

1. Abschnitt - Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse.

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der Kasse und ihre Organe sind insbesondere im 8. Teil Abschnitt I bis IV und IX des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geregelt.

Informationsveranstaltungen (§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 4. (1) Die Kasse hält zumindest zweimal jährlich Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber/innen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer/innen oder Arbeitgeber/innen getrennt,
2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereichs der Kasse oder
3. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen (§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 5. (1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstandes (§ 456a Abs. 3 ASVG) und ihre Änderungen werden nach § 455 ASVG im Internet verlautbart.

(2) Andere amtliche Verlautbarungen, insbesondere solche, durch die Versicherten oder Dienstgebern/Dienstgeberinnen Verpflichtungen auferlegt werden, erfolgen ebenfalls im Internet.

Vorläufige Verfügung des Obmannes/der Obfrau (§ 453 Abs. 2 ASVG)

§ 6. (1) Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes fallen, sind bei Gefahr im Verzug

1. zur Abwendung eines der Kasse drohenden Schadens oder
2. zur Sicherung eines der Kasse entgehenden Vorteils

vorläufig durch Verfügung des Obmannes/der Obfrau zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann.

(2) Die Verfügungen sind vom Obmann/von der Obfrau im Einvernehmen mit seinen/ihren Stellvertretern/Stellvertreterinnen zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. In allen diesen Fällen hat der Obmann/die Obfrau die zuständigen Verwaltungskörper einzuberufen und von ihnen die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

§ 7. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der Kasse obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Vorstandes.

(2) Der/Die leitende Angestellte hat für die ordnungsgemäße Durchführung der Bürogeschäfte und Weisungen (Abs. 1) durch die Dienstnehmer/innen der Kasse zu sorgen.

(3) Der/Die leitende Angestellte und dessen/deren Stellvertreter/in sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme der ihre Person betreffenden Angelegenheiten für ihren Zuständigkeitsbereich berechtigt, an Prüfungen der Kontrollversammlung teilzunehmen. Mit Zustimmung der Vorsitzenden der Verwaltungskörper kann der/die leitende Angestellte auch andere Angestellte den Sitzungen der Verwaltungskörper beiziehen.

(4) Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/die Obfrau zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes/der Obfrau bzw. seiner/ihrer Stellvertreter/innen nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der/die leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Kasse unumgänglich notwendig ist. Er/Sie hat darüber dem Obmann/der Obfrau unverzüglich zu berichten.

(5) Der/Die leitende Angestellte oder eine von ihm/ihr dazu ermächtigte Person ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der leitenden Angestellten gehen dessen/deren Rechte und Pflichten auf dessen/deren Stellvertreter/in über. Der Vorstand kann die Aufgaben des/der leitenden Angestellten und dessen/deren Stellvertreter/in zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

Form rechtsverbindlicher Akte (§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 8. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung

1. der Generalversammlung oder
2. des Vorstandes

bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom/von der Vorsitzenden der Kontroll-

versammlung als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten

1. einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung oder
2. dem Obmann/der Obfrau

übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Kasse übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der leitenden Angestellten oder einem/einer von diesem/dieser beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird.

Beirat

(§§ 440 ff., § 453 Abs. 1 Z 4 ASVG)

§ 9. (1) Bei der Kasse ist ein Beirat mit 18 Mitgliedern eingerichtet. Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff. ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

(2) Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat ist ein Verein, der nach dem Vereinsgesetz 2002 besteht.

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

§ 10. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekannt zu geben ist, wird von der Kasse als Basis für das Bestellungsverfahren der einzelnen Vertreter/innen nach dem System d'Hondt herangezogen, wobei auch auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der betroffenen Personengruppen Bedacht genommen wird.

(2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit folgende Unterlagen vorzulegen:

1. die vollständigen Vereinsstatuten in der geltenden Fassung mit der Angabe,
 - a) ob und welche Zweigvereine (§ 1 Abs. 4 Vereinsgesetz 2002) oder Mitgliedsvereine bestehen und
 - b) ob der anmeldende Verein ein Zweigverein, Mitgliedsverein eines Dachverbandes oder ein Dachverband ist; der Name des Hauptvereines oder Dachverbandes ist zu nennen,
2. Angaben über die aktuelle Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine oder Mitgliedsvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Kasse vertreten werden, getrennt nach den für den Beirat vorgesehenen Personenkreisen,
3. die Zustelladresse des Vereines sowie Name und Anschrift der vertretungsbefugten Personen,
4. Angaben, mit denen der Verein der Generalversammlung die Qualität seiner Vereinstätigkeit glaubhaft macht und entsprechende Unterlagen,
5. Angaben darüber, für welchen Personenkreis der Verein Vertreter/innen für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter/innen für mehrere Personenkreise vorschlagen.

(3) Jeder Verein, auf dessen Vorschlag Beiratsmitglieder bestellt wurden, hat

6. Änderungen in den Vereinsstatuten,
7. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen und
8. Änderungen der Zustelladresse

unverzüglich der Kasse mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der Kasse an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Vertreter/innen der Vereine im Beirat

§ 11. (1) Der Verein hat der Kasse Namen und Anschrift jener Personen bekannt zu geben, die er als Mitglieder für den Beirat vorschlägt. Jeder Verein hat für jeden Personenkreis, für den er Beiratsmitglieder vorschlägt, die für diese Gruppe vorgesehene Mitgliederzahl zu nennen. Für jede Person ist gleichzeitig ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines/einer Vertreters/Vertreterin in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung (§ 440d ASVG) erfolgt.

Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung (§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 12. (1) Die Kasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

(2) Die Kasse nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwährend Anträge, Meldungen und Mitteilungen für andere Sozialversicherungsträger oder den Hauptverband entgegen.

2. Abschnitt - Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist (§ 33 Abs. 3 ASVG)

§ 13. Die Frist für die vollständige Anmeldung sowie die Abmeldung fallweise beschäftigter Personen hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ende des Kalendermonates, in dem die Tätigkeit verrichtet wurde.

Beitragszeitraum
(§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. - aufgehoben -

Beitragsvorschreibung für bestimmte Gruppen
(§ 58 Abs. 4 ASVG)

§ 15. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Fälligkeit der allgemeinen Beiträge
(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 16. - aufgehoben -

Fälligkeit der Sonderbeiträge
(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde. Wird die Sonderzahlung vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt, sind die Sonderbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung ausgezahlt worden ist.

(2) Werden die Sonderbeiträge von der Kasse vorgeschrieben, sind sie mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post bzw. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe der Kasse fällig.

**Fälligkeit der Beiträge für
Selbstversicherte nach § 19a ASVG**
(§ 78 Abs. 1 ASVG)

§ 18. Die Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG (Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung) sind zu Beginn des Kalendermonates fällig.

3. Abschnitt - Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte

(§ 124 Abs. 1 ASVG)

§ 19. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Kassenleistungen. Dies gilt nicht

1. für die Personen, die in § 16 Abs. 2 ASVG genannt sind, wenn ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz ASVG (begünstigte Beitragsgrundlage für Studenten/Studentinnen) berechnet werden,
2. für die in § 16 Abs. 2a und 2b ASVG bezeichneten Personen sowie
3. für Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

Angehörige

(§ 123 Abs. 8, § 124 Abs. 1 ASVG)

§ 20. Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

1. der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin,
2. die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4 ASVG).

Bemessungsgrundlage

(§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)

§ 21. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist für folgende Gruppen von Versicherten ein anderer Beitragszeitraum als jener nach § 125 Abs. 1 ASVG heranzuziehen:

1. Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat; kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat;
2. Für Versicherte, deren Dienstgeber/in das Entgelt für den dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum nicht ermitteln kann, der diesem vorangegangene Beitragszeitraum, wenn zwischen Dienstgeber/in und Kasse eine Vereinbarung abgeschlossen ist;
3. Für die dem Kollektivvertrag für landwirtschaftliche Wander(Saison) arbeiter/innen unterliegenden Dienstnehmer/innen die zuletzt vorangegangenen drei Kalendermonate;
4. Für die ganz oder teilweise gegen Akkordlohn beschäftigten Dienstnehmer/innen in Forstbetrieben, für die eine mehrere Monate umfassende Lohnzahlungsperiode gilt, der zuletzt vorangegangene Beitragszeitraum, wenn der Versicherungsfall am ersten Tag eines Beitragszeitraumes eingetreten ist, sonst der laufende Beitragszeitraum.

