

Abrechnungsskriptum

**Basierend auf der bundeseinheitlichen zahnärztlichen Honorarordnung
und
der Interpretation der Sozialversicherungen**

1.Auflage
Ver. 1.1
September 2023



INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT.....	4
ALLGEMEINES	5
WIRTSCHAFTLICHKEITSKONTROLLEN UND LEISTUNGSÜBERPRÜFUNG	6
POS. 1 .BER - BERATUNG (SIEHE Z.1 DER ERL.).....	7
POS. 1A .KFOBER - KFO-BERATUNG (SIEHE Z.1A DER ERL.).....	8
POS. 2 .E - EXTRAKTION EINES ZAHNES INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (SIEHE Z.2 DER ERL.).....	9
POS. 3 .A - ANÄSTHESIE EINSCHLIEßLICH INJEKTIONSMITTEL BEI VITALEXSTIRPATION UND VITALAMPUTATION SOWIE IN AUSNAHMEFÄLLEN MIT BEGRÜNDUNG (SIEHE Z.3 DER ERL.)	10
POS. 4 .VS - VISITE.....	11
POS. 5 .HI - HILFELEISTUNG BEI OHNMACHT UND KOLLAPS	11
POS. 6 .F1 - EINFLÄCHENFÜLLUNG (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4 DER ERL.)	12
POS. 7 .F2 - ZWEIFLÄCHENFÜLLUNG (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4 DER ERL.).....	12
POS. 8 .FM - DREI- ODER MEHRFLÄCHENFÜLLUNG IM ZUSAMMENHANG (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4 DER ERL.).....	12
POS. 61 .K1 - EINFLÄCHENFÜLLUNG MIT KOMPOSITE ODER ÄHNLICHEN MATERIALIEN MIT SÄUREADHÄSIVTECHNIK (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4A DER ERL.) .	14
POS. 71 .K2 - ZWEIFLÄCHENFÜLLUNG MIT KOMPOSITE ODER ÄHNLICHEN MATERIALIEN MIT SÄUREADHÄSIVTECHNIK (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4A DER ERL.).....	14
POS. 81 .KM - DREIFLÄCHEN- ODER MEHRFLÄCHENFÜLLUNG IM ZUSAMMENHANG MIT KOMPOSITE ODER ÄHNLICHEN MATERIALIEN MIT SÄUREADHÄSIVTECHNIK (EINSCHLIEßLICH UNTERLAGE) (SIEHE Z.4A DER ERL.)	14
POS. 62 .AE1 - AMALGAMERSETZENDE EINFLÄCHENFÜLLUNG IM SEITZAHNBEREICH (SIEHE Z.4 DER ERL.).....	16
POS. 72 .AE2 - AMALGAMERSETZENDE ZWEIFLÄCHENFÜLLUNG IM SEITZAHNBEREICH (SIEHE Z.4 DER ERL.).....	16
POS. 82 .AM - AMALGAMERSETZENDE DREI- ODER MEHRFLÄCHENFÜLLUNG IM SEITZAHNBEREICH (SIEHE Z.4 DER ERL.).....	16
POS. 9 .HÖ - AUFBAU MIT HÖCKERDECKUNG (SIEHE Z.5 DER ERL.).....	17
POS. 92 .AEH - AMALGAMERSETZENDER AUFBAU MIT HÖCKERDECKUNG IM SEITZAHNBEREICH (SIEHE Z.5B DER ERL.).....	18
POS. 10 .ECK - ECKENAUFBAU BZW. AUFBAU EINER SCHNEIDEKANTE AN FRONT- UND ECKZÄHNEN, PRO ZAHN (SIEHE Z.6 DER ERL.).....	19
POS. 11 .ST - STIFTVERANKERUNG	21
POS. 12 .WA - WB-AMPUTATION (SIEHE Z.7 DER ERL.).....	21
POS. 13 .W1 - WB-EXSTIRPATION EINKANALIG (SIEHE Z.7 DER ERL.)	22
POS. 14 .W2 - WB-EXSTIRPATION ZWEIKANALIG (SIEHE Z.7 DER ERL.).....	22
POS. 15 .W3 - WB-EXSTIRPATION DREIKANALIG (SIEHE Z.7 DER ERL.).....	22

POS. 16	.WU - WB-UNVOLLLENDETE (PRO SITZUNG), BIS ZU DREI SITZUNGEN (SIEHE Z.7 DER ERL.).....	23
POS. 17	.NB - NACHBEHANDLUNG NACH BLUTIGEN EINGRIFFEN (TAMPONENTFERNUNG, NAHTENTFERNUNG, WUNDBEHANDLUNG U.Ä.), IN GESONDERTER SITZUNG, BIS ZU DREI SITZUNGEN PRO QUADRANT (SIEHE Z.8 DER ERL.).....	24
POS. 18	.BT - BLUTSTILLUNG DURCH TAMPONADE, IN GESONDERTER SITZUNG PRO EREIGNIS.....	25
POS. 19	.ZH - BEHANDLUNG EMPFINDLICHER ZAHNHÄLSE, PRO SITZUNG, BIS ZU DREI SITZUNGEN PRO BEHANDLUNGSFALL (SIEHE Z.9 DER ERL.).....	26
POS. 20	.ZST - ZAHNSTEINENTFERNUNG (SIEHE Z.10 DER ERL.).....	26
POS. 21	.ES - EINSCHLEIFEN DES NATÜRLICHEN GEBISSES (PRO SITZUNG), BIS ZU DREI SITZUNGEN.....	27
POS. 22	.PF - WIEDEREINZEMENTIERUNG UND ABNAHME TECHNISCHER . ARBEITEN (PRO PFEILERSTELLE) (SIEHE Z.11 DER ERL.).....	28
POS. 23	.BST - BESTRAHLUNG (BEI PERIOSTITIS, NACH BLUTIGEN EINGRIFFEN UND ÄHNLICHE) UNTER BESONDERER BEACHTUNG DES § 10 ABS. 2 UND 4 DES GESAMTVERTRAGES, PRO SITZUNG, BIS ZU DREI SITZUNGEN PRO QUADRANT (SIEHE Z.8 DER ERL.).....	29
POS. 24	.RÖ - ZAHNRÖNTGEN (SIEHE Z.12 DER ERL.).....	30
POS. 25	.PAN - PANORAMARÖNTGEN (SIEHE Z.13 DER ERL.).....	31
POS. 26	.STO - STOMATITISBEHANDLUNG (PRO SITZUNG) (SIEHE Z.14 DER ERL.).....	32
POS. 27	.RZ - ENTFERNUNG EINES RETINIERTEN ZAHNES INKLUSIVE . ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (SIEHE Z.15 DER ERL.).....	33
POS. 28	.ZY - ZYSTENOPERATION (NICHT GLEICHZUHALTEN EINER ZYSTENAUSKRATZUNG DURCH DIE ALVEOLE IM ANSCHLUSS AN EINE ZAHNEXTRAKTION) INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL SOWIE ALLFÄLLIGER EINSENDUNG DES MATERIALS ZUR HISTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG (SIEHE Z.16 DER ERL.).....	34
POS. 29	.WSR - WURZELSPITZENRESEKTION INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL	35
POS. 30	.OZ - OPERATIVE ENTFERNUNG EINES ZAHNES INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (SIEHE Z.17 DER ERL.).....	36
POS. 31	.GOP - OPERATION KLEINER GESCHWÜLSTE INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL SOWIE ALLFÄLLIGER EINSENDUNG DES MATERIALS ZUR HISTOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG	37
POS. 32	.II - INCISION EINES ABSZESSES INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (SIEHE Z.18 DER ERL.).....	38
POS. 33	.KK - KIEFERKAMMKORREKTUR ODER CHIRURGISCHE WUNDREVISION BEI DOLOR POST ODER OPERATIVE SEQUESTERENTFERNUNG IN BEGRÜNDETEN FÄLLEN, PRO QUADRANT, INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (SIEHE Z.19 DER ERL.).....	39
POS. 34	.STA - ENTFERNUNG VON SCHLEIMHAUTWUCHERUNGEN UND CHIRURGISCHE TASCHENABTRAGUNG INNERHALB EINES QUADRANTEN INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL	40
POS. 35	.BN - BLUTSTILLUNG DURCH NAHT INNERHALB EINES QUADRANTEN INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL (KANN IN DER SELBEN SITZUNG NICHT NEBEN DEN POSITIONEN 27 BIS 30 UND 36 BIS 39 VERRECHNET WERDEN)	41
POS. 36	.TK - TREPANATION EINES KIEFERKNOCHENS (LÜFTUNG) INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL	41

POS. 37	.EK - VERSCHLUSS EINER ERÖFFNETEN KIEFERHÖHLE DURCH ZAHNFLEISCHPLASTIK INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONS- MITTEL (SIEHE Z.20 DER ERL.)	42
POS. 38	.SKB - BESEITIGUNG EINES SCHLOTTERKAMMES PRO QUADRANT INKLUSIVE ANÄSTHESIE UND INJEKTIONSMITTEL	42
POS. 39	.LWZ - PLASTISCHE LIPPEN-, WANGEN- ODER ZUNGEN- BÄNDCHENOPERATION INKLUSIVE ANÄSTHESIE	42
POS. 40	.R - KURZ(RAUSCH)NARKOSE EXKLUSIVE NARKOSEMITTEL (SIEHE Z.21 DER ERL.)	43
POS. 41	.THI - THERAPEUTISCHE INJEKTION SUBCUTAN, INTRAMUSCULÄR BZW. INTRAVENÖS (EXKLUSIVE ARZNEI) (SIEHE Z.22 DER ERL.)	43
POS. 65	.MH - MUNDHYGIENE (FÜR KINDER UND JUGENDLICHE VOM 10. BIS 18. LEBENSALTER) (SIEHE Z.23 DER ERL.)	44
REP. X)	ANLÖTEN EINER RETENTION, KLAMMER ODER AUFRUHE	46
REP. Y)	ENTWEDER ZWEI LEISTUNGEN X) ODER REPARATUR DES METALLBÜGELS ODER EINER FORTGESETZTEN KLAMMER	46
REP. Z)	MEHR ALS ZWEI LEISTUNGEN X) ODER Y) ODER EINE ERWEITERUNG DER METALLBASIS.....	46
	KOMPILIERTER FASSUNG DES GESAMTVERTRAGES.....	51

Vorwort

zur 1. Auflage
Ver.1.1

Die letzte zwischen Österreichischer Zahnärztekammer und den Sozialversicherungen akkordierte Interpretation des zahnärztlichen Gesamtvertrages geht auf das Jahr 2002 zurück. Daher ist nachfolgend von Vertragsfachärzten für ZMK oder Vertragsärzten die Rede. Selbstverständlich gilt dies auch für neue Dres.med.dent. (Vertragszahnärzte). Im Sinne der vereinfachten Lesbarkeit wird das generische Geschlecht verwendet und bezieht sich natürlich auf alle Geschlechter.

Im Jahr 2018 wurden auf Grund des Amalgamverbotes in der EU für Patienten unter 15 Jahren und Schwangere die Positionen 61, 71 und 81 sowie 91 Amalgamersetzende Füllungen und die Position 1a KFO-Beratung hinzugefügt.

Der Gesamtvertrag ist im Gegensatz zum Gesamtvertrag Kieferorthopädie immer noch in den Grundzügen ein Vertrag zwischen der Ärztekammer vor 2006 und den Sozialversicherungen.

Dieses Skriptum basiert auf der letzten akkordierten Fassung. Dort, wo es mir notwendig erschien, habe ich die Interpretationen mit praktischen Beispielen untermalt. Rot markierte Erläuterungen sieht die Zahnärztekammer als nicht gerechtfertigt an. Wir sind bemüht im Rahmen der Vertragsverhandlungen diese Punkte zu ändern.

Im Anhang befindet sich noch der geltende Gesamtvertrag in kompilierter Form, wie er auf ris.gv.at zu finden ist, zur Information.

Im Jahr 2005 wurde der Krankenschein als Verrechnungsnachweis durch die e-card ersetzt. Diese ist bei jedem Besuch zu stecken und die Konsultation muss datumsmäßig mit der Leistungserbringung übereinstimmen, da sonst die Leistung nicht vergütet wird. In Ausnahmefällen kann die o-card gesteckt werden und der Versicherungsstatus über die SV-Nummer des Patienten abgefragt werden.

Bei Bundesheerpatienten ist der Krankenschein nach wie vor der einzige Versicherungsnachweis. Die Verrechnung erfolgt mittels Originalschein (händisch ausgefüllt oder ausgedrucktes Beiblatt).

Patienten der Sozialhilfe erhalten einen für ein Quartal gültigen Versicherungsnachweis. Dieser ist zu kopieren und gemeinsam mit einem Ersatzzahnschein (händisch ausgefüllt oder gedruckt) zur Verrechnung einzureichen.

Dr. Werner Ossmann
Referent für Kassenangelegenheiten
der Landes Zahnärztekammer Wien



September 2023

ALLGEMEINES

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

Die Honorierung der Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Vertragszahnärzte 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.

Kieferorthopädische Behandlungen sind inzwischen in einem eigenen kieferorthopädischen Gesamtvertrag geregelt. (Anm. des Autors)

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

Patientenanteile in dem in der Krankenordnung vorgesehenen Ausmaß sind zu den prothetischen Behandlungsleistungen durch den behandelnden Vertragsarzt tunlichst bei Behandlungsbeginn einzuheben. Zahlt ein Anspruchsberechtigter diesen Patientenanteil nicht, so kann der Vertragsarzt nach dreimaliger erfolgloser Mahnung mit eingeschriebenem Brief den Patientenanteil zum nächsten Abrechnungstermin mit gesondertem Beleg beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen.

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.

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

Bei Visiten, die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Vertragszahnärzte bei Anspruchsberechtigten abstatten, sind die Weggelder in der Höhe verrechenbar, die von den Vertragsärzten der betreffenden Krankenkasse verrechnet werden können.

Anträge auf Kostenübernahme für prothetische Leistungen sind von den Krankenkassen tunlichst innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach Einlangen der Anträge bei den Krankenkassen zu erledigen.

Wirtschaftlichkeitskontrollen und Leistungsüberprüfung

Vertragszahnärzte / Vertragszahnärztinnen sind insbesondere aufgrund des Gesamtvertrages zu einer wirtschaftlichen Behandlungsweise verpflichtet. Die Krankenversicherungsträger (KVT) überprüfen Abrechnungen im Rahmen der Ökonomiekontrolle.

Einwendungen gegen bestimmte Abrechnungspositionen werden durch einen **Schlichtungsausschuss** überprüft. Der Schlichtungsausschuss ist durch § 36 Gesamtvertrag geregelt. Er besteht aus einem Vertreter/einer Vertreterin der ÖGK Wien (bzw. des jeweiligen KVT) und einem Vertreter/einer Vertreterin der Landes Zahnärztekammer für Wien. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist es, einvernehmlich festzustellen, ob eine beanspruchte zahnärztliche Leistungsposition entsprechend der Honorarordnung abgerechnet wurde. Häufigster Fall vor dem Schlichtungsausschuss ist die Pos. 28 (Zy). Hierbei wird primär vom Schlichtungsausschuss festgestellt, ob eine Zyste auf den vorgelegten präoperativen Röntgenbildern erkennbar ist. Der Schlichtungsausschuss hat die Möglichkeit, einzelne Leistungen als nicht begründet zu streichen. Er kann Leistungen auch umwandeln (z.B.: OZ in Ex). Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses erfolgt schriftlich mittels eingeschriebenen Briefes und stellt lediglich eine Vorentscheidung dar.

Diese Vorentscheidung kann vor der **Paritätischen Schiedskommission** (PSK) bekämpft werden. Dazu ist ein Antrag notwendig, **der binnen 14 Tagen** ab Erhalt der Vorentscheidung bei der PSK (Geschäftsstelle ist in Jahren mit ungerader Jahreszahl die ÖGK Wien und in Jahren mit gerader Jahreszahl die Landes Zahnärztekammer für Wien) einzubringen ist. Auch die PSK ist mit Vertretern der Sozialversicherung und der Landes Zahnärztekammer für Wien besetzt.

Honoraranteile, die rechtskräftig entweder vom Schlichtungsausschuss oder der PSK gestrichen wurden, werden bei der nächsten Honorarauszahlung abgezogen.

Eine verbreitete Meinung ist, dass Honorarabzüge bloß aufgrund des Überschreitens von Durchschnittswerten vorgenommen werden können. Das ist alleine nicht ausreichend. Deshalb wird in allen Fällen im Einzelfall oder stichprobenartig geprüft, ob die Leistungsposition erbracht wurde, bevor diese Position nicht anerkannt wird.

Pos. 1 .Ber - Beratung (siehe Z.1 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 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. Das gilt jedoch nicht für Kinder bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, wenn in derselben Sitzung eine Füllungstherapie erfolgt.

Leistungsdefinition	Bei einer Beratung handelt es sich um eine ärztliche Leistung, bei der die Inspektion der Mundhöhle inkludiert ist.
Persönliche Arztleistung	Eine Beratungsleistung liegt nur vor, wenn eine persönliche Begutachtung des Patienten (grundsätzlich mit Inspektion der Mundhöhle) durch den Zahnarzt erfolgt.
Nicht behandelbares Kind	Ein gescheiterter Behandlungsversuch bei einem Kind kann mit der Position 1 abgerechnet werden.
Verrechnungsausschluss	Die Verrechnung einer Beratung ist nicht gerechtfertigt für bloße telefonische Kontakte bzw. für die bloße Ausstellung von Formularen (z.B. Überweisungsschein).
6-Monats-Frist	Die 6-Monats-Frist für den Verrechnungsausschluss der Beratung bezieht sich auf die Verrechnung einer vorangegangenen Leistungsposition einer Beratung.
Wiederholung	Für die ausnahmsweise Verrechnung einer weiteren Beratung innerhalb der 6-Monats-Frist können keine generellen Begründungen vorgegeben werden, die medizinischen Begründungen des Zahnarztes sind im Einzelfall durch den Chefzahnarzt zu überprüfen.
Bestandteil Privatleistung	Wenn eine Beratung zum Zwecke einer außervertraglichen Leistung erfolgt, ist die Beratung Bestandteil der außervertraglichen Leistung und als Kassenleistung nicht verrechenbar (z.B. Beratung ausschließlich für Kronenanfertigung, Kostenvoranschläge für außervertragliche Leistungen).
Kassenleistung und Privatleistung	Ist die Beratung von der außervertraglichen Leistung losgelöst zu sehen und ergibt sich die Privatleistung erst als Folge der Beratung (Beispiel: Patient wird aufgeklärt, welche Kassenleistung oder Privatleistung in seinem Fall möglich ist, z.B. Teilprothese oder Brücke), ist eine Beratung als Kassenleistung gerechtfertigt.
Beratung und Behandlungsleistung	Der Verrechnungsausschluss einer Beratung, wenn eine andere vertragsärztliche Leistung anschließt, ist auf ein Quartal abzustellen (Beispiel: Die gemeinsame Abrechnung einer Beratung und einer Füllung innerhalb desselben Quartals ist nicht möglich).

