

Sonderdruck
2025

Österreichische Post AG | MZ 02Z032843 M

Österreichische Zahnärztekammer
Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien



ÖSTERREICHISCHE ZAHNÄRZTE-ZEITUNG

Honorarordnungen und Honorartarife

für Vertragsfachärzt:innen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Vertragszahnärzt:innen und -dentist:innen und
Vertragskieferorthopäd:innen

gültig ab 1. Jänner 2025

INHALT

HONORARORDNUNG & HONORARTARIFE FÜR VERTRAGSFACHÄRZTINNEN FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE, ZAHNÄRZTINNEN UND VERTRAGSDENTISTINNEN

- 2** Allgemeines
- 3** Honorartarif für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- 7** Erläuterungen zum Honorartarif für die konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- 10** Für BVAEB: Erläuterungen zum Honorartarif für die konservierend-chirurgische Zahnbehandlung Pos. 6, 7, 8, 9
- 11** Honorartarif für prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)
- 13** Erläuterungen zum Honorartarif für die prothetische Zahnbehandlung (abnehmbarer Zahnersatz)
- 14** Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte
- 15** Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte
- 16** Erläuterungen zum Honorartarif für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte – interzeptive Behandlung
- 18** Kostenanteile der Versicherten ab 1. Jänner 2025
- 19** Behandlungskostenbeiträge
- 20** Rückersatz bei Behandlung durch WahlzahnärztInnen

HONORARORDNUNG & HONORARTARIFE FÜR VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDEN UND VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDINNEN

- 23** Allgemeines
- 24** Honorartarif für die IOTN-Feststellung & Erläuterungen
- 25** Honorartarif für die interzeptive Behandlung & Erläuterungen
- 27** Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung & Erläuterungen
- 30** Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung für die IOTN-Feststellung, die interzeptive Behandlung und die KFO-Hauptbehandlung

DIVERSES

- 32** Autonome Honorarrichtlinien 2025
- 34** Kollektivvertrag für die zahnärztliche Assistenz
- 40** Adressen und Telefonnummern der Landes Zahnärztekammern und Gesundheitskassen

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

Impressum

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Redaktion: Österreichische Zahnärztekammer, Körperschaft öffentlichen Rechts, A-1010 Wien, Kohlmarkt 11/6, Tel. + 43 - (0)5 05 11 - 0, Fax + 43 - (0)5 05 11 - 1167, E-Mail: office@zahnaerztekammer.at, **Redakteurin:** Präsidentin Dr. Birgit Vetter-Scheidl, **Titelbild:** © stock.adobe.com
Herstellung, Druck und Vertrieb: Ferdinand Berger & Söhne GesmbH, A-3580 Horn



Sehr geehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

Diese Sonderausgabe der Österreichischen Zahnärzte-Zeitung informiert Sie über die ab 1. Jänner 2025 gültigen Honorar-tarife und die Patient:innenanteile der Österreichischen Gesundheitskasse, die von den Zahnärzt:innen einzuheben sind. Wie schon 2023 sind die Kostenanteile bei Versicherten der BVAEB, KFA-Wien, SVS-LW und SVS-GW **NICHT** einzuheben, sondern wird von den Versicherten an ihre jeweiligen Sozialversicherungsträger bezahlt.

Der **Honorarerhöhungsfaktor** 2025 beträgt 3 %. 2023 wurde aufgrund der hohen Inflation ein Zuschlag von 2,45 % ausver-handelt. Dieser hätte heuer eigentlich wieder in Abzug gebracht werden sollen, jedoch konnte die ÖZÄK erreichen, dass 2025 bloß 0,5 % abgezogen werden. In weiterer Folge finden Sie daher wie gewohnt eine Auflistung sämtlicher konservierenden, prothetischen und kieferorthopädischen Kassentarife.

In Bezug auf die Amalgamersatzverhandlungen mit der Sozialversicherung konnte bislang ausschließlich mit der BVAEB eine Einigung erzielt werden. Daher gilt für alle anderen Sozialversicherungsträger, dass die Positionen 6, 7 und 8 weiterhin bestehen, als Kassenmaterial steht hierfür seit 1. Jänner 2025 ausschließlich Steinzement zur Verfügung. Die amalgamer-setzenden Positionen 62, 72, 82 und 92 für Kinder bis 15 Jahre, Schwangere und stillende Mütter bestehen ebenso weiter. Einzig die Position 9 ist nicht mehr abrechenbar. Für Versicherte der BVAEB gilt hingegen folgendes: Die Positionen 6, 7, 8 und 9 sind mit Glasionomermzement oder Alkazit zu erfüllen, wobei die Positionen 62, 72, 82 und 92 in diesen Positionen aufgehen und somit nicht mehr abrechenbar sind. Von der Honorarordnung gänzlich ausgenommen sind die von wenigen Vertragszahnärzt:innen unterschriebenen Sondereinzelverträge mit der Österreichischen Gesundheitskasse, da sich diese Verträge außerhalb der sozialpartnerschaftlichen Einigung zwischen Sozialversicherung und Österreichischer Zahnärztekammer bewegen.

Darüber hinaus finden Sie in dieser Sonderausgabe den seit 1. Juni 2024 gültigen **Kollektivvertrag** für die zahnärztlichen Mitarbeiter:innen. Die wichtigsten Informationen zum neuen Kollektivvertrag wurden bereits Ende des letzten Jahres über unsere Informationskanäle an Sie übermittelt.

Zu guter Letzt finden Sie in dieser Ausgabe auch die **Autonomen Honorarrichtlinien** 2025, welche aufgrund des seit 1. Jänner 2025 bestehenden EU-weiten Amalgamverbots angepasst werden mussten.

Laut **Grenzwertverordnung** 2024 (GWV-2024) liegt der Wert für schriftliche Heil- und Kostenpläne 2025 bei € 2.279,90.

Im Namen des gesamten ÖZÄK-Teams darf ich mich für Ihr Vertrauen im vergangenen Jahr bedanken und hoffe, dass dieser Sonderdruck Ihnen und Ihrem Team den täglichen Arbeitsaufwand erleichtern wird.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Dr.ⁱⁿ Birgit Vetter-Scheidl
Präsidentin der Österreichischen Zahnärztekammer

HONORARORDNUNG

FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE UND VERTRAGSZAHNÄRZTINNEN

Gültig für die Träger der Krankenversicherung der Unselbständigen, das sind die

- **Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK),**
- die **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB),**
- die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen – Bauern (SVS-LW) und**
- die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen – gewerbliche Wirtschaft (SVS-GW)**

(mit Ausnahme der Erläuterung Punkt 1. auf Seite 8).

ALLGEMEINES

1. Diese Honorarordnung für die Vertragsfachärzte und Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bildet einen Bestandteil des Gesamtvertrages (§ 30 Abs.1).
2. Die Honorierung der Vertragsfachärzte und Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erfolgt auf Grund der in dieser Honorarordnung angeführten Tarife nach Einzelleistungen unter Bedachtnahme auf die folgenden Erläuterungen zu den Tarifen für die konservierend-chirurgische und prothetische Zahnbehandlung sowie für die kieferorthopädische Behandlung.
3. 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 vertragszahnärztliche Leistungen, wenn der Krankenversicherungsträger die Genehmigung nicht erteilt hat.
4. Zuzahlungen in dem in der Satzung vorgesehenen Ausmaß sind zu den prothetischen und kieferorthopädischen Behandlungsleistungen durch den behandelnden Vertragszahnarzt bzw. die behandelnde Vertragszahnärztin tunlichst bei Behandlungsbeginn einzuheben. Zahlt ein Anspruchsberechtigter diesen Zuzahlungsbetrag nicht, so kann der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin nach dreimaliger erfolgloser Mahnung mit eingeschriebenem Brief den Zuzahlungsbetrag zum nächsten Abrechnungstermin mit gesondertem Beleg beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger in Rechnung stellen. Keine Zuzahlungen dürfen eingehoben werden bei der interzeptiven Behandlung und bei Reparaturen im Rahmen einer interzeptiven Behandlung.
5. Aufzahlungen für vertragliche Leistungen dürfen nicht eingehoben werden. Die zur Erbringung der vertraglichen Leistungen nötigen Materialien, Medikamente usw. sind mit den jeweiligen Tarifen der Honorarordnung abgegolten, soweit dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.
6. Die Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ist mit der Honorierung für die jeweils erbrachte Leistung abgegolten.
7. Bei Visiten, die Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen bei Anspruchsberechtigten abstellen, sind die Weggelder in der Höhe verrechenbar, die von den Vertragsärzten/Vertragsärztinnen der betreffenden Krankenkasse verrechnet werden können.
8. Anträge auf Kostenübernahme für prothetische, kieferorthopädische Leistungen, die interzeptive Behandlung und Reparaturen im Rahmen einer interzeptiven Behandlung sind von den Krankenkassen tunlichst innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nach Einlangen der Anträge bei den Krankenkassen zu erledigen.

HONORARTARIF FÜR KONSERVIEREND- CHIRURGISCHE ZAHNBEHANDLUNG

Vorbemerkungen:

1. Honorierung der Behandlung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie während der Nachtzeit (20 Uhr bis 7 Uhr) siehe Ziffer 23 der Erläuterungen.
2. Maßgebend für die Anwendung des nachstehenden Honorartarifes ist der Zeitpunkt, zu welchem die verrechnete Leistung erbracht wurde.
3. Die bei Position Nr. 41 verwendeten Arzneien sind zum amtlichen Taxpreis verrechenbar.

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	ÖGK SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	BVAEB	KFA-Wien
1	Beratung (s. Z. 1 der Erl.)	BER	16,50	16,50	16,50	16,50
1a	KFO-Beratung (s. Z. 1a der Erl.)	BK	22,50	22,50	22,50	n. a.
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (s. Z. 2 der Erl.)	E	24,00	24,00	24,00	24,00
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vital-exstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung (s. Z. 3 der Erl.)	A	9,80	9,80	9,80	9,80
4	Visite	Vs	40,20	40,20	40,20	40,20
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	HL	30,00	30,00	30,00	30,00
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 der Erl.)	F1	24,20	24,20	47,20*	47,20
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 der Erl.)	F2	37,80	37,80	61,10*	61,10
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 der Erl.)	FM	56,20	56,20	80,10*	80,10
9	Aufbau mit Höckerdeckung (s. Z. 5 der Erl.)	Hö	85,80	85,80	127,20*	127,20
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich (s. Z. 4 b der Erl.)	AE1	47,20	47,20	n. a.	n. a.
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich (s. Z. 4 b der Erl.)	AE2	61,10	61,10	n. a.	n. a.