(2) Für Forstarbeiter/innen, für welche die Kasse mit dem Dienstgeber/der Dienstgeberin eine Vereinbarung abgeschlossen hat, wonach der Beitragszeitraum über ein Kalendermonat hinausgeht, wird bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage der laufende Beitragszeitraum, das ist der Zeitraum vom 1. Jänner des Kalenderjahres, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist, bis zum Ablauf des Kalendermonates, in dem bis zum Monatsende volles Entgelt gebührt, herangezogen. Tritt der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit im Jänner eines Jahres ein, so ist für die Ermittlung der vorläufigen Bemessungsgrundlage der vorangegangene Beitragszeitraum (das Vorjahr) heranzuziehen, sofern nicht im Jänner volles Entgelt gebührt.

(3) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %. Der Zuschlag darf ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

**Bestätigung des Dienstgebers/der
Dienstgeberin über das Entgelt**
(§ 361 Abs. 3 ASVG)

§ 22. (1) Der/Die Dienstgeber/in hat für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“ anzugeben:

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und die Art der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben,
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls, für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass statt des Betrages nach Z 6 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (§ 120 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe (§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 23. (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes/einer Nichtvertragsärztin (Wahlarztes/Wahlärztin) oder einer Wahl-Gruppenpraxis werden die Kosten für eine Ordination mit zwei Fünfteln der in Betracht kommenden pauschalierten Grundvergütung (Fallpauschale u. a.) herangezogen. Die Kostenerstattung darf im Kalendervierteljahr 80 % der in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin oder eine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis vorgesehenen Grundvergütung (Fallpauschale u. a.), zuzüglich 80 % der in der Honorarordnung vorgesehenen Zuschläge und Honorare für Einzelleistungen und Visiten, jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt/der Wahlärztin oder der Wahl-Gruppenpraxis tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlärzte/Wahlärztinnen und es erfolgt die Rückvergütung von Wahlarztrechnungen nach den im Anhang 7 festgelegten Euro-Werten.

(2) Existiert keine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlgruppenpraxen und es berechnet sich der Kostenzuschuss nach den im Anhang 8 festgelegten Euro-Werten.

(3) Die Kasse erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit (§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 24. Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin oder eine Wahl-Gruppenpraxis behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/

die Wahlärztin oder die Wahl-Gruppenpraxis, sondern durch einen von der Kasse bestimmten Arzt/eine von der Kasse bestimmte Ärztin festgestellt. Der Anspruch des/der Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der Kasse bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

Erste Hilfeleistung (§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 25. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Kasse nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Kasse die tatsächlich erwachsenen Kosten der Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin, eine Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 41 geleistet.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife bzw. leistet die Kasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 11 Punkt I. zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 47 Abs. 5 und 6.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefärztliche Bewilligung auf Rechnung der Kasse abgebar sind, werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen (§ 150a ASVG)

§ 26. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Kasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/in eine von der Einrich-

tung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

**Kostenerstattung für Leistungen, die der
ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind,
für medizinische Hauskrankenpflege
und für CT- und MR-Untersuchungen**
(§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 27. (1) Die Kasse erstattet die Kosten für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, für medizinische Hauskrankenpflege und für CT- und MR-Untersuchungen nur, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

(2) Insoweit in den vertraglichen Regelungen für Vertragsinstitute für physikalische Medizin Verrechnungsbeschränkungen (z. B. degressive Honorare) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlinstitute für physikalische Medizin und es erfolgt die Rückvergütung von Rechnungen von Wahlinstituten für physikalische Medizin nach den im Anhang 9 festgelegten Euro-Werten.

(3) Insoweit in den vertraglichen Regelungen für Vertragsinstitute für die Erbringung von CT- und MR-Untersuchungen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. degressive Honorare) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlinstitute, die CT- und MR-Leistungen erbringen und in dem zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Großgeräteplan ausgewiesen sind. Die Rückvergütung von Rechnungen von Wahlinstituten für CT- und MR-Untersuchungen erfolgt nach den im Anhang 10 festgelegten Euro-Werten.

Heilbehelfe
(§ 137 ASVG)

§ 28. (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe

1. allgemein höchstens bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. für optische Heilbehelfe ausgenommen Kontaktlinsen (Abs. 3) bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage.

(2) Die Kasse übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist.

(3) Die Kasse übernimmt die Kosten für Kontaktlinsen höchstens bis zum 8-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) unter Berücksichtigung der Mindestgebrauchsdauer, sofern keine Direktverrechnung auf Grund von vertraglichen Regelungen erfolgt, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlichen Kosten, bei Vorliegen folgender Indikationen:

1. Anisometropie ab 3 Dioptrien bei nachweislich vorhandenem Binokularsehen,
2. Regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien,
3. Irregulärer Astigmatismus,
4. Keratokonus,
5. Hochgradige Myopie ab 6 Dioptrien,
6. Hypermetropie ab 6 Dioptrien,
7. Aphakie,
8. bei Erosion oder rezidivierender Erosion (nicht als Dauerversorgung),
9. nach Nasenbeinoperationen (postoperativ bis zu 12 Wochen),
10. Progrediente Myopie bei nachweislicher Dioptrienzunahme von mindestens einer Dioptrie pro Jahr bei Kindern und Jugendlichen bei Behandlung mit peripher Defokus modifizierten Kontaktlinsen oder Orthokeratologie-Linsen.

Satzungsmäßiges Krankengeld (§ 139 Abs. 2, § 141 Abs. 3 ASVG)

§ 29. (1) Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit - ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 ASVG Anspruchsberechtigten - bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der/die Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des

Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheids oder eines Verständigungsschreibens über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach Zustellung des Bescheids oder Verständigungsschreibens an, weil der/die Versicherte die Tätigkeit, auf Grund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonates geleistet, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Zustellung des Bescheids oder Verständigungsschreibens folgenden Kalendermonates.

(3) Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld um 10 % der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1 ASVG i. V. m. § 21 der Satzung) erhöht, wenn mindestens ein Angehöriger/eine Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 oder Abs. 4 ASVG ohne eigenes Einkommen vorhanden ist und der/die Versicherte Alleinerzieher/in ist oder bei einer Ehe (Lebensgemeinschaft) der Ehegatte/die Ehegattin (der Lebensgefährte/die Lebensgefährtin) kein eigenes Einkommen hat. Besteht über den 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit hinaus Anspruch auf Entgeltfortzahlung, so wird das Krankengeld erst ab dem Tag des gänzlichen Wegfalls des Entgeltanspruches erhöht.

Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt (§ 139 Abs. 2b ASVG)

§ 30. Die Kasse leistet Personen,

1. deren Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung während der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 16 Abs. 1 lit. c des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 (BGBl. Nr. 609/1977 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 162/2015) ruht,
2. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches (§ 139 Abs. 1 und 2 ASVG) abgelaufen ist und

3. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach § 139 Abs. 4 ASVG noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe für die Dauer notwendiger, unaufschiebbarer stationärer Aufenthalte (Krankenhaus- sowie Rehabilitationsaufenthalte im Anschlussheilverfahren).

Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 ASVG)

§ 31. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 Punkt II. geleistet.

(2) Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist; dies ist insbesondere der Fall bei

1. Patienten/Patientinnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Tumorpatienten/Tumorpatientinnen in der postoperativen Rehabilitation,
3. Patienten/Patientinnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
4. Patienten/Patientinnen mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes),

die eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz nicht zulassen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken. Für festsitzenden Zahnersatz ohne diese medizinische Notwendigkeit übernimmt die Kasse keine Kosten.

(4) Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten jedenfalls als festsitzender Zahnersatz.

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 35 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 32 Abs. 3 zweiter Satz müssen - grundsätzlich vor Behandlungsbeginn - von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

(6) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen wurde.

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, eine Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(8) Existiert keine entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragszahnarzt/eine vergleichbare Vertragszahnärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(9) Die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden von der Kasse nur für Arbeiten in allgemein körperverträglichem Material und einwandfreier Ausführung übernommen.