Beispiel

1. Quartal 21		2. Quartal 21		3. Quartal 21		4. Quartal 21	
12.1.21	30.3.21			13.7.21			
Ber	Sto			Ber			
<i>Ber oder Sto nicht verrechenbar</i>				Ber verrechenbar (am 12.7.21 noch nicht)			

1. Quartal 21		2. Quartal 21		3. Quartal 21		4. Quartal 21	
12.1.21	30.3.21		<i>10.5.21</i>	12.7.21			
Ber, 54 AE2 mo	65 AEM mod		<i>Ber, AE1 o</i>	Ber			
Ber verrechenbar bei Kind unter 7 Jahre		<i>Ber nicht verrechenbar (6-Monats-Frist)</i>		Ber verrechenbar			

Pos. 1a .KFOBer - KFO-Beratung (siehe Z.1a der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 1a): 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:

Leistungsdefinition	<ul style="list-style-type: none"> • 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 z.B. Mundhygiene, Einhalten von Therapieempfehlungen und Therapiemaßnahmen • Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung
Verrechenbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Beispiel

1. Quartal 21		2. Quartal 21		3. Quartal 21		4. Quartal 21	
<i>31.1.21</i>	31.1.21					<i>30.11.21</i>	
<i>Ber</i>	KfoBer					<i>KfoBer</i>	
	e-card Anspruch ja					<i>e-card Anspruch nein</i>	
<i>Ber nicht verrechenbar</i>						<i>KfoBer nur einmal verrechenbar</i>	

Pos. 2 E - Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.2 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 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.

Leistungsdefinition	Eine Extraktion ist die Entfernung eines Zahnes inklusive aller Wurzeln. Werden nur einzelne Wurzeln entfernt, liegt eine Teilextraktion vor. Nur die Entfernung eines Zahnteiles, der so tief in die Gingiva hineinreicht, dass dessen Entfernung denselben chirurgischen Aufwand verursacht wie eine Teilextraktion samt Wurzel, ist mit der Position 2 (mit der Begründung Teilextraktion) verrechenbar.
Hemisektion	Siehe Seite 36
Abgrenzung Hemisektion zur Teilextraktion	Siehe Seite 36.
Extraktion und Pos. 35	Im Regelfall ist nach einer Extraktion die Wundversorgung in der Position 2 inkludiert. Lediglich in den Fällen, in denen eine Blutstillung nur durch Naht erreicht werden kann, kann die Position 35 „Blutstillung durch Naht“ in derselben Sitzung als gesonderte Leistung verrechnet werden.

Beispiel

15.5.2004	13.1.2022
36 Ex oder OZ	36 Ex
Geplante Teilextraktion mesiale Wurzel	
	Ohne Begründung verrechenbar

Pos. 3 .A - Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung (siehe Z.3 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 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.

Verrechenbare Anzahl	Die verrechenbare Anzahl von Anästhesien hängt grundsätzlich von den anatomischen Gegebenheiten des Nervenversorgungssystems ab; infolgedessen können im Oberkiefer ausschließlich Lokalanästhesien verabreicht werden und es ist grundsätzlich nur eine Anästhesie pro Nervenversorgungsgebiet (1+2 oder 3+4+5 oder 6+7+8) verrechenbar. Im Unterkiefer werden im Frontzahnbereich Lokalanästhesien und von Zahn 33 - 38 und 43 - 48 Leitungsanästhesien verabreicht. Es ist grundsätzlich nur eine Anästhesie pro Nervenversorgungsgebiet (1+2 oder 3+4+5+6+7+8) verrechenbar. Liegen mehrere Behandlungsnotwendigkeiten in einem dieser Nervenversorgungsgebiete vor, so ist also nur eine Anästhesie verrechenbar, es sei denn, die Behandlungen wären zu verschiedenen Terminen erfolgt.
Verrechnungsausmaß bei WB	Eine Anästhesie ist bei einer Wurzelbehandlung über mehrere Sitzungen hinweg grundsätzlich nur einmal verrechenbar und zwar bei der Vitalexstirpation bzw. bei der Vitalamputation.
Ausnahmefälle	Als Ausnahmefälle können bei Kindern und Behinderten auch im Rahmen der Füllungstherapie Anästhesien als Vertragsleistung gerechtfertigt sein. Ein genereller Katalog für die Ausnahmefälle kann aber nicht vorgegeben werden. Die Begründungen durch den Zahnarzt sind im Einzelfall durch den Chefs Zahnarzt zu überprüfen.
Bei prothetischer Versorgung	Für die Herstellung einer außervertraglichen prothetischen Versorgung (z.B. Zahnkrone) ist eine Anästhesie nicht gesondert als Vertragsleistung verrechenbar.
Verrechnungsausschluss	Die Position 3 ist im Zusammenhang mit Position 2 „Extraktion eines Zahnes“ und mit allen chirurgischen Eingriffen nicht gesondert verrechenbar. Sie ist in den Tarifen für diese Leistungen inkludiert. Die chirurgischen Eingriffe umfassen die Positionen 27 „Entfernung eines retinierten Zahnes“ bis 39 „Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation“.
Therapeutische Injektion	Therapeutische Injektionen sind nicht als Position 3, sondern als Position 41 „Therapeutische Injektion subcutan, intramuskulär bzw. intravenös“ verrechenbar.

Pos. 4 .VS - Visite

Erläuterung:

Ziffer 7 der allgemeinen Bestimmungen: Bei Visiten, die Vertragsfachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bei Anspruchsberechtigten abstaten, sind die Wegegeelder in der Höhe verrechenbar, die von den Vertragsärzten der betreffenden Krankenkasse verrechnet werden können.

Verrechnungsausmaß	<p>Visiten sind vom Vertragszahnarzt durchzuführen, wenn dem Patienten wegen seines körperlichen oder geistigen Zustandes das Aufsuchen des Vertragszahnarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann.</p> <p>Die Position 4 ist grundsätzlich pro Tag und Patient nur einmal verrechenbar; bei mehrmaliger Verrechnung einer Visite pro Quartal soll das Datum angegeben werden; bei einer weiteren Visite pro Patient und Tag ist auch die Uhrzeit anzugeben.</p>
Visite in einem Alten- oder Pflegeheim	<p>Aus der Intention des Vertrages abgeleitet, wonach nur ein entsprechender Mehraufwand abgegolten werden soll, ist bei Behandlungen in einem Alten- oder Pflegeheim folgendermaßen vorzugehen:</p> <p>Bei Vorhandensein eines Arztzimmers mit einem Behandlungsstuhl sind für einen Patienten die Visite und für die übrigen Patienten ausschließlich die erbrachten Leistungen verrechenbar.</p> <p>Wenn kein Arztzimmer vorhanden ist oder die Behandlung der Patienten am Krankenbett erfolgen muss, ist die Honorierung der Visite für jeden einzelnen Patienten gerechtfertigt.</p> <p>Das Wegegeld gebührt für die tatsächlichen Fahrten zwischen der Ordination und dem Alten- oder Pflegeheim.</p>

Pos. 5 .HI - Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps

Leistungsdefinition	Der Vertragstext dieser Position ist als „Hilfeleistung bei Ohnmacht und/oder Kollaps“ auszulegen.
Verrechnungsvoraussetzung/ Verrechnungsausschluss	Für die Verrechenbarkeit ist nicht die Art der ergriffenen Maßnahmen maßgeblich, sondern der Zustand des Patienten, der zu einer Unterbrechung des Ordinationsbetriebes führen musste. Vorbeugende Maßnahmen (z.B. bei einer Kreislaufschwäche) rechtfertigen keine Verrechnung.
Persönliche Arztleistung	Die Maßnahmen hat jedenfalls der Zahnarzt selbst zu erbringen.
Medikamente	<p>Mit dem Tarif der Position 5 sind die dafür notwendigen Medikamente abgegolten (vergleiche Punkt 5 der allgemeinen Bestimmungen)</p> <p>Ausnahme: Für Erste-Hilfe-Leistung im Zusammenhang mit nicht zahnmedizinischen Leistungen (z.B. bei epileptischem Anfall) kann ein Medikament rezeptiert werden.</p> <p>Ist die Verabreichung einer therapeutischen Injektion (Pos. 41) notwendig, kann das injizierte Medikament gesondert auf Rezept verordnet werden.</p>

Pos. 6 .F1 - Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)

(siehe Z.4 der Erl.)

Pos. 7 .F2 - Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)

(siehe Z.4 der Erl.)

Pos. 8 .FM - Drei- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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 verursachende Materialien in Betracht. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert (begründete Ausnahmen sind nur bei Molaren zulässig). Die Positionen 7 und 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 Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

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

Materialien/Auswahl	Als Füllungsmaterialien gemäß den Erläuterungen können sämtliche CE-gekennzeichneten Materialien verwendet werden, wenn eine Mindesthaltbarkeit von 2 Jahren zu erwarten ist. Die Auswahl des geeigneten Materials – insbesondere im Hinblick auf die Füllungsausdehnung – liegt beim behandelnden Zahnarzt.
Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren von Füllungen ist Bestandteil der Füllungsleistung und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Drittelregelung	Die Positionen 7 und 8 sind verrechenbar, wenn die Füllung in der Länge (vertikal) oder Breite (horizontal) mindestens ein Drittel der angrenzenden Fläche erreicht.
Verrechnungsbeschränkung: 1 Füllung pro Fläche	Grundsätzlich ist innerhalb des Quartals pro Fläche nur eine Füllung verrechenbar und zwar auch dann, wenn eine andere Füllung in der Länge (vertikal) oder Breite (horizontal) mindestens ein Drittel der angrenzenden Fläche erreicht. Ausschließlich bei den Molaren 16, 17, 18, 26, 27 und 28 ist mit der Begründung „crista transversa“ eine weitere Füllung auf derselben Fläche verrechenbar. Ansonst nur bei begründeten Füllungswiederholungen (Wurzelbehandlung).
Begründung für Wiederholungen oder für weitere Füllungen auf derselben Fläche	Eine neuerliche Verrechnung einer Füllung auf derselben Fläche innerhalb der 2-Jahresfrist ist nur mit Begründung des Zahnarztes möglich. Es sei denn, die neuerliche Füllung umfasst eine vorher nicht versorgte Fläche.
Füllungen/Stumpfaufbauten	Ergänzungen von Dentin, die die Zahnoberfläche letztlich nicht wiederherstellen, sind nicht als Füllung verrechenbar.
Provisorische Füllung	Provisorische Füllungen sind eine Teilleistung der endgültigen Versorgung.

Füllungen auf außervertraglichen Leistungen	Reparaturen von außervertraglichen Zahnkronenoberflächen bzw. von Inlays oder Onlays sind grundsätzlich Privatleistung und können nicht als Vertragsfüllung verrechnet werden Ausnahme: Die Füllung als Reparatur erfolgt infolge einer Wurzelbehandlung.
Fissurenversiegelung	Für Fissurenversiegelung ist die vertragliche Verrechnung einer Füllung nicht zulässig.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 61, 71 und 81:

Kunststofffüllung in medizinischen Sonderfällen In Fällen, in denen aus medizinischen Gründen (z.B. bei nachgewiesener Allergie gegen Amalgame oder seine Bestandteile) Amalgame nicht verwendet werden dürfen, sind auch die Kunststofffüllungen im Seitzahnbereich als Vertragsleistung zu verrechnen - siehe BSK-Entscheidung vom 31. Oktober 2001; R1-BSK/00-13.

AEF/
Kunststofffüllung *Selber Tarif wie Kunststofffüllungen, AEF wird von der Kasse aber als interimistische Füllung angesehen. Daher Verrechnung von Kunststofffüllungen. (Kommentar des Autors)*

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 9 und 10:

Position 9 bzw. 10 und Füllungen Zusätzliche Füllungen zu Position 9 „Aufbau mit Höckerdeckung“ bzw. 10 „Eckenaufbau“, die durch natürliche Zahnschubstanz von der Höckerdeckung bzw. dem Eckenaufbau getrennt sind, können – unter Berücksichtigung der für Füllungspositionen geltenden Beschränkungen – im erbrachten Ausmaß verrechnet werden. In der Regel wird nur mehr eine Ein- oder Zweiflächenfüllung Platz haben.

15.2.21	13.1.2022	13.1.2022
----->		
26 F2 mo F2 od Crista transversa	26 F2 mo Crista transversa	F2 mo Sekundärkaries oder Füllung gebrochen
So verrechenbar	<i>So nicht verrechenbar - Füllung innerhalb von 2 Jahren mit dieser Begründung nicht wiederholbar</i>	So verrechenbar, da medizinische Begründung ok

15.2.21	15.2.21	15.2.21
36 F2 mo F2 db	36 FM mod F1 b	36 FM mod F2 db
So verrechenbar, wenn natürliche Zahnschubstanz zwischen den Füllungen vorhanden ist.	So verrechenbar	<i>So nicht verrechenbar, selbst wenn natürliche Zahnschubstanz zwischen den Füllungen vorhanden ist.</i>

15.2.2021	23.3.2021	23.5.21	23.5.21	21.1.22
----->				
36 FM mod	36 F2 od Füllung gebrochen	36 F2 od Füllung gebrochen	36 F2 od Sekundärkaries	36 F2 od Sekundärkaries
	<i>Füllung im selben Quartal nicht verrechenbar</i>	So verrechenbar	<i>Medizinisch nicht gerechtfertigt</i>	So verrechenbar

- Pos. 61 .K1 - Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)**
- Pos. 71 .K2 - Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)**
- Pos. 81 .KM - Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (siehe Z.4a der Erl.)**

Erläuterungen:

Ziffer 4a: Füllungen mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik gelegt, sind jedenfalls Vertragsleistung im Front- und Eckzahnbereich. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert. Die Positionen 71 und 81 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 Füllung ist nur mit Begründung verrechenbar. Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

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

Materialien/Auswahl	Als Füllungsmaterialien gemäß den Erläuterungen können sämtliche CE-gemerkte Materialien verwendet werden, wenn eine Mindesthaltbarkeit von 2 Jahren zu erwarten ist. Die Auswahl des geeigneten Materials – insbesondere im Hinblick auf die Füllungsausdehnung – liegt beim behandelnden Zahnarzt.
Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren von Füllungen ist Bestandteil der Füllungsleistung und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Säureadhäsivtechnik als Verrechnungsvoraussetzung	Wird das Komposite oder ein ähnliches Material mit der Säureadhäsivtechnik verarbeitet, sind die Positionen 61, 71 bzw. 81 zu verrechnen. Auch Dentinadhäsivtechnik ist eine Säureadhäsivtechnik. Erfolgt die Verarbeitung nicht mit der Säureadhäsivtechnik und verursachen die Materialien vergleichbare Herstellungskosten wie Amalgame, gelangen die Positionen 6, 7 bzw. 8 zur Verrechnung.
Schichttechnik	Ist bei einer ausgedehnten oder tiefen Füllung eine Mehrschichtung notwendig, darf keine Zuzahlung des Patienten verlangt werden. Wenn der Patient ausdrücklich eine Mehrschichtung in verschiedenen Farben aus kosmetischen Gründen wünscht und darüber aufgeklärt wurde, dass er eine medizinisch nach dem letzten Stand der Technik ausgeführte Füllung auch auf Kosten der Krankenkasse erhalten kann, ist die gesamte Füllung als Privatleistung zu verrechnen.
Drittelregelung	Die Positionen 71 und 81 sind verrechenbar, wenn die Füllung in der Länge (vertikal) oder Breite (horizontal) mindestens ein Drittel der angrenzenden Fläche erreicht.
Verrechnungsbeschränkung: 1 Füllung pro Fläche	Grundsätzlich ist innerhalb des Quartals pro Fläche nur eine Füllung verrechenbar und zwar auch dann, wenn eine andere Füllung in der Länge (vertikal) oder Breite (horizontal) mindestens ein Drittel der angrenzenden Fläche erreicht.

Begründung für Wiederholungen oder für weitere Füllungen auf derselben Fläche	Eine neuerliche Verrechnung einer Füllung auf derselben Fläche innerhalb der 2-Jahresfrist ist nur mit Begründung des Zahnarztes möglich. Es sei denn, die neuerliche Füllung umfasst eine vorher nicht versorgte Fläche.
Füllungen/Stumpfaufbauten	Ergänzungen von Dentin, die die Zahnoberfläche letztlich nicht wiederherstellen, sind nicht als Füllung verrechenbar.
Provisorische Füllung	Provisorische Füllungen sind eine Teilleistung der endgültigen Versorgung.
Füllungen auf außervertraglichen Leistungen	Reparaturen von außervertraglichen Zahnkronenoberflächen bzw. von Inlays oder Onlays sind grundsätzlich Privatleistung und können nicht als Vertragsfüllung verrechnet werden – Ausnahme: Die Füllung als Reparatur erfolgt infolge einer Wurzelbehandlung.
Fissurenversiegelung	Für Fissurenversiegelung ist die vertragliche Verrechnung einer Füllung nicht zulässig.
Kunststofffüllung in medizinischen Sonderfällen	In Fällen, in denen aus medizinischen Gründen (z.B. bei nachgewiesener Allergie gegen Amalgame oder seine Bestandteile) Amalgame nicht verwendet werden dürfen, sind auch die Kunststofffüllungen im Seitzahnbereich als Vertragsleistung zu verrechnen - siehe BSK-Entscheidung vom 31. Oktober 2001; R1-BSK/00-13.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 10:

Eckenaufbau und Füllungen Zusätzliche Füllungen zur Position 10 „Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante“, die durch natürliche Zahnschubstanz vom Eckenaufbau getrennt sind, können – unter Berücksichtigung der für Füllungspositionen geltenden Beschränkungen – im erbrachten Ausmaß (in der Regel Ein- oder Zweiflächenfüllung mit Komposite) verrechnet werden.