* Erläuterungen dazu auf Seite 10

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	ÖGK SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	BVAEB	KFA-Wien
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitzahnbereich (s. Z. 4 b der Erl.)	AEM	80,10	80,10	n. a.	n. a.
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitzahnbereich (s. Z. 5 a der Erl.)	AEH	127,20	127,20	n. a.	n. a.
*61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 a der Erl.)	K1	47,40	47,40	47,40	47,40
*71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 a der Erl.)	K2	61,30	61,30	61,30	61,30
*81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang, mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage) (s. Z. 4 a der Erl.)	KM	80,40	80,40	80,40	80,40
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähne, pro Zahn (s. Z. 6 der Erl.)	Eck	127,70	127,70	127,70	127,70
11	Stiftverankerung	St	17,20	17,20	17,20	17,20
12	WB-Amputation (s. Z. 7 der Erl.)	WA	38,90	38,90	38,90	38,90
13	WB-Exstirpation einkanalig (s. Z. 7 der Erl.)	W1	69,60	69,60	69,60	69,60
14	WB-Exstirpation zweikanalig (s. Z. 7 der Erl.)	W2	139,20	139,20	139,20	139,20
15	WB-Exstirpation dreikanalig (s. Z. 7 der Erl.)	W3	208,80	208,80	208,80	208,80
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen (s. Z. 7 der Erl.)	WU	15,90	15,90	15,90	15,90
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (s. Z. 8 der Erl.)	NB	9,80	9,80	9,80	9,80

*** bei Front- und Eckzähnen**

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	ÖGK SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	BVAEB	KFA-Wien
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	BT	10,40	10,40	10,40	10,40
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall (s. Z. 9 der Erl.)	ZH	5,30	5,30	5,30	5,30
20	Zahnsteinentfernung (siehe Z. 10 der Erl.)	Zst	13,90	13,90	13,90	13,90
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	ES	6,30	6,30	6,30	6,30
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle) (s. Z. 11 der Erl.)	Pf	14,30	14,30	14,30	14,30
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant (s. Z. 8 der Erl.)	Bst	4,80	4,80	4,80	4,80
24	Zahnrontgen (s. Z. 12 der Erl.)	Rö	8,20	8,20	8,20	8,20
25	Panoramaröntgen (s. Z. 13 der Erl.)	Pan	38,00	40,40	38,00	41,10
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung) (s. Z. 14 der Erl.)	Sto	7,80	7,80	7,80	7,80
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (s. Z. 15 der Erl.)	RZ	168,30	168,30	168,30	168,30
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenaukratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung (s. Z. 16 der Erl.)	Zy	165,10	165,10	165,10	165,10
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	WSR	168,20	168,20	168,20	168,20
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (s. Z. 17 der Erl.)	OZ	80,50	80,50	80,50	80,50
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	Gop	79,00	79,00	79,00	79,00

Pos Nr.	Leistungsart	Abkürzung	ÖGK SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	BVAEB	KFA-Wien
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (s. Z. 18 der Erl.)	li	34,60	34,60	34,60	34,60
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (s. Z. 19 der Erl.)	KK	40,10	40,10	40,10	40,10
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	STA	46,70	46,70	46,70	46,70
35	Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)	BN	30,90	30,90	30,90	30,90
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	TK	62,70	62,70	62,70	62,70
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (siehe Z. 20 der Erl.)	EK	174,10	174,10	174,10	174,10
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	SKB	72,30	72,30	72,30	72,30
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	LWZ	76,00	76,00	76,00	76,00
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel (s. Z. 21 der Erl.)	R	23,40	23,40	23,40	23,40
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramuskulär bzw. intravenös (exklusive Medikament) (s. Z. 22 der Erl.)	Thi	5,30	5,30	5,30	5,30
65	Mundhygiene (für Kinder und Jugendliche vom 10. bis 18. Lebensalter) (s. Z. 27 der Erl.)	MH	66,70	66,70	66,70	66,70
*66	Mundhygiene (für Erwachsene ab 18. Lebensjahr)	MHE	n. a.	n. a.	n. a.	92,00

* Der Gesamttarif beträgt € 115,00, davon sind € 92,00 mit der KFA abrechenbar, € 23,00 beträgt der Patientenanteil (20%) der direkt eingehoben werden muss.

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE KONSERVIEREND-CHIRURGISCHE ZAHNBEHANDLUNG

1. Eine Beratung kann nur einmal innerhalb von sechs Monaten seit der letzten verrechneten Leistung honoriert werden. In der Zwischenzeit ist sie nur mit besonderer Begründung verrechenbar. Die Honorierung ist unzulässig, wenn an die Beratung anschließend eine andere vertragszahnärztliche Leistung erbracht wird. Das gilt jedoch nicht für Kinder bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, wenn in derselben Sitzung eine Füllungstherapie erfolgt. Bei der Beratung ist die Inspektion der Mundhöhle inkludiert.

- a) Die KFO-Beratung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, zu dem beim Patienten/bei Patientinnen in der Regel die 4 oberen und die 4 unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind und umfasst folgende Leistungen:
- Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art, Dauer usw. der KFO-Behandlung
 - Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung
 - Informationen über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin bei der kieferorthopädischen Behandlung wie z.B. Mundhygiene, Einhalten von Therapieempfehlungen und -maßnahmen
 - Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung

Die KFO-Beratung ist bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des Patienten/der Patientin 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/Vertragszahnärztinnen verrechenbar.

2. Extraktionen, ausgenommen geplante Teilextraktionen, werden nur bei restloser Entfernung aller Wurzeln honoriert, falls sich dieser nicht begründete Hindernisse entgegenstellen. Auf diese Umstände ist durch Begründung bei der Abrechnung kurz hinzuweisen.
3. Bei der Extraktion eines Zahnes und chirurgischen Eingriffen ist eine Anästhesie nicht gesondert verrechenbar. Die Füllungstherapie ist in der Regel keine ausreichende Begründung; hier ist die Anästhesie in der Regel eine außervertragliche Leistung.
4. Als vertragliche Füllungsmaterialien kommen alle Amalgame, Silikat- und Steinzemente oder ähnliche, die gleichen Herstellungskosten verursachenden Materialien in Betracht; als Unterlage kommen Phosphatzemente oder ähnliche, die gleichen Herstellungskosten verursachenden Materialien in Betracht. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert (begründete Ausnahmen sind nur bei Molaren zulässig). Die Positionen 7 oder 8 sind verrechenbar, wenn die Füllung mindestens zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht. Die Haltbarkeit der Füllungen

an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung der Füllungen ist nur mit Begründung verrechenbar (z.B. Abbruch einer Kante oder eines Höckers, Wurzelbehandlung, Sekundärkaries). Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

- a) Füllungen mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik gelegt, sind jedenfalls Vertragsleistung im Front- und Eckzahnbereich. Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert. Die Positionen 71 oder 81 sind verrechenbar, wenn die Füllung zumindest zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht. Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung der Füllung ist nur mit Begründung verrechenbar. Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.
- b) 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 Glasionomerzemente 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.
5. Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist verrechenbar, wenn bei Prämolaren mindestens ein Höcker und bei Molaren mindestens zwei Höcker fehlen. Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist grundsätzlich mit Amalgam anzufertigen; Säureätztechnik und photochemisches Verfahren sind nicht Vertragsgegenstand. Jeder erforderliche Wurzelkanalstift ist mit der Position 11 verrechenbar; gegossene und parapulpäre Stifte sind außervertragliche Leistungen. Die Haltbarkeit eines Aufbau-

es mit Höckerdeckung soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung eines Aufbaues mit Höckerdeckung ist nur mit Begründung verrechenbar. Bei überkronen Zähnen sind Aufbauten mit Höckerdeckung im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.

- a) 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 Glasionomerezemente 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 überkronen 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.
6. Ein Eckenaufbau bzw. der Aufbau einer Schneidekante sowie gleichzeitig am selben Zahn gelegte Füllungen sind mit allen gebräuchlichen plastischen Materialien (z.B. auch lichtgehärtete Kunststoffe) und nach jeder direkten Methode (z.B. auch Säureätztechnik) anzufertigen. Die Haltbarkeit eines Ecken- bzw. Schneidekantenaufbaues soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung eines Ecken- bzw. Schneidekantenaufbaues ist nur mit vorheriger Genehmigung des Krankenversicherungsträgers verrechenbar. Bei überkronen Zähnen sind Eckenaufbauten bzw. Schneidekantenaufbauten im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.
7. Wird eine Wurzelbehandlung bei einem dreikanaligen Zahn nach der Kombinationsmethode durchgeführt, so ist die tatsächlich erbrachte Leistung zu verrechnen. Wurzelbehandlungen nach der Exstirpationsmethode werden dann als solche honoriert, wenn die Kanäle 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 Wurzelfüllung ist röntgenschattengebendes Material zu verwenden. Wurde im Verlauf der letzten drei Monate die Position 16 für den gleichen Zahn verrechnet, kann nur

der Differenzbetrag zu den Positionen 12 bis 15 verrechnet werden. Mit der Bezahlung der Wurzelbehandlung ist auch das eventuelle Entfernen alter Wurzelfüllungen abgegolten.

8. Sind aus therapeutischen Gründen weitere Nachbehandlungen oder Bestrahlungen notwendig, so können diese auf schriftlichen Antrag vom Krankenversicherungsträger bewilligt werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die Genehmigung nachträglich erteilt werden.
9. Die Behandlung empfindlicher Zahnhälse wird ohne Rücksicht auf die Zahl der behandelten Zähne bis zu dreimal pro Behandlungsfall vergütet. Die Kostenübernahme für mehr als drei Sitzungen ist an die vorherige Genehmigung des Krankenversicherungsträgers gebunden.
10. Zahnsteinentfernung kann in der Regel erst ab dem 10. Lebensjahr vergütet werden. Die Verrechnung dieser Position ist auf zweimal innerhalb von sechs Monaten beschränkt.
11. Das Wiedereinzementieren oder die Abnahme technischer Arbeiten wird pro Pfeilerstelle vergütet; das Einzementieren neuer technischer Arbeiten wird vom Krankenversicherungsträger nicht vergütet.
12. Röntgenaufnahmen werden innerhalb eines Zeitraumes von drei aufeinander folgenden Monaten bis zu fünf Aufnahmen je Behandlungsfall bewilligungsfrei honoriert. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen Vertrags(fach)arzt/eine Vertrags(fach)ärztin 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.
13. Ergibt sich im Zuge einer Zahnbehandlung oder bei Überweisung durch einen Vertrags(fach)arzt/eine Vertrags(fach)ärztin 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 Panoramarönt-

gen 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 Zahnröntgenstatus kann ein Panoramaröntgen nicht verrechnet werden.

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.
15. Ein retinierter Zahn ist vor dem chirurgischen Eingriff röntgenologisch zu dokumentieren.
16. Die Zyste ist präoperativ röntgendiagnostisch nachzuweisen und muss erkennbar sein.
17. Unter operativer Entfernung eines Zahnes ist eine operative Leistung zu verstehen, die beispielsweise mit dem Aufklappen der Schleimhaut, der Ausmeißelung oder dem Ausfräsen des die Zahnentfernung behindernden Knochens, nicht aber nur mit einer einfachen Hebelarbeit bei der Extraktion einhergeht. Die Position 30 ist in der Regel nicht neben der Position 28 verrechenbar.
18. Die Position 32 ist in derselben Sitzung nicht neben der Position 36 verrechenbar.
19. Die Kieferkammkorrektur kann nur im Falle einer Aufklappung des Zahnfleisches bzw. der Schleimhaut und einer Knochenabtragung verrechnet werden. Diese Position kann nicht im Zusammenhang mit der Entfernung eines einzelnen Zahnes in derselben Sitzung verrechnet werden.
20. Die Position 37 ist nicht neben den Positionen 28 und 29 verrechenbar.
21. Die verwendeten Narkosemittel sind zum Selbstkostenpreis verrechenbar.
22. Therapeutische Injektionen sind an die vorherige Bewilligung durch den Krankenversicherungsträger gebunden; ausgenommen sind dringliche Fälle mit Begründung.
23. An Samstagen, Sonn- und Feiertagen sowie während der Nachtzeit (20 Uhr bis 7 Uhr) dürfen die Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auf Rechnung des Krankenversicherungsträgers nur in dringenden Fällen beansprucht werden. Erweist sich die Inanspruchnahme als nicht dringlich, so sind die getätigten Leistungen keine Vertragsleistungen, sondern mit dem Anspruchsberechtigten privat zu verrechnen. Die Bestellung

eines Anspruchsberechtigten außerhalb der normalen Ordinationszeit gilt auch dann nicht als dringlicher Fall, wenn diese Bestellung über Wunsch des Anspruchsberechtigten erfolgt ist. Leistungen im Sinne des ersten Satzes werden mit den doppelten Tarifsätzen honoriert. Wenn der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin an den genannten Tagen und während der angeführten Zeiten regelmäßig Sprechstunden abhält, entfällt die Einschränkung auf dringliche Fälle, und es werden die Tarifsätze nach der Honorarordnung angewendet.

24. Lage und Ausdehnung der Füllung sowie sämtliche übrigen Leistungen sind im Zahnschema des Zahnbehandlungsscheines zu bezeichnen.
25. Nur vollendete Behandlungsleistungen können zur Honorierung eingereicht werden. Ausnahmen sind zu begründen und werden anteilig honoriert.
26. Die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung, die Abfassung eines Briefes ärztlichen Inhaltes bzw. die Ausstellung eines Befundes sind in allen Fällen, nur soweit Leistungen aus dem Vertrag davon betroffen werden, durch die Bezahlung der Leistungen selbst abgegolten.
27. 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 feststehenden 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.

Die Leistung umfasst die:

- 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.

Unbeschadet des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin können Angehörige der zahnärztlichen Assistenz (ZAss) mit einer Weiterbildung zur Prophylaxeassistenz (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.