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

§ 32. (1) Konservierende Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung im Anhang 1 der Art nach vorgesehen, verlangt der/die Versicherte (Angehörige) aber aus anderen als in Abs. 2 angeführten Gründen (z. B. kosmetische Gründe) die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials, hat der/die Versicherte die Leistung selbst zu zahlen und die Kasse leistet einen Zuschuss im Ausmaß von 80 % des Vertragstarifes für die entsprechende Leistung nach Anhang 1.

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (z. B. wegen nachgewiesener Allergien gegen Vertragsmaterialien) eine im Anhang 1 angeführte Leistung nicht erbracht werden kann, leistet die Kasse Zuschüsse nach Anhang 2. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.

(3) Zahnmedizinische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, werden von der Kasse im Umfang des Anhanges 3 nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind. Werden solche Leistungen in einer entsprechenden Wahl-einrichtung (selbstständiges Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) erbracht, leistet die Kasse eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der/die Leistungserbringer/in dieselben Qualitätsvoraussetzungen (berufliche Qualifikation, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen (§ 153 ASVG)

§ 33. (1) Die Kasse erbringt Kieferregulierungen als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) im Umfang des Anhanges 1

- a) bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
- b) jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anhang 12,

sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 34 bzw. § 39 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 5h,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
4. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,

5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 4f,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5a und 4a,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden/ die zu Behandelnde den in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen, insbesondere jegliche Grade von IOTN 4 und 5 sowie die in Z 1 bis 9 genannten Indikationen,
11. 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).

Dabei sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 5 Punkt I. festgesetzten Höhe zu entrichten. Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern/Zahnbehandlerinnen nicht möglich ist, leistet die Kasse einen Zuschuss nach Maßgabe der Bestimmungen des Anhangs 5 Punkt I.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Kostenerstattung ist vom Vertrags- tarif für die entsprechende Leistung nach Anhang 1 die Zuzahlung des/der Versicherten nach Anhang 5 Punkt I. abzuziehen; die Kostenerstattung für den/die Versicherten/Versicherte beträgt dann 80 % dieses Betrages.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen nach Abs. 1 Z 1 bis 11 oder andere Fehlstellungen durch kleine kieferorthopädische Behelfe kurz- fristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegan- genen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird an Stelle

einer Kieferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss für diese kleinen kieferorthopädischen Behelfe nach Anhang 5 Punkt II. erbracht.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)

§ 34. (1) Die Kasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhanges 1 Punkt I. Pos.Nr. 1a als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten/bei der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Die Kasse erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang des Anhanges 1 Punkt III. als Sachleistungen durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen oder in eigenen Einrichtungen der Kasse, wenn Behandlungsbedürftigkeit auf Grund einer erheblichen Zahn- und Kieferfehlstellung gegeben ist:

1. Feststellung des Grades nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN-Grad) bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3
2. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 4
3. Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 5.

(3) Die Feststellung des IOTN-Grades wird für Anspruchsberechtigte nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht. Die zweite IOTN-Feststellung kann frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die Kasse erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung auf Grund des § 33 und Abs. 2 Z 1 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN-Grades mit der Behandlung gemäß Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer/dieselbe Leistungserbringerin begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN-Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - 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 größer als 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 Colum-Fraktur).

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

(5) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN-Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,
4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden:
 - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
 - b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
 - c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder

- d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
- e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
- f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
- g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland

und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70 % nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbstständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter ausschließlich kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen), werden für die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit von der Kasse keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 33 erhält. Abweichend davon gewährt die Kasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Abs. 4 oder 5 erfüllt und der/die Anspruchsberechtigte einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

(7) Als Behandlungsbeginn bei Leistungen nach den Abs. 4 und 5 gilt das Datum, zu dem erstmals durch den Kieferorthopäden/die Kieferorthopädin die erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 4 als beendet, wenn die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 5 als beendet, sobald

1. eine Verbesserung des Ausgangszustandes von zumindest 70 % nach dem PAR-Index erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedi-

zinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und

2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Zahnersatz
(§ 153 Abs. 2 ASVG)

§ 35. (1) Die Kasse erbringt den unentbehrlichen Zahnersatz, soweit nicht ein Anspruch

1. aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
2. nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957,
3. nach dem Heeresversorgungsgesetz oder Heeresentschädigungsgesetz,
4. nach dem Opferfürsorgegesetz,
5. nach dem Verbrechensofergesetz,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz

besteht.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) geleistet. Muss aus medizinischen Gründen (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen ein Vertragsmaterial) oder weil ein abnehmbarer Zahnersatz nicht anders Halt findet für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material oder ein besonderes Halteelement verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die Kasse für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2 bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Kasse für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Kasse als Leistung eine totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, eine Metallgerüstprothese oder eine Verblend-Metall-Keramikkrone erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren, bei sonstigen Prothesen frühestens nach vier Jahren geleistet, es sei

denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

(4) Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die Kasse vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen feststehenden Zahnersatz (§ 31 Abs. 3 zweiter Satz) leistet die Kasse Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2 bestimmt wird. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse, das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten und auf die Höhe der Zuzahlungen bei einer allfälligen Sachleistungserbringung Bedacht zu nehmen.

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG)

§ 36. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung (§ 131 Abs. 6 ASVG)

§ 37. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

§ 38. (1) Stehen Vertragspartner/innen für

1. die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG),

2. die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),
3. den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),
4. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zu Stande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen im Anhang 6.

(2) Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 3 bis 6.

(3) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 18.649,59 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von besonderen Einzelfällen für die Behandlung folgender Erkrankungen:

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten/Patientinnen bis zur Vervollendung des 16. Lebensjahres sowie
5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

(4) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Kohlen-

stoffionen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 14.628,47 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(5) Mit der Leistung des Kostenzuschusses nach den Abs. 2 bis 4 sind sämtliche mit dieser ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Leistungen abgegolten. Falls eine derartige Therapie nicht abgeschlossen wird, ist der Kostenzuschuss entsprechend den tatsächlich erbrachten Therapieeinheiten zu aliquotieren.

(6) Bei Unterbleiben der von der Kasse bewilligten punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen leistet die Kasse für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehende erbrachte medizinische Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenzuschuss in Höhe von 511,32 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(7) Stehen einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe mangels vertraglicher Regelungen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen nicht als Sachleistung zur Verfügung, leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach der Regelung im Anhang 6.

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

§ 39. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (Kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Kasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Kasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhanges 5 Punkt III., wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 34 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die Kasse erbringt den Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Die Kasse erbringt Teilbeträge nach § 41 Abs. 4 der Krankenordnung vor Abschluss der Behandlung, wenn die Kasse durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 34 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 34 Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen

§ 40. Stehen Vertragspartner/innen zur Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen auf Grund des Fehlens von Verträgen mit den Gruppenpraxen nicht zur Verfügung, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch bei der Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen und es berechnet sich der Kostenzuschuss nach den im Anhang 8 festgelegten Euro-Werten.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird (§ 150 ASVG)

§ 41. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch

genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i. V. m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 251,37 € pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt oder pro tagesklinischer Leistung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 4 ASVG davon abzusehen ist.

(2) Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die Kasse keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird (§ 131b ASVG)

§ 42. Hat der/die Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht und besteht auch keine vertragliche Regelung mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt, erbringt die Kasse einen Ambulanzkostenzuschuss von 27,54 € pro Quartal, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

Hilfsmittel (§ 154 ASVG)

§ 43. (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch

1. allgemein das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. das 20-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Hilfsmittel, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen,

wobei vom/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind.

(1a) Der Zuschuss für Krankenfahrstühle beträgt höchstens das 20-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gemäß Abs. 4 erfolgt.

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(3) Die Kasse übernimmt den Anteil des/der Versicherten (Angehörigen) gemäß Abs. 1 und 2, wenn die Voraussetzungen des § 137 Abs. 4 lit. a oder b ASVG zutreffen.

(4) Bestehen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an den/die Versicherte/n (Angehörige/n), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin direkt verrechnet.

(5) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, maximal jedoch das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom/Von der Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

(6) Der Zuschuss für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen beträgt pro Quartal höchstens das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gemäß Abs. 4 erfolgt.

