

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

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

5. Änderung der Musterkrankenordnung 2011

Die Musterkrankenordnung 2011, verlautbart unter www.avsv.at Nr. 106/2011, am 30. April 2011, zuletzt geändert durch www.avsv.at Nr. 201/2014 am 20. Dezember 2014, 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. Die Überschrift des 2. Abschnittes der Musterkrankenordnung lautet:

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

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

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

§ 19a. (1) - verbindlich - 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) - **verbindlich** - 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) - **verbindlich** – 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) - **verbindlich** – 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) - **verbindlich** – 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.“

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

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

§ 31a. (1) - verbindlich - 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) - **verbindlich** - 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 Erfahrungsvoraussetzungen (§ 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) - **verbindlich** - 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) - **verbindlich** - 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) - **verbindlich** - 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) - **verbindlich** - Für Behandlungen bei Fehlen einer regionalen ausgewogenen flächendeckenden Versorgung leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach § 36a i.V.m. Anhang 8 der Satzung.

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

7. Nach § 9 der Einführungsbestimmungen zur Musterkrankenordnung 2011 wird folgender § 10 samt Überschrift eingefügt:

„Inkrafttreten der 5. Änderung

§10. Die 5. Änderung der Musterkrankenordnung 2011 tritt mit 1. Juli 2015 in Kraft.“

*

Die 5. Änderung der Musterkrankenordnung 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 5. Änderung der Musterkrankenordnung 2011

Allgemeines

Durch die 4. Änderung der Musterkrankenordnung werden die Regelungen des § 153a ASVG zur Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche, die mit 1. Juli 2015 in Kraft treten, umgesetzt.

Zu Z 1 bis 3

Die Änderungen des Inhaltsverzeichnisses sind aufgrund der Einfügung der §§ 19a, 31a und 31b erforderlich.

Zu Z 4

Da im zweiten Abschnitt künftig auch die Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche nach § 153a ASVG geregelt wird, ist die Abschnittsüberschrift entsprechend zu ändern.

Zu Z 5; § 19a

Abs. 1

Diese Bestimmung normiert den Kreis der Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung. Diese kann sowohl durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen als auch durch Wahlpartner/Wahlpartnerinnen erbracht werden.

Abs. 2

Diese Bestimmung normiert den Kreis der Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen für die kieferorthopädische Hauptbehandlung. Diese kann durch Personen erbracht werden, die die Berechtigung zur Erbringung von zahnärztlichen Leistungen haben und in einem Vertragsverhältnis aufgrund des Gesamtvertrages stehen. Dies setzt voraus, dass sie die im Gesamtvertrag festgelegten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllen.

Abs. 3

In dieser Bestimmung wird die Mitwirkungspflicht des/der Anspruchsberechtigten bei der Erbringung von Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung geregelt. Verletzt der/die Anspruchsberechtigte trotz Aufklärung weiterhin die Mitwirkungspflicht, so kann die Behandlung auf Kosten der Kasse von dieser abgebrochen werden.

Abs. 4

In dieser Bestimmung werden die Voraussetzungen für einen Wechsel des behandelnden Vertragskieferorthopäden/der behandelnden Vertragskieferorthopädin geregelt. Die Regelung beruht im Kern auf § 13 Abs. 2 des Gesamtvertrages Kieferorthopädie. Dieser sieht vor, dass die Inanspruchnahme eines weiteren Vertragskieferorthopäden/einer weiteren Vertragskieferorthopädin im e-card-System bis zum Behandlungsende gesperrt ist. Die Freigabe der Konsultation eines anderen Kieferorthopäden/einer anderen Kieferorthopädin kann nach dieser Bestimmung aus den unter Z 1 und 2 genannten Gründen erfolgen. Da eine derartige Freigabe voraussetzt, dass die Kasse vom Vorliegen der Gründe erfährt, ist vorgesehen, dass der Behandlerwechsel nur mit Zustimmung der Kasse erfolgen kann. Die Z 3 stellt einen Auffangtatbestand für alle anderen vom/von der Anspruchsberechtigten nicht verschuldeten Gründe dar, die eine Fortsetzung der Behandlung unmöglich oder unzumutbar machen.

Abs. 5

In den §§ 19a und 31a wird wiederholt der Begriff „Kieferorthopäde“ bzw. „Kieferorthopädin“ verwendet. Durch diese Regelung wird klargestellt, dass Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nur dann unter diesen Begriff fallen, wenn sie die Ausbildungs- und Erfahrungserfordernisse des § 32a Abs. 5 Z 5 der Satzung erfüllen.

Zu Z 6 § 31a

Abs. 1

Diese Bestimmung legt die Voraussetzungen für die Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Nicht-Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Erbringung von Leistungen der interzeptiven kieferorthopädische Behandlung fest. Voraussetzung dafür ist, dass nach Abschluss der Behandlung die Honorarnote bzw. Rechnung samt IOTN-Feststellung der Kasse übergeben wird.

Abs. 2

Diese Bestimmung normiert die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung für Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Eine Kostenerstattung ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn der Leistungserbringer die satzungsmäßig festgelegten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt. Die Versicherten haben folgende Möglichkeiten eine Kostenerstattung zu erlangen:

- Einholung einer vorherigen Bewilligung der Kasse; diese hat vor Beginn der Behandlung die Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen, die IOTN-Feststellung und die Einschätzung des PAR-Index zu prüfen.
- Nachweis des Behandlungserfolges bei nicht erfolgter vorheriger Bewilligung.

Weiters ist eine Kostenerstattung nur dann möglich, wenn die in § 153 Abs. 4 ASVG normierten Voraussetzungen dafür vorliegen.

Abs. 3

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 131 ASVG) erfolgt die Kostenerstattung in der Höhe von 80% des Vertragstarifes. Der Betrag der Kostenerstattung darf die Höhe des bezahlten Honorars nicht übersteigen.

Abs. 4

In dieser Bestimmung wird festgelegt, dass die Kosten für interzeptive kieferorthopädische Behandlungen und kieferorthopädische Hauptbehandlungen erst nach Abschluss der Behandlung erstattet werden können.

Im Interesse des/der Versicherten werden vor Ende der kieferorthopädischen Hauptbehandlung und bei Vorliegen der Vorbewilligung durch die Kasse von der Kasse bereits Teilbeträge erbracht. Bezüglich der Höhe der Teilbeträge wird auf die vertraglichen Tarife und deren Auszahlungsmodalität abgestellt.

Abs. 5

Um allenfalls die Voraussetzung der entsprechenden Verbesserung gegenüber der Ausgangslage prüfen zu können, ist der/die Versicherte verpflichtet, sich auf Aufforderung einer Nachbegutachtung zu unterziehen. Er/Sie hat außerdem die Vorlage der Anfangs- und Endmodelle durch den Behandler/die Behandlerin zu veranlassen. Weiters wird durch diese Bestimmung klargestellt, dass eine Kostenerstattung nicht erfolgen kann, wenn der/die Anspruchsberechtigte auch einen Vertragszahnarzt/eine Vertragszahnärztin, eine Vertragsklinik oder einen Vertragskieferorthopäden/eine Vertragskieferorthopädin in Anspruch genommen hat.

Zu § 31b

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des § 153a Abs. 6 ASVG sind die wesentlichen Voraussetzungen für die Erbringung des Kostenzuschusses bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung in der Mustersatzung (Satzung der Kasse) und nicht in der Musterkrankenordnung (Krankenordnung der Kasse) zu regeln.

Zu Z 7

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