GÜLTIG NUR FÜR DIE VERSICHERUNGSANSTALT ÖFFENTLICH BEDIENTETER, EISENBAHNEN UND BERGBAU (BVAEB)

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE KONSERVIEREND-CHIRURGISCHE ZAHNBEHANDLUNG POSITIONEN 6, 7, 8, 9

- Die Füllungen sind amalgamfrei auszuführen, es sei denn, die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt erachtet eine Behandlung mit Amalgam wegen der spezifischen medizinischen Erfordernisse bei dem jeweiligen Patienten als zwingend notwendig (Art. 10 Abs 2a EU-VO 2017/852 geändert mit EU-VO 2024/1849).

Als vertragliche Füllungsmaterialien kommen alle erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterialien wie z. B. Glasionomerezemente, Alkasil oder ähnliche Materialien, die eine lege artis Versorgung der Kavität in der konkreten Behandlungssituation gewährleisten, in Betracht. Die Auswahl des im Einzelfall als ausreichend und zweckmäßig geeigneten Materials – insbesondere im Hinblick auf die Füllungsausdehnung, die Kaustabilität und Abrasionsfestigkeit – liegt bei der behandelnden Vertragszahnärztin/dem behandelnden Vertragszahnarzt. Die mit Säureadhäsivtechnik gelegten Kompositfüllungen können im Seitenzahnbereich privat verrechnet werden.

Grundsätzlich wird pro Zahnfläche nur eine Füllung honoriert (begründete Ausnahmen sind nur bei Molaren zulässig). Die Positionen 7 oder 8 sind verrechenbar, wenn die Füllung mindestens zu einem Drittel in die nächste Fläche hineinreicht.

Die Haltbarkeit der Füllungen an bleibenden Zähnen soll sich in der Regel auf zwei Jahre erstrecken. Eine vorzeitige Wiederholung der Füllungen ist nur mit Begründung verrechenbar (z. B. Abbruch einer Kante oder eines Höckers, nicht durch die Anwendung des Materials verursachter Füllungsbruch [z. B. durch Biss auf Nusschale oder Stein], Wurzelbehandlung, Sekundärkaries). Indirekte und direkte Pulpenüberkappungen sind in der Füllung inkludiert.

- Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist amalgamfrei auszuführen, es sei denn, die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt erachtet eine Behandlung mit Amalgam wegen der spezifischen medizinischen Erfordernisse bei dem jeweiligen Patienten als zwingend notwendig (Art. 10 Abs 2a EU-VO 2017/852 geändert mit EU-VO 2024/1849).

Als vertragliche Materialien für Aufbauten mit Höckerdeckung kommen alle erprobten und praxisüblichen plastischen Füllungsmaterialien wie z. B. Glasionomerezemente, Alkasil oder ähnliche Materialien, die eine lege artis Versorgung der Kavität in der konkreten Behandlungssituation gewährleisten, in Betracht. Die Auswahl des im Einzelfall als ausreichend und zweckmäßig geeigneten Materials – insbesondere im Hinblick auf die Füllungsausdehnung, die Kaustabilität und Abrasionsfestigkeit – liegt bei der behandelnden Vertragszahnärztin/dem behandelnden Vertragszahnarzt.

Die mit Kompositen in Säureadhäsivtechnik angefertigten Aufbauten mit Höckerdeckung können privat verrechnet werden.

Ein Aufbau mit Höckerdeckung ist verrechenbar, wenn bei Prämolaren mindestens 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.

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 (z. B. Abbruch einer Kante oder eines Höckers, nicht durch die Anwendung des Materials verursachter Füllungsbruch [z. B. durch Biss auf Nusschale oder Stein], Wurzelbehandlung, Sekundärkaries). Bei überkronten Zähnen sind Aufbauten mit Höckerdeckung im zeitlichen Zusammenhang nicht verrechenbar.

HONORARTARIF FÜR PROTHETISCHE ZAHNBEHANDLUNG (ABNEHMBARER ZAHNERSATZ)

Leistungsart	ÖGK BVAEB SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	KFA-Wien*
--------------	--------------------------------------	--------	-----------

Kunststoffprothetik

I. Totale Kunststoffprothese

als Dauerversorgung (inklusive Zähne)	1.098,00	1.098,00	1.098,00
---------------------------------------	----------	----------	----------

II. Kunststoff-Prothesen - Neuherstellung:

1.	Platte (jede Größe)	284,00	284,00	284,00
2.	Zahn, pro Einheit	17,00	17,00	17,00
3.	Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)	17,00	17,00	17,00
4.	Sauger	17,00	17,00	17,00

III. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen:

a)	Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	87,00	87,00	87,00
b)	Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	102,00	102,00	102,00
c)	Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)	139,00	139,00	139,00
d)	Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	156,00	156,00	156,00
e)	Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	181,00	181,00	181,00

Erläuterung zu e:

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

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

Leistungsart	ÖGK BVAEB SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	KFA-Wien
--------------	--------------------------------------	--------	----------

Metallprothetik

IV. Metallgerüst-Prothesen - Neuherstellung

einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b) abgegolten	1.142,00	1.142,00	1.142,00
--	----------	----------	----------

V. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen:

x)	Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	126,00	126,00	126,00
y)	Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	152,00	152,00	152,00
z)	Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	168,00	168,00	168,00

Erläuterung zu V:

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

VI. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern mit Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	687,00	687,00	687,00
--	--------	--------	--------

VII. Voll-Metallkrone (VG)

an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)	417,00	417,00	417,00
---	--------	--------	--------

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE PROTHETISCHE ZAHNBEHANDLUNG (ABNEHMBARER ZAHNERSATZ)

1. Die Kosten für die Neuherstellung von Zahnersatzstücken übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des entsprechenden Vordruckes die Anspruchsberechtigung festgestellt und die Kostenübernahme zugesichert wurde. Bei Prothesenreparaturen entfällt die Einholung der Zusicherung der Kostenübernahme.
2. Da der Krankenversicherungsträger die Kostenübernahme für eine Neuherstellung im Regelfall erst nach einer satzungsmäßigen Wartezeit neuerlich übernimmt, sollen Planung und Durchführung von Zahnersatzarbeiten nach Möglichkeit und mit den üblicherweise zur Verfügung stehenden Mitteln so erfolgen, dass eine Neuanfertigung vor Ablauf der genannten Frist (totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, Metallgerüstprothese, Verblend-Metall-Keramikkrone sechs Jahre, sonstige Prothesen vier Jahre) voraussichtlich nicht nötig wird. Ist eine medizinisch begründete Neuherstellung nötig, kann schon vor Ablauf einer allfälligen Wartefrist ein Antrag auf Bewilligung an den Krankenversicherungsträger gestellt werden.
3. Die Entscheidung über die Behandlung bleibt dem behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin gewahrt. Die Bewilligung kann nicht von einer therapeutischen Anweisung abhängig gemacht werden.
4. In begründeten Ausnahmefällen kann der Abdruck vor der Sanierung des Mundes abgenommen werden. Wird vor Anfertigung der Prothese die vom behandelnden Zahnarzt/von der behandelnden Zahnärztin vorgesehene Mundsanierung bzw. die Vornahme der für die prothetische Versorgung notwendigen Maßnahmen vom Patienten bzw. von der Patientin verweigert, so kann ein Antrag auf Übernahme der Kosten durch den Krankenversicherungsträger nicht eingebracht werden.
5. Vertragsleistung ist jener Zahnersatz, der die medizinische und funktionelle Wiederherstellung der Kaufähigkeit gewährleistet, wobei auch die kosmetischen Erfordernisse im üblichen Rahmen (Zahnform, Zahnfarbe und Zahnstellung) zu berücksichtigen sind. Die Vertragsleistung beinhaltet jedenfalls alle dazu notwendigen, technisch-medizinischen Maßnahmen. Für Basisplatten ist jeder gebräuchliche Kunststoff, als Klammermaterial Stahl und für den Ersatz der Zähne ist jede Art zweckentsprechender künstlicher Zähne als Material zulässig.
6. Werden auf Wunsch des Patienten/der Patientin Leistungen durchgeführt, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen (z.B. myofunktionelle Vorbehandlung, gnathologische Vorbehandlung, mehrfache individuelle Aufstellung auf Wunsch des Patienten/der Patientin, Sonderwünsche des Patienten/der Patientin, wie individuell gebrannte Porzellanzähne, Verwendung von Edelmetallen, Remontage), sind diese vom Patienten/von der Patientin zu bezahlen. Notwendige technisch-medizinische Maßnahmen, die dazu dienen, die objektive Verwendungsfähigkeit der Prothese herzustellen, können nicht als Sonderwünsche des Patienten/der Patientin privat verrechnet werden. Der Patient/die Patientin muss im Vorhinein nachweislich über Art der Maßnahmen, die über den vertraglichen Rahmen hinausgehen sowie über deren Preis informiert werden und der Privatverrechnung zustimmen. Er ist in diesem Fall über den Umfang der Kassenleistung aufzuklären.
7. Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin ist zur kostenlosen Kontrolle, im erforderlichen Falle zur kostenlosen Korrektur und Änderung verpflichtet, sodass mindestens vier Wochen, jedenfalls aber acht Wochen nach der Übergabe die Prothese objektiv verwendungsfähig ist.
 - a) Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin 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.
8. Lehnt der/die Anspruchsberechtigte aus subjektiven Gründen die Prothese ab oder können die notwendigen Korrekturen oder Änderungen der Prothese wegen Nichterscheins des/der Anspruchsberechtigten nicht durchgeführt werden, so teilt der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin dies dem Krankenversicherungsträger mit.
9. Die Erläuterungen unter Punkt 1 bis 8 (ausgenommen 7a) gelten für Metallgerüstprothesen und Vollmetallkronen sinngemäß mit folgenden Abänderungen:
 - a) 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).
 - b) Honoriert werden nur Kronen an Klammerzähnen, die sowohl zur Abstützung als auch zum Halt einer Prothese nötig und geeignet sind.

HONORARTARIF FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN AUF DER BASIS ABNEHMBARER GERÄTE

Leistungsart	ÖGK BVAEB SVS-LW Bundesheer	SVS-GW	KFA-Wien
--------------	--------------------------------------	--------	----------

I. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr	1.140,00	1.140,00	1.140,00
--	----------	----------	----------

II. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten:

1.	Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Draht-elementes	62,00	62,00	62,00
2.	Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	78,00	78,00	78,00
3.	Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	94,00	94,00	94,00

III. Interzeptive Behandlung

Interzeptive Behandlung (siehe Z. 9 der Erl.)	1.140,00	1.140,00	n. a.
Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung (bewilligungspflichtig) (siehe Z. 10 der Erl.)	78,70	78,70	n. a.

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORATARIF FÜR KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN AUF DER BASIS ABNEHMBARER GERÄTE

1. Als Leistungen der Krankenversicherung gemäß § 153 Abs.1 ASVG kommt die Behandlung – soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig ist – nachstehender Fehlbildungen in Frage:
 - a) Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen
 - b) Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer
 - c) Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer
 - d) totale Nonokklusion
 - e) extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
 - f) extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet
 - g) frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren
 - h) Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
 - i) extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss
 - j) Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden in lit. a) bis i) genannten Anomalien entsprechen
 - k) Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie)
2. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragsbehandler/von der Vertragsbehandlerin anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen, der einen Befund, einen Therapievorschlag, die Angabe der vorgesehenen Apparate und eine prognostische Beurteilung enthalten soll. Der Behandlungsplan ist in einem zu vereinbarenden Vordruck einzutragen und damit dem zuständigen Krankenversicherungsträger ein Kostenübernahmeantrag zu stellen.
3. Die Kosten für die Erbringung kieferorthopädischer Leistungen übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des vorgenannten Vordruckes die Kostenübernahme zugesichert wurde. In der Regel sind drei Jahre als Behandlungsdauer anzusehen. Die Zusicherung der Kostenübernahme durch den Krankenversicherungsträger ist für jedes Behandlungsjahr einzuholen. Bei Reparaturen an kieferorthopädischen Geräten entfällt die Einholung der Zusicherung der Kostenübernahme.
4. Mit dem Behandlungspauschale pro Behandlungsjahr und den Honoraren für die angegebenen Reparaturen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Kieferorthopädie nötigen Maßnahmen und Apparate abgegolten. Eine über den festgelegten Kostenanteil des Versicherten hinausgehende Aufzahlung für die vertraglichen Leistungen darf nicht eingehoben werden.
5. Zur Abrechnung der kieferorthopädischen Behandlung wird festgelegt, dass die Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den vom Krankenversicherungsträger zu leistenden Anteil des Jahreshonorars mit der Abrechnung für das Quartal in Rechnung stellen können, das dem Beginn der kieferorthopädischen Behandlung bzw. dem Beginn des weiteren Behandlungsjahres folgt.
6. Bei Streitigkeiten über die Frage, ob die zur Behandlung kommende Zahn- oder Kieferfehlbildung unter die in lit. a) bis k) der Erläuterungen zu den kieferorthopädischen Behandlungen angeführten Punkte fällt, ist der Schlichtungsausschuss gemäß § 36 des Gesamtvertrages zuständig.