(7) Der Zuschuss für Perücken, die bei einem mit einer Erkrankung in Zusammenhang stehenden Haarausfall, wie insbesondere bei onkologischer Behandlung, in Anspruch genommen werden, beträgt höchstens das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gemäß Abs. 4 erfolgt.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 132c Abs. 3 ASVG)

§ 44. Die Kasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss von 4,00 € zu Impfungen (aktive Immunisierung) gegen Fröhsummer-Meningoencephalitis.

Der Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impfersum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 44a. Die Kasse leistet in Verbindung mit § 32 für Versicherte (Angehörige) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung. Diese umfasst:

1. bedarfsorientierte Information und Aufklärung über Zahn- und Zahnfleischerkrankungen und deren Vermeidung, Ernährungsberatung/-lenkung – Kurzintervention
2. bedarfsorientierte Motivation bzw. Remotivation (Nutzenfindung für den Patienten/die Patientin)
3. bedarfsorientierte Evaluierung der Putztechnik und der Interdentalraumreinigung inkl. Plaque- bzw. Biofilmfärbung
4. bedarfsorientierte Instruktion zur effektiven häuslichen Zahnpflege, Demonstration von Putztechniken und deren Schwachstellen und der Interdentalraumreinigung
5. professionelle, bedarfsorientierte Zahnreinigung (Entfernung aller supragingivaler Zahnbeläge mit entsprechender Methode)
6. medizinisch notwendige Fluoridierung und Spülung

Versicherten (Anspruchsberechtigten) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr, die sich einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten unterziehen, leistet die

Kasse maximal zwei Mal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung, wobei die Leistungen mindestens sechs Monate auseinander zu liegen haben.

**Berücksichtigung der Sonderzahlungen
bei der Bemessung des Wochengeldes**
(§ 162 Abs. 4 ASVG)

§ 45. Die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. die letzten 13 Wochen entfallenden Sonderzahlungen sind bei der Bemessung des Wochengeldes dadurch zu berücksichtigen, dass der nach § 162 Abs. 3 ASVG ermittelte Nettoarbeitsverdienst um einen entsprechenden Prozentsatz erhöht wird, und zwar

1. bei Sonderzahlungen
bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw.
von 4 $\frac{1}{3}$ Wochenbezügen
um 14 %,

2. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 4 $\frac{1}{3}$ Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 $\frac{2}{3}$ Wochenbezügen
um 17 %,

3. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 8 $\frac{2}{3}$ Wochenbezügen
um 21 %,

4. bei Sonderzahlungen
von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten
um 17 %.

Reise(Fahrt)kosten (§ 135 Abs. 4 ASVG)

§ 46. (1) Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten für Fahrten

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen, § 135 Abs. 4 ASVG),
2. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 Abs. 5 ASVG),
3. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt (§ 144 Abs. 5 ASVG),
4. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln (§ 137 Abs. 9 ASVG),
5. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 154a Abs. 2 ASVG),
6. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a Abs. 3 ASVG),
7. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b Abs. 5 ASVG),
8. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 132c Abs. 5 ASVG),
9. im Zusammenhang mit den notwendigen Beratungen bei der Kasse im Rahmen des Case-Managements bei Bezug von Rehabilitationsgeld,
10. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in der Hebammenordination (§ 159 ASVG).

(2) Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr (soziale Schutzbedürftigkeit),

1. für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes und

2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 4) 40 Kilometer übersteigt.

(3) Die Kasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Begleitperson

1. für Kinder unter 15 Jahren,
2. für Personen, bei denen dies auf Grund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist.

(4) Für die Ermittlung des Reise(Fahrt)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum/zur nächsterreichbaren Vertragspartner/in desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung heranzuziehen.

(5) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten gebührt für Hin- sowie Rückfahrten. Dieser beträgt pauschal für Fahrtstrecken von mehr als 40 km bis 60 km 6,00 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 9,00 €. Bei Fahrten von mehr als 60 km erfolgt die Gewährung des Kostenersatzes auf Basis der tatsächlich zurückgelegten Kilometer, wobei der Kilometersatz 0,12 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 0,18 € beträgt. Der Kostenersatz wird unabhängig davon gewährt, welches Verkehrsmittel der/die Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt hat. Höhere als die dem/der Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden nicht ersetzt.

(6) Die Kasse ersetzt ohne Bedachtnahme auf die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr Reise(Fahrt)kosten für Fahrten

1. zur Durchführung einer Dialyse,
2. zur Durchführung einer Chemo- oder Strahlentherapie auf Grund einer onkologischen Erkrankung,
3. im Zusammenhang mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation die Kosten für die Beförderung in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin sowie zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln.

(7) Wenn ein Transport nach § 47 Abs. 3 erfolgt ist, ersetzt die Kasse keine Reise(Fahrt)kosten.

(8) Bei Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines/einer Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin, einer Wahleinrichtung oder eines/einer Wahlpartners/Wahlpartnerin zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Abs. 1 bis 7 mit der Einschränkung, dass Reise(Fahrt)kosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

1. des/der nächsterreichbaren Vertragsarztes/Vertragsärztin (des/der nächsterreichbaren Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin) bzw.
2. der nächsterreichbaren vergleichbaren Vertrags-Gruppenpraxis,
3. der nächsterreichbaren Primärversorgungseinheit,
4. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung bzw.
5. des/der nächsterreichbaren sonst in Betracht kommenden Vertragspartners/Vertragspartnerin

zu ersetzen gewesen wäre.

Transportkosten

(§ 135 Abs. 5 ASVG, § 144 Abs. 5 ASVG,
§ 153 Abs. 5 ASVG, § 154 Abs. 4 ASVG, § 154a Abs. 2 ASVG)

§ 47. (1) Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,

3. zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrer Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern im Anhang 11 Punkt II. zur Satzung kein anderer Kostenersatz festgelegt ist.

(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenförderung

Befördert werden Versicherte (Angehörige), die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann

- a) mit einem Privat-PKW bzw. mit einem entsprechend ausgestatteten Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden oder
- b) durch die unter a) angeführten Unternehmen liegend oder sitzend in einem Tragsessel befördert werden

oder

2. Krankentransport

Transportiert werden Versicherte (Angehörige), die keine Notfallpatienten/Notfallpatientinnen sind und entweder

- a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Versicherte (Ange-

hörige) kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der/die Sanitäter/Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist (einfacher Krankentransport),

oder

- b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragsessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (qualifizierter Krankentransport);

oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist;

oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin sind.

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen. Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Kasse Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

(4) Die Kasse übernimmt die Kosten der notwendigen Beförderung mit einem Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens ausschließlich zur Dialyse-, Chemo- oder Strahlentherapie im Rahmen der vertraglich vereinbarten Tarifsätze, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann. Wird vom/von der Versicherten oder dessen/deren Angehörigen für einen derartigen Transport ein Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens benützt, das nicht von den bestehenden Verträgen mit der Kasse umfasst ist, werden die Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00, ersetzt.

(5) Die Kasse übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

1. eine Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden (Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist), wegen der Dringlichkeit des Falles auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und
2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes
 - a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
 - b) diese Notwendigkeit von der Kasse anerkannt

worden ist.

(6) Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Kasse mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in folgender Höhe:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

- a) Primärtransporte pauschal: 1.821,97 €
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 2.125,00 €
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
- a) Primärtransporte pauschal: 948,27 €
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €
3. für Flugtransporte (Primärtransporte) nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte: pauschal 894,93 €

Die in Z 1 bis 3 angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

(7) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 4 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

- 1. der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
- 2. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
- 3. des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes/Vertragsärztin oder
- 4. der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis

zu ersetzen gewesen wäre.

(8) Die Kasse übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse nach inländischem Recht oder auf Grund zwischenstaatlicher Regelungen der Anstaltspflege im Ausland vorher zugestimmt hat. Die Kasse übernimmt die Kosten des Transportes aus der Krankenanstalt lediglich in der Höhe der

fiktiven Kosten bis zum vorherigen Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) im Ausland.

(9) Die Kasse übernimmt im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Transportkosten für die Beförderung

1. in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife, wenn das Bruttoeinkommen des/der Versicherten die jeweils gültige monatliche Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigt.

Auszahlung von Leistungen (§ 104 ASVG)

§ 48. (1) Die Auszahlung der laufenden Geldleistungen wird für längstens vier Wochen betragende Zeiträume im Nachhinein vorgenommen.