15.2.21	15.2.21	<i>15.2.21</i>
13 K2 mb K2 dl	13 KM mld K1 b	<i>13 KM mbd K2 dl</i>
So verrechenbar, wenn natürliche Zahnschubstanz zwischen den Füllungen vorhanden ist.	So verrechenbar	<i>So nicht verrechenbar</i>

15.2.2021	<i>23.3.2021</i>	23.5.21	<i>23.5.21</i>	21.1.22
13 KM mld	<i>13 K2 db</i>	13 K2 db	<i>13 K2 db</i>	13 K2 db
	<i>Füllung gebrochen</i>	Füllung gebrochen	<i>Sekundärkaries</i>	Sekundärkaries
	<i>Füllung im selben Quartal nicht verrechenbar</i>	So verrechenbar	<i>Medizinisch nicht gerechtfertigt</i>	So verrechenbar

- Pos. 62 .AE1 - Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitzahn-
bereich (siehe Z.4 der Erl.)**
- Pos. 72 .AE2 - Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitzahn-
bereich (siehe Z.4 der Erl.)**
- Pos. 82 .AM - Amalgamersetzende Drei- oder Mehrflächenfüllung im
Seitzahnbereich (siehe Z.4 der Erl.)**

Erläuterungen:

Ziffer 4b: Für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, Schwangere und stillende Mütter sind Füllungen amalgamfrei auszuführen, es sei denn, der Vertragszahnarzt/ die Vertragszahnärztin erachtet eine Behandlung mit Amalgam (Pos.Nr. 6, 7, 8) wegen der spezifischen medizinischen Erfordernisse bei dem jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin als zwingend notwendig (EU-VO 2017/852, Art 10 Abs 2). Als vertragliche Füllungsmaterialien kommen jeweils die aktuellen, die gleichen (indexiert zum 1. Juli 2018) Herstellungskosten verursachenden Glasionomerezemente in Betracht. Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Vorzeitige Wiederholungen von Füllungen sind nur mit Begründung verrechenbar (z.B. Abbruch einer Kante oder eines Höckers, Wurzelkanalbehandlung, Sekundärkaries). Ist eine indirekte bzw. direkte Pulpenüberkappung erforderlich, ist diese in der Füllung inkludiert. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert (begründete Ausnahmen sind nur bei Molaren zulässig) Die Positionen 72 und 82 sind verrechenbar, wenn die Füllung mindestens zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht. Die Schwangerschaft ist durch die Vorlage des Mutter-Kind-Passes nachzuweisen. Die Stillperiode wird grundsätzlich bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes (Nachweis durch Mutter-Kind-Pass) als gegeben angenommen.

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

Materialien/Auswahl	Als vertragliche Füllungsmaterialien kommen jeweils die aktuellen, die gleichen (indexiert zum 1. Juli 2018) Herstellungskosten verursachenden Glasionomerezemente in Betracht.
Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren von Füllungen ist Bestandteil der Füllungsleistung und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Drittelregelung	Die Positionen 72 und 82 sind verrechenbar, wenn die Füllung mindestens zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht.
Verrechnungs- beschränkung: 1 Füllung pro Fläche	Grundsätzlich ist innerhalb des Quartals pro Fläche nur eine Füllung verrechenbar und zwar auch dann, wenn eine andere Füllung in der Länge (vertikal) oder Breite (horizontal) mindestens ein Drittel der angrenzenden Fläche erreicht ausschließlich bei den Molaren 16, 17, 18, 26, 27 und 28 ist mit der Begründung „crista transversa“ eine weitere Füllung auf derselben Fläche verrechenbar. Ansonst nur bei begründeten Füllungswiederholungen (Wurzelbehandlung).*
Begründung für Wiederholungen oder für weitere Füllungen auf derselben Fläche	Eine neuerliche Verrechnung einer Füllung auf derselben Fläche innerhalb der 2-Jahresfrist ist nur mit Begründung des Zahnarztes möglich. Es sei denn, die neuerliche Füllung umfasst eine vorher nicht versorgte Fläche.

Verrechnungsbeispiele wie Pos 6-8.

* Bei Kindern gibt es auf Milchzähnen noch die Begründung „Milchzahn/Füllung ausgefallen“

Pos. 9 .Hö - Aufbau mit Höckerdeckung (siehe Z.5 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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; Säureätzttechnik und fotochemisches 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.

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

Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren eines Aufbaues mit Höckerdeckung ist Bestandteil der Vertragsleistung Position 9 und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Begründung für Wiederholung	Eine neuerliche Verrechnung eines Aufbaues mit Höckerdeckung innerhalb der 2-Jahresfrist ist nur mit Begründung des Zahnarztes möglich. Einen generellen Begründungskatalog gibt es nicht, die Begründungen des Zahnarztes werden im Einzelfall durch den Chefzahnarzt überprüft.
Zusätzliche Füllungen	Zusätzliche Füllungen zur Position 9, die durch natürliche Zahnschubstanz vom Höckeraufbau getrennt sind, können – unter Berücksichtigung der für Füllungspositionen geltenden Beschränkungen – im erbrachten Ausmaß verrechnet werden. In der Regel wird neben einer Höckerdeckung wohl nur mehr eine Ein- oder Zweiflächenfüllung Platz haben.
Stiftverankerung	Eine Stiftverankerung (Pos. 11) und ein Aufbau mit Höckerdeckung sind gemeinsam verrechenbar. Gegossene Stifte und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen.
Überkronung	Wenn zum Zeitpunkt der Höckerdeckung die Anfertigung einer Krone bereits vereinbart war, ist die Position 9 nicht verrechenbar (zeitlicher Zusammenhang mit Kronenanfertigung). Daraus folgt, dass auch ein Kronenprovisorium nicht als Aufbau mit Höckerdeckung abgerechnet werden kann. Im Übrigen ist ein Kronenprovisorium Teil der Kronenherstellung.

15.2.21	13.7.2021	13.1.2022	13.1.2022
----->			
----->			
----->			
26 F2 mo F2 od Crista transversa	26 Hö mdl Höckerbruch	26 Hö mbdb 26 Hö mdl 13.7.21/ Hö mbdb	26 Hö mdl Erneuter Höckerbruch
So verrechenbar	So verrechenbar	So verrechenbar, da medizinische Begrün- dung ok	So verrechenbar, da medizinische Begrün- dung ok

Pos. 92 .AEH - Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitzahnbereich (siehe Z.5b der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 5b: Für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, Schwangere und stillende Mütter sind Höcker amalgamfrei auszuführen, es sei denn, der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin erachtet eine Behandlung mit Amalgam (Pos.Nr. 9) wegen der spezifischen medizinischen Erfordernisse bei dem jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin als zwingend notwendig (EU-VO 2017/852, Art 10 Abs 2). Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist verrechenbar, wenn bei Prämolaren ein Höcker und bei Molaren mindestens zwei Höcker fehlen. Jeder erforderliche Wurzelkanalstift ist mit der Position 11 verrechenbar. Gegossene und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen. Pro Wurzelkanal ist maximal eine Stiftverankerung verrechenbar. Als vertragliches Material kommen jeweils die aktuellen, die gleichen (indexiert zum 1. Juli 2018) Herstellungskosten verursachenden Glasionomere-zemente in Betracht. Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Vorzeitige Wiederholungen von Aufbauten mit Höckerdeckung sind nur mit Begründung verrechenbar. Bei überkronten Zähnen sind Aufbauten mit Höckerdeckung im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar. Die Schwangerschaft ist durch die Vorlage des Mutter-Kind-Passes nachzuweisen. Die Stillperiode wird grundsätzlich bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes (Nachweis durch Mutter-Kind-Pass) als gegeben angenommen.

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

Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren eines Aufbaues mit Höckerdeckung ist Bestandteil der Vertragsleistung Position 92 und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Begründung für Wiederholung	Eine neuerliche Verrechnung eines Aufbaues mit Höckerdeckung innerhalb der 2-Jahresfrist ist nur mit Begründung des Zahnarztes möglich. Einen generellen Begründungskatalog gibt es nicht, die Begründungen des Zahnarztes werden im Einzelfall durch den Chefzahnarzt überprüft.
Zusätzliche Füllungen	Zusätzliche Füllungen zur Position 92, die durch natürliche Zahnschubstanz vom Höckeraufbau getrennt sind, können unter Berücksichtigung der für Füllungspositionen geltenden Beschränkungen im erbrachten Ausmaß verrechnet werden. In der Regel wird neben einer Höckerdeckung wohl nur mehr eine Ein- oder Zweiflächenfüllung Platz haben.
Stiftverankerung	Eine Stiftverankerung (Pos. 11) und ein Aufbau mit Höckerdeckung sind gemeinsam verrechenbar. Gegossene Stifte und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen.

Verrechnungsbeispiele wie Pos 9

Pos. 10 .Eck - Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn (siehe Z.6 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 6: Ein Eckenaufbau bzw. 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 Säureätzttechnik) anzufertigen. Die Haltbarkeit eines Ecken- und Schneidekantenaufbaues soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung eines Ecken- bzw. Schneidekantenaufbaues ist nur mit vorheriger Genehmigung des Krankenversicherungsträgers verrechenbar. Bei überkronten Zähnen sind Eckenaufbauten bzw. Schneidekantenaufbauten im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.

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

Materialien/ Auswahl	Ein Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante ist mit allen gebräuchlichen CE-gekennzeichneten Materialien anzufertigen, wenn eine Mindesthaltbarkeit von 2 Jahren zu erwarten ist. Auch wenn lichthärtende Materialien verwendet werden und/oder die Ätztechnik angewendet wird, ist eine private Aufzahlung nicht gestattet.
Einschleifen und Polieren	Das Einschleifen und/oder Polieren von Eckenaufbauten ist Bestandteil der Vertragsleistung nach Position 10 und nicht mit Position 21 „Einschleifen des natürlichen Gebisses“ verrechenbar.
Voraussetzbare Mindesthaltbarkeit	Die Voraussetzung der 2-jährigen Mindesthaltbarkeit eines Eckenaufbaues muss zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gegeben sein. Wenn zum Zeitpunkt der Leistungserbringung zu erwarten ist, dass die Mindesthaltbarkeit nicht gewährleistet werden kann, darf die Leistung mit der Kasse nicht verrechnet werden.
Wiederholung/ Genehmigung	Eine vorzeitige Wiederholung desselben Ecken- oder Schneidekantenaufbaues innerhalb von 2 Jahren ist nur nach vorheriger Genehmigung verrechenbar. Eine nachträgliche Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger kann nur in Einzelfällen auf Grund besonderer Dringlichkeit der unverzüglichen Anfertigung vor Genehmigung erfolgen. Wird die nachträgliche Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger abgelehnt, kann für diese Leistung nur dann eine Privathonorarnote ausgestellt werden, wenn der Patient im Vorhinein über die mögliche Ablehnung und die für ihn dann entstehende private Zahlungspflicht aufgeklärt wurde.
Begründung für Wiederholung	Einen generellen Begründungskatalog für vorzeitige Wiederholungen gibt es nicht, die Begründungen des Zahnarztes werden im Einzelfall durch den Chefzahnarzt überprüft.

Mehrere Kantendefekte	Die Ausdehnung der erbrachten Leistung ist zu bezeichnen (mesial, distal – bei Eckenaufbau; okklusal – bei Aufbau einer Schneidekante). Sollten bei einem Zahn zur gleichen Zeit die mesiale und die distale Ecke defekt sein, kann nur einmal die Position 10 mit der Kasse verrechnet werden, auch dann, wenn die Leistungen in mehreren Sitzungen erbracht werden.
Zusätzliche Füllung	Zusätzliche Füllungen zur Position 10, die durch natürliche Zahnschubstanz vom Eckenaufbau getrennt sind, können – unter Berücksichtigung der für die Füllungspositionen geltenden Beschränkungen – im erbrachten Ausmaß (in der Regel nur Ein- oder Zweiflächenfüllung mit Komposite) verrechnet werden.
Schichttechnik	Sollte eine Mehrschichtschichtung medizinisch notwendig sein, darf in diesem Fall nicht eine Zuzahlung des Patienten verlangt werden. Wenn der Patient ausdrücklich eine Mehrschichtschichtung in verschiedenen Farben aus kosmetischen Gründen wünscht und darüber aufgeklärt wurde, dass er einen medizinisch nach dem letzten Stand der Technik ausgeführten Eckenaufbau auch auf Kosten der Krankenkasse erhalten kann, ist der gesamte Eckenaufbau als Privatleistung zu verrechnen.
Überkronung	Wenn zum Zeitpunkt des Eckenaufbaues die Anfertigung einer Krone bereits vereinbart war, ist die Position 10 nicht verrechenbar (zeitlicher Zusammenhang mit Kronenanfertigung). Daraus folgt, dass auch ein Kronenprovisorium nicht als Eckenaufbau abgerechnet werden kann. Im Übrigen ist ein Kronenprovisorium Teil der Kronenherstellung.
Frasacorestauration	Der Aufbau einer Schneidekante mit einer Mindesthaltbarkeit von 2 Jahren mittels Frasacotechnik ist als Position 10 mit der Kasse zu verrechnen.

15.2.21	13.7.2021	13.1.2022	13.1.2022
----->			
----->			
----->			
12 Eck m K2 od	12 Eck s	<i>12 Eck d</i>	12 Eck d
	Eck m 15.2.21/Eck s	<i>Eck s 13.7.21/Eck d</i>	Siehe Bewilligung
So verrechenbar	So verrechenbar	<i>So nicht verrechenbar, da Eck m und d Teil der Schneidekante</i>	So verrechenbar, wenn der Antrag auf vorzeitige Erneuerung bewilligt wurde.
		<i>Antrag auf vorzeitige Wiederholung ist möglich</i>	Vorbezug und Begründung für den Bruch der Ecke auf dem Antrag eintragen

Pos. 11 .St - Stiftverankerung

Erläuterungen:

Ziffer 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 fotochemisches 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.

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

Anzahl der Stifte	Pro Zahnwurzel ist maximal eine Stiftverankerung verrechenbar.
Höckeraufbau	Eine Stiftverankerung und ein Aufbau mit Höckerdeckung (Pos. 9) sind gemeinsam verrechenbar. Gegossene und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen.

Pos. 12 .WA - WB-Amputation (siehe Z.7 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 7: Wird eine Wurzelbehandlung bei einem dreikanaligen Zahn nach der Kombinationsmethode durchgeführt, so ist die tatsächlich erbrachte Leistung zu verrechnen. Wurzelbehandlungen nach der Exstirpationsmethode werden dann als solche honoriert, wenn die Kanäle mindestens zu zwei Drittel abgefüllt sind. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung sind auch die derzeit üblicherweise verwendeten Arzneien – ausgenommen Antibiotika, Cortisone u. ä. – abgegolten. Zur Wurzelbehandlung ist röntgenschattengebendes Material zu verwenden. Wurde im Verlauf der letzten drei Monate die Pos. 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.

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

Leistungsdefinition	Eine WB-Amputation kann entweder als klassische Amputation mit Entfernung des Kronenpulpenkavuminhalts (in der Regel im Milchgebiss) verrechnet werden oder ausnahmsweise – in jenen Fällen, in denen der Kanal/die Kanäle aus anatomischen Gründen nicht bis zu zwei Drittel abgefüllt werden konnte(n) – für eine hohe Exstirpation.
Verrechnungsausmaß	Die Position 12 ist nur einmal pro Zahn und nicht pro Kanal verrechenbar; somit ist bei einem zwei- oder mehrkanaligen Zahn die WB-Amputation nur einmal in Rechnung zu stellen.
Arzneien	Mit dem Tarif sind alle Einlagen sowie Arzneien – ausgenommen Antibiotika und Cortisone u. ä. – abgegolten.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 32 „Incision eines Abszesses“ siehe Seite 38.

- Pos. 13 .W1 - WB-Exstirpation einkanalig** (siehe Z.7 der Erl.)
Pos. 14 .W2 - WB-Exstirpation zweikanalig (siehe Z.7 der Erl.)
Pos. 15 .W3 - WB-Exstirpation dreikanalig (siehe Z.7 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 7: Wird eine Wurzelbehandlung bei einem dreikanaligen Zahn nach der Kombinationsmethode durchgeführt, so ist die tatsächlich erbrachte Leistung zu verrechnen. Wurzelbehandlungen nach der Exstirpationsmethode werden dann als solche honoriert, wenn die Kanäle mindestens zu zwei Drittel abgefüllt sind. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung sind auch die derzeit üblicherweise verwendeten Arzneien – ausgenommen Antibiotika, Cortisone u. ä. – abgegolten. Zur Wurzelbehandlung ist röntgenshattengebendes Material zu verwenden. Wurde im Verlauf der letzten drei Monate die Pos. 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.

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

Leistungsdefinition	Eine WB-Exstirpation ist nur verrechenbar, wenn der Kanal (die Kanäle) mindestens bis zu zwei Drittel abgefüllt ist. Lege artis ist die vollständige Abfüllung anzustreben. Ist dies aus anatomischen Gründen nicht möglich, ist nur eine Position 12 „Wurzelamputation“ verrechenbar. Die Exstirpationsmethode ist eine Wurzelbehandlung von okklusal. Konnten in einer Sitzung trotz aller Sorgfalt des Zahnarztes nicht alle Kanäle gefunden werden, so ist die nachträgliche Behandlung (Abfüllung mindestens zu zwei Drittel) je nach der Anzahl der nachträglich behandelten Wurzeln als Position 13 oder 14 abrechenbar. Wurde ein 4-kanaliger Zahn (Nachweis durch Röntgenbild) behandelt, sind einmal die Position 15 und einmal die Position 13 abzurechnen. Können die Kanäle nicht zu zwei Drittel abgefüllt werden, ist automatisch die Position 12 verrechenbar.
Kombinationsmethode	Die Kombinationsmethode (Wurzelbehandlung und WB-Amputation) ist nur bei mindestens dreikanaligen Zähnen verrechenbar.
Retrograde Wurzelfüllung/ Apexversiegelung	Die retrograde Wurzelfüllung oder Apexversiegelung ist nicht in der Position 29 inkludiert.
Milchgebiss	Wurzelbehandlungen sind grundsätzlich auch im Milchgebiss möglich.
Röntgen-dokumentation	Aus medizinischen (zur Vermeidung von Folgeschäden durch Über- oder Unterfüllung oder via falsa) und forensischen Gründen ist die Anfertigung eines Abschlussröntgens nach erfolgter Wurzelbehandlung grundsätzlich notwendig. Ausnahmen: z.B. Schwangere, Weigerung des Patienten. Ist die Wurzelfüllung (mindestens zu zwei Drittel) in der Röntgendokumentation nicht – wie in den Erläuterungen verlangt – sichtbar, ist die Wurzelbehandlung nicht als Positionen 13 – 15 zu honorieren.
Ausnahmsweise Verrechnung einer Wiederholung	Eine Wiederholungsleistung ist demselben Zahnarzt nur auf Grund einer medizinischen Begründung zu honorieren.
Wiederholung bei Zahnarztwechsel	Im Falle eines Zahnarztwechsels ist dem 2. Zahnarzt die Wiederholungsleistung zu honorieren.
Arzneien	Mit dem Tarif für die Wurzelbehandlungen sind alle Einlagen sowie Arzneien – ausgenommen Antibiotika und Cortisone u. ä. – abgegolten.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 32:

Wurzelbehandlung und Pos. 32:

Neben Wurzelbehandlungen an vitalen Zähnen (Pos. 12 – 16) ist in derselben Sitzung für den selben Zahn die Position 32 „Incision eines Abszesses“ nicht gemeinsam verrechenbar – ausgenommen bei retrograd verursachter Pulpitis bei Taschenabszessen.

