

**Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: [www.avsv.at](http://www.avsv.at)**

## **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbart gemäß § 456 Abs. 2 ASVG:

### **7. Änderung der Mustersatzung 2011**

Die Mustersatzung 2011, verlautbart unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at) Nr. 105/2011, am 30. April 2011, zuletzt geändert durch [www.avsv.at](http://www.avsv.at) Nr. 203/2014, am 20. Dezember 2014, wird wie folgt geändert:

1. *Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 32 Folgendes eingefügt:*

„§ 32a Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche“

2. *Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 36 Folgendes eingefügt:*

„§ 36a Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung“

3. *In § 32 Abs. 1 Satz 1 wird folgende Wortfolge nach der Wortfolge „bei nachstehenden Fehlbildungen“ eingefügt:*

„sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 32a oder § 36a erfüllt sind.“

4. *Nach § 32 wird folgender § 32a samt Überschrift eingefügt:*

#### **„Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche**

##### **(§ 153a ASVG)**

**§ 32a. (1) – verbindlich** – Die Kasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhangs 1 Punkt I Pos. Nr. 1a als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten/bei der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) – **verbindlich** – Die Kasse erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang des Anhangs 1 Punkt III als Sachleistungen durch Vertragspartner oder in eigenen Einrichtungen der Kasse, wenn Behandlungsbedürftigkeit aufgrund einer erheblichen Zahn- und Kieferfehlstellung gegeben ist:

1. Feststellung des Grades nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN Grad) bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3
2. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 4
3. Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 5.

(3) – **verbindlich** – Die Feststellung des IOTN Grades wird für Anspruchsberechtigte nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht. Die zweite IOTN-Feststellung kann frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die Kasse erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 32 und Abs. 2 Z 1 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN-Grades mit der Behandlung gemäß Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer/dieselbe Leistungserbringerin begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) – **verbindlich** – Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
  - 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 oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei alleine noch keine Indikation für eine interzeptive kieferorthopädische Behandlung dar.

(5) – **verbindlich** – Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,
4. der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden:
  - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
  - b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
  - c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
  - d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
  - e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
  - f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
  - g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland
 und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70% nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter ausschließlich kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen) werden für die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit von der Kasse keine Kosten übernommen.

(6) – **verbindlich** – Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 32 erhält. Abweichend davon gewährt die Kasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte, ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Absätzen 4 oder 5 erfüllt und der/die Anspruchsberechtigte einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

(7) – **verbindlich** – Als Behandlungsbeginn bei Leistungen nach den Abs. 4 und 5 gilt das Datum, zu dem erstmals durch den Kieferorthopäden/die Kieferorthopädin die erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 4 als beendet, wenn die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 5 als beendet, sobald

1. eine Verbesserung des Ausgangszustandes von zumindest 70% nach dem PAR-Index erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.“

5. Nach § 36 wird folgender § 36a samt Überschrift eingefügt:

**„Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung  
(§ 153a Abs. 6 ASVG)**

**§ 36a.** (1) – **verbindlich** – Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 32a Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Kasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Kasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhangs 8, wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 32a Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) – **verbindlich** – Die Kasse erbringt den Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Die Kasse erbringt Teilbeträge nach § 31a Abs. 4 der Krankenordnung vor Abschluss der Behandlung, wenn die Kasse durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 32a Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 32a Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

(3) – **verbindlich** – Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem anderen Krankenversicherungsträger erbracht wurde.“

6. In Anhang 1 Punkt I wird nach der Pos. Nr. 1 folgende Pos. Nr. 1a angefügt:

„1a Kieferorthopädische Beratung gemäß § 32a Abs. 1

Diese umfasst folgende Leistungen:

- a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung,
- b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung,
- c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin,
- d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.“

7. In Anhang 1 wird nach Punkt II folgender Punkt III angefügt:

„1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 32a Abs. 2 Z 2

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

- a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skeletale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),
- b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,
- c) die kieferorthopädische Behandlung,
- d) die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

Hiezu gehört auch die einmalige Reparatur der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

2. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 32a Abs. 2 Z 3

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

- A. Diagnostische Leistungen; dies sind:
  - a) Behandlungsplanung,
  - b) die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
  - c) Panoramaröntgen,
  - d) laterales Fernröntgen,
  - e) Fotos intra- und extraoral,
  - f) Modelle,
  - g) Bissregistrator,

- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.
- B. Therapeutische Leistungen; dies sind:
- a) Therapie mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges,
  - b) Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene,
  - c) erstmalige Anfertigung und Eingliederung von geeigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung,
  - d) chirurgische Eingriffe, die primär zur Verkürzung der Behandlung dienen,
  - e) einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten.