(2) Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) und Wiedereingliederungsgeld (§ 143d ASVG) werden monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats ausgezahlt. Fällt der Auszahlungstermin der genannten Leistung auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so wird diese Leistung so zeitgerecht angewiesen, dass sie an dem diesen Tagen vorhergehenden Werktag dem/der Leistungsbezieher/in zur Verfügung steht.

4. Abschnitt - Sonderbestimmungen

Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/innen in der Land- und Forstwirtschaft (§ 465 ASVG)

§ 49. - aufgehoben -

Beiträge für unständig Beschäftigte
(§ 466 ASVG)

§ 50. - aufgehoben -

Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten
(§ 468 Abs. 1 ASVG, § 121 Abs. 4 ASVG)

§ 51. - aufgehoben -

Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte
(§ 468 Abs. 6 ASVG)

§ 52. - aufgehoben -

5. Abschnitt - Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 53. (1) Mit Ausnahme der Anhänge 9 und 10 tritt die Satzung 2016 gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Internet in Kraft.

(2) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2016 in Kraft.

(3) Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet unter avsv Nr. 166/2011 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 35/2012
2. avsv Nr. 94/2012
3. avsv Nr. 39/2013
4. avsv Nr. 83/2013

5. avsv Nr. 56/2014
6. avsv Nr. 57/2014
7. avsv Nr. 117/2014
8. avsv Nr. 45/2015
9. avsv Nr. 103/2015
10. avsv Nr. 193/2015
11. avsv Nr. 46/2016
12. avsv Nr. 103/2016

aufgehoben.

(4) Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 54. (1) Die Änderung des § 35 Abs. 1 Z 3 tritt rückwirkend mit 1. Juli 2016 in Kraft.

(2) Die Änderung des § 34 Abs. 4 Z 3 lit. j tritt rückwirkend mit 20. Juli 2016 in Kraft.

(3) Die Änderungen des § 7 Abs. 5, § 38, § 41 Abs. 1, § 44 erster Satz und § 48 sowie die Änderung der Überschrift des Anhanges 6 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(4) Die Neufassung der Anhänge 7 und 8 tritt mit 1. Juli 2017 in Kraft.

(5) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 55. (1) Die 2. Änderung der Satzung 2016 tritt mit Ausnahme der Neufassung der Anhänge 9 und 10 mit 1. Oktober 2017 in Kraft.

(2) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2017 in Kraft.

(3) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 56. (1) Die 3. Änderung der Satzung 2016 tritt mit 1. Jänner 2018 in Kraft.

(2) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

(3) Die Regelungen des § 33 Abs. 1 und des Anhanges 5 Punkt I. sowie des § 35 Abs. 3 gelten für Fälle, in denen die Behandlung nach dem 31. Dezember 2017 beginnt.

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 57. (1) Die 4. Änderung der Satzung 2016 tritt mit Ausnahme der Neufassung der Anhänge 7 und 8 sowie der Änderung des Anhanges 12 rückwirkend mit 1. Jänner 2018 in Kraft.

(2) Die Änderung des Anhanges 12 tritt mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Internet in Kraft.

(3) Die Neufassung der Anhänge 7 und 8 tritt mit 1. Juli 2018 in Kraft.

(4) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 58. (1) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2018 in Kraft.

(2) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 59. (1) Die 6. Änderung der Satzung 2016 tritt mit Ausnahme des § 44a und der Änderung des Anhanges 1 Punkt I. rückwirkend mit 1. September 2018 in Kraft.

(2) § 38 Abs. 1 Z 3 und Anhang 6 Z 3 treten mit 31. Dezember 2019 außer Kraft.

(3) § 44a sowie die Änderung des Anhanges 1 Punkt I. treten rückwirkend mit 1. Juli 2018 in Kraft.

(4) Die in Anhang 6 Z 1 angeführten Kostenzuschüsse gelten für Leistungen, die nach dem 31. August 2018 erbracht werden.

(5) Die in Anhang 6 Z 2 und Z 6 lit. a angeführten Kostenzuschüsse gelten für Leistungen, die nach dem 31. August 2018 verordnet werden.

(6) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung

§ 60. (1) Die 7. Änderung der Satzung 2016 tritt mit Ausnahme der Änderung des Anhanges 5 Punkt III. und der Neufassung der Anhänge 7 und 8 rückwirkend mit 1. Jänner 2019 in Kraft.

(2) Die Änderung des Anhanges 5 Punkt III. tritt rückwirkend mit 20. Oktober 2018 in Kraft.

(3) Die Neufassung der Anhänge 7 und 8 tritt mit 1. Juli 2019 in Kraft.

(4) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 8. Änderung

§ 61. (1) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2019 in Kraft.

(2) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

**Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
Kieferorthopädische Behandlung
Prothetische Zahnbehandlung**

Folgende Leistungen werden entsprechend der Honorarordnung für Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen als Sachleistung erbracht:

**I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
gemäß § 32 Abs. 1**

Pos.Nr.	Leistung
1	Beratung
1a	Kieferorthopädische Beratung gemäß § 34 Abs. 1 Diese umfasst folgende Leistungen: a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung, b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung, c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin, d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung
4	Visite
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps

Pos.Nr.	Leistung
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)
9	Aufbau mit Höckerdeckung
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn
11	Stiftverankerung
12	WB-Amputation
13	WB-Exstirpation einkanalg
14	WB-Exstirpation zweikanalg
15	WB-Exstirpation dreikanalg
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant

Pos.Nr.	Leistung
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
20	Zahnsteinentfernung
65	Mundhygiene nach § 44a
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)
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
24	Zahnröntgen
25	Panoramarröntgen
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenaukratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Pos.Nr.	Leistung
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
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)
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei)

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

- a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes
- b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates
- c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube

**III. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung
gemäß § 34 Abs. 2 Z 2,
kieferorthopädische Hauptbehandlung
gemäß § 34 Abs. 2 Z 3**

1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 2

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen 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) die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

Hiezu gehört auch die einmalige Reparatur der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

2. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 3

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

A. Diagnostische Leistungen; dies sind:

- a) Behandlungsplanung,
- b) die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
- c) Panoramaröntgen,
- d) laterales Fernröntgen,
- e) Fotos intra- und extraoral,
- f) Modelle,
- g) Bissregistrat,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

- a) Therapie mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges,
- b) Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene,
- c) erstmalige Anfertigung und Eingliederung von geeigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung,
- d) chirurgische Eingriffe, die primär zur Verkürzung der Behandlung dienen,
- e) einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten.

Hiezu gehören auch zwei Reparaturen der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

IV. Prothetische Zahnbehandlung (unentbehrlicher Zahnersatz) gemäß § 35 Abs. 2

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung

2. Kunststoffprothesen – Neuherstellung

- a) Platte (jeder Größe)
- b) Zahn, pro Einheit
- c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)
- d) Sauger

3. Reparaturen an Kunststoffprothesen

- a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer
- b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)
- c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)

- d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
- e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke

4. Metallgerüstprothesen – Neuherstellung

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

5. Reparaturen an Metallgerüstprothesen

- a) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe
- b) Zwei Leistungen gemäß a), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer
- c) Mehr als zwei Leistungen gemäß a) oder b), Erweiterung der Metallbasis

6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

7. Voll-Metallkrone (VG)

an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

**Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen
im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz
in besonderen medizinischen Fällen**

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

gemäß § 32 Abs. 2

- | | |
|---|----------|
| 1. Inlays aus Gold oder Keramik | |
| a) Einflächenfüllung | 98,84 € |
| b) Zweiflächenfüllung | 139,53 € |
| c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung | 162,79 € |
| 2. Onlay aus Gold oder Keramik
(Höckerdeckung) | 215,11 € |

II. Unentbehrlicher Zahnersatz

gemäß § 35 Abs. 2

- | | |
|---|---------|
| 1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan) | 29,07 € |
| 2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff) | 23,62 € |
| 3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.) | 23,24 € |

gemäß § 35 Abs. 5 (in den Fällen des § 31 Abs. 3 2. Satz)

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| 4. Stiftverankerung pulpal gegossen | 63,08 € |
|-------------------------------------|---------|

5. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich	159,88 €
6. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich	101,72 €
7. Vollgusskrone (Metallkrone)	99,40 €
8. Brückenglied Metall (Vollguss)	79,94 €
9. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwen- digen festsitzenden Zahnersatz	152,60 €