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORATARIF FÜR KIEFER-ORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNGEN AUF DER BASIS ABNEHMBARER GERÄTE – INTERZEPTIVE BEHANDLUNG

1. Als Leistung der Krankenversicherung nach § 153a ASVG kommt zur frühen Korrektur von Zahnfehlstellungen die interzeptive Behandlung in Frage, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Eine interzeptive Behandlung hat dabei eindeutig dokumentierte Vorteile gegenüber einer ausschließlichen kieferorthopädischen Spätbehandlung im Sinne des § 16 Gesamtvertrag Kieferorthopädie (KFO-GV). Eine interzeptive Behandlung ist nur bei Vorliegen des Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) 4 oder 5 und einer der nachstehenden Indikationen verrechenbar:

- a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien
- b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne
- c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne
- d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss
- e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss)
- f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig)
- g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe
- h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen
- i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm
- j) Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt
- k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren
- l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt.
- m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z.B. nach einer Collum-Fraktur)

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase alleine oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei noch keine Indikation für eine interzeptive Behandlung dar.

2. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt/von der Vertragszahnärztin anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen, der einen Befund mit der Feststellung von IOTN 4 oder 5 und der Angabe der vorliegenden Indikation nach Punkt 1 lit. a) bis m), einen Therapievoranschlag, die Angabe der vorgesehenen Apparate und eine Erfolgsannahme enthält. Die Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme ist in dem vereinbarten Formular einzutragen

und damit beim zuständigen Krankenversicherungsträger ein Kostenübernahmeantrag zu stellen. Mit diesen Unterlagen übermittelt der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin auch digitalisierte Anfangsmodelle. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung beim Vertragszahnarzt bzw. bei der Vertragszahnärztin nicht zur Verfügung steht, können ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral übermittelt werden. Der Krankenversicherungsträger kann im Zweifelsfall zur eindeutigen Beurteilung Modelle anfordern, die durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin binnen 14 Tage nach Aufforderung vorzulegen sind.

3. Die Kosten für die Erbringung der interzeptiven Behandlung übernimmt der Krankenversicherungsträger nur unter der Voraussetzung, dass unter Verwendung des vorgenannten Vordruckes die Kostenübernahme zugesichert wurde. Die interzeptive Behandlung ist in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahrs zu beginnen.

4. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen Behandlung nach § 16 des KFO-GV (KFO-Hauptbehandlung) beim Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen Behandlung nach § 16 KFO-GV ist eine neuerliche IOTN Anspruchsprüfung durchzuführen.

5. Die Behandlungspauschale wird einmalig geleistet. Mit der Behandlungspauschale sind sämtliche im Zusammenhang mit der interzeptiven Behandlung notwendigen Maßnahmen, Apparate und die erstmalige Reparatur abgegolten. Sowohl für die interzeptive Behandlung als auch für die in diesem Zusammenhang notwendigen Reparaturen sind keine Zuzahlungen durch den Versicherten zu leisten. Zu- oder Aufzahlungen für diese Vertragsleistungen dürfen nicht eingehoben werden.

6. Die Behandlungspauschale kann dem Krankenversicherungsträger vom Vertragszahnarzt/von der Vertragszahnärztin mit der Abrechnung jenes Zeitraums in Rechnung gestellt werden, in den der Behandlungsbeginn der interzeptiven Behandlung fällt. Behandlungsbeginn ist das Datum, zu dem erstmals durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin die erforderlichen therapeutischen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden.

7. Bei Streitigkeiten über die Frage, ob die zur Behandlung kommende Zahn- oder Kieferfehlbildung unter die in Punkt 1 angeführten Indikationen lit. a) bis m) fällt, ist der Schlichtungsausschuss gemäß § 36 des Gesamtvertrages zuständig.

8. Zur Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen interzeptiven Behandlungen erfolgt eine Prüfung durch den Krankenversicherungsträger, ob die Erfolgsannahme eingetreten ist.

Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin hat dazu binnen 14 Tage nach Behandlungsende dem Krankenversicherungsträger die digitalisierten Endmodelle zu übermitteln. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung dafür beim Vertragszahnarzt bzw. bei der Vertragszahnärztin nicht zur Verfügung steht, können ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral übermittelt werden. Der Krankenversicherungsträger kann im Zweifelsfall zur eindeutigen Beurteilung Modelle anfordern, die durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin binnen 14 Tage nach Aufforderung vorzulegen sind.

Innerhalb eines Kalenderjahres getroffene Fehlbeurteilungen des IOTN-Grades nach Punkt 2 und Fehldiagnosen zu den in Punkt 1 angeführten Indikationen lit. a) bis m) bis zu einem Ausmaß von zusammen 5% gelten als unbeachtlich.

Bei Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. bei Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichen Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Nach Prüfung dieser Unterlagen kann der Krankenversicherungsträger wie folgt den Sanktionsmechanismus auslösen.

Es erfolgt eine Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und in der Folge ein amikales Gespräch mit dem Vertragszahnarzt/der Vertragszahnärztin, von dem die zuständige Landes Zahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landes Zahnärztekammer ablehnen.

Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach dem amikalen Gespräch wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei nach dem amikalen Gespräch erfolgten interzeptiven Behandlungen die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin wiederum die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann im Rahmen der nächsten Stufe des Sanktionsmechanismus eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen. Bestätigt die Überprüfung den Verdacht, kann der Vertragszahnarzt/die

Vertragszahnärztin verpflichtet werden, eine Nachschulung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zu absolvieren. Über die Eignung der durch den Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin gewählten Nachschulung entscheiden Krankenversicherungsträger und Landes Zahnärztekammer gemeinsam. Nach Abschluss der Nachschulung ist ein Nachweis darüber dem Krankenversicherungsträger und der Landes Zahnärztekammer vorzulegen.

Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach Absolvierung der Nachschulung wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht eingetreten ist, muss der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin erneut die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann als letzte Stufe des Sanktionsmechanismus wiederum eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen, die zur Feststellung führen kann, dass eine wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG vorliegt.

9. Die Leistung der interzeptiven Behandlung umfasst:
- a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen)
 - b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme
 - c) die kieferorthopädische Behandlung
 - d) sowie die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis
10. Mit dem Pauschalhonorar ist auch eine Reparatur zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Liegt die Ursache für die Beschädigung in der Sphäre des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin, so ist jede Reparatur unabhängig von ihrer Häufigkeit jedenfalls ein Bestandteil der Vertragsleistung und mit dem Pauschalhonorar abgegolten. Nicht als Reparaturen gelten im Pauschalhonorar inkludierte Serviceleistungen zur Beseitigung von Schäden, die durch Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der 1. Reparatur aufgrund von Ursachen aus der Sphäre des Patienten/der Patientin erfolgt über das e-card System die Information an den Krankenversicherungsträger, dass die Anzahl der vom Honorar umfassten Reparaturen ausgeschöpft ist. Weitere Reparaturen sind lediglich auf Kosten des Krankenversicherungsträgers vorzunehmen, wenn dieser einer Kostenübernahme zustimmt, die mit dem vereinbarten Formular zu beantragen ist.

KOSTENANTEILE DER VERSICHERTEN

Leistungsart	Gesamttarif	ÖGK (ab 1. Jänner 2025)		KFA (ab 1. April 2025)	
		Kasse	Patient	Kasse	Patient

für Prothesenneuerstellung und KFO-Behandlungen

Totale Kunststoff-Prothese	1.098,00	823,50	274,50	878,40	219,60
Kunststoffplatte	284,00	213,00	71,00	227,20	56,80
Metallgerüst-Prothese	1.142,00	856,50	285,50	913,60	228,40
Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)	687,00	515,25	171,75	549,60	137,40
Voll-Metallkrone (VG)	417,00	312,75	104,25	333,60	83,40
Zahn, Klammer, Sauger bei Kunststoff-Prothesen	17,00	12,75	4,25	13,60	3,40
Zahn bei Metallgerüst-Prothese	17,00	12,75	4,25	13,60	3,40
KFO-Behandlung	1.140,00	798,00	342,00	798,00	342,00

für Zahnersatz-Reparaturen und Reparaturen an kieferorthopädischen Apparaten

a)	87,00	65,25	21,75
b)	102,00	76,50	25,50
c)	139,00	104,25	34,75
d)	156,00	117,00	39,00
e)	181,00	135,75	45,25
x)	126,00	94,50	31,50
y)	152,00	114,00	38,00
z)	168,00	126,00	42,00
1.	62,00	43,40	18,60
2.	78,00	54,60	23,40
3.	94,00	65,80	28,20

Bei BVAEB und der SVS-GW sind vom Patienten keine Kostenanteile bei Reparaturen einzuheben.

Bei KFA der Stadt Wien sind ab 1. April 2025 sämtliche Patientenanteile (Selbstbehalte) ausschließlich über den:die Zahnärzt:in einzuheben.

BEHANDLUNGSKOSTEN- BEITRÄGE

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

Leistungsart	BVAEB ¹	KFA	SVS ²
Konservierende Behandlung	10	–	20 ³
Totale Kunststoff-Prothese	10	20	20
Kunststoff-Prothesen	10	20	20
Kunststoff-Prothesen Reparaturen	10	–	20
Metallgerüst-Prothesen	10	20	25
Metallgerüst-Prothesen Reparaturen	10	–	25
Klammerzahnkronen (VMK und VG)	10	20	25
Kieferorthopädische Apparate	20	30	30
Kieferorthopädische Reparaturen	20	–	30

¹ **Angehörige Kinder (bis zum Ende der Anspruchsberechtigung) und Waisenspensionsbezieher:innen sind von der Behandlungsbeitragspflicht ausgenommen. Eine Ausnahme bilden die kieferorthopädischen Behandlungen, wofür auch weiterhin ein 20 %iger Behandlungsbeitrag anfällt.**

² **Bei Kindern wird kein Behandlungsbeitrag eingehoben.**

³ **Von SVS-LW-Versicherten ist nur der pauschale Behandlungsbetrag von € 11,71/Quartal zu bezahlen, sofern die Behandlung durch eine:n Vertragszahnbehandler:in durchgeführt wird.**

RÜCKERSATZ BEI BEHANDLUNG DURCH WAHLZAHNÄRZTINNEN

Laut derzeit gültige Satzung der Österreichischen Gesundheitskasse beträgt der Rückersatz bei WahlzahnärztInnen 80 %. Satzungsänderungen werden auf der homepage des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger www.avsv.at veröffentlicht.