Pos. 16 .WU - WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen (siehe Z.7 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 7: Wird eine Wurzelbehandlung bei einem dreikanaligen Zahn nach der Kombinationsmethode durchgeführt, so ist die tatsächlich erbrachte Leistung zu verrechnen. Wurzelbehandlungen nach der Exstirpationsmethode werden dann als solche honoriert, wenn die Kanäle mindestens zu zwei Drittel abgefüllt sind. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung sind auch die derzeit üblicherweise verwendeten Arzneien – ausgenommen Antibiotika, Cortisone u. ä. – abgegolten. Zur Wurzelbehandlung ist röntgenschattengebendes Material zu verwenden. Wurde im Verlauf der letzten drei Monate die Pos. 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.

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

Leistungsdefinition/ Verrechnungsausmaß	Die Leistung WB-unvollendete ist als Vorbehandlung einer Wurzelbehandlung anzusehen und ist – maximal bis zu drei Sitzungen – bis zur definitiven Lösung (Wurzelkanalfüllung oder Zahnextraktion) verrechenbar.
Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jeweils mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Differenzberechnung zu WB-Exstirpation	Alle Positionen 16, die innerhalb von drei Monaten vor einer definitiven Wurzelbehandlung (Position 13 bis 15) am selben Zahn verrechnet wurden, sind abzuziehen.
Arzneien	Mit dem Tarif sind alle Einlagen sowie Arzneien – ausgenommen Antibiotika und Cortisone u. ä. – abgegolten.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 32 „Incision eines Abszesses“ siehe Seite 38.

15.2.21	13.7.2021	13.1.2022	13.1.2022
----->			
12 WU	12 W1 Rö	<i>37 WU</i>	37 W3 Rö
So verrechenbar	So verrechenbar So möglich Kontrollröntgen der Wurzelfüllung	<i>WU nicht verrechenbar, da Wurzelfüllung innerhalb von 3 Monaten</i>	So verrechenbar

15.3.21	13.4.2021
----->	
12 WU	12 W1 Rö
So verrechenbar	So verrechenbar, da Quartalswechsel Die WU wird über die Korrekturliste wieder gestrichen

Pos. 17 .NB - Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u.ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (siehe Z.8 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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.

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

Gesonderte Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jeweils mit Zahnarztkontakt, zu verstehen. Eine Nachbehandlung ist nur dann verrechenbar, wenn sie in einer neuerlichen Sitzung erfolgt.
Verrechnungsausmaß	Die Position 17 ist pro Quadrant und Anlassfall (= blutiger Eingriff in gesonderter Sitzung) maximal dreimal verrechenbar; auf die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ist besonders zu achten. <u>Beispiele:</u> Pos. 27 auf Zahn 18 und Pos. 30 auf Zahn 13 zu gesonderten Terminen. Wenn die Daten der einzelnen Eingriffe angegeben werden, liegen 2 Anlassfälle vor. Pos. 2 der Zähne 14, 15, 16 in einer Sitzung – nur ein Anlassfall. Wenn der blutige Eingriff im Vorquartal oder von einem anderen Zahnbehandler durchgeführt wurde, ist dies als Begründung anzuführen.
Mehr als drei Nachbehandlungen	Es können keine generellen therapeutischen Gründe für weitere Nachbehandlungen vorgegeben werden. Auf Grund der Begründungen durch den Zahnarzt und eines vorherigen Antrages auf Bewilligung sind ausschließlich Einzelfallentscheidungen durch die Kassen zu treffen. Werden die Daten der weiteren Nachbehandlungen angegeben, verzichten die Krankenversicherungsträger auf die schriftliche Antragstellung; in diesen Fällen genügt die Angabe der medizinischen Begründung bei der Abrechnung.
Zahnsteinentfernung	Zahnsteinentfernung bzw. Scaling ist im Sinne der Honorarordnung nicht als blutiger Eingriff zu werten. Nachbehandlungen nach diesen Leistungen sind daher nicht als Position 17 verrechenbar.
Nachträgliche Genehmigung	Eine nachträgliche Genehmigung für weitere Sitzungen kann nur dann erteilt werden, wenn vom Zahnarzt im Antrag nachvollziehbar dargelegt wird, dass die sofortige Durchführung der Nachbehandlung notwendig war. Generelle Begründungen können nicht vorgegeben werden.
Pos. 17 und Privatleistung	Eine Nachbehandlung, die bei lege artis Behandlung im Zusammenhang mit einer Privatleistung anfällt, ist grundsätzlich ebenfalls als außervertraglich anzusehen Ausnahme: bei Auftreten unvorhergesehener Komplikationen nach einer außervertraglichen Privatleistung, die eine zwingende Nachbehandlung erfordert, ist diese als Vertragsleistung zu verrechnen.
Anästhesie	Bei einer Nachbehandlung ist keine Anästhesie verrechenbar.
Pos. 17 neben anderen Wundbehandlungen	Erfolgt im Wundbereich eine andere höherwertigere chirurgische Leistung (z.B. Pos. 33 „Sequesterentfernung“) oder eine Position 18 „Blutstillung durch Tamponade“, liegt keine Nachbehandlung in gesonderter Sitzung vor und die Position 17 ist daher nicht verrechenbar.

Pos. 18 .BT - Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis

Erläuterung:

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

Gesonderte Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen. Eine Blutstillung durch Tamponade ist nur dann verrechenbar, wenn sie in einer neuerlichen Sitzung erfolgt.
Verrechnungsvoraussetzung	Die Position 18 ist grundsätzlich nur nach chirurgischen Leistungen oder nach blutenden Verletzungen verrechenbar.
Ereignis	Das Ereignis ist die Blutung einer auf einen Zahn bezogenen Wunde bzw. eine sonstige Verletzung (z.B. Zungenbiss).
Verrechnungsausmaß	Die Position 18 ist pro Sitzung und Ereignis nur einmal verrechenbar.
Verrechnungsausschluss mit Pos. 17	Neben der Position 18 ist in derselben Sitzung die Position 17 „Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen“ nicht verrechenbar.

13.1.20224	13.1.2022
36 Ex oder OZ	BT
12.30 Uhr	17:15 Uhr
Nachträglich bei der 2. Konsultation die Zeit als Begründung angeben	2. e-card Konsultation, dann verrechenbar

Pos. 19 .ZH - Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall (siehe Z.9 der Erl.)

Erläuterung:

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

Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Behandlungsfall/ Verrechnungsausmaß	Ein Behandlungsfall im Sinne der Position 19 umfasst die Behandlungen in einem Quartal; die Position 19 ist daher grundsätzlich maximal dreimal pro Quartal verrechenbar.
Genehmigungspflicht	Mehr als drei Sitzungen pro Quartal bedürfen der vorherigen Genehmigung des Krankenversicherungsträgers. Eine nachträgliche Genehmigung für weitere Sitzungen kann nur dann erteilt werden, wenn vom Zahnarzt im Antrag nachvollziehbar dargelegt wird, dass die sofortige Durchführung der Behandlung empfindlicher Zahnhäse notwendig war.
Kinderbehandlung	Die Verrechnung der Position 19 bei der Behandlung von Kindern bis zum 10. Lebensjahr ist unter Hinweis auf empfindliche Zahnhäse grundsätzlich nicht gerechtfertigt, da bei Kindern keine empfindlichen Zahnhäse anzunehmen sind – Ausnahme: z.B. kurative Fluoridierung nach Trauma.
Fluoridierung	Eine Fluoridierung im Sinne der Kariesprophylaxe ist eine außervertragliche Leistung.
KFO-Behandlung	Die Oberflächenbehandlung der Zähne, verursacht durch kieferorthopädische Behandlung, ist als Position 19 nicht verrechenbar.

Pos. 20 .Zst - Zahnsteinentfernung (siehe Z.10 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 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.

Leistungsdefinition	Zahnstein (Konkremente) umfasst alle harten supra- und subgingivalen Zahnbeläge; weicher Zahnbelag wie Plaque (Raucherbeläge usw.) ist kein Zahnstein, für dessen Entfernung ist richtiges Zähneputzen ausreichend.
Methoden	Die Position 20 deckt sämtliche anwendbaren Verfahren zur Entfernung von Zahnstein (Ultraschall, Scaler oder andere Handinstrumente) ab, da der Vertrag keine Methoden/Geräte/ Instrumente vorgibt.
Persönliche Arztleistung/ Delegierung	Arbeiten im Mund des Patienten obliegen insbesondere nach dem Gesamtvertrag ausschließlich des Zahnarztes; das Delegieren von zahnheilkundlichen Behandlungsleistungen – wie z.B. der Zahnsteinentfernung – an die zahnärztliche Assistentin stellt eine eindeutige Vertragsverletzung dar – siehe BSK-Entscheidung 10/94 vom 1. 2.1995.
10. Lebensjahr	Die Verrechenbarkeit der Position 20 in der Regel ab dem 10. Lebensjahr lässt einen Behandlungsbeginn grundsätzlich frühestens nach Ablauf des 9. Geburtstages des Kindes zu.

Pos. 21 .ES - Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen

Nur natürliche Zahnschubstanz	Die Position 21 ist nur verrechenbar, wenn natürliche Zahnschubstanz eingeschleift wird. Für das Einschleifen und Polieren von Zahnfüllungen sowie das Abschleifen von nicht natürlichen Zähnen ist daher die Position 21 nicht verrechenbar.
Kronen und Brücken	Das Einschleifen und Beschleifen natürlicher Zahnschubstanz im Zusammenhang mit Kronen und Brücken (Beschleifen vom Zahnstumpf oder Einschleifen des Gegenzahnes) ist Teil dieser Leistungen und nicht als Position 21 verrechenbar – Ausnahme: das Einschleifen des Gegenzahnes war vor der Bissnahme medizinisch notwendig.
Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Verrechnungsausmaß	Das maximale Verrechnungsausmaß mit bis zu drei Sitzungen bezieht sich auf das Quartal.

Pos. 22 .Pf - Wiedereinzementierung und Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle) (siehe Z.11 der Erl.)

Erläuterungen:

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

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

Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Technische Arbeiten	Unter technischen Arbeiten versteht man künstliche, vom Zahntechniker individuell hergestellte Zahnteile wie Kronen, Klammerzahnkronen, Brücken, Inlays, Onlays, gegossene Stifte und Facetten.
Wiedereinzementierung von außervertraglichen technischen Arbeiten	Die Pos. 22 ist als Wiedereinzementierung auch dann verrechenbar, wenn außervertragliche technische Arbeiten (Kronen, Brücken, unversehrte Facetten, Inlays, Onlays, gegossene Stifte) <u>wiedereinzementiert</u> werden müssen (ausgenommen außervertragliche Gewährleistungsfälle). Das erstmalige Einzementieren technischer Arbeiten ist mit dem Tarif für die jeweilige Hauptleistung abgegolten und nicht mit der Position 22 verrechenbar.
Abnahme	Die Position 22 ist als Abnahme verrechenbar, wenn es Ziel der Abnahme von technischen – noch feststehend verankerten – Arbeiten ist, dass unter der technischen Arbeit eine Vertragsleistung erfolgen kann. Nicht als Abnahme verrechenbar ist die Entfernung einer bereits gelockerten technischen Arbeit bzw. die gemeinsame Entfernung der technischen Arbeit mit dem Zahn (Position 2 und 30), es sei denn, es muss eine Trennung von einer verbleibenden feststehenden technischen Versorgung erfolgen oder die Abnahme der gelockerten Arbeit erfordert einen der Abnahme einer nicht gelockerten Arbeit entsprechenden Aufwand.
Pfeiler	Brückenzwischenglieder sind keine Pfeiler.
Verrechnungsausmaß	Die Position 22 kann pro Pfeiler und notwendigem Anlassfall grundsätzlich einmal als Abnahme und einmal als Wiedereinzementierung, insgesamt also maximal zweimal pro Pfeiler verrechnet werden.
Provisorien	Die Verrechenbarkeit der Position 22 stellt ausschließlich auf definitive Arbeiten ab; für provisorische Zementierungen bzw. Kronen- und Brückenprovisorien ist die Verrechnung unzulässig.
Wiederbefestigung von Brackets in Notfällen	Bei Nichterreichbarkeit des behandelnden Kieferorthopäden wird bei Wiederbefestigung von Brackets in Notfällen die Verrechnung der Position 22 akzeptiert.

Pos. 23 .Bst - Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen und ähnliche) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (siehe Z.8 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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.

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

Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Verrechnungsausmaß	Die Position 23 ist pro Quadrant und Quartal maximal dreimal verrechenbar.
Methoden/Softlaser	Die Position 23 deckt sämtliche Bestrahlungsverfahren – ausgenommen die Laserbestrahlung mit Softlaser – ab. Softlaser gilt nach Auffassung des Obersten Sanitätsrates als nicht wissenschaftlich abgesichert und ist bis zur Revision des OSR-Standpunktes daher keine Vertragsleistung. Für eine Softlaserbestrahlung erfolgt auch kein Kostenersatz.
Indikationen	Für die Verrechenbarkeit der Position 23 müssen als Indikationen entweder eine Knochenhautentzündung (= Periostitis) vorliegen oder ein blutiger Eingriff (= Operationsleistung) vorangegangen sein.
Nachträgliche Genehmigung	Eine nachträgliche Genehmigung für weitere Bestrahlungen wird von den Kassen nur in begründeten Einzelfällen erteilt, weil die Dringlichkeit in der Regel nicht gegeben ist.

Pos. 24 .Rö - Zahnrontgen (siehe Z.12 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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 **Zahnrontgenstatus**, so ist dies medizinisch zu begründen. Die Zahl der verrechenbaren Aufnahmen beim Zahnrontgenstatus ist mit zehn begrenzt. Ein Zahnrontgenstatus ist nur einmal jährlich verrechenbar. Neben einem Zahnrontgenstatus sind innerhalb eines Zeitraumes von drei aufeinander folgenden Monaten zusätzliche Aufnahmen nur bei Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion und Wurzelsuche, sonst nur mit besonderer Begründung, bewilligungsfrei verrechenbar. Weitere Aufnahmen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Krankenversicherungsträger. In begründeten Ausnahmefällen kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden. Innerhalb von zwölf Kalendermonaten nach Erbringung eines Panoramaröntgens kann ein Zahnrontgenstatus nicht verrechnet werden.

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

Verrechenbare Röntgenaufnahmen	In drei aufeinander folgenden Monaten, die nicht mit dem Verrechnungsquartal übereinstimmen müssen, sind bis zu fünf Röntgenaufnahmen ohne Begründung verrechenbar.
Röntgenstatus	Ein Röntgenstatus wird zur Schaffung des Überblickes beider Kiefer gebraucht und kann auch mit weniger als der maximal verrechenbaren Anzahl von 10 Aufnahmen erstellt werden. Innerhalb von 12 Kalendermonaten nach Erbringung eines Panoramaröntgens kann ein Zahnrontgenstatus nicht verrechnet werden.
Indikationen für Röntgenstatus	Ein Zahnrontgenstatus ist medizinisch zu begründen. Ein genereller Begründungskatalog für die Erstellung eines Röntgenstatus kann nicht vorgegeben werden.
Zusätzliche Aufnahmen bei Wurzelbehandlung	Neben einem Zahnrontgenstatus sind pro Wurzelbehandlung bis zu drei zusätzliche Aufnahmen zur ordnungsgemäßen Leistungserbringung bewilligungsfrei verrechenbar.
Röntgen bei Wurzelspitzenresektion/ Wurzelsuche	Bei Wurzelspitzenresektion bzw. Wurzelsuche ist in der Regel neben einem Zahnrontgenstatus jeweils nur eine zusätzliche Aufnahme bewilligungsfrei verrechenbar.
Sonstige Röntgenaufnahmen neben einem Status	Außer in Fällen einer Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion oder Wurzelsuche sind Röntgenaufnahmen neben einem Zahnrontgenstatus nur mit besonderer Begründung bewilligungsfrei verrechenbar. Ein genereller Begründungskatalog ist nicht möglich; jedenfalls nicht ausreichend als Begründung ist die Diagnose „akute Schmerzen“.
Keine Vorlage möglich bzw. unbrauchbare Aufnahmen	Kann ein Röntgenbild nicht vorgelegt werden oder ist es von unbrauchbarer Qualität, ist das Röntgenbild nicht zu honorieren.
Einsichtnahme durch die Kasse	Der Zahnarzt ist verpflichtet, der Kasse auf konkrete Anforderung Röntgenaufnahmen zu übermitteln – siehe Entscheidung der LBK Salzburg vom 29. Jänner 1993. Die Kasse wird dabei Bedacht auf § 29 Abs.3 des Ärztegesamtvertrages bzw. § 21 Abs.3 des Dentistengesamtvertrages nehmen.
Digitalrontgen	Grundsätzlich gibt der Vertrag nicht die Verwendung eines bestimmten Röntgengerätes vor; infolgedessen sind aussagekräftige Digitalrontgen nach dem Vertragstarif zu verrechnen. Die unveränderte Originalaufnahme ist sicherzustellen.

Pos. 25 .Pan - Panoramaröntgen (siehe Z.13 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 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 zwölf Kalendermonaten nach Erbringung eines Zahnärztlichen Status kann ein Panoramaröntgen nicht verrechnet werden.

Indikationen	Ein Panoramaröntgen ist medizinisch zu begründen. Ein genereller Begründungskatalog für die Erstellung eines Panoramaröntgens kann nicht vorgegeben werden.
Vorzeitige Wiederholungen	Die vorzeitige Wiederholung eines Panoramaröntgens innerhalb der Ausschlussfrist von 2 Jahren – bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr innerhalb eines Jahres – wird nur mit einer besonderen Begründung (z.B. Unfall) honoriert.
Keine Vorlage möglich bzw. unbrauchbare Aufnahmen	Kann ein Panoramaröntgen nicht vorgelegt werden oder ist es von unbrauchbarer Qualität, ist das Panoramaröntgen nicht zu honorieren.
Einsichtnahme durch die Kasse	Der Zahnarzt ist verpflichtet, der Kasse auf konkrete Anforderung Röntgenaufnahmen zu übermitteln – siehe Entscheidung der LBK Salzburg vom 29. Jänner 1993. Die Kasse wird dabei Bedacht auf § 29 Abs.3 des Ärztesgesamtvertrages bzw. § 21 Abs.3 des Dentistengesamtvertrages nehmen.
Digitalröntgen	Grundsätzlich gibt der Vertrag nicht die Verwendung eines bestimmten Röntgengerätes vor; infolgedessen sind aussagekräftige Digitalröntgen nach dem Vertragstarif zu verrechnen. Die unveränderte Originalaufnahme ist sicherzustellen.
Kieferorthopädie	Ein Panoramaröntgen ausschließlich im sachlichen Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung ist als Planungsleistung mit dem kieferorthopädischen Behandlungspauschale pro Jahr abgegolten – siehe LBK-Entscheidung für OÖ vom 22. Oktober 2001; LBK-OÖ 02/2001.
Außervertraglicher Zahnersatz	Ein Panoramaröntgen ausschließlich im sachlichen Zusammenhang mit einem außervertraglichen Zahnersatz ist ebenfalls als außervertraglich zu betrachten und nicht als Position 25 verrechenbar.