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

**Zahnmedizinische Leistungen gemäß § 32 Abs. 3,
die über den Leistungsumfang der
Anhänge 1 und 2 hinausgehen**

Folgende Leistungen werden entsprechend den Tarifen, die im Anhang zum Vertrag der Kasse mit den Vertragseinrichtungen jeweils vorgesehen sind, und unter den im Vertrag dafür festgelegten Voraussetzungen als Sachleistung erbracht:

I. Leistungen der Zahnbehandlung

1. Probeexcision
2. Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie, inklusive Arznei, je Injektion
3. Erste Röntgenaufnahme des Schädels (Fernröntgen)
4. Jede weitere Aufnahme des Schädels (Fernröntgen)
5. Luxation eines Kiefergelenkes; konservative (unblutige) Reposition
6. Fibrinklebung inklusive Fibrinkleber
7. Verblockung pro Quadrant bei Parodontalbehandlung
8. Verschiebelappenoperation (Wiedmann – Neumann), Flapoperation pro Sextant
9. Chirurgische Fremdkörperentfernung
10. Replantation eines Zahnes mit Schienung
11. Drainage der Kieferhöhle
12. Endoskopie der Kieferhöhle
13. Vestibulumplastik
14. Narkose/erste Stunde

15. Narkose/weitere Stunden
16. Entfernung eines Speichelsteines
17. Neuro-Anastomose
18. Neuro-Transposition

II. Zusatzleistungen für medizinische Sonderfälle gemäß § 31 Abs. 3 2. Satz

1. Freilegung eines retinierten Zahnes mit Anschlingen
2. Transplantation eines Zahnes
3. Entfernung eines Implantats
4. Freilegung eines retinierten Zahnes
5. Chirurgische Kronenverlängerung
6. Gingivektomie pro Quadrant
7. Augmentation mit autologem Transplantat
8. Augmentation oder Reduktion/Quadrant
9. Augmentation oder Reduktion Einzelzahn
10. Osteotomie klein
11. Osteotomie groß
12. Implantoplastik
13. Jochbeinimplantate
14. Temporäres Implantat

Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5

(1) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten des unentbehrlichen Zahnersatzes beträgt:

- | | |
|--|------|
| 1. für Kunststoffprothesen und deren Reparaturen | 25 % |
| 2. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen | 25 % |
| 3. für | |
| a) Voll-Metallkronen an Klammerzähnen | 25 % |
| b) Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen | 25 % |
- der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(2) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten eines unentbehrlichen festsitzenden Zahnersatzes in medizinischen Sonderfällen (§ 31 Abs. 3) beträgt in den für die Sachleistungserbringung vorgesehenen Vertragseinrichtungen 25 % der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätze.

**I. Zuzahlungen bzw. Zuschüsse für Kieferregulierungen
gemäß § 33 Abs. 1**

(1) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte beträgt:

- | | |
|------------------------|------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 30 % |
| 2. für Reparaturen | 30 % |

der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(2) Wird an Stelle der kieferorthopädischen Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte eine Behandlung auf Basis festsitzender Geräte erbracht, beträgt der Zuschuss der Kasse:

- | | |
|------------------------|------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 70 % |
| 2. für Reparaturen | 70 % |

der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze auf Basis der abnehmbaren Geräte.

(3) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf Basis festsitzender Geräte in medizinischen Sonderfällen (§ 31 Abs. 3) beträgt in den für die Sachleistungserbringung vorgesehenen Vertragseinrichtungen, sofern kein Anspruch nach § 34 besteht:

- | | |
|------------------------|------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 30 % |
| 2. für Reparaturen | 30 % |

der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätze.

II. Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundvorhofplatte inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen wird 49,05 €
2. Positioner inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr 72,67 €
3. Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberetainer) pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung 49,05 €

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

III. Kostenzuschuss nach § 39

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 70 % des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 33 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

Die Kasse erbringt bei Fehlen vertraglicher Regelungen folgende Kostenzuschüsse:

1. Für die Behandlung durch einen nicht-ärztlichen freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/eine nicht-ärztliche freiberuflich tätige Psychotherapeutin

- | | |
|---|---------|
| a) für eine Einzelsitzung
zu 30 Minuten | 16,00 € |
| b) für eine Einzelsitzung
zu 60 Minuten | 28,00 € |
| c) für eine Gruppensitzung
(maximal 10 Personen)
zu 45 Minuten pro Person | 7,00 € |
| d) für eine Gruppensitzung
(maximal 10 Personen)
zu 90 Minuten pro Person | 10,00 € |

Ein Kostenzuschuss ist aber nur dann zu gewähren, wenn nachweislich bestätigt ist, dass der/die Patient/in im selben vertragsärztlichen Abrechnungszeitraum und jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (Sitzung) ärztlich untersucht wurde.

2. Für die Behandlung durch einen freiberuflich tätigen Physiotherapeuten/eine freiberuflich tätige Physiotherapeutin

- | | |
|--|---------|
| a) für eine Einzelheilgymnastik zu 30 Minuten | 16,74 € |
| b) für eine Einzelheilgymnastik zu 45 Minuten | 25,07 € |
| c) für eine Gruppenheilgymnastik zu 30 Minuten
pro Person | 5,38 € |
| d) für eine Einzelheilgymnastik bei neurologischen
Erkrankungen zu 30 Minuten | 22,17 € |
| e) für eine Einzelheilgymnastik bei neurologischen
Erkrankungen zu 45 Minuten | 29,65 € |
| f) für eine manuelle Lymphdrainage zu 45 Minuten | 18,89 € |
| g) für eine Heilmassage zu 15 Minuten | 6,61 € |

- h) für eine Hippotherapie zu 30 Minuten 21,80 €
- i) für einen ärztlich verordneten Hausbesuch 17,80 €

3. Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern

- a) pro Besuch bei Tag 11,63 €
- b) pro Besuch bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen 22,53 €

Es sind maximal 10 Besuche verrechenbar.

4. Für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege leistet die Kasse pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten 8,64 €
2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um 2,88 €

5. Für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Höhe der Kostenzuschüsse wird nach den besonderen Umständen des Einzelfalles unter Bedachtnahme auf das wirtschaftliche Bedürfnis des/der Versicherten festgelegt; dabei ist insbesondere auch das bei vergleichbaren Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen übliche Verhältnis zwischen Vertragstarifen und Marktpreisen zu berücksichtigen. § 28 und § 43 Abs. 1 bis 3 der Satzung sind bei der Festlegung des Kostenzuschusses zu berücksichtigen.

6. Sonstige Therapien und Behandlungen

a) Für sonstige Behandlungen durch einen freiberuflich tätigen Physiotherapeuten/eine freiberuflich tätige Physiotherapeutin

Heilmassage

Mindestdauer 30 Minuten 11,85 €

Hippotherapie

Mindestdauer 60 Minuten 38,15 €

Schwellstrom

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €

Exponentialstrom

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €

Niederfrequenztherapie (Faradisation,
Galvanisation, Impulsgalvanisation,
Kaltquarzlicht, Reizstrom)

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €

0 - 1 000 Hertz

Mittelfrequenztherapie (Stereodynam.
bzw. Interferenzströme)

Mindestdauer 10 Minuten 1,82 €

1 000 - 100 000 Hertz

Hochfrequenztherapie (Microwelle, Kurzwelle)

Mindestdauer 10 Minuten 1,34 €

über 100 000 Hertz

Iontophorese

Mindestdauer 15 Minuten 2,62 €

Zellenbad

Mindestdauer 10 Minuten 2,62 €

Ultraschalltherapie

Mindestdauer 5 Minuten 2,59 €

Wärmetherapie feucht

Mindestdauer 15 Minuten 4,40 €

Unterwasserheilgymnastik – Einzel

Mindestdauer 20 Minuten 11,44 €

Unterwasserdruckstrahlmassage

Mindestdauer 10 Minuten 7,35 €

Allgemeine Bestimmungen für Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen:

Für Behandlungen, die länger als die jeweils vorgegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.

b) Für die Behandlung durch freiberuflich tätige Heilmasseure/Heilmasseurinnen

Heilmassage

pro Sitzung

Mindestdauer 10 Minuten 2,00 €

Manuelle Lymphdrainage

Mindestdauer 45 Minuten 8,00 €

Hausbesuch

(ärztliche Verordnung erforderlich) 17,59 €

Apparative Druckwellenmassage

(Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten)