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2025	80 % des Tarifes
1	Beratung	BER	16,50	13,20
1a	KFO-Beratung	BK	22,50	18,00
2	Extraktion	E	24,00	19,20
3	Anästhesie	A	9,80	7,84
4	Visite	Vs	40,20	32,16
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht	HL	30,00	24,00
6	Einflächenfüllung	F1	24,20	19,36
7	Zweiflächenfüllung	F2	37,80	30,24
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	FM	56,20	44,96
9	Aufbau mit Höckerdeckung	Hö	85,80	68,64
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitzahnbereich (siehe Z. 4 b der Erl.)	AE1	47,20	37,76
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitzahnbereich (siehe Z. 4 b der Erl.)	AE2	61,10	48,88
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitzahnbereich (siehe Z. 4 b der Erl.)	AEM	80,10	64,08

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2025	80 % des Tarifes
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitzahnbereich (siehe Z. 5 a der Erl.)	AEH	127,20	101,76
61	Einflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	K1	47,40	37,92
71	Zweiflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	K2	61,30	49,04
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung - Kunststoff (SAT)	KM	80,40	64,32
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante	Eck	127,70	102,16
11	Stiftverankerung	St	17,20	13,76
12	WB-Amputation	WA	38,90	31,12
13	WB-Exstirpation einkanalgig	W1	69,60	55,68
14	WB-Exstirpation zweikanalgig	W2	139,20	111,36
15	WB-Exstirpation dreikanalgig	W3	208,80	167,04
16	WB-unvollendete	WU	15,90	12,72
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen	NB	9,80	7,84
18	Blutstillung durch Tamponade	BT	10,40	8,32
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse	ZH	5,30	4,24
20	Zahnsteinentfernung	Zst	13,90	11,12
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses	ES	6,30	5,04
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten	Pf	14,30	11,44
23	Bestrahlung	Bst	4,80	3,84
24	Zahnrontgen	Rö	8,20	6,56

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarif 2025	80 % des Tarifes
25	Panoramaröntgen	Pan	38,00	30,40
26	Stomatitisbehandlung	Sto	7,80	6,24
27	Entfernung eines retinierten Zahnes	RZ	168,30	134,64
28	Zystenoperation	Zy	165,10	132,08
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie	WSR	168,20	134,56
30	Operative Entfernung eines Zahnes	OZ	80,50	64,40
31	Operation kleiner Geschwülste	Gop	79,00	63,20
32	Incision eines Abszesses	li	34,60	27,68
33	Kieferkammerkorrektur oder chirurgische Wundrevision	KK	40,10	32,08
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung	STA	46,70	37,36
35	Blutstillung durch Naht	BN	30,90	24,72
36	Trepanation eines Kieferknochens	TK	62,70	50,16
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	EK	174,10	139,28
38	Beseitigung eines Schlotterkammes	SKB	72,30	57,84
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation	LWZ	76,00	60,80
40	Kurz(Rausch)narkose	R	23,40	18,72
41	Therapeutische Injektion	Thi	5,30	4,24
65	Mundhygiene (für Kinder und Jugendliche vom 10. bis 18. Lebensalter) (siehe Z. 27 der Erl.)	MH	66,70	53,36

HONORARORDNUNG

FÜR VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDEN UND VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDINNEN

Gültig für alle Träger der Krankenversicherung, das sind die

- **Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK),**
- die **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)**
- und die **Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)**

ALLGEMEINES

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

HONORARTARIF FÜR DIE IOTN-FESTSTELLUNG

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
	IOTN-Feststellung Dieses Honorar inkludiert auch die Anfertigung eines Panoramaröntgens. Ein solches Röntgen ist nur vorzunehmen, soweit kein anderes aktuelles zur Verfügung steht.	IF	65,50

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE IOTN-FESTSTELLUNG

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

HONORARTARIF FÜR DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
	Interzeptive Behandlung (Details siehe Erl.)	IB	1.140,00
	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung* (siehe Z.9 der Erl.)	RI	78,70

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

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG

1. Ziel einer interzeptiven Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Diese Behandlung dient nicht der Vermeidung von IOTN 4 oder 5.
 2. Die interzeptive Behandlung ist in der Regel vor Vollendung des 10. Lebensjahres zu beginnen.
 3. Eine interzeptive Behandlung hat dabei eindeutig dokumentierte Vorteile gegenüber einer ausschließlichen kieferorthopädischen Spätbehandlung.
 4. Eine interzeptive Behandlung ist nur bei Vorliegen von IOTN 4 oder 5 und einer der nachstehenden Indikationen verrechenbar:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne
 - c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne
 - d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss
 - e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss)
 - f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig)
 - g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe
 - h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen
 - i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm
 - j) Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt
 - k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren
 - l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt
 - m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur)
- Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselbissphase alleine oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei noch keine Indikation für eine interzeptive Behandlung dar.
5. Die interzeptive Behandlung umfasst:
 - a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen)
 - b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme

- c) die kieferorthopädische Behandlung
 - d) sowie die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis
6. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung muss mindestens 1 Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor einer allfälligen KFO-Hauptbehandlung ist eine neuerliche IOTN-Anspruchsprüfung durchzuführen.
 7. Die Behandlungspauschale wird einmalig geleistet; damit sind sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung notwendigen Maßnahmen und Apparate abgegolten. Es ist keine Zuzahlung durch den Versicherten zu leisten. Zu- oder Aufzahlungen für diese Vertragsleistung dürfen nicht eingehoben werden.
 8. Die Behandlungspauschale kann dem leistungszuständigen Krankenversicherungsträger mit der Abrechnung jenes Zeitraums in Rechnung gestellt werden, in dem der Behandlungsbeginn der interzeptiven Behandlung fällt. Behandlungsbeginn ist das Datum, zu dem erstmals die erforderlichen therapeutischen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden.
 9. Mit der Behandlungspauschale ist auch eine Reparatur zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Liegt die Ursache für die Beschädigung in der Sphäre des Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin, so ist jede Reparatur unabhängig von ihrer Häufigkeit jedenfalls ein Bestandteil der Vertragsleistung und mit der Behandlungspauschale abgegolten. Nicht als Reparaturen gelten in der Behandlungspauschale inkludierte Serviceleistungen zur Beseitigung von Schäden, die durch Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Mit der 1. Reparatur aufgrund von Ursachen aus der Sphäre des Patienten/der Patientin erfolgt über das e-card System die Information an den Krankenversicherungsträger, dass die Anzahl der vom Honorar umfassten Reparaturen ausgeschöpft ist. Weitere Reparaturen sind lediglich auf Kosten des Krankenversicherungsträgers vorzunehmen, wenn dieser einer Kostenübernahme zustimmt, die mit dem vereinbarten Formular durch den Vertragskieferorthopäden/die Vertragskieferorthopädin zu beantragen ist, anderenfalls ist ein Behandlungsabbruch vorzunehmen.
 10. Zur Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung siehe Punkt V.

HONORARTARIF FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE HAUPTBEHANDLUNG

Pos	Leistungsart	Abkürzung	Tarifsatz
	Behandlungspauschale <i>(nähere Bestimmungen siehe Erläuterungen)</i> Die Behandlungspauschale wird in drei Teilbeträgen geleistet:		4.587,00
	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 1. Teilbetrag Die Zahlung des ersten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraumes, in den der Behandlungsbeginn (= erstmaliges Einbringen der erforderlichen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin) fällt.	K1	2.064,00
	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 2. Teilbetrag Die Zahlung des zweiten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraumes, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist.	K2	1.147,00
	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 3. Teilbetrag Die Abschlusszahlung erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraumes, in den das Behandlungsende (erstmalige Eingliederung von geeigneten Retainern) fällt.	K3	1.376,00
	Reparatur im Rahmen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung* (bewilligungspflichtig) (siehe Z. 8 der Erläuterungen)	RH	78,70
	Ausgliederung bei Abbruch der KFO-Hauptbehandlung (siehe Z. 13 der Erläuterungen)	AB	229,00
	Ausgliederung nach BehandlerInnenwechsel (siehe Z. 14 der Erläuterungen)	AG	229,00

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

ERLÄUTERUNGEN ZUM HONORARTARIF FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE HAUPTBEHANDLUNG

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

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

DURCHFÜHRUNG DER GEMEINSAMEN QUALITÄTSSICHERUNG FÜR DIE IOTN-FESTSTELLUNG, DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG UND DIE KFO-HAUPTBEHANDLUNG

1. Die gemeinsame Qualitätssicherung bezieht sich bei Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (Punkt IV) auf die richtige Einstufung in IOTN 4 und 5, bei Leistungen der interzeptiven Behandlung (Punkt III) auf die richtige Einstufung in IOTN 4 und 5 und die richtige Feststellung der Indikationen lt. Punkt III Z. 4 lit. a – m und bei Leistungen der IOTN-Feststellung auf die richtige IOTN-Einstufung, sowie auf die Behandlungsqualität gemäß der Z. 2 und Z. 3.
2. Die Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen KFO-Hauptbehandlungen erfolgt nach dem PAR-Index (Peer-Assessment-Rating Index) als Messinstrument zur Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie. Durch die Behandlung soll eine Verbesserung der Fehlstellung im Querschnitt aller von einem Vertragskieferorthopäden/einer Vertragskieferorthopädin erbrachten und in die Begutachtung einbezogenen Behandlungsfälle um mindestens 70 % erreicht werden, wenn angenommen wird, dass die Erreichung des Idealzustandes mit 100 % ausgedrückt wird.
3. Zur Messung der Ergebnisqualität der abgeschlossenen interzeptiven Behandlungen erfolgt eine Prüfung durch den Krankenversicherungsträger, ob die Erfolgsannahme eingetreten ist.
4. Der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin hat binnen 14 Tagen nach Behandlungsbeginn und Behandlungsende dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger digitalisierte Anfangs- und Endmodelle (für die IOTN-Feststellung nur die Anfangsmodelle; für die Leistung der interzeptiven Behandlung auch einen Behandlungsplan inklusive Erfolgsannahme) zu übermitteln. VertragsbehandlerInnen haben ab 01.01.2022 zur Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung nach § 26 KFO-GV dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger die erforderlichen Unterlagen und Modelle in digitaler Form über das Formularübermittlungsservice FUS-KFO zu übermitteln. Falls die entsprechende Ausstattung für die Digitalisierung von Modellen beim Vertragsbehandler/der Vertragsbehandlerin nicht zur Verfügung steht, können bis längstens 30.06.2022 ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral via FUS-KFO übermittelt werden. Von VertragsbehandlerInnen, die am 30.06.2022 das 64. Lebensjahr erreicht oder bereits überschritten haben, können auch nach dem 30.06.2022 ersatzweise Panoramaröntgenbilder und Fotos intra- und extraoral via FUS-KFO übermittelt werden. Die Übermittlung der digitalisierten Anfangs- und Endmodelle hat ausschließlich unter Verwendung des Formularübertragungssystems – FUS zu erfolgen. Unterlagen wie etwa Behandlungspläne, Anträge, etc. sind von allen VertragsbehandlerInnen ab 01.01.2022 in digitaler Form über das Formularübermittlungsservice FUS-KFO an den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger zu übermitteln. Diese Verpflichtung gilt unabhängig vom Lebensalter des Vertragsbehandlers/der Vertragsbehandlerin.
5. Die erste Stufe der Qualitätssicherung erfolgt durch den Krankenversicherungsträger. Hierbei sind rollierend die jeweils letzten 100 auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erbrachten Fälle zu berücksichtigen. In der Anlaufphase nach Einzelvertragsbeginn erfolgt die Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erst nach Vorliegen von 20 konsekutiven Fällen.
6. Bei der Qualitätssicherung gemäß Z. 2 sind bei Leistungen der KFO-Hauptbehandlung Behandlungsabbrüche bis zu maximal 10 % aus den letzten 100 Fällen, die auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erbracht wurden, nicht zu berücksichtigen. Innerhalb eines Kalenderjahres getroffene Fehlbeurteilungen des IOTN-Grades bei der KFO-Hauptbehandlung, der interzeptiven Behandlung, der IOTN-Feststellung und Fehldiagnosen hinsichtlich der Indikation für eine Leistung der interzeptiven Behandlung von zusammen 5 % gelten als unbeachtlich.
7. Bei Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. der Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichen Ausmaß nicht eingetreten ist (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Nach Prüfung dieser Unterlagen kann der Krankenversicherungsträger den Sanktionsmechanismus nach Z. 8 auslösen.
8. Es erfolgt eine Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und in der Folge ein amikales Gespräch mit dem Vertragskieferorthopäden/der Vertragskieferorthopädin, von dem die zuständige Landeszahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragskieferorthopäde kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landeszahnärztekammer ablehnen.

9. Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach dem amikalen Gespräch wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht erreicht wurde (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin wiederum die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann im Rahmen der nächsten Stufe des Sanktionsmechanismus eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen. Bestätigt die Überprüfung den Verdacht, kann der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin verpflichtet werden, eine Nachschulung innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten zu absolvieren. Über die Eignung der durch den Vertragspartner/die Vertragspartnerin gewählten Nachschulung entscheiden Krankenversicherungsträger und Landes Zahnärztekammer gemeinsam. Nach Abschluss der

Nachschulung ist ein Nachweis darüber dem Krankenversicherungsträger und der Landes Zahnärztekammer vorzulegen.

