

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Kärntner Gebietskrankenkasse

Die Kärntner Gebietskrankenkasse verlautbart gemäß § 456 Abs. 1 ASVG die

5. Änderung der Krankenordnung 2011

Die Krankenordnung 2011 der Kärntner Gebietskrankenkasse, verlautbart unter www.avsv.at Nr. 167/2011 vom 22. Juli 2011, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 68/2015, am 06. Mai 2015 wird wie folgt geändert:

1. Die Bezeichnung des 2. Abschnitts im Inhaltsverzeichnis lautet folgendermaßen:

„Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche“

2. Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 19 Folgendes eingefügt:

„§ 19a Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche“

3. Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 31 Folgendes eingefügt:

„§ 31a Kostenerstattung bei Erbringung von Leistungen nach § 153a Abs. 4 ASVG

§ 31b Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung“

4. In das Inhaltsverzeichnis wird nach der Zeile

„Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung § 61“

folgende Zeile eingefügt:

„Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung § 62“

5. Die Überschrift des 2. Abschnittes der Krankenordnung lautet:

„Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche (§§ 153 und 153a ASVG)“

6. Nach § 19 wird folgender § 19a samt Überschrift eingefügt:

**„Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche
(§ 153a ASVG)“**

§ 19a. (1) Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung (§ 32a Abs. 4 der Satzung) werden durch folgende Behandlungsstellen erbracht:

1. Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen),
2. Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädinnen
3. zahnärztliche Vertrags-Gruppenpraxen,
4. Zahnärzte/Zahnärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen,
5. eigene Einrichtungen der Kasse (Zahnambulatorien),
6. Vertragseinrichtungen (Institute),
7. Wahlzahnärztinnen/Wahlzahnärzte,
8. Wahlkieferorthopäden/Wahlkieferorthopädinnen,
9. zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
10. Zahnärzte/Zahnärztinnen in Wahl-Gruppenpraxen,
11. Wahleinrichtungen (Institute).

(2) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (§ 32a Abs. 5 der Satzung) werden durch folgende Behandlungsstellen erbracht:

1. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen, die in einem Vertragsverhältnis aufgrund des „Gesamtvertrages Kieferorthopädie für Leistungen gemäß § 153a ASVG (§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 69a B-KUVG) und den Richttarif gemäß § 343c ASVG“ stehen,
2. kieferorthopädische Gruppenpraxen,

3. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Gruppenpraxen,
 4. Einrichtungen (Institute),
 5. eigene Einrichtungen der Kasse (Zahnambulatorien),
 6. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen, die in keinem Vertragsverhältnis zur Kasse stehen,
 7. Kieferorthopäden/Kieferorthopädinnen in Wahl-Gruppenpraxen,
 8. zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen,
 9. Wahleinrichtungen (Institute).
- (3) Der/Die Anspruchsberechtigte, für den/die Leistungen nach Abs. 1 oder 2 erbracht werden, hat durch sein/ihr Verhalten das Erreichen der Behandlungsziele zu unterstützen. Im Rahmen seiner/ihrer Mitwirkungspflicht hat der/die Anspruchsberechtigte insbesondere
1. für eine ausreichende Mundhygiene Sorge zu tragen,
 2. die vereinbarten Behandlungstermine einzuhalten,
 3. die Therapieempfehlungen und Therapiemaßnahmen zu befolgen,
 4. mit den Behandlungsgeräten sorgfältig umzugehen und diese nicht mutwillig zu zerstören bzw. zu beschädigen.

§ 19 Abs. 2 und 3 sind anzuwenden. Verletzt der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte trotz Aufklärung seine/ihre Mitwirkungspflicht, kann die Kasse den Abbruch der Behandlung verlangen, sofern der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte vorher schriftlich auf die Folgen seines/ihrer Verhaltens hingewiesen worden ist. Die mit dem Abbruch verbundenen Kosten sind von der Kasse zu tragen.

- (4) Ein Wechsel der Behandlungsstelle kann während der laufenden Behandlung nach Abs. 1 oder 2 nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen,
1. wenn dem/der Anspruchsberechtigten aufgrund eines Wechsels seines/ihrer Wohnortes die weitere Konsultation der bisher in Anspruch genommenen Behandlungsstelle wegen der Entfernung nicht mehr zumutbar ist oder
 2. wenn der Einzelvertrag mit der Behandlungsstelle geendet hat oder
 3. wenn sonst ein vom/von der Anspruchsberechtigten nicht zu vertretender Grund vorliegt, der die Fortsetzung der Behandlung unmöglich oder unzumutbar macht.