Mindestdauer 45 Minuten 3,50 €

Unterwasserdruckstrahlmassage

Mindestdauer 10 Minuten 2,50 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen

Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, di-
dynamischer Strom

Mindestdauer 10 Minuten 1,00 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen

Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation,
Hochvolttherapie

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen
Geräten: Exponentialstrom

Minstdauer 15 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen
Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme,
TENS (transkutane Nervenstimulation)

Minstdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie:
Iontophorese, Galvanisation

Minstdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie:
Zwei- oder Vierzellenbad

Minstdauer 20 Minuten 1,50 €

Hydroelektrisches Vollbad (Stanger-Bad)

Minstdauer 20 Minuten 4,20 €

Mittelfrequenztherapie:
z. B. Stereodyn. Strom, Interferenzstrom,
Nemectrodyn, Wymoton

Minstdauer 15 Minuten 1,50 €

Hochfrequenztherapie:
Kurzwellen, Microwellen, Dezimeterwellen

Minstdauer 10 Minuten 1,00 €

Mehr als zwei Regionen nur mit besonderer
medizinischer Begründung

Ultraschalltherapie

Minstdauer 5 Minuten pro Region
höchstens zwei Regionen 1,20 €

Trockene Wärmebehandlung:
Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-,
Quarzlicht, Sollux, Heißluft

Minstdauer 10 Minuten 0,50 €

Feuchte Wärmebehandlung:
Moor, Paraffin, Fango, Parafango

Mindestdauer 20 Minuten 2,00 €

Kryotherapie:
Kryopackungen - z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Munaripackung

Mindestdauer 20 Minuten 2,00 €

Medizinalbad mit Zusatz:
z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschweb-
stoff-, Kohlensäurebad

Mindestdauer 20 Minuten 3,20 €

Allgemeine Bestimmungen für Heilmasseure/Heilmasseurinnen:

1. Für Behandlungen, die länger als die jeweils vorgegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.
2. Für Leistungen der Hydro- und Balneotherapie sowie der Elektrotherapie sind Kostenzuschüsse nur bei Vorliegen einer Spezialqualifikation nach § 60 MMHmG oder eines nach diesem Gesetz vorgesehenen Ausnahmetatbestandes zu gewähren, wenn die Berechtigung zur Erbringung dieser Leistungen im Berufsausweis nachgewiesen wird.

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsärzten/Nichtvertragsärztinnen
(Wahlärzten/Wahlärztinnen) gemäß § 23 Abs. 1**

Positionsnummer	Betrag
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin	
12	6,57 €
19	8,16 €
549	4,82 €
829	0,08 €
884	0,34 €
920	1,13 €
Laborpunktewert	0,0754 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Augenheilkunde	
7	6,19 €
19	7,66 €
232	4,58 €
234	14,11 €
235	518,50 €
240	26,42 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie	
7	6,01 €
19	3,74 €
617	35,36 €
618	23,55 €
619	25,18 €
627	20,83 €
Laborpunktewert	0,1826 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Dermatologie	
7	6,19 €

Positionsnummer	Betrag
19	4,89 €
601	1,72 €
602	4,68 €
609	28,86 €
610	30,97 €
627	23,58 €
922	11,55 €
Laborpunktwert	0,1687 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie	
7	6,18 €
19	5,69 €
542	14,70 €
549	4,81 €
829	0,98 €
Laborpunktwert	0,1639 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin	
7	6,07 €
19	5,02 €
617	30,73 €
618	23,54 €
619	23,66 €
621	2,91 €
622	59,98 €
626	20,70 €
627	22,10 €
631	27,32 €
829	0,05 €
884	0,47 €
920	0,98 €
Laborpunktwert	0,0703 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde	
7	5,90 €
19	6,79 €
617	34,42 €
619	24,83 €
621	2,45 €
626	26,47 €
630	52,91 €
631	52,42 €
657	14,45 €
699	43,94 €
829	0,12 €
884	0,66 €
920	1,34 €
Laborpunktwert	0,1428 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Laryngologie	
7	6,22 €
19	5,99 €
326	43,31 €
334	20,78 €
339	3,03 €
340	3,79 €
341	8,42 €
398	9,69 €
399	9,42 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Lungenheilkunde	
7	6,10 €
19	6,00 €
661	47,19 €
662	32,54 €
Laborpunktwert	0,1634 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie	
7	6,10 €
19	7,22 €
690	21,39 €
695	45,00 €
696	44,82 €
697	74,45 €
699	43,45 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Orthopädie	
7	5,53 €
19	3,30 €
135	9,78 €
479	10,77 €
Laborpunktewert	0,1417 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Unfallchirurgie	
7	6,17 €
19	3,56 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie	
7	6,20 €
19	6,16 €
548	15,26 €
549	4,82 €
572	9,52 €
920	2,06 €
Laborpunktewert	0,1218 €

**Kostenzuschüsse bei Inanspruchnahme von
Wahl-Gruppenpraxen gemäß § 23 Abs. 2 bzw. Kostenzuschüsse bei
Fehlen vertraglicher
Regelungen mit den Gruppenpraxen gemäß § 40**

Positionsnummer	Betrag
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin	
12	5,91 €
19	7,34 €
549	4,34 €
829	0,07 €
884	0,31 €
920	1,02 €
Laborpunktewert	0,0679 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Augenheilkunde	
7	5,58 €
19	6,90 €
232	4,13 €
234	12,70 €
235	466,66 €
240	23,78 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie	
7	5,41 €
19	3,37 €
617	31,82 €
618	21,20 €
619	22,66 €
627	18,75 €
Laborpunktewert	0,1644 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Dermatologie	
7	5,58 €
19	4,40 €
601	1,54 €
602	4,21 €
609	25,98 €
610	27,87 €
627	21,22 €
922	10,40 €
Laborpunktewert	0,1518 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie	
7	5,57 €
19	5,12 €
542	13,23 €
549	4,33 €
829	0,89 €
Laborpunktewert	0,1475 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin	
7	5,46 €
19	4,52 €
617	27,66 €
618	21,19 €
619	21,30 €
621	2,62 €
622	53,98 €
626	18,63 €
627	19,90 €
631	24,58 €
829	0,04 €
884	0,42 €
920	0,89 €

Positionsnummer	Betrag
Laborpunktewert	0,0633 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde	
7	5,31 €
19	6,11 €
617	30,98 €
619	22,35 €
621	2,20 €
626	23,82 €
630	47,62 €
631	47,18 €
657	13,00 €
699	39,55 €
829	0,10 €
884	0,60 €
920	1,21 €
Laborpunktewert	0,1285 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Laryngologie	
7	5,60 €
19	5,39 €
326	38,98 €
334	18,70 €
339	2,73 €
340	3,42 €
341	7,58 €
398	8,72 €
399	8,48 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Lungenheilkunde	
7	5,50 €
19	5,40 €
661	42,47 €
662	29,29 €

Positionsnummer	Betrag
Laborpunktewert	0,1471 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie	
7	5,50 €
19	6,50 €
690	19,26 €
695	40,50 €
696	40,34 €
697	67,00 €
699	39,10 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Orthopädie	
7	4,98 €
19	2,98 €
135	8,81 €
479	9,69 €
Laborpunktewert	0,1275 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Unfallchirurgie	
7	5,55 €
19	3,20 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie	
7	5,58 €
19	5,54 €
548	13,74 €
549	4,34 €
572	8,57 €
920	1,86 €
Laborpunktewert	0,1097 €

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsinstituten für physikalische Medizin
(Wahlinstituten für physikalische Medizin)
gemäß § 27 Abs. 2**