10. Ergibt sich nach Ablauf mindestens eines halben Jahres nach Absolvierung der Nachschulung wiederum der Verdacht einer erheblichen Fehldiagnose/-beurteilung bzw. Nichterreichung der Behandlungsqualität nach Z. 2 bzw. erfolgt die Feststellung des Krankenversicherungsträgers, dass bei Leistungen der interzeptiven Behandlung die Erfolgsannahme in einem erheblichem Ausmaß nicht erreicht wurde (Z. 3), muss der Vertragskieferorthopäde/die Vertragskieferorthopädin erneut die vollständige Behandlungsdokumentation vorlegen (inklusive Modelle, wenn diese nicht digital vorliegen). Der Krankenversicherungsträger kann als letzte Stufe des Sanktionsmechanismus wiederum eine gemeinsame Überprüfung der vorgelegten Unterlagen durch den Krankenversicherungsträger und die Landes Zahnärztekammer veranlassen und durchführen, die zur Feststellung führen kann, dass eine wiederholte nicht unerhebliche oder schwerwiegende Vertragsverletzung im Sinne des § 343 Abs. 4 ASVG vorliegt.

AUTONOME HONORARRICHTLINIEN 2025

K u n d m a c h u n g

der **Österreichischen Zahnärztekammer** vom 29. November 2024 betreffend die Autonomen Honorarrichtlinien (AHR) für Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten gem. § 19 (2) Z 5 ZÄKG.

Der Bundesausschuss der Österreichischen Zahnärztekammer hat beschlossen:

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

Sachlicher Anwendungsbereich

§ 1

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

§ 2

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

§ 3

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

§ 4

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

§ 5

Die Österreichische Zahnärztekammer wird im Falle einer Begutachtung der Angemessenheit von Honoraren für durchschnittliche zahnmedizinische Leistungen nachstehende Honorarsätze als angemessen betrachten. Für den Gebrauch der Schlichtungsstelle wird wie bisher nach Maßgabe des konkreten Falles eine 30 %ige Unter- bzw. 30 %ige Überschreitung als angemessen für durchschnittliche Leistungen betrachtet.

§ 6

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

§ 7

Die AHR 2025 treten mit 1. Jänner 2025 in Kraft.

AUTONOME HONORARRICHTLINIEN 2025

Positionsbezeichnung	Honorar in €	Positionsbezeichnung	Honorar in €
ALLGEMEINE LEISTUNGEN		operative Zahnentfernung 293,-	
Beratung/Erstuntersuchung	99,-	Geschwulst-OP	293,-
Beratung/Kontrolluntersuchung (Recallpatient)	29,-	Innenincision	164,-
Vitalitätsprüfung/Quadrant	15,-	Taschenabtragung	118,-
Zeitaufwand pro 5 Minuten (für administrative Leistungen, die in den AHR nicht erfasst sind, z. B. Therapiebesprechung, schriftlicher Heilkostenplan, Befundblatt ÖGP)	27,-	Kammkorrektur/Dolor post	229,-
Versäumte Sitzung (pro Stunde)	324,-	Blutstillung durch Naht	118,-
Ausfüllen eines amtlichen oder Versicherungsformulars (kleiner Arztbrief)	35,-	Blutstillung durch Tamponade	37,-
Mühehaltung für die Erstellung eines zahnärztlichen Gutachtens (pro Stunde)	401,-	Trepanation des Kieferknochens	152,-
Beitrag für zusätzliche Hygienemaßnahmen und zusätzliche Schutzausrüstung aus Anlass einer Pandemie*	46,-	Kieferhöhlen-Verschluss	429,-
Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag	+ 100 %	Schlotterkamm-OP	293,-
Kinderbehandlung		Frenulum-Excision	229,-
Erschwerniszuschlag bis zum 6. Lebensjahr	+ 100 %	Nachbehandlung einfach	37,-
Erschwerniszuschlag bis zum 14. Lebensjahr	+ 50 %	therapeutische Injektion	51,-
		Einfache Implantation bei ausreichendem Knochenangebot inkl. Verschlusschraube	1.689,-
		Temporäre Implantation im Rahmen einer KFO-Behandlung	587,-
		Kieferorthopädisches Freilegungsoperation exkl. Materialkosten	587,-
PROPHYLAXE		TECHNISCHE ARBEITEN (ohne Metall, inkl. Labor)	
Parodontale Grunduntersuchung (PGU)	60,-	Goldgussfüllung	
Prophylaxe (Mundhygiene; professionelle mechanische Zahnreinigung), bis zu 30 Minuten	119,-	F1 Inlay einflächig	608,-
Zahngesundheit/Lebensführung (z. B. Mutter-Kind-Pass Mutter, z. B. Zahnstaterhebung)	119,-	F2 Inlay zweiflächig	742,-
Zahngesundheit/Lebensführung (z. B. Mutter-Kind-Pass Kind, z. B. Zahnstaterhebung)	119,-	F3 Inlay drei-/mehrfächig	878,-
		Vollgusskrone, ¾-Krone, Onlay	929,-
		Brückenglied, Vollguss	929,-
		VMK-Standardkrone	946,-
		VMK-Standardzwichenglied	946,-
		Individuell gestaltete VMK-Krone	1.140,-
KONSERVIERENDE		Individuell gestaltetes VMK-Zwichenglied	1.140,-
Extraktion inkl. Anästhesie	95,-	Kunststoff-Mantelkrone	818,-
Extraktion erschwert	128,-	Vollkeramikkrone (Jacketkrone)	1.296,-
Anästhesie	49,-	Teleskop-Krone, Vollguss	1.296,-
Visite (+ km-Geld x 2)	92,-	Teleskop-Krone, verblendet	1.424,-
km-Geld (für Hin- & Rückfahrt zu verrechnen) à	0,55	Aufbau gegossen exkl. Materialkosten	308,-
Hilfe bei Kollaps	50,-	Provisorische Schutzkrone exkl. Materialkosten	228,-
Prov. Verschluss einer Kavität	43,-	Tiefziehschiene (Miniplastschiene)	365,-
F1 - Einflächfüllung	58,- - 92,-	Individuelle Kunststoffschiene (Artikulator)	682,-
F2 - Zweiflächenfüllung	92,- - 119,-		
F3 - Drei-/Mehrfächfüllung	127,- - 156,-	KIEFERORTHOPÄDIE abnehmbar	
F1 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	106,-	Diagnosepaket (Modellanalyse, Panoramaröntgen, Therapieplanung)	393,-
F2 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	152,-	Diagnosepaket II	525,-
F3 - Comp. SAT im Front- und Eckzahnbereich	206,-	pro Behandlungsjahr	1.700,-
Eckenaufbau	206,-		
F1 - Comp. SAT im Seitzahnbereich	135,-	KIEFERORTHOPÄDIE festsitzend	
F2 - Comp. SAT im Seitzahnbereich	196,-	Gesamtbehandlung	8.198,-
F3 - Comp. SAT im Seitzahnbereich	255,-	Aligner Therapie	8.198,-
Höcker-Aufbau Comp. SAT	292,-	KFO-Reparatur Bracketverlust	
Fissurenversiegelung je Zahn	60,-	erstes Bracket pro Sitzung	131,-
Stiftverankerung einfacher Art	37,-	weiteres Bracket pro Sitzung	98,-
Intrakanaläre Schraube exkl. Materialkosten	55,-		
Stiftaufbau (z. B. Comp. SAT) exkl. Materialkosten	450,-	PROTHETIK	
WA - Amputation	76,-	Totale Prothese	1.719,-
Wurzelfüllung pro Kanal exkl. Materialkosten	215,-	Platte-Kunststoff	776,-
WU - unvollendete WB pro Kanal	61,-	Metallgerüst	2.184,-
WE Endometrie pro Wurzelkanal (elektrometrische Längenbestimmung)	35,-	Zahn pro Einheit	66,-
Revision wurzelbehandelter Zähne (Zuschlag bis zum doppelten Tarif möglich)	100 %		
empf. Zahnhalbsbehandlung	20,-	REPARATUREN	
Zahnsteinentfernung supragingival/je Kiefer	47,-	<u>Kunststoff:</u>	
Konkremententfernung subgingival/je Quadrant	102,-	a) Sprung, Bruch, Wiederbefestigung	290,-
Einschleifen Einzelzahn	37,-	b) Zahn oder Klammer neu	390,-
Wiedereinzementieren/Abnahme/Trepanation einer Krone exkl. Materialkosten	125,-	2 Leistungen (a, b, oder a + b)	435,-
Bestrahlung	20,-	mehr als 2 Leistungen	479,-
Röntgen	24,-	Totale Unterfütterung direkt	390,-
Panorama-Röntgen	111,-	Totale Unterfütterung indirekt	479,-
Stomatitis-Behandlung	37,-	<u>Metall:</u>	
		Anlöten von Retention, Klammer, Aufr.	250,-
CHIRURGIE		2 Leistungen (x, y; Bügelreparatur)	390,-
Entfernung retinierter Zahn	429,-	mehr als 2 Leistungen	435,-
Zysten-OP	429,-	<u>Kieferorthopädie:</u>	
WS-Resektion/je Wurzel	429,-	Sprung, Bruch, Drahtelementersatz	172,-
		Unterfütterung oder Erweiterung	206,-
		Labialbogenrep., Dehnschraubeners.	233,-

* Verrechenbar für den Fall einer Pandemie

Gültig ab 1. Juni 2024

KOLLEKTIVVERTRAG

abgeschlossen zwischen der Österreichischen Zahnärztekammer 1010 Wien, Kohlmarkt 11/6 einerseits und dem Österreichischen Gewerkschaftsbund, Gewerkschaft GPA, 1030 Wien, Alfred-Dallinger-Platz 1, andererseits.

§ 1

Räumlicher und sachlicher Geltungsbereich

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

- a) zahnärztliche Assistent:innen sowie Auszubildende zu diesem Beruf,
- b) Prophylaxeassistent:innen,
- c) Zahntechniker:innen,
- d) Zahntechniker:innenmeister,

die in der weiteren Folge alle kurz Angestellte genannt werden.

§ 2

Geltungsdauer

1. Dieser Kollektivvertrag tritt mit **1. Juni 2024** in Kraft und gilt auf unbestimmte Zeit. Er tritt anstelle der bisherigen von den Vertragsparteien abgeschlossenen Kollektivverträge.
2. Seine Kündigung kann von jeder der zwei Vertragsparteien unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zum Ende eines Kalenderquartals erfolgen. Die Kündigung ist schriftlich durch eingeschriebenen Brief auszusprechen und ist rechtzeitig erfolgt, wenn das betreffende Schriftstück vor dem ersten Tag der dreimonatigen Kündigungsfrist zur Post gegeben wurde.
3. Während der Kündigungsfrist sind Verhandlungen wegen Erneuerung des Kollektivvertrages zu führen. Über Verlangen eines der beiden Vertragsteile müssen auch während der Geltungsdauer des Kollektivvertrages Verhandlungen wegen Abänderungen desselben geführt werden.
4. Kommt innerhalb eines halben Jahres nach erfolgter Kündigung kein neuer Kollektivvertrag zwischen den Vertragsparteien zustande, so treten die Bestimmungen der §§ 154 und 155 Arbeitsverfassungsgesetz (BGBl. Nr. 22/ 1974) in Kraft.
5. Vom kündigenden Teil ist gleichzeitig mit dem Ausspruch der Kündigung das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz von der erfolgten Kündigung des Kollektivvertrages zu verständigen.
6. Mit dem In-Kraft-Treten dieses Kollektivvertrages verlieren die Bestimmungen des Kollektivvertrages vom 1. Juni 2022 ihre Gültigkeit.

§ 3

Anstellungsverhältnis

Alle im § 1 dieses Kollektivvertrages aufgezählten Personen, die bei einem/einer Zahnärzt:in, Fachärzt:in für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentist:in beschäftigt sind, stehen im Angestelltenverhältnis zu ihm/ihr.