Hiezu gehören auch zwei Reparaturen der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.“

8. Der bisherige Punkt III des Anhanges I erhält die Bezeichnung „IV“.

9. Nach Anhang 7 wird folgender Anhang 8 samt Überschrift angefügt:

**„Anhang 8**

**Kostenzuschuss nach § 36a**

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 32a Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 50% des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 32 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.“

10. Nach § 12 der Einführungsbestimmungen zur Mustersatzung 2011 wird folgender § 13 eingefügt:

**„Inkrafttreten der 7. Änderung**

**§ 13.** Die 7. Änderung der Mustersatzung 2011 tritt mit 1. Juli 2015 in Kraft.“

\*

Die 7. Änderung der Mustersatzung 2011 wurde von der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger am 14. April 2015 beschlossen. Die Genehmigung durch die Bundesministerin für Gesundheit erfolgte mit Bescheid vom ..., GZ:...

**Für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger:**

**Reischl**

**Hagenauer**

## Erläuterungen zur 7. Änderung der Mustersatzung 2011

### Allgemeines

Durch die 7. Änderung der Mustersatzung werden die Regelungen des § 153a ASVG zur Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche, die mit 1. Juli 2015 in Kraft treten, umgesetzt.

### Zu Z 1 und 2

Diese Anpassungen im Inhaltsverzeichnis sind aufgrund der Einfügung der §§ 32a und 36a erforderlich.

### Zu Z 3 § 32

Durch die Änderung im ersten Satz des § 32 Abs. 1 wird das künftige Rechtsverhältnis zwischen den Leistungen der Kieferorthopädie nach § 32 (abnehmbare Geräte mit Zuzahlung des/der Versicherten) und § 32a (neue Leistung der Kieferorthopädie nach § 153a ASVG) klargestellt. Leistungen nach § 32 sind demnach nur dann zu erbringen, wenn nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 32a oder § 36a erfüllt sind. Dies entspricht dem Willen des Gesetzgebers als durch § 153a ASVG (und die auf seiner Grundlage erlassenen Bestimmungen der Mustersatzung) eine umfassende selbstbehaltfreie Sachleistung der Kieferregulierung für alle Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geschaffen werden soll, sofern bei ihnen eine (in der Mustersatzung) zu definierende Behandlungsbedürftigkeit vorliegt. Erfüllt ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte daher die Voraussetzungen des § 32a für eine kieferorthopädische Hauptbehandlung als Sachleistung, so bleibt in diesen Fällen kein Raum für die Erbringung von Leistungen der Kieferorthopädie nach § 32, für die eine Zuzahlung zu entrichten ist. Dies gilt entsprechend auch für die Zuschussregelung nach Abs. 2 sowie für die Leistungserbringung für die kleinen kieferorthopädischen Behelfe nach Abs. 3.

### Zu Z4; § 32a

In § 32a werden der Leistungsumfang sowie die Voraussetzung für den Leistungsanspruch normiert.

#### Abs. 1

Im Gesamtvertrag mit der Österreichischen Zahnärztekammer wird die neue Leistung der kieferorthopädischen Beratung eingeführt. Diese wird künftig für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens wenn beim Patienten/der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne durchgebrochen sind, erbracht.

#### Abs. 2

In dieser Bestimmung werden die neuen Leistungen nach § 153a ASVG festgelegt. Es handelt sich dabei um die Feststellung des IOTN-Grades, die interzeptive kieferorthopädische Behandlung und die kieferorthopädische Hauptbehandlung.