Leistung	Betrag
Manuelle Heilmassage (10 – 15 Minuten)	6,05 €
Manuelle Lymphdrainage bei primärem oder ausgeprägtem postoperativem Lymphödem (mind. 45 Minuten)	19,74 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie (mind. 30 Minuten)	20,43 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie (mind. 20 Minuten)	13,50 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie (mind. 30 Minuten), max. 5 Personen	6,16 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie (mind. 20 Minuten), max. 5 Personen	4,19 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie bei besonderer medizinischer Indikation, die eine längere Behandlungszeit erfordert, z. B. bei neurologischen Erkrankungen, Polytraumen usw. (mind. 45 Minuten)	29,19 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie an cerebralparetischen Kindern (0 – 15 Jahre) mit signifikanten Störungen der Sensomotorik mittels Bobath- und/oder Vojtatechnik sowie an Patienten/Patientinnen mit Cerebralparese, Hemiplegie, Schädelhirntrauma oder Querschnittssymptomatik (mind. 60 Minuten)	37,95 €
Extension mit automatisch arbeitenden Geräten, inkl. aller sonstigen mit dem Gerät gleichzeitig angewandten physikalischen Behandlungen (mind. 15 Minuten)	3,05 €
Wärmetherapie trocken (mind. 10 Minuten)	2,08 €
Wärmetherapie feucht (mind. 15 Minuten)	8,07 €

Leistung	Betrag
Kryotherapie (mind. 15 Minuten)	2,29 €
Schwellstrom (mind. 10 Minuten)	4,50 €
Niederfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, 0 – 1 000 Hertz; Faradisation, Galvanisation, Impulsgalvanisation, Reizstrom, niederfrequente Wechselströme, transkutane Nervenstimulation, frequenzmodulierte Ströme, Microdyn-Hochvolttherapie, Neodynamische Ströme, Diodynamische Ströme)	4,50 €
Zellenbad (mind. 10 Minuten)	4,82 €
Exponentialstrom (mind. 10 Minuten)	4,51 €
Iontophorese (mind. 15 Minuten)	4,82 €
Mittelfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, 1 000 – 100 000 Hertz; Stereodynamische und Interferenzströme, Wymoton, Nemectrodyn)	3,34 €
Hochfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, über 100 000 Hertz; Kurzwelle, Microwelle, Dezimeterwelle, Kaltquarz)	2,45 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes (mind. 10 Minuten)	4,64 €
Ultraschalltherapie (mind. 5 Minuten)	4,76 €
Unterwasserdruckstrahlmassage (mind. 10 Minuten)	13,50 €
Medizinalbad mit Zusatz, z. B. Sole, Schwefel (mind. 15 Minuten)	9,24 €
Moorschwebstoffbad (mind. 15 Minuten)	9,24 €
Kohlensäurebad (mind. 15 Minuten)	9,58 €
Hydroelektrisches Vollbad (mind. 15 Minuten)	8,78 €

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsinstituten für CT- und
MR-Untersuchungen (CT- und MR-Wahlinstituten)
gemäß § 27 Abs. 3**

Leistung	Betrag
CT-Untersuchung	85,88 €
MR-Untersuchung	125,17 €

**Kostenzuschuss gemäß § 25 Abs. 2 und
Kostenersatz gemäß § 47 Abs. 2 der Satzung
bei Fehlen von vertraglich festgelegten Tarifen**

I. Kostenzuschuss gemäß § 25 Abs. 2

Die Kasse leistet einen Kostenzuschuss für Berge- und Transportkosten nach Arbeitsunfällen von Schülern/Schülerinnen (z. B. Schulschikurse) in der Höhe von 72,00 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

II. Kostenersatz gemäß § 47 Abs. 2

Für einfache Krankentransporte gemäß § 47 Abs. 3 Z 2 lit. a mit Ausnahme von Transporten

- in besonders begründeten Fällen von Dauerbehandlungen (Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen und dergleichen) bzw.
- zur ärztlichen Versorgung solcher Personen, die wegen einer Verletzung oder einer Gesundheitsstörung erster ärztlicher Hilfe bedürfen,

ersetzt die Kasse für die eigentliche Transportstrecke Kosten in der Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von 2,00 €.

Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 33 Abs. 1

1. IOTN 2b: Verkehrter Überbiss größer 0 mm, aber kleiner gleich 1 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 2b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 0 mm und weniger als/gleich 1 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
2. IOTN 2c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz kleiner gleich 1 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal linguale) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
3. IOTN 3b: Verkehrter Überbiss größer 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 3b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm und weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
4. IOTN 3c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz größer als 1 mm, aber kleiner gleich 2 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)

- bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
- cc) Kreuzbiss

5. IOTN 3e: Seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer 2 mm, aber kleiner gleich 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene.
6. IOTN 4a: Sagittale Stufe größer 6 mm, aber kleiner gleich 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 4a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 6 mm oder weniger als/gleich 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
7. IOTN 4b: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm ohne Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
8. IOTN 4c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen RKP (Retrale Kontaktposition) und IKP (Interkuspидale Kontaktposition):
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
9. IOTN 4d: Ausgeprägte Kontaktpunktverschiebung von benachbarten bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Die Kontaktpunktverschiebung wird an den anatomischen Kontaktpunkten gemessen, wo Zähne von der Linie des Zahnbogens abweichen (rotierte Prämolaren werden nur berücksichtigt, wenn ein Kreuz- bzw. Kantbiss vorliegt). Generell nicht berücksichtigt werden:
 - a) Vertikale Verschiebungen in der Höhe

- b) Lücken (auch nicht nach Zahnextraktionen), es sei denn, ein Zahn bzw. mehrere Zähne weichen vom Zahnbogen ab. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene; an den anatomischen Kontaktpunkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
10. IOTN 4e: Extremer seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen. Messpunkte: Frontzahnbereich – Schneidekante-Schneidekante; Seitzahnbereich-Höckerspitze-Höckerspitze.
 11. IOTN 4f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
 12. IOTN 4h: Wenig ausgeprägte Nichtanlage (ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
 13. IOTN 4l: Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.
 14. IOTN 4m: Verkehrter Überbiss größer als 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm mit Kaustörung und/oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm oder weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
 15. IOTN 4t: Teilweise durchgebrochener Zahn, gekippt zum benachbarten Zahn, wenn durch gelindere Mittel (z. B. Separierdraht, Entfernen der Weisheitszähne, etc.) das Merkmal nicht beseitigt werden kann.
 16. IOTN 4x: Überzähliger bleibender Zahn bzw. überzählige bleibende Zähne, der/die eine Zahnentfernung notwendig macht/machen, gefolgt von einer kieferorthopädischen Behandlung zur Ausformung des Zahnbogens und/oder zum Lückenschluss.

Vorhandensein eines überzähligen bleibenden Zahnes bzw. überzähliger bleibender Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Extraktion (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).

17. IOTN 5a: Sagittale Stufe größer 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 5a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
18. IOTN 5h: Ausgeprägte Zahnunterzahl (mehr als ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
19. IOTN 5i: Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
 - a) Platzmangels:
 - aa) bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind
 - bb) im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - cc) im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - b) Verlagerung:
 - aa) Liegt der Zahn außerhalb des Zahnbogens (ektopisch) und ist nicht durchgebrochen, wird er als impaktiert betrachtet (maximale Durchbruchshemmung). Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum spontanen Zahndurchbruch zu verstehen. Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe 5i nicht.
 - c) einem oder mehrerer überzähliger Zähne – wie etwa ein Mesiodens oder ein Odontom, die einen regelrechten Zahndurchbruch verhindern und nach deren Entfernung eine kieferorthopädische Einrei-

hung, Ausrichtung der Zähne bzw. ein Lückenschluss durchgeführt wird.

d) persistierender, ankylosierter oder retinierter Milchzähne, wenn der nachfolgende bleibende Zahn angelegt ist und keine Chance auf Spontandurchbruch nach Entfernung des retinierten Milchzahnes besteht. Anmerkung: Dies kann in der Regel erst nach einer Wartezeit von einem Jahr nach Entfernung des retinierten Milchzahnes unter Einbeziehung der Zahnwurzelentwicklung bewertet werden.

e) einer anderen pathologischen Ursache (z. B. Tumore).

Sobald der Zahn bzw. ein Teil des Zahnes im Mund sichtbar ist, ist 5i nicht mehr zu geben.

20. IOTN 5m: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm mit Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 5m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.

21. IOTN 5p: Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).

22. IOTN 5s: Infraokklusion eines Milchzahns wird nur dann erfasst, wenn nur zwei Höcker sichtbar verbleiben und/oder die benachbarten Zähne stark über diesem Milchzahn zueinander gekippt sind und dadurch der überdeckte Zahn in seinem vollständigen Durchbruch gehemmt wird.