§ 4

Gesetzliche Bestimmungen

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

§ 5

Arbeitszeit

1. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt ab 1. Juni 2022 38 Stunden.
 - a) Dementsprechend wird für alle am 1. Juni 2022 bestehenden Teilzeitbeschäftigten mit Wirkung vom 1. Juni 2022 die Arbeitszeit bei einer vereinbarten Wochenarbeitszeit bis 10 Wochenstunden um 0,5 h bis 20 Wochenstunden um 1h bis 30 Wochenstunden um 1,5h bis 40 Wochenstunden um 2 h reduziert.
 - b) Das Gehalt der Angestellten darf im Zuge der Arbeitszeitverkürzung gemäß Abs. 1 und 1a nicht reduziert werden.
 - c) Arbeitszeitmodelle, welche eine gewisse Anzahl von Stunden vorschreiben (z. B. Altersteilzeit) bzw. deren Umsetzung durch eine Reduzierung der Wochenstundenanzahl verunmöglicht werden, bleiben unverändert aufrecht. Diese Angestellten erhalten eine Erhöhung der IST Gehälter (Gehälter, die über dem Mindestgehaltsschema nach 1. Juni 2022 liegen) um 5%, aufgerundet auf den nächsten vollen Eurobetrag.
2. Als tägliche normale Arbeitszeit von Montag bis Freitag gilt die Zeit von 7.00 bis 20.00 Uhr, an Samstagen bis 13.00 Uhr. Der 24. und 31. Dezember jeden Jahres sind dienstfrei. Zur Normalarbeitszeit zählen neben den Ordinationszeiten auch die Zeiten der Vor- und Nacharbeit, sowie Zeiten der Ausbildung und von den Dienstgeber:innen angeordnete Zeiten der Weiterbildung.
3. In der einzelnen Praxis ist die regelmäßige Arbeitszeit durch Vereinbarung zwischen Angestellten und Dienstgeber:innen, in einer Praxis mit mindestens fünf oder mehr Beschäftigten zwischen dem Betriebsrat

und den Dienstgeber:innen festzulegen. Diese Vereinbarung muss den Angestellten in geeigneter Form zur Kenntnis gebracht werden. Die normale tägliche Arbeitszeit darf 9 Stunden nicht übersteigen.

- Örtlich bedingte Ausnahmen in der Arbeitszeiteinteilung sind einvernehmlich zwischen Angestellten und Dienstgeber:innen festzulegen. Die Bestimmungen über die Bezahlung von Überstunden und Überstundenzuschlägen, Mehrstunden und Mehrstundenzuschlägen sowie über die Zuschläge für die Sonn- und Feiertagsarbeit werden dadurch nicht berührt.

§ 5a 4-Tageweche

- Im Rahmen einer Vier-Tage-Woche gem § 4 Abs 8 AZG darf die Arbeitszeit inklusive Überstunden gemäß § 7 Abs 6 AZG auf maximal 12 Stunden ausgedehnt werden (die tägliche Normalarbeitszeit darf unter diesem Umstand 10 Stunden betragen).

Für Teilzeitbeschäftigte kommt diese Bestimmung in der Form zur Anwendung, dass gemäß der im individuellen Dienstvertrag vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit jeweils Tage mit vollen 10 Stunden Normalarbeitszeit und gegebenenfalls ein Tag mit den die Zehnstundenblöcke übersteigenden Wochenstundenanzahl – ab hier Rumpftag – gearbeitet wird.

- Sollte an einem Tag die maximal mögliche Arbeitszeit von 12 Stunden gearbeitet werden, so ist es möglich die dabei entstandenen 2 Überstunden, aufgewertet mit je nach Lage, 75 % bei Lage zwischen 6.30 Uhr und 19.30 Uhr bzw 150 % bei Lage zwischen 19.30 Uhr und 6.30 Uhr, umgewandelt in Zeit gegen Wochenarbeitszeit des Rumpftages oder wenn die Angestellten keinen Rumpftag hatten, gegen die Arbeitszeit eines anderen Zehnstundentages gegenzurechnen ohne gegen die erweiterten Arbeitszeitmöglichkeiten der Vier-Tage-Woche zu verstoßen. (Es ist auch möglich die 2 Überstunden 1:1 in Zeit als Zeitausgleich zu verwenden und den Zuschlag monetär abzugelten bzw die Überstunden gesamt auszuzahlen).

§ 6 Überstunden

- Bei Vorliegen eines erhöhten Arbeitsbedarfes kann die Arbeitszeit um 5 Überstunden in der einzelnen Woche und darüber hinaus um höchstens 60 Überstunden innerhalb eines Kalenderjahres verlängert werden. Wöchentlich sind jedoch nicht mehr als 10 Überstunden zulässig. Die Tagesarbeitszeit darf 10 Stunden nicht überschreiten.
- Als Grundlage für die Überstundenberechnung gilt 1/160 des Brutmonatsgehaltes, zuzüglich des aliquoten Remunerationsanteiles (Beispiel: Gehalt + 1/6:160 = Grundstundengehalt). Die Überstunden sind zuzüglich eines Zuschlages zu entlohnen oder in Freizeit mit einem 50prozentigen oder 100prozentigen Freizeitzuschlag zu gewähren.

Die Überstundenzuschläge betragen:

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

Für die außerhalb des normalen Arbeitszeitraumes gemäß § 5 Z 2 und am 24.12. und 31.12. zu leistenden Überstunden beträgt der Zuschlag 100 Prozent.

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

§ 6a Mehrstunden

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

§ 7 Sonn- und Feiertage bzw. Nachtdienst

- Alle gesetzlichen Feiertage sowie die von der Bundesregierung jeweils angeordneten außerordentlichen Staatsfeiertage sind bezahlte Ruhetage. Für diese Feiertage ist das volle Entgelt so wie für jeden anderen Arbeitstag zu bezahlen.
- Die Arbeit an Sonn- und Feiertagen und am 24.12. und 31.12. ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Wird jedoch auf Anordnung der Dienstgeber:innen an einem solchen Tag oder während eines Nachtdienstes gearbeitet, so ist diese Arbeit mit dem Zuschlag von 100 Prozent gemäß § 6 Z 2 zu entlohnen. Wenn für die Arbeit an Sonn- und Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in der darauffolgenden Woche ein bezahlter Ruhetag gewährt wird, ermäßigt sich der Zuschlag auf 50 Prozent. Dieser Zuschlag entfällt, wenn der/die Zahnärzt:in, Fachärzt:in für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Dentist:in an den genannten Tagen regelmäßig ordiniert und die Angestellten in der darauffolgenden Woche einen Ruhetag erhalten. Wird über Anordnung der Dienstgeber:innen an diesem Ruhetag gearbeitet, so gebührt den Angestellten der oben angeführte Zuschlag von 100 Prozent.

§ 8 Zahnärztliche Assistenz in Ausbildung

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

am Tage vorher. Die Zahnärztliche Assistenz in Ausbildung hat unabhängig vom Beschäftigungsausmaß Anrecht auf zumindest 80% der unten angeführten monatlichen Mindestgehälter. Die Regelung der Aliquotierung auf zumindest 80 % gilt ab 1.1.2025 und gilt nur für neu begründete Dienstverhältnisse.

Die monatlichen Mindestgehälter für die zahnärztliche Assistenz in Ausbildung **inkl. Gefahrenzulage** betragen:

Ab 1. 1. 2025		Euro
im ersten Ausbildungsjahr	620,- + 151,- =	771,-
im zweiten Ausbildungsjahr	922,- + 151,- =	1.073,-
im dritten Ausbildungsjahr	1.073,- + 151,- =	1.224,-

- Bei Arbeitgeberkündigung oder einvernehmlicher Auflösung des Dienstverhältnisses gibt es keine Verpflichtung der zahnärztlichen Assistenz Ausbildungsrückersatz zu leisten.
- Die Kosten der Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum Lehrgang für zahnärztliche Assistenz gemäß Anhang 1 werden von den Dienstgeber:innen bezahlt (unter Einrechnung etwaiger Freifahrten).

§ 9 Zahnärztliche Assistenz

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

§ 9 a Prophylaxeassistenz

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

§ 10 Zahntechnik

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

§ 11 Urlaub

- Für den Urlaub gelten, soweit in diesem Vertrag keine abweichenden Regelungen enthalten sind, die gesetzlichen Bestimmungen des Angestelltengesetzes und das Bundesgesetz über die Vereinheitlichung des Urlaubsrechtes BGBl. Nr. 390 vom 7. Juli 1976 in der jeweils gültigen Fassung.
- Vordienstzeiten, die im selben Betrieb zugebracht wurden, werden bei Wiedereintritt in den gleichen Betrieb bei der Urlaubsberechnung, wenn die Unterbrechung nicht länger als 180 Tage gedauert hat und die Lösung des Dienstverhältnisses durch die Dienstgeber:innen erfolgt ist, sofort angerechnet.

- Der Urlaubsantritt ist mit Rücksicht auf die Betriebsverhältnisse, die gesicherte ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die Erholungsmöglichkeit der Angestellten einvernehmlich so zu bestimmen, dass den Angestellten ein angemessener Zeitraum zur Vorbereitung zur Verfügung steht. Das Urlaubsentgelt ist den Angestellten bei Urlaubsantritt im Vorhinein zu bezahlen.
- Während desurlaubes darf der Dienstnehmer keine dem Erholungszweck desurlaubes widersprechende Erwerbstätigkeit leisten.

§ 12 Vordienstzeiten

- Vordienstzeiten, die bei einem/einer Zahnärzt:in, Fachärzt:in für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Dentist:in, in einer Zahnklinik oder einem Zahnambulatorium zurückgelegt wurden und eine zusammenhängende Dienstzeit von mehr als 6 Monate umschließen, werden bei Berechnung des Entgeltes zur Gänze angerechnet.
- Karenzzeiten gem. Mutterschutzgesetz und Väterkarenzgesetz sind ab 1. 1. 2014 im Ausmaß von einem halben Jahr, ab 1. 1. 2015 im Ausmaß von einem Jahr, ab 1. 1.2016 im Ausmaß von eineinhalb Jahren und ab 1. 1. 2017 in vollem Ausmaß als Berufsjahre anzurechnen und ab 1. 8. 2019 der Gesetzeslage nachfolgend, für sämtliche dienstrechtliche Ansprüche, welche sich auf die Dauer des Dienstverhältnisses beziehen, in vollem Ausmaß anzurechnen.

§ 13 Anspruch bei Dienstverhinderung

- Sind Angestellte nach Antritt des Dienstes durch Krankheit oder Unglücksfall an der Leistung ihrer Dienste verhindert, so behalten sie ihren Anspruch auf Entgelt bis zur Dauer von 6 Wochen zur Gänze, durch weitere 4 Wochen zur Hälfte. Im Übrigen wird auf die Bestimmungen des § 8 Angestelltengesetz verwiesen.
- Die Angestellten sind verpflichtet, ohne Verzug die Dienstverhinderung den Dienstgeber:innen anzuzeigen und diesen innerhalb von 3 Tagen eine Bestätigung der Krankenkasse oder eines Amts- oder Gemeindefacharztes über die durch die Krankheit bedingte Arbeitsunfähigkeit und deren wahrscheinliche Dauer zu erbringen.

Die Vorlage einer solchen Bestätigung kann nach angemessener Zeit erneut verlangt werden. Kommen die Angestellten diesem Verlangen nicht nach, so verlieren sie für die Dauer der Säumnis den Anspruch auf das Entgelt. Kann alleinstehenden Angestellten infolge einer schweren Erkrankung die zeitgerechte Beibringung der erforderlichen Bestätigung nicht zugemutet werden, so haben sie nach Fortfall der Behinderung dies ohne Verzug nachzuholen.

§ 14 Freizeit bei nachgewiesener Dienstverhinderung

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

- bei Eheschließung der Angestellten oder bei Tod des Ehepartners (Lebensgefährten).....3 Werktage
- im Todesfall von Eltern oder unmündigen Kindern (Zieh- oder Stiefkindern).....2 Werktage
- bei Eheschließung von Geschwistern oder eines Kindes (Zieh- oder Stiefkinder).....1 Werktag
- nach der Geburt eines Kindes2 Werktage

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

bei Wohnungswechsel
im Falle der Führung eines
eigenen Haushaltes.....2 Werktage

§ 15 Kündigung

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

§ 16 Garderobe

Die Dienstgeber:innen haben den Angestellten die Möglichkeit zu geben, ihre Kleider sicher und vor fremden Zugriff geschützt aufzubewahren.