15.2.2020	<i>23.3.2021</i>	23.3.21	<i>23.5.21</i>	24.5.22
Pan	<i>Pan</i>	10 Rö	<i>17 Rö</i>	Pan
Herdverdacht	<i>Beurteilung Weisheitszähne</i>	Röntgenstatus und Herdsuche		Beurteilung Weisheitszähne
	<i>so nicht verrechenbar</i>	So verrechenbar	<i>So nicht verrechenbar</i>	So verrechenbar

Pos. 26 .Sto - Stomatitisbehandlung (pro Sitzung) (siehe Z.14 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 14: Stomatitisbehandlung kann **bis zu neun 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.

Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jedenfalls mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Taschenreinigung/ Spülung von Zahnfleischtaschen	Bei Entzündung der Mundschleimhaut ist die Taschenreinigung und die Spülung der Zahnfleischtasche mit der Position 26 zu verrechnen. Eine Taschenreinigung alleine ist nur im Falle einer unmittelbaren akuten Entzündung der Tasche als Position 26 verrechenbar.
Medikamenten- verordnung	Für die bloße Verschreibung eines Medikamentes ist die Position 26 nicht verrechenbar.
Indikation für weitere Sitzungen	Die Verrechnung weiterer Sitzungen über das zulässige Ausmaß hinaus ist grundsätzlich nur mit vorheriger Bewilligung des Krankenversicherungsträgers in medizinischen Ausnahmefällen zulässig. Bei Epileptikern, Leukämiepatienten, Aidspatienten und bei Patienten mit sonstigen Immunschwächekrankheiten wird von der vorherigen Bewilligung abgesehen. Eine diesbezügliche Begründung ist anzuführen.
Behandlung von blutendem Zahnfleisch	Die Position 26 ist nicht verrechenbar, wenn im Zuge einer Therapie eine Blutung des Zahnfleisches auftritt und diese behandelt wird (z.B. mit Wasserstoff).
Prothesenreparatur	Die technische Beseitigung einer Prothesendruckstelle kann nicht als Position 26 verrechnet werden. Wenn aber eine entzündliche Stelle im Mund (z.B. auf Grund einer Druckstelle) unmittelbar behandelt wird, ist dafür die Position 26 verrechenbar.

Pos. 27 .RZ - Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.15 der Erl.)

Erläuterungen:

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

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

Definition/ Verrechnungsaus- schluss	Ein Zahn ist dann als retiniert zu bezeichnen, wenn ein Hindernis seinem Durchbruch entgegensteht.
Röntgendokument	Für die Verrechenbarkeit der Position 27 muss ein präoperatives Röntgenbild vorliegen; dieses ist der Kasse auf konkrete Anfrage zu übermitteln.
Pos. 27 und Zystenoperation	Die gleichzeitige Verrechnung der Position 27 mit der Position 28 „Zystenoperation“ ist im Bereich desselben Zahnes zulässig, wenn tatsächlich eine Zyste (Definition siehe Position 28) operativ entfernt wurde.
Pos. 27 und Incision ei- nes Abszesses	Neben der Position 27 ist im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung die Position 32 „Incision eines Abszesses“ nicht verrechenbar. Wenn die Incision an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 27 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.

Korrespondierende Auslegung zu Pos. 37 „Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik“ siehe Seite 42.

**Pos. 28 .Zy - Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zysten-
auskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine
Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
sowie allfälliger Einsendung des Materials zur
histologischen Untersuchung (siehe Z.16 der Erl.)**

Erläuterungen:

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

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

Definition einer Zyste	Eine Zyste ist ein Hohlraum im Knochen mit einer glatt begrenzten Knochenwand. Sie muss im Röntgen eindeutig erkennbar sein. Eine Schleimhautretentionszyste (Ranula) stellt keine Zyste im Sinne dieser Position dar; ihre Entfernung ist daher mit der Position 31 „Operation kleiner Geschwülste“ zu verrechnen.
Follikelentfernung	Die Entfernung eines pathologisch nicht veränderten Zahnsäckchens (Follikel) kann nicht mit der Position 28 verrechnet werden.
Röntgendokument	Für die Verrechenbarkeit der Position 28 muss ein präoperatives Röntgenbild vorliegen; dieses ist der Kasse auf konkrete Anfrage zu übermitteln.
Verrechnung pro Zyste	Die Position 28 ist für jede gesondert entfernte Zyste verrechenbar. Daraus folgt: <ul style="list-style-type: none"> • Bei zwei dokumentierten nicht zusammen gewachsenen Zysten kann die Position 28 zweimal verrechnet werden • Bei zusammengewachsenen Zysten kann die Position 28 nur einmal verrechnet werden.
Pos. 28 und Entfernung eines retinierten Zahnes	Die Verrechnung der Position 27 „Entfernung eines retinierten Zahnes“ mit der Position 28 ist im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung ausnahmsweise nur dann zulässig, wenn tatsächlich eine Zyste (und kein Follikel) operativ entfernt wurde.
Pos. 28 und operative Entfernung eines Zahnes	Neben der Position 28 ist die Position 30 „Operative Entfernung eines Zahnes“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar. Weil der operative Mehraufwand bereits durch die Position 28 abgegolten ist, kann für die Zahnentfernung nur die Position 2 verrechnet werden.
Pos. 28 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 28 ist die Position 32 „Incision eines Abszesses“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar. Wenn die Incision an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 28 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.
Pos. 28 und Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	Neben der Position 28 ist die Position 37 „Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar.
Probeexzision/ Portokosten	Im Tarif der Position 28 sind eine allfällige Probeexzision und die Portokosten für die Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung inkludiert.
Histologische Untersuchung	Die Kosten der histologischen Untersuchung sind nicht im Tarif der Position 28 inkludiert. Ein histologischer Befund ersetzt nicht das Abrechnungserfordernis der Röntgendokumentation.

Pos. 29 .WSR - Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Erläuterung:

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

Verrechnungsausmaß	Die Position 29 ist grundsätzlich einmal pro Wurzelspitze verrechenbar Ausnahme: Bei Vorliegen eines Rezidivs kann in Ausnahmefällen nach ausführlicher Falldokumentation die Position 29 ein weiteres Mal verrechnet werden.
Retrograde Wurzelfüllung/ Apexversiegelung	Die retrograde Wurzelfüllung oder Apexversiegelung ist nicht in der Position 29 inkludiert.
Pos. 29 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 29 ist im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung die Position 32 „Incision eines Abszesses“ nicht verrechenbar. Wenn die Position 32 an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 29 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.
Pos. 29 und Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	Neben der Position 29 ist im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung die Position 37 „Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik“ nicht verrechenbar.
Pos. 29 und Pos. 39	Mit der Position 29 kann in derselben Sitzung – bei örtlichem Zusammenhang – die Position 39 „Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation“ nicht verrechnet werden.

Pos. 30 .OZ - Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.17 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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.

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

Definition	Auch eine operative Teilentfernung eines Zahnes ist eine operative Entfernung eines Zahnes nach Position 30.
Hemisektion	Unter Hemisektion versteht man eine operative Entfernung einer Zahnhälfte (mit Wurzel), wobei die verbleibende Zahnwurzel mit einem hohen Aufwand erhalten werden muss. Diese Hemisektion ist nicht Vertragsleistung.
Abgrenzung Hemisektion zur Teilextraktion	Wenn die nicht erhaltungsfähige Zahnhälfte (allenfalls mit Wurzel) nur mit einer einfachen Hebelwirkung entfernt werden kann, liegt eine Teilextraktion nach Position 2 vor.
Wurzelrest	Bei der Entfernung eines mit Schleimhaut bedeckten Wurzelrestes ist die Position 30 und nicht die Position 27 „Entfernung eines retinierten Zahnes“ verrechenbar.
Pos. 30 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 30 ist die Position 32 „Incision eines Abszesses“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar. Wenn die Incision an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 30 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.

Pos. 31 .Gop - Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung

Erläuterung:

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

Geschwülste	Die Position 31 umfasst verschiedene Geschwulstarten in der Mundhöhle, wie Lipome, Leukoplakie, Ranula, etc.
Verrechnungsausmaß	Die Position 31 ist für die chirurgische Entfernung von Geschwülsten im unmittelbaren Zusammenhang nur einmal verrechenbar.
Probeexzision/ Portokosten	Im Tarif der Position 31 sind eine allfällige Probeexzision und die Portokosten für die Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung inkludiert.
Histologische Untersuchung	Die Kosten der histologischen Untersuchung sind nicht im Tarif der Position 31 inkludiert.
Pos. 31 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 31 ist die Position 32 „Incision eines Abszesses“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar. Wenn die Position 32 an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 31 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.
Pos. 31 und Pos. 34	Neben der Position 31 ist im Bereich desselben Zahnes bzw. bei derselben Lokalisation im zeitlichen Zusammenhang (jedenfalls nicht im selben Quartal) die Position 34 „Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung“ nicht zusätzlich verrechenbar, weil in einem solchen Fall die Position 34 eine Verbesserungsmaßnahme einer nicht ausreichenden Operation kleiner Geschwülste darstellt.

Pos. 32 .li - Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.18 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 18: Die Position 32 ist in derselben Sitzung nicht neben der Position 36 „Trepanation eines Kieferknochens“ verrechenbar.

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

Verrechnungsausmaß Wiederholung	Die Position 32 ist einmal pro Abszess und nicht pro Schnitt verrechenbar. Eine Wiederholung beim selben Abszess ist nur in ausführlich dokumentierten Einzelfällen verrechenbar.
Pos. 32 und Pos. 27 Pos. 28 Pos. 29 Pos. 30 Pos. 31 Pos. 34 Pos. 36	Die Position 32 ist neben den nachstehend angeführten Leistungspositionen <ul style="list-style-type: none"> • 27 „Entfernung eines retinierten Zahnes“, • 28 „Zystenoperation“, • 29 „Wurzelspitzenresektion“, • 30 „Operative Entfernung eines Zahnes“, • 31 „Operation kleiner Geschwülste“, • 34 „Entfernung vom Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschen-abtragung“ und • 36 „Trepanation eines Kieferknochens“ in derselben Sitzung im Bereich desselben Zahnes bzw. bei derselben Lokalisation inkludiert. Wenn die oben angeführten Leistungen und die Position 32 an verschiedenen Tagen erbracht wurden, ist die jeweils erbrachte Leistung zu verrechnen, wobei das Datum angegeben werden soll.
Pos. 32 und Wurzelbehandlungen	Die Position 32 ist in derselben Sitzung für denselben Zahn nicht gemeinsam mit Wurzelbehandlungen an vitalen Zähnen (Pos. 12 – 16) verrechenbar – ausgenommen bei retrograd verursachter Pulpitis bei Taschenabszessen.
Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jeweils mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.

Pos. 33 .KK - Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.19 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 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.

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

Leistungsdefinition/ Verrechnungsausmaß	Die Position 33 ist eine Bündel-Position mit drei unterschiedlichen Leistungssegmenten. Die Position 33 ist pro Quadrant und Quartal maximal einmal als Kieferkammkorrektur (siehe dazu die folgenden Auslegungen) oder/und einmal als operative Sequesterentfernung oder/und in der Regel maximal dreimal als chirurgische Wundrevision bei dolor post verrechenbar.
Begründung	Eine Begründung ist dann notwendig, wenn die Position 33 öfters als einmal im Quartal verrechnet wird. Die Begründungspflicht bezieht sich auf alle drei Leistungsteile und umfasst jedenfalls die Angabe der Art und der Region der Leistung.

Für den Leistungsbereich Kieferkammkorrektur gilt:

Erläuterung bei Kieferkammkorrektur	Die Ziffer 19 der Erläuterungen bezieht sich nur auf die Leistung Kieferkammkorrektur.
Kieferkammkorrektur bei linguale Exostose	Die Position 33 als Kieferkammkorrektur ist bei linguale Exostose verrechenbar.
bei Dekortikation	Eine Freilegung eines Zahnes aus kieferorthopädischen Gründen ist nicht als Kieferkammkorrektur verrechenbar
bei Implantatsetzung	Die Position 33 als Kieferkammkorrektur ist als Maßnahme für eine Implantatsetzung nicht gesondert verrechenbar und ist Bestandteil der Hauptleistung.

Pos. 34 .Sta - Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Erläuterung:

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

Leistungsdefinition	Der Vertragstext dieser Position ist als „Entfernung von Schleimhautwucherungen und/oder chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten“ auszulegen. Die Position 34 umfasst alle chirurgischen Methoden, nicht jedoch chemische Methoden.
Verrechnungsausmaß	Die Position 34 ist einmal pro Quadrant und Quartal verrechenbar; bei mehrfacher Verrechnung pro Quartal im selben Quadranten ist eine Begründung anzugeben.
Indikationen	Die Verrechnung der Position 34 ist bei folgenden Gegebenheiten zulässig, z.B: im Zusammenhang mit einer Füllungstherapie nur in jenen Fällen, in denen zum Legen der Füllung die Abtragung der hyperplastischen Schleimhaut unerlässlich ist. Durchbrechende Weisheitszähne (Dentitio difficilis, Keilexcision) bzw. Molaren bei Durchbruchshindernis und operative Zahnfleischabtragung bzw. Entfernung von Schleimhautkapuze bei Weisheitszähnen Taschenbehandlung mit Elektrotom und (elektro)chirurgische Gingivaabtragung/Gingivektomie Entfernung von Gingivahyperplasien und Schleimhaut- oder Gewebswucherungen
Kronenversorgung	Die Entfernung einer Tasche ist nur dann verrechenbar, wenn sie auch ohne Kronenversorgung notwendig wäre. Die Vorbereitung des Zahnfleisches für eine Kronenversorgung ist nicht als Position 34 zulässig.
Definition Curettage	Das bloße Auskratzen entzündlicher Taschen, das Reinigen einer Tasche, eine Wurzelglättung oder ein „deep scaling“ entsprechen nicht einer Taschenabtragung im Sinne der Position 34; es handelt sich dabei um außervertragliche Leistungen.
Pos. 34 und Operation kleiner Geschwülste	Die Position 34 ist neben der Position 31 „Operation kleiner Geschwülste“ im Bereich desselben Zahnes bzw. bei derselben Lokalisation im zeitlichen Zusammenhang (jedenfalls nicht im selben Quartal) nicht zusätzlich verrechenbar, weil in einem solchen Fall die Position 34 eine Verbesserungsmaßnahme einer nicht ausreichenden Operation kleiner Geschwülste darstellt.
Pos. 34 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 34 ist die Position 32 „Incision eines Abszesses“ im Bereich desselben Zahnes bzw. bei derselben Lokalisation in derselben Sitzung nicht verrechenbar. Wenn die Incision an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 34 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.

Pos. 35 .BN - Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in der selben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)

Erläuterung:

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

Definition Sitzung	Unter einer Sitzung ist entweder ein eigener Ordinationsbesuch oder eine Visite, jeweils mit Zahnarztkontakt, zu verstehen.
Verrechnungsgrundsatz Quadrant/Extraktion	Bei zwei oder mehr innerhalb eines Quadranten pro Sitzung gezogenen Zähnen ist die Position 35 nur einmal verrechenbar.
Pos. 35 und Extraktion	Im Regelfall ist nach einer Extraktion die Wundversorgung in der Position 2 „Extraktion eines Zahnes“ inkludiert. Lediglich in den Fällen, in denen eine Blutstillung nur durch Naht erreicht werden kann, kann die Position 35 in derselben Sitzung als gesonderte Leistung verrechnet werden.

Pos. 36 .TK - Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Erläuterung:

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

Leistungsbeschreibung	Die Trepanation eines Kieferknochens stellt keine abgeschlossene Behandlung dar, sondern entspricht „einen Druck ablassen“ (Erste Hilfe).
Verrechnungsausmaß	Die Position 36 ist grundsätzlich nur in Einzelfällen gerechtfertigt.
Position 36 und Incision eines Abszesses	Neben der Position 36 ist im Bereich desselben Zahnes bzw. bei derselben Lokalisation in derselben Sitzung die Position 32 „Incision eines Abszesses“ nicht verrechenbar. Wenn die Incision an einem anderen Tag erbracht wird, ist sie neben der Position 36 verrechenbar, wobei das Datum angegeben werden soll.

Pos. 37 .EK - Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z.20 der Erl.)

Erläuterungen:

Ziffer 20: Die Position 37 ist nicht neben den Positionen 28 „Zystenoperation“ und 29 „Wurzelspitzenresektion“ verrechenbar.

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

Verrechnungsgrundsatz und Verrechnungsausmaß	Die Position 37 ist ausschließlich im Oberkiefer verrechenbar. Eine Wiederholung im selben Quadranten ist zu begründen.
Pos. 37 und Entfernung eines retinierten Zahnes	Die gemeinsame Verrechnung der Position 37 und der Position 27 „Entfernung eines retinierten Zahnes“ ist nur dann gerechtfertigt, wenn die Kieferhöhle nachvollziehbar eröffnet war und nachvollziehbar durch eine Lappenoperation verschlossen wurde.
Pos. 37 und Zystenoperation	Neben der Position 37 ist die Position 28 „Zystenoperation“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar.
Pos. 37 und Wurzelspitzenresektion	Neben der Position 37 ist die Position 29 „Wurzelspitzenresektion“ im Bereich desselben Zahnes in derselben Sitzung nicht verrechenbar.

Pos. 38 .SKB - Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Erläuterung:

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

Verrechnungsausmaß	Die Position 38 ist maximal einmal pro Quadrant und Quartal verrechenbar.
Voraussetzung Un-/Teilbeziehung	Eine Verrechnung der Position 38 ist nur im teil- oder unbezahnten Kiefer zulässig.

Pos. 39 .LWZ - Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie

Erläuterung:

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

Verrechnungsgrundsatz	Die Position 39 kann pro Bändchen verrechnet werden.
Pos. 39 und Wurzelspitzenresektion	Die Position 39 kann nicht in derselben Sitzung – bei örtlichem Zusammenhang – mit der Position 29 „Wurzelspitzenresektion“ verrechnet werden.

Pos. 40 .R - Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
(siehe Z.21 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 21: Die verwendeten Narkosemittel sind zum Selbstkostenpreis verrechenbar.

Facharztüberwachung	Lege-artis ist eine Kurz(Rausch)narkose von einem Facharzt für Anästhesie zu überwachen.
----------------------------	--

Pos. 41 .ThI - Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei) (siehe Z.22 der Erl.)

