlichen Universitätsklinik erfolgen.
 - Die theoretische Ausbildung erhält die auszubildende zahnärztliche Assistentin neben ihrer praktischen Ausbildung in einem im Anhang 1 angeführten Lehrgang für Zahnärztliche Assistenten, der mit einer positiven Prüfung abzuschließen ist. Die für den Besuch dieser Fachausbildung erforderliche Zeit ist vom Dienstgeber unter Fortbestand des Gehaltsanspruches freizugeben. Diese Zeit darf in den Urlaub nicht eingerechnet werden.
- Die Auszahlung des Monatsgehaltes für zahnärztliche Assistentinnen in Ausbildung erfolgt mit Monatsende. Fällt der letzte Tag eines Monats auf einen arbeitsfreien Tag, so erfolgt die Auszahlung am Tage vorher. Die monatlichen Mindestgehälter für zahnärztliche Assistentinnen in Ausbildung **inklusive Gefahrenzulage** betragen:

<u>Ab 1. 4. 2018</u>	<i>Euro</i>
im ersten Ausbildungsjahr	470,- + 90,- = 560,-
im zweiten Ausbildungsjahr	689,- + 90,- = 779,-
im dritten Ausbildungsjahr	798,- + 90,- = 888,-

<u>Ab 1. 4. 2019</u>	<i>Euro</i>
im ersten Ausbildungsjahr	480,- + 120,- = 600,-
im zweiten Ausbildungsjahr	714,- + 120,- = 834,-
im dritten Ausbildungsjahr	832,- + 120,- = 952,-

- Bei Arbeitgeberkündigung oder einvernehmlicher Auflösung des Dienstverhältnisses gibt es keine Verpflichtung, der zahnärztlichen Assistentin Ausbildungskostenrückerstattung zu leisten.
- Die Kosten der Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum Lehrgang für Zahnärztliche Assistenten gem. Anhang 1 werden vom Dienstgeber bezahlt (unter Einrechnung etwaiger Freifahrten).

§ 9 Zahnärztliche Assistentin

- Die zahnärztliche Assistentin übt ihre Tätigkeit gem. § 73 ZÄG aus.
- Reinigungsarbeiten, welche einem Bedienungspersonal zustehen, gehören nicht zu den Obliegenheiten einer zahnärztlichen Assistentin.

§ 9a Prophylaxeassistentinnen

- Die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung „Prophylaxeassistentin“ richtet sich nach § 84 Abs. 3 ZÄG.
- Prophylaxeassistentinnen üben ihre Tätigkeiten gem. § 84 Abs. 1 ZÄG aus.
- Prophylaxeassistentinnen, die die Tätigkeiten gem. § 84 Abs. 1 ZÄG in der Ordination im Ausmaß von mindestens 25 % ihrer Arbeitszeit ausüben, erhalten einen Zuschlag von 20 % zu den Gehaltsansätzen von § 18 a).

§ 10 Zahntechniker

- Die im § 1 lit. c) angeführten Personen sind ausschließlich auf die zahnprothetische Laboratoriumstätigkeit beschränkt und dürfen zu Tätigkeiten im menschlichen Munde nicht herangezogen werden.
- Zahntechnikermeister sind darüber hinaus zu Tätigkeiten gem. § 148a GewO 1994 berechtigt.

§ 11 Urlaub

- Für den Urlaub gelten, soweit in diesem Vertrag keine abweichenden Regelungen enthalten sind, die gesetzlichen Bestimmungen des Angestelltengesetzes und das Bundesgesetz über die Vereinheitlichung des Urlaubsrechtes BGBl. Nr. 390 vom 7. Juli 1976 in der jeweils gültigen Fassung.
- Vordienstzeiten, die im selben Betrieb zugebracht wurden, werden bei Wiedereintritt in den gleichen Betrieb bei der Urlaubsberechnung, wenn die Unterbrechung nicht länger als 180 Tage gedauert hat und die Lösung des Dienstverhältnisses durch den Dienstgeber erfolgt ist, sofort angerechnet.
- Der Urlaubsantritt ist mit Rücksicht auf die Betriebsverhältnisse, die gesicherte ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die Erholungsmöglichkeit des Angestellten einvernehmlich so zu bestimmen, dass dem Angestellten ein angemessener Zeitraum

- zur Vorbereitung zur Verfügung steht. Das Urlaubsentgelt ist dem Angestellten bei Urlaubsantritt im Vorhinein zu bezahlen.
- Während desurlaubes darf der Dienstnehmer keine dem Erholungszweck desurlaubes widersprechende Erwerbstätigkeit leisten.

