

# **HONORARORDNUNG**

## **FÜR VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDEN UND VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDINNEN**

**Stand: 1. Jänner 2026**

***Gültig für alle Träger der Krankenversicherung, das sind:***

***die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)***

***die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,  
Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)***

***die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)***

## **I N H A L T S V E R Z E I C H N I S**

	<b>S e i t e (n)</b>
Allgemeines	3
Honorartarif für die IOTN-Feststellung	4
Erläuterungen zum Honorartarif für die IOTN-Feststellung	5
Honorartarif für die interzeptive Behandlung	6
Erläuterungen zum Honorartarif für die interzeptive Behandlung	7 - 8
Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung	9
Erläuterungen zum Honorartarif für die kieferorthopädische Hauptbehandlung	10 - 11
Durchführung der gemeinsamen Qualitätssicherung für die IOTN-Feststellung, die interzeptive Behandlung und die KFO-Hauptbehandlung	12 - 13

## I. 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 Kieferfehlstellung 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.

## **II. HONORARTARIF FÜR DIE IOTN-FESTSTELLUNG**

<b>Pos.Nr.</b>	<b>Leistungsart</b>	<b>Tarifsatz ab 1. Jänner 2026 in EURO</b>
<b>IF</b>	<b>IOTN-Feststellung</b>  Dieses Honorar inkludiert auch die Anfertigung eines Panoramaröntgens. Ein solches Röntgen ist nur vorzunehmen, soweit kein anderes aktuelles zur Verfügung steht.	<b>67,40</b>

## **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 2x 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.

### **III. HONORARTARIF FÜR DIE INTERZEPTIVE BEHANDLUNG**

<b>Pos.Nr.</b>	<b>Leistungsart</b>	<b>Tarifsatz ab 1. Jänner 2026 in EURO</b>
<b>IB</b>	Interzeptive Behandlung (Details siehe Erl.)	1.174,00
<b>RI</b>	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung (siehe Z.9 der Erl.)	81,00

## **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 Wechselgebissphase 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 den 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.



#### **IV. HONORARTARIF FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE HAUPTBEHANDLUNG**

<b>Pos.Nr.</b>	<b>Leistungsart</b>	<b>Tarifsatz ab 1. Jänner 2026 in EURO</b>
	<b>Behandlungspauschale</b> (nähere Bestimmungen siehe Erl.) Die Behandlungspauschale wird in drei Teilbeträgen geleistet:	4.722,00
<b>K1</b>	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 1. Teilbetrag Die Zahlung des ersten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraums, in den der Behandlungsbeginn (= erstmaliges Einbringen der erforderlichen Geräte im Mund des Patienten/der Patientin) fällt.	2.125,00
<b>K2</b>	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 2. Teilbetrag Die Zahlung des zweiten Teilbetrages erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraums, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist.	1.180,00
<b>K3</b>	Kieferorthopädische Hauptbehandlung – 3. Teilbetrag Die Abschlusszahlung erfolgt mit der Abrechnung jenes Zeitraums, in den das Behandlungsende (erstmalige Eingliederung von geeigneten Retainern) fällt.	1.417,00
<b>RH</b>	Reparatur im Rahmen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (siehe Z.8 der Erl.)	81,00
<b>AB</b>	Ausgliederung bei Abbruch der KFO-Hauptbehandlung (siehe Z.13 der Erl.)	236,00
<b>AG</b>	Ausgliederung nach BehandlerInnenwechsel (siehe Z.14 der Erl.)	236,00

## **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, Bissregistrator, 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, zahnfarbene 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.

## **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 Landes Zahnärztekammer zu informieren ist. Der Vertragskieferorthopäde kann die Anwesenheit eines Vertreters der Landes Zahnärztekammer 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.