§ 17 Probezeit

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

§ 18 Entlohnung

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

Ab 1. 1. 2025

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

	<i>Euro</i>
im 1. und 2. Berufsjahr	1.780,- + 151,- = 1.931,-
im 3. und 4. Berufsjahr	1.797,- + 151,- = 1.948,-
im 5. und 6. Berufsjahr	1.815,- + 151,- = 1.966,-
im 7. und 8. Berufsjahr	1.867,- + 151,- = 2.018,-
im 9. und 10. Berufsjahr	1.928,- + 151,- = 2.079,-
im 11. und 12. Berufsjahr	1.979,- + 151,- = 2.130,-
im 13. und 14. Berufsjahr	2.041,- + 151,- = 2.192,-
im 15. und 16. Berufsjahr	2.103,- + 151,- = 2.254,-
im 17. und 18. Berufsjahr	2.163,- + 151,- = 2.314,-

- b) **Für Zahntechnikergesell:innen:**
- | | <i>Euro</i> |
|--------------------------|---------------------------|
| im 1. und 2. Berufsjahr | 1.780,- + 151,- = 1.931,- |
| im 3. und 4. Berufsjahr | 1.797,- + 151,- = 1.948,- |
| im 5. und 6. Berufsjahr | 1.879,- + 151,- = 2.030,- |
| im 7. und 8. Berufsjahr | 1.965,- + 151,- = 2.116,- |
| im 9. und 10. Berufsjahr | 2.058,- + 151,- = 2.209,- |

im 11. und 12. Berufsjahr	2.142,- + 151,- = 2.293,-
im 13. und 14. Berufsjahr	2.235,- + 151,- = 2.386,-
im 15. und 16. Berufsjahr	2.329,- + 151,- = 2.480,-
im 17. und 18. Berufsjahr	2.421,- + 151,- = 2.572,-

- c) **Für Zahntechniker:innenmeister:**
- | | <i>Euro</i> |
|-------------------------------------|---------------------------|
| im 1. Berufsjahr | 2.145,- + 151,- = 2.296,- |
| im 2. und jedem weiteren Berufsjahr | 2.336,- + 151,- = 2.487,- |

Für Angestellte mit einem die kollektivvertraglichen Gehaltsansätze gem. § 8, § 18 a), b) oder c) übersteigenden Gehalt wird die Überzahlung bei Vorrückungen betragsmäßig aufrecht erhalten.

Wird die regelmäßige Arbeitszeit mit weniger als der in diesem Kollektivvertrag vorgesehenen Stundenzahl festgesetzt, so gebührt den Angestellten das aliquote Monatsgehalt gem. § 18 a), b) oder c) (Errechnungsformel ab 1.6.22:

Bei einer normalen Arbeitszeit von 38 Wochenstunden: $\frac{1}{164,5}$ des Monatsgehaltes gem. § 18 a), b) oder c) x Stundenanzahl x 4,33.

Die so errechneten Beträge werden auf volle Euro-Beträge aufgerundet.

§ 18a Mitarbeiter:innenprämie 2024

Es wird vereinbart, dass für alle im Kalenderjahr 2024 (ein Tag ist ausreichend) Beschäftigten bis spätestens am 15. 02. 2025 eine Einmalzahlung als steuer- und sozialversicherungsfreie Prämie im Sinne des § 124b Z 447 lit a EstG in der Höhe von maximal € 3.000 mindestens jedoch um € 200,- ausbezahlt wird.

Bei späterem Eintritt im Jahr 2024 reduziert sich die Mitarbeiter:innenprämie pro Monat (Teile von Monaten werden als Ganzes gerechnet) um 1/12 (Eintritt Februar = 11/12 Mitarbeiterprämie, Eintritt März = 10/12 Mitarbeiterprämie usw.).

Bereits freiwillig geleistete Mitarbeiter:innenprämien im Jahr 2024 können angerechnet werden. Sachliche Differenzierungen hinsichtlich der Höhe der Prämie sind zulässig (siehe dazu Fachinformation des BMF zur Mitarbeiter:innenprämie 2024 gemäß § 124b Z 447 EstG 1988).



§ 19 Sonderzahlung

1. Den Angestellten gebührt in jedem Kalenderjahr eine Sonderzahlung im Ausmaß von 2 Monatsgehältern inklusive Gefahrenzulage, wobei die 1. Hälfte bei Antritt desurlaubes, spätestens am 1. Juli, die 2. Hälfte am 1. Dezember fällig wird.

Den während eines Kalenderjahres austretenden oder eintretenden Angestellten wird der aliquote Teil dieser Sonderzahlung bezahlt; ein während des Jahres ausbezahlter Teil dieser Sonderzahlung ist auf den aliquoten Teil anzurechnen.

2. Für langjährige Dienste sind den Arbeitnehmer:innen nach einer Beschäftigung in derselben Praxis von 25 Jahren mindestens 1 1/2 Bruttomonatsgehälter als einmalige Anerkennungszahlung zu gewähren, nach einer Beschäftigung in derselben Praxis von 35 Jahren mindestens 2 Bruttomonatsgehälter als einmalige Anerkennungszahlung zu gewähren.

§ 20 Abfertigung

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

§ 21 Gefahrenzulage

1. Angestellte, die in Ausübung ihrer Tätigkeit mit Blut, Sputum, kariösen und putriden Massen, Amalgam, all dies auch innerhalb des Spraynebels (Tröpfcheninfektion) oder Zahnersatz aus dem Mund der Patient:innen in Berührung kommen, erhalten ab 1.1. 2025 eine monatliche Zulage in Höhe von € 151,-.
2. Diese Zulage wird zu den kollektivvertraglichen Gehaltssätzen gem. § 18 a), b) oder c) gewährt.
3. Teilzeitbeschäftigte erhalten den aliquoten Anteil dieser Zulage entsprechend der geleisteten Arbeitszeit.
4. Gemäß den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes 1988 sind die Zulagen steuerfrei zu behandeln.

§ 22 Weitergeltung bestehender Sondervereinbarungen

Bestehende Vereinbarungen zwischen Dienstgeber:innen und Angestellten bleiben unverändert aufrecht, wenn sie für die Angestellten günstiger sind als die in diesem Kollektivvertrag festgelegten Bedingungen. Durch Sondervereinbarungen zwischen Dienstgeber:innen und Angestellten können die in diesem Kollektivvertrag festgelegten Bedingungen nicht verschlechtert werden.

Wien, 7. November 2024

Für die
Österreichische Zahnärztekammer

Die Präsidentin:
Dr. B. VETTER-SCHIEDL

Für den
Österreichischen Gewerkschaftsbund,
Gewerkschaft GPA

Die Vorsitzende:
B. TEIBER, MA





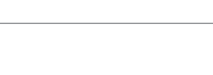
Der Bundesgeschäftsführer:
K. DÜRTSCHER

Für den
Österreichischen Gewerkschaftsbund,
Gewerkschaft GPA Wirtschaftsbereich Gesundheit,
Soziale Dienstleistungen, Kinder- und Jugendhilfe

Die Vorsitzende:
B. EILETZ

Der Wirtschaftsbereichssekretär:
C. ZEISELBERGER

Anerkannte Lehrgänge für die Ausbildung in der Zahnärztlichen Assistenz

	<i>Rechtsträger</i>	<i>Kursort</i>
	LZÄK Burgenland	Schloss Jormannsdorf 7431 Bad Tatzmannsdorf, Schlossplatz 1
	LZÄK Kärnten Akademie für Zahnärztliche Assistenz Kärnten	Ausbildungszentrum im Klinikum Klagenfurt 9020 Klagenfurt, Feschnigstraße 11
	LZÄK Niederösterreich NÖ Fortbildungsakademie	Fortbildungszentrum der LZÄK für Niederösterreich 3100 St. Pölten, Kremser Gasse 20
	LZÄK Oberösterreich Fortbildungsakademie ZAHN	Unfallkrankenhaus Linz 4010 Linz, Garnisonstraße 7
	LZÄK Salzburg Salzburger Fortbildungsakademie	Paracelsus Medizinische Privatuniversität 5020 Salzburg, Strubergasse 21
	LZÄK Steiermark Akademie für zahnärztliche Assistenz Steiermark	Lehrgang für zahnärztliche Assistenz 8010 Graz, Kaiserfeldgasse 29/2
	Tirol Kliniken GmbH	Ausbildungszentrum West (AZW) der Tiroler Kliniken GmbH 6020 Innsbruck, Innrain 98
	LZÄK Vorarlberg Ländle ZAss	Akademie der LZÄK 6800 Feldkirch, Jahnplatz 1
	LZÄK Wien Sigmund Freud PrivatUniversität Verein „Vortragsgemeinschaft ZOH“ (bis Juni 2022)	Zahnärztliches Fortbildungsinstitut (ZAFI) 1060 Wien, Linke Wienzeile 170 SFU Zahnklinik GmbH 1020 Wien, Freudplatz 3 Universitätszahnklinik Wien GmbH 1090 Wien, Sensengasse 2a

ADRESSEN UND TELEFONNUMMERN



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

Abrechnungsstelle der Österreichischen Zahnärztekammer

1060 Wien, Linke Wienzeile 170
Tel.: 05 05 11 - 1200
Fax: 05 05 11 - 1236
E-Mail: abrechnungsstelle@zahnaerztekammer.at

Abrechnungsstelle der Landeszahnärztekammer für Wien

1060 Wien, Linke Wienzeile 170
Tel.: 05 05 11 - 1200
Fax: 05 05 11 - 1236
E-Mail: abrechnungsstelle@wr.zahnaerztekammer.at



7431 Bad Tatzmannsdorf, Schloss Jormannsdorf 1
Tel.: 05 05 11 - 7000
Fax: 05 05 11 - 7022
E-Mail: office@bgld.zahnaerztekammer.at



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



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



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



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



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



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



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



1060 Wien, Linke Wienzeile 170
Tel.: 05 05 11 - 1000
Fax: 05 05 11 - 1014
E-Mail: office@wr.zahnaerztekammer.at

ADRESSEN UND TELEFONNUMMERN

Hauptstelle der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK)

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19
Tel.: 05 07 66 - 0
E-Mail: kundenservice@oegk.at
versicherungsservice@oegk.at
www.gesundheitskasse.at

Österreichische Gesundheitskasse im Burgenland

7000 Eisenstadt, Siegfried Marcus-Straße 5
Tel.: 05 07 66 - 13
Fax: 05 07 66 - 131041
E-Mail: office-b@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Kärnten

9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8
Tel.: 05 07 66 - 16
Fax: 05 07 66 - 162539
E-Mail: office-k@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Niederösterreich

3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3
Tel.: 05 07 66 - 12
Fax: 05 07 66 - 126581
E-Mail: office-n@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Oberösterreich

4020 Linz, Gruberstraße 77
Tel.: 05 07 66 - 14
Fax: 05 07 66 - 14109010
E-Mail: office-o@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Salzburg

5050 Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10
Tel.: 05 07 66 - 17
E-Mail: office-s@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in der Steiermark

8010 Graz, Josef Pongratz-Platz 1
Tel.: 05 07 66 - 15
E-Mail: office-st@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Tirol

6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2
Tel.: 05 07 66 - 18
E-Mail: office-t@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Vorarlberg

6850 Dornbirn, Jahngasse 4
Tel.: 05 07 66 - 19
E-Mail: office-v@oegk.at

Österreichische Gesundheitskasse in Wien

1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19
Tel.: 05 07 66 - 11
Fax: 05 07 66 - 113003
E-Mail: office-w@oegk.at

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

1060 Wien, Linke Wienzeile 48-52
1080 Wien, Josefstädter Straße 80
Tel.: 05 04 05 - 0
Fax: 05 04 05 - 22900
E-Mail: postoffice@bvaeb.at
www.bvaeb.at

BVAEB – Verrechnungszentrum für Zahnärzte

4020 Linz, Hessenplatz 14
Tel.: 05 04 05 - 24410 (Bettina Märzinger)
05 04 05 - 24459 (Sabine Mittermaier)
E-Mail: abrechnung.zahn@bvaeb.at

Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)

1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86 (Postanschrift)
Tel.: 050 808 808
E-Mail: vs@svs.at
www.svs.at

SVS – Dienstleistungszentrum für Zahnärzte

9021 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofstraße 67
Tel.: 05 08 08 - 0
E-Mail: vp.06@svs.at

Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)

1081 Wien, Schlesingerplatz 5
Tel.: (01) 404 36 - 0
Fax: (01) 404 36 - 9946863
E-Mail: kundendienst@kfa.co.at
www.kfa.co.at