§ 12 Vordienstzeiten

- Vordienstzeiten, die bei einem Zahnarzt, Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dentisten, in einer Zahnklinik oder einem Zahnambulatorium zurückgelegt wurden und eine zusammenhängende Dienstzeit von mehr als 6 Monate umschließen, werden bei Berechnung des Entgeltes zur Gänze angerechnet.
- Karenzzeiten gem. Mutterschutzgesetz und Väter-Karenzgesetz sind
ab 1. 1. 2014 im Ausmaß von einem halben Jahr,
ab 1. 1. 2015 im Ausmaß von einem Jahr,
ab 1. 1. 2016 im Ausmaß von eineinhalb Jahren und
ab 1. 1. 2017 in vollem Ausmaß als Berufsjahre anzurechnen.

§ 13 Anspruch bei Dienstverhinderung

- Ist ein Angestellter nach Antritt seines Dienstes durch Krankheit oder Unglücksfall an der Leistung seiner Dienste verhindert, so behält er seinen Anspruch auf Entgelt bis zur Dauer von 6 Wochen zur Gänze, durch weitere 4 Wochen zur Hälfte. Im Übrigen wird auf die Bestimmungen des § 8 Angestelltengesetz verwiesen.
- Der Angestellte ist verpflichtet, ohne Verzug die Dienstverhinderung dem Dienstgeber anzuzeigen und diesem innerhalb von 3 Tagen eine Bestätigung der Krankenkasse oder eines Amts- oder Gemeindefacharztes über die durch die Krankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit und deren wahrscheinliche Dauer zu erbringen. Die Vorlage einer solchen Bestätigung kann nach angemessener Zeit erneut verlangt werden. Kommt der Angestellte diesem Verlangen nicht nach, so verliert er für die Dauer der Säumnis den Anspruch auf das Entgelt. Kann einem alleinstehenden Angestellten infolge einer schweren Erkrankung die zeitgerechte Beibringung der erforderlichen Bestätigung nicht zugemutet werden, so hat er nach Fortfall der Behinderung dies ohne Verzug nachzuholen.

§ 14 Freizeit bei nachgewiesener Dienstverhinderung

Bei angezeigtem oder nachgewiesenem Eintritt nahestehender Familienangelegenheiten ist jedem Angestellten eine Freizeit ohne Schmälerung seines monatlichen Entgeltes zu gewähren:

bei Eheschließung des Angestellten
oder bei Tod des Ehepartners
(Lebensgefährten) 3 Werktage

im Todesfall von Eltern
oder unmündigen Kindern
(Zieh- oder Stiefkindern) 2 Werktage

bei Eheschließung von
Geschwistern oder eines Kindes
(Zieh- oder Stiefkinder) 1 Werktag

nach der Geburt eines Kindes 2 Werktage

im Todesfall von großjährigen
Kindern (Zieh- oder Stiefkindern),
Geschwistern, Schwiegereltern
oder Großeltern 1 Werktag
zuzüglich einer notwendigen Hin- und Rückfahrt zum Orte des Begräbnisses im Höchstausmaß eines weiteren Werktages

bei Wohnungswechsel
im Falle der Führung eines
eigenen Haushaltes 2 Werktage

§ 15 Kündigung

- Ist das Dienstverhältnis ohne Zeitbestimmung eingegangen oder fortgesetzt worden, so unterliegt dessen Lösung den Bestimmungen des § 20 Angestelltengesetzes. Bezüglich der Kündigungsfrist wird gem. § 20 Abs. 3 des Angestelltengesetzes vereinbart, dass sie am Letzten eines Kalendermonates endigt.
- Kündigungen müssen bei sonstiger Rechtsunwirksamkeit schriftlich erfolgen.