#### Abs. 3

Diese Bestimmung legt die Anspruchsvoraussetzungen für die Feststellung des IOTN-Grades fest. Diese kann nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht werden.

#### Abs. 4

Die interzeptive kieferorthopädische Behandlung bezweckt eine frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Der Behandlungsbeginn soll daher in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegen. Weiters muss eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach IOTN 4 oder 5 bestehen und eine der aufgelisteten Indikationen vorliegen.

#### Abs. 5

Eine kieferorthopädische Hauptbehandlung kann nur dann erfolgen, wenn bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach IOTN 4 oder 5 besteht und die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, in dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind. Weitere wesentliche Voraussetzung ist, dass der Vertragsbehandler/die Vertragsbehandlerin die festgelegten Qualitätserfordernisse erfüllt. Das sind einerseits Ausbildungsvoraussetzungen, andererseits aber auch die Ergebnisqualität. Für die Feststellung der Ergebnisqualität werden dabei die in der Kieferorthopädie nach anerkannten Messinstrumenten nachgewiesenen Behandlungserfolge bewertet. Diese werden von den Krankenversicherungsträgern in statistisch relevanter Anzahl zu prüfen sein.

## Abs. 6

Diese Bestimmung regelt das Verhältnis der Leistungen nach § 32 zu jenen nach § 32a. Sie legt fest, dass die Erbringung von Leistungen nach § 32 nur dann möglich ist, wenn nicht bereits Leistungen nach § 32a erbracht werden. Anspruchsberechtigte, die ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen erfüllen, erhalten jedoch statt der Leistungen nach § 32 Leistungen nach § 32a. Es können jedoch nur jene Leistungen nach § 32a in Anspruch genommen werden, die für die Restbehandlungsdauer in Frage kommen.

## Abs. 7

Durch diese Bestimmung wird der Behandlungsbeginn für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung und die kieferorthopädische Hauptbehandlung festgelegt. Weiters legt die Bestimmung das leistungsrechtliche Behandlungsende fest. Dies ist jener Zeitpunkt, in dem die entsprechende Verbesserung des Ausgangszustands gemessen am PAR – Index eingetreten ist und die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

## Zu Z 5; § 36a

## Abs.1

§ 153a Abs. 6 ASVG legt fest, dass der Anspruch, die Höhe und die Qualitätsanforderungen für die Zuerkennung eines Kostenzuschusses für Leistungen der Kieferregulierung nach § 153a ASVG für den Fall des Fehlens einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung bundesweit einheitlich in der Satzung des Krankenversicherungsträgers nach den Regelungen der Mustersatzung zu regeln sind. In § 36a der Mustersatzung ist daher ein Kostenzuschuss für den Fall vorzusehen, dass der/die Anspruchsberechtigte im Fall des Fehlens des Gesamtvertrages (kam nicht zustande oder wurde gekündigt) einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt.

Der Gesetzgeber will die KFO neu im Wege einer Sachleistungsversorgung ohne Kostenbeteiligung einführen. Er verlangt im Normtext explizit qualitätssichernde Maßnahmen. Im Gesamtvertrag wird dies durch das Erfordernis von Ausbildungsnachweisen und dem Nachweis von 20 abgeschlossenen Behandlungsfällen mit einer Mindestverbesserung von 70% gemäß dem PAR-Index und einer laufenden Evaluierung und einem entsprechenden Sanktionsmechanismus erreicht.

Klar ist, dass auch im Falle von Kostenzuschüssen die Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen dieselben Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllen müssen.

Eine Umlegung dieser qualitätssichernden Gesamtvertragsregelungen ist aus folgenden Gründen nicht zur Gänze und nur mit unverhältnismäßigem Aufwand auf den Zuschussbereich möglich.