§ 53 Abs. 1 und 2 sind anzuwenden.

(5) Als Kieferorthopäde bzw. Kieferorthopädin im Sinn des § 19a und des § 31a gelten Fachärzte und Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die die Voraussetzungen des § 32a Abs. 5 Z 5 der Satzung erfüllen.“

7. Nach § 31 werden folgende § 31a und § 31b samt Überschrift eingefügt:

„Kostenerstattung bei Erbringung von Leistungen nach § 153a Abs. 4 ASVG

§ 31a. (1) Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung durch Behandler/innen gemäß § 19a Abs. 1 Z 7 bis 11 werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn die Behandlung aufgrund einer plausiblen Erfolgsannahme von der Kasse genehmigt wurde, und nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote (Rechnung) der Kasse übergeben wird. § 28 ist anzuwenden.

(2) Für die kieferorthopädische Hauptbehandlung durch Behandler/innen gemäß § 19a Abs. 2 Z 6 bis 9 werden die Kosten nach der Satzung erstattet, wenn

1. die Behandlung durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen erfolgt, die in keinem Vertragsverhältnis zur Kasse stehen und die für Vertragspartner/Vertragspartnerinnen vorgesehenen Ausbildungs- und Erfahrungs Voraussetzungen (§ 32a Abs. 5 Z 5 der Satzung) erfüllen und
2. dies der Kasse nachgewiesen wurde und
3. nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote (Rechnung) der Kasse übergeben wird (§ 28 ist anzuwenden) und
4. entweder
 - a) die Behandlung von der Kasse aufgrund einer plausiblen Erfolgsannahme unter Vorlage des Behandlungsplanes samt IOTN-Feststellung genehmigt wurde oder
 - b) ohne Vorliegen einer Bewilligung durch die Behandlung der Erfolg gemäß § 32a Abs. 7 Z 1 und 2 der Satzung eingetreten ist und
5. die weiteren Voraussetzungen des § 153a Abs. 4 ASVG vorliegen

(3) Der/Die Versicherte hat den von der Kasse aufgelegten Vordruck für die Kostenerstattung auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen gemäß Abs. 2 Z 4 vorzulegen. Die Kosten der Behandlung nach Abs. 1 und 2 sind in der Höhe von 80% der vertraglich festgelegten Tarife zum Zeitpunkt des Behandlungsendes zu erstatten. Der Betrag der Kostenerstattung darf das Honorar, das dem Wahlbehandler/der Wahlbehandlerin entrichtet wurde, nicht übersteigen.

(4) Kosten für eine Behandlung nach Abs. 1 und 2 werden erst nach Abschluss der Behandlung erstattet. Die Kasse erbringt für Leistungen nach Abs. 2 maximal folgende Teilbeträge des Erstattungsbetrags nach Abs. 3 vor Abschluss

der Behandlung, wenn eine Vorabgenehmigung nach Abs. 2 Z 4 lit. a) vorliegt und der/die Anspruchsberechtigte eine saldierte Honorarnote (Rechnung) über die erbrachten Leistungen vorgelegt hat:

1. 45% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn fällt;
2. 25% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist;
3. 30% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende fällt.

(5) Die/der Versicherte ist verpflichtet, sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung zu unterziehen bzw. die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch den Behandler/die Behandlerin zu veranlassen. Die Kosten werden nicht erstattet, wenn der/die Anspruchsberechtigte für eine kieferorthopädische Behandlung einen Vertragszahnarzt/eine Vertragszahnärztin (eine Vertragseinrichtung) oder einen Vertragskieferorthopäden/eine Vertragskieferorthopädin in Anspruch genommen hat. Eine Kostenerstattung wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

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

§ 31b. (1) Für Behandlungen bei Fehlen einer regionalen ausgewogenen flächendeckenden Versorgung leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach § 36a i.V.m. Anhang 9 der Satzung.

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

8. Nach § 61 wird folgender § 62 eingefügt:

„Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 62. Die 5. Änderung der Krankenordnung 2011 tritt mit 1. Juli 2015 in Kraft.“

Die 5. Änderung der Krankenordnung 2011 wurde vom Vorstand der Kärntner Gebietskrankenkasse am 24. Juni 2015 beschlossen und durch die Bundesministerin für Gesundheit mit Bescheid vom XX.XX.2015, GZ: BMG-96440/XXXX-X/X/X/XXXX genehmigt.

Der Obmann:

Steiner

Der leitende Angestellte:

Lintner