§ 16 Garderobe

Der Dienstgeber hat dem Angestellten die Möglichkeit zu geben, seine Kleider sicher und vor fremdem Zugriff geschützt aufzubewahren.

§ 17 Probezeit

Für neu aufgenommene Angestellte beträgt die Probezeit einen Monat. Für Auszubildende zu zahnärztlichen Assistentinnen kann nach Ablauf der Probezeit von einem Monat ein befristetes Dienstverhältnis von weiteren 2 Monaten schriftlich vereinbart werden. Während der Probezeit (1 Monat) kann das Dienstverhältnis ohne vorherige Kündigung nach Abschluss der täglichen Arbeitszeit für beendet erklärt werden.

§ 18 Entlohnung

Die Auszahlung des Monatsgehältes erfolgt mit Monatsende. Fällt der letzte Tag eines Monats auf einen arbeitsfreien Tag, so erfolgt die Auszahlung am Tage vorher. Die monatlichen Mindestgehälter **inklusive Gefahrenzulage** betragen:

Ab 1. 4. 2018

- a) **Für zahnärztliche Assistentinnen:**
soweit sie die Ausbildung gem. § 8 dieses Kollektivvertrages bzw. § 81ff ZÄG positiv absolviert haben (§ 77 Abs. 2 ZÄG kommt sinngemäß zur Anwendung)

	<i>Euro</i>
im 1. und 2. Berufsjahr	1.310,- + 90,- = 1.400,-
im 3. und 4. Berufsjahr	1.325,- + 90,- = 1.415,-
im 5. und 6. Berufsjahr	1.340,- + 90,- = 1.430,-
im 7. und 8. Berufsjahr	1.384,- + 90,- = 1.474,-
im 9. und 10. Berufsjahr	1.437,- + 90,- = 1.527,-
im 11. und 12. Berufsjahr	1.481,- + 90,- = 1.571,-
im 13. und 14. Berufsjahr	1.534,- + 90,- = 1.624,-
im 15. und 16. Berufsjahr	1.587,- + 90,- = 1.677,-
im 17. und 18. Berufsjahr	1.638,- + 90,- = 1.728,-

- b) **Für Zahntechnikergesellen:**
- | | <i>Euro</i> |
|---------------------------|--------------------------|
| im 1. und 2. Berufsjahr | 1.310,- + 90,- = 1.400,- |
| im 3. und 4. Berufsjahr | 1.325,- + 90,- = 1.415,- |
| im 5. und 6. Berufsjahr | 1.395,- + 90,- = 1.485,- |
| im 7. und 8. Berufsjahr | 1.468,- + 90,- = 1.558,- |
| im 9. und 10. Berufsjahr | 1.548,- + 90,- = 1.638,- |
| im 11. und 12. Berufsjahr | 1.620,- + 90,- = 1.710,- |
| im 13. und 14. Berufsjahr | 1.700,- + 90,- = 1.790,- |
| im 15. und 16. Berufsjahr | 1.781,- + 90,- = 1.871,- |
| im 17. und 18. Berufsjahr | 1.859,- + 90,- = 1.949,- |

c) Für Zahntechnikermeister:	<i>Euro</i>
im 1. Berufsjahr	1.622,- + 90,- = 1.712,-
im 2. und jedem weiteren Berufsjahr	1.786,- + 90,- = 1.876,-

§ 20 Abfertigung

Der Abfertigungsanspruch richtet sich nach den Bestimmungen der §§ 23 und 23a Angestelltengesetz bzw. jenen des Betrieblichen Mitarbeitervorsorgegesetzes („ Abfertigung neu“).