Erläuterung:

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

Verrechnungsvoraussetzung Bewilligung	Die Position 41 ist grundsätzlich nur nach vorheriger Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger verrechenbar. Eine nachträgliche Genehmigung kann nur dann erteilt werden, wenn vom Zahnarzt im Antrag nachvollziehbar dargelegt wird, dass die sofortige Durchführung der therapeutischen Injektion notwendig war. Generelle Begründungen können nicht vorgegeben werden.
--	--

Pos. 65 .MH - Mundhygiene (für Kinder und Jugendliche vom 10. bis 18. Lebensalter) (siehe Z.23 der Erl.)

Erläuterung:

Ziffer 23: Mundhygiene (für Kinder und Jugendliche vom 10. bis 18. Lebensalter) ist an die vorherige Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger gebunden (e-card Konsultation: Mundhygiene allgemein oder Mundhygiene festsitzende Zahnspange)

Verrechnungsvoraussetzung Bewilligung	Die Position 65 ist grundsätzlich nur nach vorheriger Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger verrechenbar. e-card Konsultation: Mundhygiene allgemein oder Mundhygiene festsitzende Zahnspange Verrechenbar für Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 10. und dem vollendeten 18. Lebensjahr. Bei Kindern und Jugendlichen, die laufend in einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten sind, ist die Leistung zweimal innerhalb eines Jahres verrechenbar, wobei zwischen den Leistungen mindestens sechs Monate zu liegen haben; ansonsten einmal innerhalb eines Jahres.
Leistungsbeschreibung	Die Leistung umfasst die: <ul style="list-style-type: none"> • bedarfsorientierte Information und Aufklärung über Zahn- und Zahnfleischerkrankungen und deren Vermeidung, Ernährungsberatung/-lenkung, Kurzintervention, • bedarfsorientierte Motivation bzw. Remotivation (Nutzenfindung für den Patienten/die Patientin), • bedarfsorientierte Evaluierung der Putztechnik und der Interdentalraumreinigung inkl. Plaque- bzw. Biofilmfärbung, • bedarfsorientierte Instruktion zur effektiven häuslichen Zahnpflege, Demonstration von Putztechniken und deren Schwachstellen und der Interdentalraumreinigung, • professionelle, bedarfsorientierte Zahnreinigung (Entfernung der supragingivalen Zahnbeläge mit entsprechender Methode), • medizinisch notwendige Fluoridierung und Spülung.
Persönliche Arztleistung/ Delegierung	Unbeschadet des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin können Angehörige der zahnärztlichen Assistenz (ZAss) mit einer Weiterbildung zur Prophylaxeassistentin (PAss) zur Erbringung dieser Leistung, entsprechend den jeweils für PAss geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen, herangezogen werden. Es ist sicherzustellen, dass die PAss in die Haftpflichtversicherung des Behandlers eingeschlossen ist.

15.2.2020	16.2.2021	16.2.22	17.8.21
<p style="text-align: center;">-----> -----> -----></p>			
MH	MH	MH	MH
Mundhygiene allgemein Positive e-card Konsultation	Mundhygiene allgemein Positive e-card Konsultation	Mundhygiene allgemein Negative e-card Konsultation	Mundhygiene festsitzende Zahnspange Positive e-card Konsultation
So verrechenbar	So verrechenbar	So nicht verrechenbar Keine 12 Monate zwischen den Leistungen	So verrechenbar

Prothesenreparaturen

- Rep. a) Platte gesprungen oder gebrochen oder Wiederbefestigung eines Zahnes oder einer Klammer.**
- Rep. b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer oder Erweiterung um einen Zahn oder Anbringung eines Saugers oder künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)**
- Rep. c) 2 Leistungen a) oder 2 Leistungen b) oder gleichzeitig Leistung a) und b).**
- Rep. d) Mehr als zwei Leistungen wie vorstehend oder totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes oder eines Obturators**
- Rep. e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke**

Bemerkung: Es ist ratsam den Patienten vor der Reparatur darauf hinzuweisen, dass er einen Patientenanteil zu entrichten hat, um den Eindruck zu vermeiden, dass vermeintlich kostenfreie Kassenleistungen im Nachhinein etwas kosten.

Für Sofortreparaturen – der Patient wartet auf die Fertigstellung der Reparatur, die Prothese muss mit dem Taxi in das Labor gebracht werden – darf nach entsprechender Aufklärung des Patienten und mit dessen Einverständnis ein Expresszuschlag privat verrechnet werden. Wenn der Patient die Prothese nicht dringend braucht, ist die Verrechnung eines Expresszuschlages unzulässig.

Werden OK-Teilprothesen nach Entfernen/Verlust des letzten Zahnes zu einer Totalprothese umgebaut (ganzer Gaumen), so kann neben einer Rep. b) (bei Ersatz von 2 oder mehr Zähnen – Rep. c) oder Rep. d)) auch eine Rep. e) verrechnet werden. Bei UK-Teilprothesen kann nach Ergänzen des Zahnes/der Zähne neben den oben genannten Reparaturen auch eine Rep. e) verrechnet werden, wenn dies erforderlich war und durchgeführt wurde.

Mehrere Sprünge einer Prothese können pro Anlassfall nur als eine Rep. a) verrechnet werden!

- Rep. x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe**
- Rep. y) Entweder zwei Leistungen x) oder Reparatur des Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer**
- Rep. z) Mehr als zwei Leistungen x) oder y) oder eine Erweiterung der Metallbasis**

Bemerkung: Es ist ratsam den Patienten vor der Reparatur darauf hinzuweisen, dass er einen Patientenanteil zu entrichten hat, um den Eindruck zu vermeiden, dass vermeintlich kostenfreie Kassenleistungen im Nachhinein etwas kosten.

Werden bei Metallgerüstprothesen auch Kunststoffteile ergänzt oder repariert, so sind neben den Leistungen x) - z) auch Leistungen a) - d) verrechenbar.

Der Unterschied der Rep. b) und Rep. x) einer Klammer besteht darin, dass es sich im ersten Fall um eine gebogen Drahtklammer aus einem Kunststoffteil, im zweiten Fall um eine Gussklammer handelt.

- Rep. 1) Rep. KFO: Bruch, Sprung, Ers. Drahtelement**
- Rep. 2) Rep. KFO: Unterfütterung oder Erweiterung**
- Rep. 3) Rep. KFO: Labialbogen, Ers. Dehnschraube**

Prothetik

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

Ziffer 5: „Vertragsleistung ist jener Zahnersatz, der die medizinische und funktionelle Wiederherstellung der Kautätigkeit 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.“

Ziffer 6: „Werden auf Wunsch des Patienten Leistungen durchgeführt, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen (z. B. myofunktionelle Vorbehandlung, gnathologische Vorbehandlung, mehrfacie 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.“

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

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

Bemerkung: „Patientenanteile in dem in der Krankenordnung vorgesehenen Ausmaß sind zu den prothetischen Behandlungsleistungen durch den behandelnden Vertragszahnarzt tunlichst bei Behandlungsbeginn einzuheben. Zahlt ein Anspruchsberechtigter diesen Patientenanteil nicht, so kann der Vertragszahnarzt nach dreimaliger erfolgloser Mahnung mit eingeschriebenem Brief den Patientenanteil zum nächsten Abrechnungstermin mit gesondertem Beleg beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen.“

Als „gesonderter Beleg“ ist eine Kopie des Mahnschreibens mit den beigehefteten drei Postbestätigungen der Einschreibsendung anzusehen. Damit erhält der Vertragsarzt auch den Patientenanteil von der Krankenkasse, die nun ihrerseits ihre Forderung beim Patienten eintreibt.

Neben der Spalte „Beantragte Leistung“ befindet sich eine weitere Spalte „Abrechnung“, die ebenfalls auszufüllen ist. Kleine Abweichungen zur Spalte „Beantragte Leistung“ (wie etwa ein zusätzlicher oder ein weggelassener Zahn) können hier vermerkt werden.

Nach Eingliederung der Prothese ist die Übergabe durch den Patienten mit seiner Unterschrift zu bestätigen! Ohne Unterschrift des Patienten erfolgt keine Honorierung.

Totale Kunststoffprothese zur Dauerversorgung

Die totale Kunststoffprothese zur Dauerversorgung ist mit folgenden Leistungen definiert:

- 1) Erstuntersuchung mit Anamnese, Erstabdruck
- 2) Zweitabformung mit individuellem Löffel zur Herstellung von Meistermodellen
- 3) Bissnahme
- 4) Einartikulierung der Meistermodelle in ein geeignetes Gerät
- 5) Aufstellungsprobe
- 6) Eingliederung der fertigen Prothese, Kontrolle
- 7) Information und Instruktion des Patienten über Handhabung, Reinigung und Pflege des Zahnersatzes
- 8) Nachkontrollen

Außervertragliche Leistungen sind z.B.:

- a) Vorbehandlungen
 - gnathologisch
 - myofunktionell
- b) Remontage I
- c) für den Patienten sichtbare Leistungen
 - kosmetische Mehrfachaufstellung
 - gegossene Metallbasis
 - Goldfacetten, Goldinlays
 - individuell gebrannte Porzellanzähne

Hybridprothesen eignen sich zur Dauerversorgung, die darunter befindlichen Kronen werden jedoch nicht als Klammerkrone angesehen und werden daher nicht als solche bewilligt.

Immediatprothese – Kunststoff-Prothese zum alten Tarif

Nach erfolgter Wundheilung kann bei einem zahnlosen Kiefer der Antrag auf eine Totalprothese zur Dauerversorgung gestellt werden. Allgemeine Richtlinien, wie lange die Wundheilung dauert, gibt es nicht; dies muss der Zahnbehandler jeweils individuell von Fall zu Fall entscheiden. Grundsätzlich gilt: Der Antrag für eine Prothese zur Dauerversorgung sollte keinesfalls gleichzeitig mit dem der Immediatprothese/Sofortersatz (1 Platte / 14 Zähne) gestellt werden. Als Faustregel kann gelten, dass die Dauerversorgung mindestens drei Monate nach der Immediatprothese erfolgen sollte. Nach Serienextraktionen gilt generell eine Wartefrist von 3 Monaten bevor eine Totalprothese zur Dauerversorgung genehmigt wird, dieses gilt auch für Metallgerüstprothesen bei Teilbezahnung. In diesem Fall ist eine Immediatprothese / Sofortersatz (1 Platte / mehrere Zähne und bis zu 4 Klammern) einzureichen und anzufertigen.

Bei Vorhandensein einer Restbezahnung und im Falle einer Kontraindikation eines Metallgerüsts kann natürlich auch weiterhin die Kunststoff-Prothese zum alten Tarif (1 Platte / einige Zähne bis zu 4 Klammern) beantragt werden.

Klammerzahnkronen

Klammerzahnkronen dienen zur Herstellung bzw. Verbesserung des Halts einer Metallgerüstprothese, sodass diese objektive die medizinische und funktionelle Wiederherstellung der Kauaktivität gewährleistet. In der Regel werden im Oberkiefer bis zu vier im Unterkiefer bis zu zwei Klammerzahnkronen bewilligt. Im Seitzahnbereich können nach wie vor Vollgusskronen beantragt und nach Bewilligung angefertigt werden. In der Regel werden aber auch VMK-Kronen genehmigt.

Eine Klammerzahnkrone kann als Einzelleistung auch bei einem bestehenden MG beantragt, wenn z.B. die Krone eines klammertragenden Zahns bricht und die Krone in das bestehende MG eingepasst wird.

Außervertragliche Leistungen sind allenfalls:

- gegossener Stiftaufbau
- Anker
- kosmetische Provisorien
- Edelmetallkosten
- gefräste Schulter
- Stege

in diesen Fällen ist eine private Zuzahlung zum Kassentarif zulässig.

Ein offener Streitpunkt mit dem Hauptverband ist die Verrechnung einer Anästhesie. Dieser sieht die Anästhesie als im Kassentarif für die Klammerzahnkrone inkludiert.

Doppelverrechnung bei Sa-, So-, Feiertags- und Nachtnotdienst

Nur absolut dringlich erforderliche Leistungen werden von den Sozialversicherungen im Fall eines eingetragenen Sa-, So-, Feiertags- und Nachtnotdienstes doppelt honoriert.

Es wird fast immer nur die Dringlichkeit (und damit Doppelverrechnung) von maximal bis zu 4 Kleinbildröntgen indiziert sein, bei Unfall mit dem Verdacht auf eine Kieferverletzung ausnahmsweise auch die Anfertigung eines Panoramaröntgens.

Die Anfertigung von Eckaufbauten oder Höckeraufbauten kann natürlich auch dringlich sein, dies jedoch in der Regel jedoch nur als alleinige Leistung, ebenso die Positionen .ES, .Sto und .ZH bei einzelnen Patienten des Notdienstes. Vermehrte Verrechnung dieser Positionen zum doppelten Tarif widerspricht dem Gesetz der Wahrscheinlichkeit.

Natürlich können nicht dringliche Leistungen auch im Notdienst verrechnet werden, allerdings nur zum einfachen Tarif.

Auch im Fall, dass der Vertragszahnarzt keinen eingetragenen Notdienst hat, kann eine dringliche Leistung zum doppelten Tarif verrechnet werden, wenn sie an einem Sa-, So- oder Feiertag erbracht wird. Als Nachweis gilt die Konsultation und die jeweilige Leistung muss mit Notfall / Sa-, So- oder Feiertag begründet werden.

Kompilierte Fassung des Gesamtvertrages

(Daher teilweise Bezug auf Steiermark und ohne Zusatzprotokolle)

Freigabe zur Abfrage: 01. Juli 2014, 04.00 Uhr Verlautbarung Nr.: 90 Jahr: 2014

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger veröffentlicht gemäß § 675 Abs. 2 ASVG:

Zahnärzte-Gesamtvertrag (kompilierte Fassung)

Stand: Gesamtvertrag vom 4. Juli 1956, idF der Sondervereinbarung vom 19. November 1958

§ 1 GRUNDLAGEN

- (1) Dieser Gesamtvertrag wird gemäß §§ 338, 341 und 342 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sowie gemäß § 38 Abs. 2 Z 8 Ärztegesetz (ÄG) in der jeweils geltenden Fassung zum Zwecke der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der bei den im § 2 angeführten Krankenversicherungsträgern Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen (im Folgenden unter der Bezeichnung "Anspruchsberechtigte" zusammengefasst) abgeschlossen.
- (2) Vertragsparteien im Sinne dieses Gesamtvertrages sind die Kammer einerseits und die im § 2 angeführten Krankenversicherungsträger andererseits.

§ 2 GELTUNGSBEREICH

Dieser Gesamtvertrag wird vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für folgende Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese abgeschlossen:

1. Steiermärkische Gebietskrankenkasse
8011 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900
2. Betriebskrankenkasse Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11, Postfach 94
4. Betriebskrankenkasse Austria Tabak
1060 Wien, Porzellangasse 51, Postfach 14
5. Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme
8700 Leoben, Kerpelystraße 201
6. Betriebskrankenkasse Zeltweg
8740 Zeltweg, Alpinestraße 1
7. Sozialversicherungsanstalt der Bauern
1031 Wien, Ghegastraße 1

(im Folgenden kurz Versicherungsträger genannt).

§ 3 FESTSETZUNG DER ZAHL UND VERTEILUNG DER VERTRAGSÄRZTE

- (1) Die Zahl der Vertragsärzte und ihre örtliche Verteilung wird unter Berücksichtigung der Zahl der Versicherten im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien im Anhang 1 zu diesem Gesamtvertrag festgesetzt.
- (2) Bei der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte ist zu beachten, dass unter Berücksichtigung der örtlichen - und Verkehrsverhältnisse sowie einer allfälligen Verschiedenheit von Wohn- und Beschäftigungsort die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert sein muss. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.
- (3) Wird ein Einvernehmen über die Zahl der Vertragsärzte, ihre örtliche Verteilung sowie über die beantragte Abänderung der festgesetzten Zahl und der Verteilung nicht erzielt, so entscheidet die Landesschiedskommission.
- (4) In begründeten Ausnahmefällen können einvernehmlich Außerplanstellen errichtet werden, die ad personam gelten und mit dem Ausscheiden des Inhabers erlöschen. Die Bestimmungen des § 4 Abs. 1 des Gesamtvertrages bezüglich der Ausschreibung finden für Außerplanstellen keine Anwendung.

§ 4 AUSSCHREIBUNG FREIER VERTRAGSARZTSTELLEN

- (1) Die freien Vertragsarztstellen werden im Einvernehmen mit der Kammer vom Versicherungsträger in den Mitteilungen der Kammer ausgeschrieben. Der Wortlaut der Ausschreibung und die erforderlichen Beilagen zur Bewerbung sind zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren (Anhang 2).
- (2) Die Anträge auf Vertragsabschluss sind innerhalb der Ausschreibungsfrist schriftlich bei der Kammer einzureichen. Die in der Ausschreibung bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind im Original oder in beglaubigter Abschrift beizuschließen.

§ 5 AUSWAHL DER VERTRAGSÄRZTE

- (1) Die Kammer überprüft die Voraussetzungen der Bewerber für die vertragsärztliche Tätigkeit. Sie leitet die Anträge samt Beilagen mit ihrer Stellungnahme binnen drei Wochen nach Ablauf der Ausschreibungsfrist an den Versicherungsträger weiter und erstattet einen begründeten Vorschlag. Ist der Versicherungsträger mit dem Vorschlag nicht einverstanden, hat er einen begründeten Gegenvorschlag binnen vier Wochen nach Einlangen des Vorschlages der Kammer zu erstatten. Die Auswahl des Arztes für die freie Vertragsarztstelle bedarf des Einvernehmens zwischen Kammer und Versicherungsträger. Kommt innerhalb von zwei Wochen ab Einlangen des Gegenvorschlages des Versicherungsträgers ein Einvernehmen nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedskommission auf Antrag einer der Vertragsparteien.
- (2) Die Vertragsparteien können für die Auswahl der Vertragsärzte Richtlinien vereinbaren.
- (3) Bis zur Besetzung einer freien Vertragsarztstelle kann im Falle eines dringenden Bedarfes im Einvernehmen mit der Kammer ein befristeter Einzelvertrag abgeschlossen werden.
- (4) Angestellte Ambulatoriumsfachärzte eines der im § 2 genannten Versicherungsträger dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte dieser Versicherungsträger sein. Sonstige angestellte Ärzte (Chefärzte, Kontrollärzte und dgl.) dürfen nicht gleichzeitig Vertragsärzte ihres Versicherungsträgers sein. Dies gilt auch für nicht angestellte Kontrollärzte. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 6 EINZELVERTRAGSVERHÄLTNIS

- (1) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt wird durch den Abschluss eines Einzelvertrages begründet. (Anhang 3)
- (2) Vertragsärzte im Sinne dieses Gesamtvertrages sind alle aufgrund der Bestimmungen des Gesamtvertrages in einem Vertragsverhältnis stehenden Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und approbierten Zahnärzte; Ärzte für Allgemeinmedizin unter Berücksichtigung der Bestimmung des § 7 Abs. 4.
- (3) Durch den Einzelvertrag entsteht kein Anstellungsverhältnis.
- (4) Eine Gleichschrift der Einzelverträge wird vom Versicherungsträger der Kammer übermittelt.
- (5) Die Rechte und Pflichten der Parteien des Einzelvertrages ergeben sich aus diesem Gesamtvertrag, dem Einzelvertrag und den zwischen den Parteien des Gesamtvertrages abgeschlossenen Zusatzvereinbarungen.