1. Die Sozialversicherung kann rechtlich von keinem Wahlzahnarzt/keiner Wahlzahnärztin den Nachweis der Ausbildungsvoraussetzungen durchsetzen.
2. Wegen der Nichtdurchsetzbarkeit der Vorlage gegenüber den Wahlbehandler/innen müsste leistungsrechtlich deren Vorlage von den antragstellenden Versicherten verlangt werden. Dies würde zu erheblichen datenschutzrechtlichen und haftungsrechtlichen Problemen führen.
3. Die im Gesamtvertrag definierten Ausbildungsnachweise beruhen auf dem österreichischen Anbietermarkt, können jedoch nicht auf alle möglichen und auch nicht bekannten ausländischen Nachweise Bedacht nehmen. Entweder es müsste in jedem Fall die Vergleichbarkeit ausländischer Ausbildungsnachweise mit den inländischen geprüft oder darauf verzichtet werden.
4. Die für Vertragsbehandler/innen vorgesehene rollierende Qualitätskontrolle ist bei Wahlbehandlern/Wahlbehandlerinnen nicht möglich. Dies würde in der Praxis zu einem Verzicht auf die Qualitätskontrolle und damit zu einer Privilegierung der Wahlbehandler/innen führen.

Es wurde auch erwogen, die Erstellung einer Wahlbehandlerliste durch die Kasse vorzusehen. In dieser Liste sollen jene Wahlbehandler aufgeführt sein, die die festgelegten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllen. Der Versi-

cherte/die Versicherte hätte bei Inanspruchnahme eines auf der Liste aufgeführten Wahlbehandlers bereits vor Abschluss der Behandlung und unabhängig vom Behandlungserfolg einen Kostenzuschuss geltend machen können.

Dieses Modell wurde aus folgenden Gründen nicht umgesetzt:

1. Durch die Erstellung einer rechtsverbindlichen Wahlbehandlerliste wären im Ergebnis drei Kategorien von Behandlern geschaffen worden: Vertragspartner/Vertragspartnerinnen, qualifizierte Wahlbehandler/Wahlbehandlerinnen, die auf der Liste angeführt sind und Wahlbehandler/Wahlbehandlerinnen bei denen dies nicht der Fall ist. Dies hätte zu zahlreichen juristisch komplizierten Abgrenzungsfragen geführt.
2. Im Fall der Schaffung einer Wahlbehandlerliste wären einerseits zahlreiche Fragen zur Rechtsverbindlichkeit der Liste und deren Erstellung bzw. Änderung zu beantworten gewesen. Andererseits wäre dies mit einem unverhältnismäßigen Aufwand für die Kassen verbunden gewesen. Schließlich wäre die Erstellung von der freiwilligen, da rechtlich nicht vorgesehenen, Kooperation der Wahlbehandler/Wahlbehandlerinnen abhängig gewesen.
3. Durch die Wahlbehandlerliste wären die dort aufgeführten Behandler/Behandlerinnen den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen weitgehend gleichgestellt worden, ohne den für diese vorgesehenen laufenden Qualitätskontrollen zu unterliegen. Dadurch wäre es schwieriger geworden, Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen für den Abschluss eines Einzelvertrags zu gewinnen. Dies hätte die vom Gesetzgeber ausdrücklich angeordnete Sachleistungsversorgung gefährdet.

Zu Abs. 2

Aus den oben angeführten Gründen wurde festgelegt, dass für einen Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung von der Kasse Kosten zu erbringen sind. Im Interesse des/der Versicherten werden vor Ende der Behandlung von der Kasse bereits Teilbeträge erbracht, wenn insbesondere der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lässt und auch alle anderen vertraglich geregelten Voraussetzungen beim Leistungserbringer/bei der Leistungserbringerin vorliegen.

Zu Abs. 3

Dieser Absatz bestimmt, unter welchen Voraussetzungen kein Kostenzuschuss zu leisten ist.

Zu Z 6 bis 9:

Im Anhang werden die einzelnen Leistungen näher umschrieben. Außerdem wird im Anhang 8 die Höhe des Kostenzuschusses bei Fehlen eines Gesamtvertrages verbindlich geregelt.

Zu Z 10:

Entsprechend dem gesetzlichen Inkrafttreten des § 153a ASVG tritt die Änderung der Mustersatzung mit 1. Juli 2015 in Kraft.