Ab 1. 4. 2019

- a) **Für zahnärztliche Assistentinnen:**
soweit sie die Ausbildung gem. § 8 dieses Kollektivvertrages bzw. § 81ff ZÄG positiv absolviert haben (§ 77 Abs. 2 ZÄG kommt sinngemäß zur Anwendung)

	<i>Euro</i>
im 1. und 2. Berufsjahr	1.380,- + 120,- = 1.500,-
im 3. und 4. Berufsjahr	1.396,- + 120,- = 1.516,-
im 5. und 6. Berufsjahr	1.412,- + 120,- = 1.532,-
im 7. und 8. Berufsjahr	1.460,- + 120,- = 1.580,-
im 9. und 10. Berufsjahr	1.516,- + 120,- = 1.636,-
im 11. und 12. Berufsjahr	1.563,- + 120,- = 1.683,-
im 13. und 14. Berufsjahr	1.620,- + 120,- = 1.740,-
im 15. und 16. Berufsjahr	1.677,- + 120,- = 1.797,-
im 17. und 18. Berufsjahr	1.732,- + 120,- = 1.852,-

b) Für Zahntechnikergesellen:	<i>Euro</i>
im 1. und 2. Berufsjahr	1.380,- + 120,- = 1.500,-
im 3. und 4. Berufsjahr	1.396,- + 120,- = 1.516,-
im 5. und 6. Berufsjahr	1.471,- + 120,- = 1.591,-
im 7. und 8. Berufsjahr	1.550,- + 120,- = 1.670,-
im 9. und 10. Berufsjahr	1.635,- + 120,- = 1.755,-
im 11. und 12. Berufsjahr	1.712,- + 120,- = 1.832,-
im 13. und 14. Berufsjahr	1.798,- + 120,- = 1.918,-
im 15. und 16. Berufsjahr	1.884,- + 120,- = 2.004,-
im 17. und 18. Berufsjahr	1.968,- + 120,- = 2.088,-

c) Für Zahntechnikermeister:	<i>Euro</i>
im 1. Berufsjahr	1.715,- + 120,- = 1.835,-
im 2. und jedem weiteren Berufsjahr	1.890,- + 120,- = 2.010,-

Wird die regelmäßige Arbeitszeit mit weniger als der in diesem Kollektivvertrag vorgesehenen Stundenzahl festgesetzt, so gebührt dem Angestellten das aliquote Monatsgehalt (Errechnungsformel: Bei einer normalen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden: $\frac{1}{173}$ des Monatsgehaltes x Stundenzahl x 4,33).

§ 19 Sonderzahlung

- Den Angestellten gebührt in jedem Kalenderjahr eine Sonderzahlung im Ausmaß von 2 Monatsgehältern inklusive Gefahrenzulage, wobei die 1. Hälfte bei Antritt desurlaubes, spätestens am 1. Juli, die 2. Hälfte am 1. Dezember fällig wird. Den während eines Kalenderjahres austretenden oder eintretenden Angestellten wird der aliquote Teil dieser Sonderzahlung bezahlt; ein während des Jahres ausbezahlter Teil dieser Sonderzahlung ist auf den aliquoten Teil anzurechnen.
- Für langjährige Dienste sind den Arbeitnehmern nach einer Beschäftigung in derselben Praxis von 25 Jahren mindestens $1\frac{1}{2}$ Bruttomonatsgehälter als einmalige Anerkennungszahlung zu gewähren, nach einer Beschäftigung in derselben Praxis von 35 Jahren mindestens 2 Bruttomonatsgehälter als einmalige Anerkennungszahlung zu gewähren.

§ 21 Gefahrenzulage

- Angestellte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit mit Blut, Sputum, kariösen und putriden Massen, Amalgam, all dies auch innerhalb des Spraynebels (Tröpfcheninfektion) oder Zahnersatz aus dem Mund des Patienten in Berührung kommen, erhalten ab 1. 4. 2018 eine monatliche Zulage in Höhe von € 90,- und ab 1. 4. 2019 eine monatliche Zulage in Höhe von € 120,-.
- Diese Zulage wird zu den kollektivvertraglichen Gehaltssätzen gewährt.
- Teilzeitbeschäftigte erhalten den aliquoten Anteil dieser Zulage entsprechend der geleisteten Arbeitszeit.
- Gemäß den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes 1988 sind die Zulagen steuerfrei zu behandeln.

§ 22 Weitergeltung bestehender Sondervereinbarungen

Bestehende Vereinbarungen zwischen Dienstgeber und Angestellten bleiben unverändert aufrecht, wenn sie für den Angestellten günstiger sind als die in diesem Kollektivvertrag festgelegten Bedingungen.

Durch Sondervereinbarungen zwischen Dienstgeber und Angestellten können die in diesem Kollektivvertrag festgelegten Bedingungen nicht verschlechtert werden.