§ 7 ABSCHLUSS DES EINZELVERTRAGES

- (1) Dem Abschluss des Einzelvertrages zwischen dem Arzt und dem Versicherungsträger ist der im Anhang 3 beigefügte Muster-Einzelvertrag zugrunde zu legen; dieser bildet einen Bestandteil dieses Gesamtvertrages. Abweichungen gegenüber dem Muster-Einzelvertrag, sowie besondere Vereinbarungen im § 3 des Einzelvertrages, können mit dem Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit der Kammer vereinbart werden. Der Einzelvertrag und seine Abänderungen bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.
- (2) Der Versicherungsträger hat dem Arzt den Einzelvertrag innerhalb von zwei Wochen nach einvernehmlicher Auswahl (§ 5 Abs. 1) oder nach Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung der zuständigen Schiedskommission auszufolgen.
- (3) Das Vertragsverhältnis beginnt mit dem Monatsersten, der auf das Einlangen des vom Vertragsarzt unterfertigten Einzelvertrages bei dem Versicherungsträger folgt.
- (4) Der Einzelvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Krankenversicherungsträger kann im Einvernehmen mit der Kammer im Falle eines dringenden Bedarfes auf dem Gebiete der konservierendchirurgischen Zahnbehandlung mit einem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin einen zeitlich befristeten Einzelvertrag für die zahnärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten abschließen. Hierbei gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 5 des Gesamtvertrages – ausgenommen § 5 Abs. 1 erster Satz – nicht. Wenn sich ein für Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder ein approbierter Zahnarzt in diesem Ort oder dessen Einzugsgebiet niedergelassen und einen Einzelvertrag nach den Bestimmungen dieses Vertrages abgeschlossen hat, endet der befristete Einzelvertrag des Arztes für Allgemeinmedizin drei Monate nach Wirksamwerden des Einzelvertrages des Facharztes für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder des approbierten Zahnarztes. (gültig ab 01.12.1958)

§ 8 WECHSEL DER ORDINATIONSSTÄTTE

- (1) Ein beabsichtigter Wechsel der Ordinationsstätte ist vom Vertragsarzt der Kammer und dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben. Wird innerhalb von zwei Wochen von den Vertragsparteien kein Einspruch erhoben, gilt dies als Zustimmung zum Fortbestand des Einzelvertrages. Im Falle eines Einspruches entscheidet auf Antrag des Vertragsarztes die Paritätische Schiedskommission.
- (2) Der Wechsel der Ordinationsstätte bei Fortbestand des Einzelvertragsverhältnisses ist erst zulässig, wenn kein Einspruch gemäß Abs. 1 erhoben wurde oder die Paritätische Schiedskommission dem Wechsel der Ordinationsstätte zugestimmt hat.

§ 9 STELLVERTRETUNG

- (1) Der Vertragsarzt hat im Falle einer persönlichen Verhinderung nur dann für seine Vertretung unter Haftung der Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen Sorge zu tragen, wenn die zahnärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten anders nicht sichergestellt ist. Zum Vertreter eines Facharztes für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kann nur ein Facharzt dieses Faches bestellt werden, sofern ein solcher für die Vertretung zur Verfügung steht und diese dem Vertretenen zugemutet werden kann.
- (2) Sofern die Vertretung länger als zwei Wochen dauert, sind der Name des vertretenden Arztes und die voraussichtliche Dauer der Vertretung der Kammer und dem Versicherungsträger bekannt zu geben; dauert die Vertretung länger als drei Monate, so kann die Kammer oder der Versicherungsträger gegen die weitere Vertretung Einspruch erheben. Wird ein Einspruch im Einvernehmen der Vertragsparteien erhoben, so ist der Vertragsarzt verpflichtet, die weitere Vertretung einem Arzt zu übertragen, mit dem die Kammer und der Versicherungsträger einverstanden sind. Kommt der Vertragsarzt dieser Verpflichtung innerhalb eines Monats nicht nach, gilt dies als Verzicht auf die Fortsetzung des Einzelvertragsverhältnisses. Näheres regelt die Honorarordnung.

§ 10 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

- (1) Die vertragsärztliche Behandlung der Anspruchsberechtigten obliegt dem Vertragsarzt nach den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages und des Einzelvertrages. Diese ärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben.
- (2) Die medizinisch notwendigen Leistungen in der Zahnbehandlung müssen ausreichend und zweckmäßig sein. Sie haben nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages und der Honorarordnung alle Leistungen zu umfassen, die auf Grund der zahnärztlichen Ausbildung und der dem Vertragsarzt zu Gebote stehenden Hilfsmittel durchgeführt werden können.
- (3) Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wieder hergestellt, gefestigt oder gebessert werden.
- (4) Wissenschaftlich nicht erprobte Heilmethoden dürfen für Rechnung des Versicherungsträgers nicht angewendet werden. Ärztliche Leistungen, die nicht der Beseitigung oder Linderung gesundheitlicher Störungen dienen, werden vom Versicherungsträger nicht vergütet.
- (5) Der Vertragsarzt wird im Falle der Anspruchsberechtigung für die Behandlung des Ehegatten, der Kinder, Enkel und Eltern, soweit diese im gemeinsamen Haushalt leben, dem Versicherungsträger nur 50 v.H. der in der Honorarordnung vorgesehenen Tarifsätze verrechnen; er ist jedoch zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers auch in diesen Fällen berechtigt.

§ 11 BEHANDLUNG IN DER ORDINATION

- (1) Die Behandlungspflicht in der Ordination besteht gegenüber allen Anspruchsberechtigten, die den Vertragsarzt aufsuchen. Getrennte Wartezimmer (und unterschiedliche Ordinationszeiten) für Kassen- und Privatpatienten sowie die Bevorzugung von Privat- vor Kassenpatienten sind unzulässig.
- (2) Der Vertragsarzt hat nach Möglichkeit die mit dem Versicherungsträger vereinbarte Ordinationszeit einzuhalten. Als vereinbart gelten die dem Versicherungsträger bekannt gegebenen Ordinationszeiten, sofern dieser dagegen keinen Einspruch erhebt. Kommt über eine vom Vertragsarzt beabsichtigte Änderung einer vereinbarten Ordinationszeit innerhalb von zwei Wochen nach Bekanntgabe dieser Absicht an den Versicherungsträger ein Einvernehmen zwischen den Parteien des Einzelvertrages nicht zustande, entscheidet auf Antrag die Paritätische Schiedskommission.
- (3) Nur in medizinisch dringenden Fällen (wie z. B. bei Erster-Hilfe-Leistung) hat der Vertragsarzt auch außerhalb seiner Ordinationszeit ärztliche Hilfe zu leisten.
- (4) Die Ordinationstätigkeit des Vertragsarztes darf grundsätzlich nur in den eigenen Ordinationsräumen ausgeübt werden. Ausnahmen sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien zulässig.

§ 12 KRANKENBESUCH

- (1) Krankenbesuche sind vom Vertragsarzt durchzuführen, wenn dem Erkrankten wegen seines Zustandes das Aufsuchen des Vertragsarztes in der Ordination nicht zugemutet werden kann. Den Berufungen zu Krankenbesuchen soll entsprechend der Dringlichkeit so bald wie möglich Folge geleistet werden. Von plötzlichen schweren Erkrankungen und Unglücksfällen abgesehen, sind Krankenbesuche nach Möglichkeit bis 9.00 Uhr beim Arzt anzumelden.

(gültig ab 01.12.1958)

- (2) Für Graz bestimmte Gemeinden kann im Anhang zwischen den Vertragsparteien eine Sonderregelung über die Verpflichtung des Vertragsarztes zu Krankenbesuchen vereinbart werden.

§ 13 INANSPRUCHNAHME VON VERTRAGSFACHÄRZTEN

- (1) Der Vertragsfacharzt kann vom Anspruchsberechtigten unmittelbar oder auf schriftliche Zuweisung in Anspruch genommen werden. Abweichungen werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Der Vertragsfacharzt hat Anspruchsberechtigte, die ihm zur fachärztlichen Untersuchung zugewiesen werden, nach der Untersuchung wieder an den zuweisenden Arzt unter Bekanntgabe der Diagnose und eines Behandlungsvorschlages zurückzuüberweisen.

§ 14 GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

(1) Ist die Durchführung vertragsärztlicher Leistungen von einer Genehmigung des Versicherungsträgers abhängig, so hat der Vertragsarzt dem Anspruchsberechtigten einen entsprechenden Antrag zur Vorlage beim Versicherungsträger auszuhändigen oder dem Versicherungsträger einzusenden; der Antrag soll nach Möglichkeit innerhalb von 14 Tagen erledigt werden.

(2) Der Versicherungsträger darf die Genehmigung nicht von der Durchführung in kasseneigenen Einrichtungen (Vertrags-einrichtungen) abhängig machen.

§ 15 NACHWEIS DER ANSPRUCHSBERECHTIGUNG

(1) Die Anspruchsberechtigten sind verpflichtet, vor der Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Hilfe unaufgefordert ihre Berechtigung in der vom Versicherungsträger vorgeschriebenen Form (z. B. Behandlungsschein) nachzuweisen. Hierbei soll im Zweifelsfall nach Möglichkeit die Identität des Erkrankten geprüft werden.

(2) Ärztliche Leistungen können auf Rechnung des Versicherungsträgers nur in jenem Kalendervierteljahr erbracht werden, in welchem der Krankenbehandlungsschein ausgestellt wurde, sofern dieser nicht ausdrücklich für ein anderes Kalendervierteljahr ausgestellt worden ist. Überweisungs-, Verordnungs- und Zuweisungsscheine sind hingegen nur 14 Tage ab dem Ausstellungs- bzw. Bewilligungstag gültig.

(3) Erkrankte, die sich nicht im Sinne des Abs. 1 als Anspruchsberechtigte ausweisen, dürfen grundsätzlich für Rechnung des Versicherungsträgers auch dann nicht behandelt werden, wenn sie dem Vertragsarzt von früheren Behandlungen als Anspruchsberechtigte bekannt sind.

(4) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Erkrankte, die ihre Anspruchsberechtigung glaubhaft machen, bei der ersten Ordination (Krankenbesuch) für Rechnung des Versicherungsträgers zu behandeln und hierbei einen Erlag für die erbrachte ärztliche Leistung zu verlangen. Wird die Anspruchsberechtigung innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen, ist der Erlag zurückzuerstatten. Kann der Erkrankte den verlangten Erlag nicht leisten und ist die ärztliche Behandlung unabweislich, ist der Vertragsarzt berechtigt, vom Versicherungsträger die Ausstellung eines Ersatzbehandlungsscheines zu verlangen. Der Ersatzbehandlungsschein gilt nur für den Abrechnungszeitraum, für den er ausgestellt wurde. Die näheren Bestimmungen über die Ausstellung des Ersatzbehandlungsscheines enthält die Honorarordnung.

§ 16 BEREITSCHAFTSDIENST

Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an dem Bereitschaftsdienst verpflichtet, den die Kammer im Einvernehmen mit den im § 2 genannten Versicherungsträgern - diese allenfalls gemeinsam mit den nach dem B-KUVG, GSVG und BSVG eingerichteten Versicherungsträgern sowie den Krankenfürsorgeeinrichtungen - errichtet. Die Einteilung der Dienstsprengel ist einvernehmlich zu regeln.

§ 17 KONSILIUM

Wenn es aus medizinischen Gründen geboten ist, kann der Vertragsarzt in Gebieten, in denen Vertragsfachärzte zur Verfügung stehen, den fachlich zuständigen Vertragsfacharzt zu einem Konsilium berufen; sonst ist in der Regel der nächsterreichbare Vertragsarzt zu berufen.

§ 18 BETREUUNGSFÄLLE

(1) Soweit der Versicherungsträger zur Betreuung von Anspruchsberechtigten anderer österreichischer Krankenversicherungsträger verpflichtet ist, übernimmt der Vertragsarzt die ärztliche Behandlung zu den gleichen Bedingungen, wie sie für die Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gelten, mit dem der Arzt im Vertragsverhältnis steht. Das gleiche gilt für jene Personen, die vom Krankenversicherungsträger nach den Bestimmungen des Kriegsoferversorgungsgesetzes, des Opferfürsorgegesetzes, des Heeresversorgungsgesetzes, des Verbrechensopfergesetzes oder des Strafvollzugsgesetzes zu betreuen sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten auch für nicht krankenversicherte Personen, deren Unfallheilbehandlung von einem österreichischen Träger der Unfallversicherung einem Krankenversicherungsträger übertragen wurde, sofern über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen eine Sondervereinbarung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

(3) Personen, die aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen einem österreichischen Krankenversicherungsträger zur Betreuung überwiesen werden, sind den Anspruchsberechtigten nach Abs. 1 gleichzustellen, sofern es sich um Grenzgänger oder um Dienstnehmer handelt, die sich zum Zwecke der Berufsausübung im Bundesgebiet aufhalten. Über diesen Personenkreis hinaus wird die vertragsärztliche Behandlung nur übernommen, sofern eine Sondervereinbarung über die Honorierung der in Betracht kommenden ärztlichen Leistungen zwischen den Vertragsparteien zustande kommt.

(siehe Sondervereinbarung bzw. Zusatzprotokoll vom 30.06.1972, Seite 15-18)

§ 19 ABLEHNUNG DER BEHANDLUNG

Der Vertragsarzt ist berechtigt, in begründeten Fällen die Behandlung eines Anspruchsberechtigten abzulehnen. Er hat auf Verlangen des Versicherungsträgers diesem den Grund der Ablehnung mitzuteilen.

§ 20 ANSTALTSPFLEGE

- (1) Wenn die Art der Erkrankung Anstaltspflege erfordert, beantragt der Vertragsarzt die Einweisung des Anspruchsberechtigten in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Wenn ärztliche Behandlung, nicht aber Anstaltspflege notwendig ist, jedoch die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege fehlt, so ist im Antrag darauf besonders hinzuweisen.
- (2) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bedingt (Asylierung), ist ein Antrag auf Anstaltspflege nicht zu stellen.
- (3) Im Falle der Dringlichkeit kann der Vertragsarzt die Aufnahme des Anspruchsberechtigten unmittelbar in die nächstgelegene für die Behandlung des Krankheitsfalles geeignete Krankenanstalt veranlassen. Soweit eine geeignete Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder eine Vertragskrankenanstalt zur Verfügung steht, soll die Aufnahme in diese veranlasst werden. Wünsche des Erkrankten sind insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand des Versicherungsträgers eintritt.
- (4) Zur Beförderung des Anspruchsberechtigten in eine Krankenanstalt ist, sofern die Entfernung von der Krankenanstalt dies erfordert, grundsätzlich ein öffentliches Verkehrsmittel heranzuziehen. Nur in medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt die Beförderung durch ein anderes Beförderungsmittel (z. B. Krankenauto) veranlassen. Die Notwendigkeit der Beförderung für Rechnung des Versicherungsträgers ist in jedem Fall vom Vertragsarzt zu bescheinigen.

§ 21 VERORDNUNG VON HEILMITTELN UND HEILBEHELFFEN

- (1) Der Vertragsarzt ist berechtigt, Heilmittel und Heilbehelfe für die Anspruchsberechtigten auf Kosten des Versicherungsträgers nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu verschreiben.
- (2) Der Vertragsarzt wird bei der Verschreibung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers die in der jeweiligen Fassung unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer aufgestellten Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen beachten.
- (3) Zur Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen für Rechnung des Versicherungsträgers sind die von diesem zur Verfügung gestellten Vordrucke und Stempel zu verwenden. Steht der Stempel ausnahmsweise nicht zur Verfügung, so ersetzt der in Blockschrift beigesetzte Name des Vertragsarztes samt Anschrift den Stempelaufdruck.
- (4) Für Anspruchsberechtigte, welche sich auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege befinden, dürfen während deren Dauer Heilmittel für Rechnung des Versicherungsträgers nicht verschrieben werden.
- (5) Wenn die vorsätzliche oder fahrlässige Außerachtlassung der Vorschriften der Abs. 1 bis 4 zu einer Mehrbelastung des Versicherungsträgers führt, so ist der Vertragsarzt vorerst darauf aufmerksam zu machen. Bei einem Streit über den Ersatz des daraus entstandenen Schadens findet § 35 Anwendung.

§ 22 MASSNAHMEN ZUR FESTIGUNG DER GESUNDHEIT

- (1) Die Maßnahmen des Versicherungsträgers zur Festigung der Gesundheit (Heilstätten-, Kur-, Landaufenthalte u. dgl.) sind an seine vorherige Zustimmung gebunden. Der Vertragsarzt hat Anträge auf Bewilligung unter Verwendung der ihm hierfür zur Verfügung gestellten Vordrucke nur dann zu stellen, wenn eine medizinische Indikation vorliegt. Der Antrag ist zu begründen. Medizinisch nicht begründete Wünsche der Anspruchsberechtigten soll schon der Vertragsarzt abweisen.
- (2) Beabsichtigt der Versicherungsträger, Leistungen im Rahmen der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu gewähren, obwohl sich der behandelnde Vertragsarzt dagegen ausgesprochen hat, so hat der Versicherungsträger vorher den handelnden Arzt anzuhören.

§ 23 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

- (1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten obliegt grundsätzlich dem behandelnden Vertragsarzt. Die Vertragsparteien können Abweichungen hievon vereinbaren.
- (2) Der Vertragsarzt kann in Zweifelsfällen vor der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) die Stellungnahme der hierzu vom Versicherungsträger beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) einholen.
- (3) Der Vertragsarzt kann dem arbeitsunfähig Erkrankten, soweit dies nach der Art der Erkrankung in Betracht kommt, eine Ausgehzeit bewilligen. Diese soll so festgesetzt werden, dass die Besorgung beruflicher Angelegenheiten nicht möglich ist und die Kontrolle des Arbeitsunfähigen durch den Versicherungsträger nicht behindert wird.