Wien, 23. Februar 2018

Für die
Österreichische Zahnärztekammer
Der Präsident:
MR Dr. T. HOREJS

Für den
Österreichischen Gewerkschaftsbund,
Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier
Der Vorsitzende: Der Geschäftsbereichsleiter
Interessenvertretung:
W. KATZIAN K. DÜRTSCHER

Für den Österreichischen Gewerkschaftsbund,
Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier
Wirtschaftsbereich Gesundheit, Soziale Dienstleistungen,
Kinder- und Jugendwohlfahrt
Der Vorsitzende: Der Wirtschaftsbereichssekretär:
K. ZENZ G. GRUNDEI diplömé

Anerkannte Lehrgänge für die Ausbildung in der Zahnärztlichen Assistenz

	<i>Rechtsträger</i>	<i>Kursort</i>
Burgenland	LZÄK Burgenland	Schloss Jormannsdorf 1 7431 Bad Tatzmannsdorf
Kärnten	LZÄK Kärnten Akademie für Zahnärztliche Assistenz Kärnten	Ausbildungszentrum im Klinikum Klagenfurt Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt
Niederösterreich	LZÄK Niederösterreich NÖ Fortbildungsakademie	Fortbildungszentrum der LZÄK für Niederösterreich Kremsner Gasse 20, 3100 St. Pölten
Oberösterreich	LZÄK Oberösterreich Fortbildungsakademie ZAHN	Unfallkrankenhaus Linz Garnisonstraße 7, 4010 Linz
Salzburg	LZÄK Salzburg Salzburger Fortbildungsakademie	Salzburger Landeskliniken Salzachgässchen 2 A, 5020 Salzburg und Paracelsus Medizinische Privatuniversität Strubergasse 21, 5020 Salzburg
Steiermark	LZÄK Steiermark Akademie für zahnärztliche Assistenz Steiermark	Lehrgang für zahnärztliche Assistenz Kaiserfeldgasse 29/2, 8010 Graz
Tirol	Tirol Kliniken GmbH	Ausbildungszentrum West (AZW) der Tiroler Kliniken GmbH Innrain 98, 6020 Innsbruck
Vorarlberg	LZÄK Vorarlberg Ländle ZAss	Schule für Zahnarztassistentinnen Central Hotel Leonhard Leonhardsplatz 2, 6800 Feldkirch
Wien	LZÄK Wien Verein „Vortragsgemeinschaft ZOH“	Zahnärztliches Fortbildungsinstitut (ZAFI) Gumpendorfer Straße 83/4, 1060 Wien Universitätszahnklinik Wien GmbH Sensengasse 2a, 1090 Wien



Notizen



Adressen und Telefonnummern

Österreichische Zahnärztekammer

1010 Wien, Kohlmarkt 11/6
Tel. 05 05 11 - 0
Fax 05 05 11 - 1167
E-Mail: office@zahnaerztekammer.at
Internet: www.zahnaerztekammer.at

Abrechnungsstelle der
Österreichischen Zahnärztekammer
1010 Wien, Weihburggasse 10 - 12/2. Stock
Tel. 05 05 11 - 1200
Fax 05 05 11 - 1236
E-Mail: ibaschitz@zahnaerztekammer.at

Abrechnungsstelle der
Landeszahnärztekammer für Wien
1010 Wien, Weihburggasse 10 - 12/2. Stock
Tel. 05 05 11 - 1200
Fax 05 05 11 - 1236
E-Mail: ibaschitz@zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Burgenland

7431 Bad Tatzmannsdorf, Schloss Jormannsdorf 1
Tel. 05 05 11 - 7000
Fax 05 05 11 - 7002
E-Mail: office@bglid.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Kärnten

9020 Klagenfurt, Neuer Platz 7/1
Tel. 05 05 11 - 9020
Fax 05 05 11 - 9023
E-Mail: office@ktn.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Niederösterreich

3100 St. Pölten, Kremser Gasse 20
Tel. 05 05 11 - 3100
Fax 05 05 11 - 3109
E-Mail: office@noe.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Oberösterreich

4020 Linz, Marienstraße 9/1
Tel. 05 05 11 - 4010
Fax 05 05 11 - 4014
E-Mail: office@ooe.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Salzburg

5020 Salzburg, Rochusgasse 4
Tel. 05 05 11 - 5020
Fax 05 05 11 - 5025
E-Mail: office@sbg.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Steiermark

8010 Graz, Marburger Kai 51/2
Tel. 05 05 11 - 8060
Fax 05 05 11 - 8080
E-Mail: office@stmk.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Tirol

6020 Innsbruck, Anichstraße 7/3
Tel. 05 05 11 - 6020
Fax 05 05 11 - 6026
E-Mail: office@tiroler.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Vorarlberg

6800 Feldkirch, Rösslepark 1
Tel. 05 05 11 - 6800
Fax 05 05 11 - 6804
E-Mail: office@vlbg.zahnaerztekammer.at

Landes Zahnärztekammer Wien

1010 Wien, Kohlmarkt 11/6
Tel. 05 05 11 - 1000
Fax 05 05 11 - 1014
E-Mail: office@wr.zahnaerztekammer.at

Adressen und Telefonnummern

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

1030 Wien, Haidingergasse 1
Tel. (01) 711 32 - 0
Fax (01) 711 32 - 3777

Burgenländische Gebietskrankenkasse

7000 Eisenstadt, Siegfried Marcus-Straße 5
Tel. (02682) 608 - 0
Fax (02682) 608 - 1041

Kärntner Gebietskrankenkasse

9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8
Tel. 05 05 855 - 1000
Fax 05 05 855 - 2539

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
Tel. 05 08 99 - 6100
Fax 05 08 99 - 6581

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

4020 Linz, Gruberstraße 77
Tel. 05 78 07 - 0
Fax 05 78 07 - 109010

Salzburger Gebietskrankenkasse

5050 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10
Tel. (0662) 88 89 - 0
Fax (0662) 88 89 - 1111

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

8010 Graz, Josef Pongratz-Platz 1
Tel. (0316) 80 35 - 0
Fax (0316) 80 35 - 1603

Tiroler Gebietskrankenkasse

6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2
Tel. 05 91 60 - 0
Fax 05 91 60 - 300

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

6850 Dornbirn, Jahngasse 4
Tel. 05 08 455
Fax 05 08 455 - 1040

Wiener Gebietskrankenkasse

1100 Wien, Wienerbergstraße 15 - 19
Tel. (01) 601 22 - 0
Fax (01) 602 46 13

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)

1030 Wien, Hintere Zollamtsstraße 1
1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84 - 86 (Postanschrift)
Tel. 05 08 08 - 0
Fax 05 08 08 - 9099

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)

1080 Wien, Josefstädter Straße 80
Tel. 05 04 05 - 0
Fax 05 04 05 - 22900

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)

1060 Wien, Linke Wienzeile 48 - 52
Tel. 05 02 350 - 0
Fax 05 02 350 - 79100
Geschäftsstelle: 8010 Graz, Lessingstraße 20
Tel. 05 02 350 - 0
Fax 05 02 350 - 74101

Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)

1030 Wien, Ghegastraße 1
Tel. (01) 797 06 - 0
Fax (01) 797 06 - 1300

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)

1081 Wien, Schlesingerplatz 5
Tel. (01) 404 36 - 0
Fax (01) 404 36 - 9946863

Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe

1030 Wien, Erdbergstraße 202/E7a
Tel. (01) 79 09 - 23999
Fax (01) 602 85 62

Betriebskrankenkasse Mondi Business Paper

3363 Ulmerfeld-Hausmending, Theresienthalstraße 50
Tel. (07475) 500 - 2163
Fax (07475) 500 - 911

Betriebskrankenkasse Zeltweg

8740 Zeltweg, Alpinestraße 1
Tel. 05 03 04 - 28171
Fax 05 03 04 - 68179

Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme

8700 Leoben, Kerpelystraße 201
Tel. 05 03 04 - 253138
Fax 05 03 04 - 652127

Betriebskrankenkasse Kapfenberg

8605 Kapfenberg, Friedrich Böhler-Straße 11
Tel. (03862) 20 - 36448
Fax (03862) 20 - 37730