§ 24 MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERTRAGSARZT

- (1) Die Aufnahme in den Krankenstand kann grundsätzlich nur mit dem Tag erfolgen, mit welchem die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt wurde. Eine rückwirkende Aufnahme in den Krankenstand für mehr als einen Tag steht nur dem Chef-(Kontroll-)arzt des Versicherungsträgers aufgrund eines Vorschlages des behandelnden Vertragsarztes zu. Der Vertragsarzt hat in der Regel am gleichen Tag, an dem er die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt hat, die Krankenstandsmeldung an den Versicherungsträger auszufertigen.
- (2) Die Krankenstandsmeldung ist auf dem vorgesehenen Vordruck zu erstatten. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) und Dienstbeschädigungen im Sinne des Kriegsopferversorgungsgesetzes oder des Heeresversorgungsgesetzes sind als solche zu bezeichnen. Das gleiche gilt für Krankheiten, die sich der Versicherte durch Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ergeben; ebenso ist anzugeben, wenn der Verdacht auf eine durch einen Dritten zugefügte Verletzung (z. B. Verkehrsunfall) besteht.
- (3) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer Dauer ist unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse vorzunehmen. Bei Eintritt der Arbeitsfähigkeit ist der Versicherte vom Krankenstand abzumelden und der letzte Tag der Arbeitsunfähigkeit genau anzugeben.
- (4) Ein als arbeitsunfähig gemeldeter Versicherte, bei dem ärztliche Besuche nicht notwendig sind und der auch in keiner ambulanten Behandlung steht, ist anzuweisen, sich dem Vertragsarzt fallweise vorzustellen, damit dieser den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit oder den Eintritt der Arbeitsfähigkeit zeitgerecht feststellen kann.
- (5) Besteht nach einem Spitalsaufenthalt oder nach einem Aufenthalt in einer Heilstätte oder nach einem Kuraufenthalt Arbeitsunfähigkeit, so ist der Versicherte, auch wenn er unmittelbar vor einem solchen Aufenthalt schon arbeitsunfähig war, neuerlich als arbeitsunfähig zu melden.

§ 25 FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH DEN VERSICHERUNGSTRÄGER

- (1) Der Versicherungsträger ist berechtigt, durch die hiezu beauftragten Organe (Chefarzt, Kontrollarzt, Ambulatorium u. dgl.) die Arbeitsfähigkeit der Versicherten unmittelbar festzustellen. In diesem Fall ist der behandelnde Vertragsarzt entsprechend zu unterrichten; die erhobenen Befunde sind ihm mitzuteilen.
- (2) Ist die Arbeitsfähigkeit durch eine Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 1 festgestellt worden, so kann während des gleichen Krankheitsfalles eine Abänderung dieser Feststellung vom Vertragsarzt nur im Einvernehmen mit dem Organ des Versicherungsträgers vorgenommen werden.
- (3) Beabsichtigt der Chef-(Kontroll-)arzt, einen Versicherten, der durch den behandelnden Vertragsarzt nicht in den Krankenstand genommen wurde, arbeitsunfähig zu erklären, so ist dem behandelnden Vertragsarzt vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.
- (4) Ist der behandelnde Vertragsarzt mit einer Verfügung eines Organes des Versicherungsträgers gemäß Abs. 2 oder 3 nicht einverstanden, so ist er berechtigt, dagegen schriftlich unter Anführung der medizinischen Gründe Einspruch zu erheben. Die endgültige Entscheidung steht dem Chefarzt des Versicherungsträgers zu.

§ 26 AUSKUNFTSERTEILUNG

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Erteilung von Auskünften in medizinischen Fragen, insbesondere zur Bekanntgabe der Diagnose, nur gegenüber den ordnungsgemäß ausgewiesenen bevollmächtigten Ärzten des Versicherungsträgers verpflichtet. Soweit es sich um Auskünfte in Fragen nicht medizinischer Art im Zusammenhang mit der Behandlung des Erkrankten handelt, sind diese Auskünfte auch den gehörig ausgewiesenen sonstigen Bevollmächtigten des Versicherungsträgers zu geben. Zur Auskunftserteilung ist der Vertragsarzt jedoch nur insoweit verpflichtet, als dies für die Durchführung der Aufgaben des Versicherungsträgers notwendig ist.
- (2) Der Versicherungsträger hat für die Geheimhaltung der vom Vertragsarzt erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen.

§ 27 KRANKENAUFZEICHNUNGEN

Der Vertragsarzt führt für die in seiner Behandlung stehenden Anspruchsberechtigten die notwendigen Aufzeichnungen.

§ 28 ADMINISTRATIVE MITARBEIT

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Durchführung schriftlicher Arbeiten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit insoweit verpflichtet, als dies im Gesamtvertrag vorgesehen oder sonst zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird.
- (2) Die für die vertragsärztliche Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen den Vertragsparteien (Hauptverband) vereinbart. Der Versicherungsträger stellt dem Vertragsarzt die Vordrucke kostenlos zur Verfügung (Anhang 4).
- (3) Der Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung des Vertragsarztes auf das unumgänglich notwendige Mindestmaß beschränkt bleibt.

(4) Die Vordrucke sind entsprechend auszufüllen und vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und seiner Stampiglie zu versehen. Beim Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ist in den Vordrucken jene Diagnose zu unterstreichen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet. Ergibt sich während der Behandlung eine Änderung der Diagnose, so ist dies auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken zu vermerken. Zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung des Anspruchsberechtigten können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen medizinischen üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.

(5) Wegen der Erteilung von Auskünften, die die Krankenversicherung und deren Leistungen, nicht aber medizinische Angelegenheiten betreffen, sind die Anspruchsberechtigten an den Versicherungsträger zu verweisen.

§ 29 HONORIERUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

(1) Die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird durch die Honorarordnung geregelt; diese bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages und enthält insbesondere:

- a) die Grundsätze über die Verrechnung und Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen;
- b) das Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen;
- c) die Bewertung der einzelnen Leistungen in Eurobeträgen.

(2) Verändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse oder die sonstigen Voraussetzungen, die für die Festsetzung der Tarife maßgebend waren, kann jede Vertragspartei eine Abänderung der Tarife verlangen.

(gültig ab 01.12.1958)

Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse ist verpflichtet, die Honorarvorauszahlungen wie folgt vorzunehmen:

An die Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine erste Vorauszahlung in der Mitte jedes Quartals (also 15.2., 15.5., 15.8. und 15.11) in der Höhe von 35 % auf Basis des zuletzt abgerechneten Quartals, sodann eine zweite Vorauszahlung innerhalb einer Woche nach Vorlage der Abrechnung für das vorangegangene Quartal in Höhe der Differenz der Summe der ersten Vorauszahlung auf 85 % der gegenständlichen Abrechnung, und schließlich die Restzahlung in Höhe von 15 % auf die Abrechnung bis zum Monatsletzten des Kalendervierteljahres, in welchem die Abrechnung vorgelegt wurde.

(Laut Bescheid der LSK für Steiermark vom 06.04.1987, LSK 1/86)

§ 30 RECHNUNGSLEGUNG

(1) Die Rechnungslegung durch den Vertragsarzt wird in der Honorarordnung geregelt. Im Falle einer Stellvertretung verrechnet der Versicherungsträger nur mit dem vertretenen Vertragsarzt.

(2) Rechnet der Vertragsarzt ohne triftige Begründung später als drei Monate nach dem Einsendetermin ab, kann der Versicherungsträger von der Honorarsumme 5% abziehen. Dieser Betrag ist dem Unterstützungsfonds der Kammer zu überweisen. Für mehr als drei Jahre zurückliegende Zeiträume werden Honorare vom Versicherungsträger nicht bezahlt.

§ 31 HONORARABZÜGE UND HONORAREINBEHALTE

(1) Der Versicherungsträger wird von dem Vertragsarzt zustehenden Honorar jene Beträge einbehalten, die rechtzeitig von der Kammer schriftlich bekannt gegeben werden; diese Beträge sind ehestens der Kammer zu überweisen. Die Überweisungs-termine werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart.

(2) Wird vom Versicherungsträger eine Überprüfung der Honorarabrechnung durch den Schlichtungsausschuss (die Paritätische Schiedskommission) beantragt, so ist der strittige Honoraranteil als vorläufige Zahlung anzuweisen. Der Honoraranteil, der vom Schlichtungsausschuss (von der Paritätischen Schiedskommission) rechtskräftig gestrichen wird, kann bei der nächsten Honorarauszahlung in Abzug gebracht werden.

§ 32 TOD DES VERTRAGSARZTES

(1) Durch den Tod des Vertragsarztes erlischt das Vertragsverhältnis zwischen den Parteien des Einzelvertrages. Die im Zeitpunkt des Todes des Vertragsarztes diesem gebührenden offenen Honoraransprüche gegen den Versicherungsträger stehen den vom Verlassenschaftsgericht festgestellten Erben zu.

(2) Der von der Witwe eines Vertragsarztes im Einvernehmen mit den Vertragsparteien mit der Weiterführung der Praxis für eine bestimmte Zeit betraute Arzt ist für Rechnung der Erben zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nach den Bestimmungen des mit dem verstorbenen Arzt geschlossenen Einzelvertrages berechtigt.

§ 33 GEGENSEITIGE UNTERSTÜTZUNGSPFLICHT

(1) Die Vertragsparteien verpflichten sich zur gegenseitigen Unterstützung bei der Durchführung des Gesamtvertrages. Die gleiche Verpflichtung übernehmen die Parteien des Einzelvertrages.

(2) Die Vertragsparteien verpflichten sich, bei der Erfüllung der dem Landesärzteausschuss, der Paritätischen Schiedskommission, der Landesschiedskommission und der Landesberufungskommission gestellten Aufgaben mitzuwirken und diese Einrichtungen zu unterstützen.

- (3) Der Versicherungsträger wird der Kammer auf Anfrage alle mit der Durchführung dieses Vertrages im Zusammenhang stehenden Auskünfte erteilen.
- (4) Der Versicherungsträger hat alles zu unterlassen, was das Ansehen des Vertragsarztes und dessen Leistungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte. Ebenso hat der Vertragsarzt alles zu unterlassen, was den Versicherungsträger und dessen Einrichtungen in den Augen der Anspruchsberechtigten oder der Öffentlichkeit herabsetzen könnte.
- (5) Der Vertragsarzt teilt dem Versicherungsträger die missbräuchliche Inanspruchnahme von Leistungen mit, das gleiche gilt, wenn ein in Behandlung stehender Anspruchsberechtigter ein Verhalten zeigt, das seine Wiederherstellung erschwert oder verzögert.

§ 34 ZUSAMMENARBEIT DER VERTRAGSÄRZTE MIT DEM CHEF- (KONTROLL-) ÄRZTLICHEN DIENST

- (1) Der Versicherungsträger wird in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber dem Vertragsarzt durch den Chef-(Kontroll-)arzt vertreten. Der Chef-(Kontroll-)arzt und der Vertragsarzt sind zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet.
- (2) Die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes bleibt auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt. Der Chef-(Kontroll-)arzt ist daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

§ 35 VORBEHANDLUNG VON STREITIGKEITEN IM SCHLICHTUNGSAUSSCHUSS

- (1) Streitigkeiten zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger sollen einvernehmlich beigelegt werden. Hierbei wird der Versicherungsträger, soweit Fragen der ärztlichen Behandlung berührt werden, durch den Chefarzt vertreten (§ 34). Kommt eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeiten nicht zustande, so wird der Streitfall in einem Schlichtungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorbehandelt.
- (2) Der Schlichtungsausschuss besteht aus je einem ärztlichen Vertreter der Kammer und des Versicherungsträgers. Dem Schlichtungsausschuss können Referenten beigezogen werden; der beteiligte Vertragsarzt kann zu einer schriftlichen Stellungnahme oder zur Teilnahme an der Verhandlung eingeladen werden.
- (3) Der Schlichtungsausschuss trifft bei übereinstimmender Auffassung beider Mitglieder eine Vorentscheidung; er bestimmt die vom Versicherungsträger dem Vertragsarzt zu zahlende Vergütung für Leistungen aus dem Vertragsverhältnis, wobei er einzelne Leistungen als nicht begründet streichen oder die Honorarabrechnung in angemessener Weise kürzen kann. Der Schlichtungsausschuss ist überdies berechtigt, den Ersatz zu bestimmen, den der Vertragsarzt bei Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 21 dem Versicherungsträger zu leisten hat.
- (4) Die Vorentscheidung ist entsprechend zu begründen und dem Vertragsarzt sowie dem Versicherungsträger mittels eingeschriebenen Briefes bekannt zu geben, wobei auf die Möglichkeit eines Einspruches gemäß Abs. 5 hinzuweisen ist.
- (5) Der Vertragsarzt und der Versicherungsträger können binnen 14 Tagen nach Erhalt der Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses mittels eingeschriebenen Briefes bei der Paritätischen Schiedskommission eine Entscheidung dieser Kommission beantragen. Wird ein solcher Antrag nicht fristgerecht gestellt, so gilt die Vorentscheidung des Schlichtungsausschusses als bindender Schiedsspruch.
- (6) Einwendungen gegen die Honorarabrechnung müssen von den Parteien des Einzelvertrages bei sonstigem Ausschluss binnen sechs Monaten geltend gemacht werden. Die 6-Monate-Frist beginnt für den Vertragsarzt mit der Zahlung des Honorars, für den Versicherungsträger mit dem Einlangen der Honorarabrechnung. Wenn der Arzt die Bestimmungen des § 21 nicht beachtet, ist eine Beanstandung des Versicherungsträgers nur innerhalb von neun Monaten nach Einlangen der Verschreibung beim Versicherungsträger zulässig.

§ 36 VERFAHREN BEI STREITIGKEITEN

Streitigkeiten, die sich aus diesem Gesamtvertrag oder aus einem aufgrund dieses Gesamtvertrages abgeschlossenen Einzelvertrag zwischen den Vertragsparteien dieser Verträge ergeben, unterliegen - unbeschadet der Bestimmungen des § 35 - dem in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelten Verfahren.

§ 37 AUFLÖSUNG DES EINZELVERTRAGSVERHÄLTNISSES

Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherungsträger kann - ausgenommen die einvernehmliche Lösung des Vertragsverhältnisses und den Verzicht gemäß § 9 Abs. 2 - nur aufgrund der Bestimmungen des § 343 Abs. 2 bis 4 ASVG aufgelöst werden.

§ 38 AUSSCHREIBUNG VON FREIEN FACHARZTSTELLEN IN DEN AMBULATORIEN DES VERSICHERUNGSTRÄGERS

Der Versicherungsträger wird freie Facharztstellen in einem von ihm geführten Ambulatorium in den Mitteilungen der Kammer ausschreiben.

§ 39 GEMEINSAME DURCHFÜHRUNG DES GESAMTVERTRAGES SEITENS DER VERSICHERUNGSTRÄGER

(1) Die diesen Gesamtvertrag abschließenden Versicherungsträger haben die Stmk. Gebietskrankenkasse bevollmächtigt, sie gegenüber der Kammer sowie den Vertragsärzten in allen Angelegenheiten der Durchführung dieses Gesamtvertrages und der Einzelverträge zu vertreten. Die Stmk. Gebietskrankenkasse ist berechtigt, die in diesem Gesamtvertrag den Versicherungsträgern eingeräumten Rechte in deren Namen und mit Rechtswirkung für sie gegenüber Kammer und Vertragsärzten geltend zu machen; insbesondere ist der Stmk. Gebietskrankenkasse das Recht eingeräumt, Einzelverträge mit Rechtswirkung für alle beteiligten Versicherungsträger abzuschließen.

(2) Zur Entgegennahme des den Gesamtvertrag und die Einzelverträge betreffenden Schriftverkehrs, wird die Gemeinsame Ärzterechnungsstelle der steirischen Krankenversicherungsträger bevollmächtigt.

(3) Wird die Vollmachterteilung im Sinne der Abs. 1 und 2 von einem Versicherungsträger abgeändert oder aufgehoben, so ist dies der Kammer unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die sich daraus ergebenden Wirkungen gegenüber der Kammer und den Vertragsärzten treten erst mit dem Ablauf des zweiten Kalendervierteljahres ein, das auf die Mitteilung folgt.

§ 40 SONDERREGELUNG FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTE

(1) Die Durchführung der vertragsärztlichen Zahnbehandlung und des Zahnersatzes wird in einer Sonderregelung vereinbart, die von diesem Gesamtvertrag abweichende Bestimmungen enthalten kann.

(2) Dieser Gesamtvertrag tritt für die Vertragszahnärzte erst mit dem Abschluss der Sonderregelung in Kraft.

(3) Die Sonderregelung ist ein Bestandteil des Gesamtvertrages. Der Gesamtvertrag kann mit ausschließlicher Wirkung oder ohne Wirkung für die Vertragszahnärzte gekündigt werden (§ 42).

§ 41 ÜBERNAHME DER BISHERIGEN VERTRAGSÄRZTE

(1) Alle Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (approbierte Zahnärzte), die am 30. Jänner 1957 in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger standen, werden ohne neuerlichen Antrag in das Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag übernommen. Diese Ärzte werden dies durch die Unterfertigung eines neuen Einzelvertrages, der den Bestimmungen dieses Gesamtvertrages entspricht, innerhalb von zwei Monaten nach Zusendung des Einzelvertrages durch den Krankenversicherungsträger bestätigen.

(2) Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (approbierte Zahnärzte), die bis zum 30. Jänner 1957 ohne Vorliegen eines Einzelvertrages für Rechnung eines nach dem ASVG eingerichteten Krankenversicherungsträgers tätig waren, werden ohne neuerlichen Antrag in ein Vertragsverhältnis nach dem vorliegenden Gesamtvertrag übernommen; Abs. 1 zweiter Satz gilt sinngemäß.

§ 42 GÜLTIGKEITSDAUER

(1) Dieser Gesamtvertrag tritt mit 01.07.1993 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann von den Vertragsparteien zum Ende eines jeden Kalenderhalbjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief aufgekündigt werden.

(2) Im Falle der Aufkündigung des Gesamtvertrages werden die Vertragsparteien Verhandlungen über den Abschluss eines neuen Gesamtvertrages ohne Verzug aufnehmen.

§ 43 VERLAUTBARUNG

(1) Dieser Gesamtvertrag und seine Abänderungen werden jeweils in geeigneter Form durch Publikationen in den Mitteilungsblättern der Kammer oder der Sozialversicherungsträger und/oder im Internet auf den Homepages der Kammer und/oder der Sozialversicherungsträger verlautbart. Die Kundmachung dieses Gesamtvertrages und seiner Abänderungen kann auch durch Rundschreiben des Geschäftsausschusses der steirischen § 2-Krankenversicherungsträger an die Vertrags-(fach-)ärzte erfolgen.

(2) Diese Sonderregelung wird in den „Mitteilungen der Bundesfachgruppe für Zahnheilkunde der Österreichischen Ärztekammer“ auf Kosten der Kammer und in der Zeitschrift „Soziale Sicherheit“ auf Kosten des Krankenversicherungsträgers verlautbart.