

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet:**Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau**

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau verlautbart gemäß § 158 B-KUVG in Verbindung mit § 455 ASVG:

Satzung 2017**Inhaltsverzeichnis****1. Abschnitt – Organisation**

Geltungsbereich	§ 1
Sitz	§ 2
Organe, Geschäftsführung und Vertretung	§ 3
Informationsveranstaltungen	§ 4
Verlautbarungen	§ 5
Vorläufige Verfügungen des Obmannes/der Obfrau	§ 6
Büro	§ 7
Form rechtsverbindlicher Akte	§ 8
Beirat	§ 9
Anmeldung zum Beirat	§ 10
Vertreter/innen der Vereine zum Beirat	§ 11
Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung	§ 12

2. Abschnitt – Krankenversicherung der gem. § 472 ASVG nach den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versicherten Beamten/Beamtinnen der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen (Krankenversicherung „B“)

Kostenerstattung (Kostenersatz) für Leistungen der Anstaltspflege	§ 13
Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 14
Erste Hilfeleistung	§ 15
Kostenerstattung für Leistungen der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege	§ 16
Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen	§ 17
Behandlungsbeitrag	§ 18
Kostenzuschuss bei Fehlen vertraglicher Regelungen	§ 19
Kostenzuschuss bei Fehlen einer flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 20
Heilbehelfe und Hilfsmittel	§ 21
Allgemeine Bestimmungen zu Zahnbehandlung und Zahnersatz	§ 22
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	§ 23
Kieferregulierungen, ausgenommen jener für Kinder und Jugendliche gem. § 25	§ 24
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche	§ 25
Zahnersatz	§ 26
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 27
Reise(Fahrt)kosten	§ 28
Transportkosten	§ 29
Bemessungsgrundlage	§ 30
Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt	§ 31
Satzungsmäßiges Krankengeld	§ 32
Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt	§ 33
Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes	§ 34
Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit	§ 35
Auszahlung von Leistungen	§ 36

3. Abschnitt – Krankenversicherung der nach den Bestimmungen des ersten Teiles des ASVG versicherten Personen, § 474 ASVG (Allgemeine Krankenversicherung – Krankenversicherung „A“)

1. Unterabschnitt – Meldungen

An-, Abmeldungen und sonstige Änderungen	§ 37
--	------

2. Unterabschnitt – Beiträge

Fälligkeit der Beiträge	§ 38
-------------------------	------

3. Unterabschnitt

Anwendbarkeit des zweiten Abschnittes dieser Satzung	§ 39
Angehörige	§ 40
Wartezeit für Selbstversicherte	§ 41

4. Abschnitt – Besondere Bestimmungen über die Unfallversicherung

Auszahlung von Versehrten-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung	§ 42
Reise- und Transportkosten im Rahmen der Unfallheilbehandlung	§ 43

5. Abschnitt – Besondere Bestimmungen der Pensionsversicherung

Reise- und Transportkosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge	§ 44
---	------

6. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn	§ 45
Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung	§ 46

Anhang 1: Kostenzuschüsse gemäß § 16 und § 19 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Anhang 2: Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gem. § 23 Abs. 1

Anhang 3: Kieferorthopädische Behandlung

Anhang 4: Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen

Anhang 5: Kostenzuschuss zu feststehendem Zahnersatz gem. § 22 Abs. 3

Anhang 6: Wirkstoffgruppen zu § 18 Abs. 3

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, im Folgenden als „Anstalt“ bezeichnet. Zusatzbezeichnungen wie „Versicherung der Eisenbahner und Bergarbeiter“ legt der Vorstand fest.

Sitz

§ 2. Sitz der Anstalt ist Wien.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der Anstalt 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 Anstalt hält in regelmäßigen Abständen Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber/innen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer/innen oder Arbeitgeber/innen getrennt
2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereiches der Anstalt 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.

(3) Die Form sonstiger Verlautbarungen beschließt der Vorstand der Anstalt im Einzelfall.

Vorläufige Verfügungen 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 Anstalt drohenden Schadens oder
2. zur Sicherung eines der Anstalt entgehenden Vorteiles

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 Anstalt 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 Anstalt zu sorgen.

(3) Der/Die leitende Angestellte, dessen/deren ständiger/ständige Stellvertreter/in und die Bereichsleiter/innen sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme ihre Person betreffende 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 Anstalt 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 Anstalt einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der leitenden Angestellten gehen seine/ihre Rechte und Pflichten auf dessen/deren Stellvertreter/in bzw. auf die Bereichsleiter/innen in der vom Obmann/von der Obfrau zu bestimmenden Reihenfolge über. Der Vorstand kann die Aufgaben des/der leitenden Angestellten, dessen/deren Stellvertreter/in sowie der Bereichsleiter/innen zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

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

§ 8. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Anstalt 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 Kontrollversammlung als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

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

1. einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung – ausgenommen in den Fällen des Absatzes 4-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 Anstalt in allen pensions- und unfallversicherungsrechtlichen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten einem Leistungsausschuss (z. B. Rentenausschuss, Pensionsausschuss etc.) übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der leitenden Angestellten oder einem/einer von diesem/dieser beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein sofern nicht eine Amtssignatur aufgebracht wird.

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

Beirat (§ 440 ff ASVG)

§ 9. (1) Bei der Anstalt ist ein Beirat mit 18 Mitgliedern eingerichtet (§ 453 Abs. 1 Z 4 ASVG). 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 (§ 2 VereinsG).

Anmeldung zum Beirat
(§ 433 Abs. 1 Z 6 ASVG, § 440c ASVG)

§ 10. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekanntzugeben ist, wird von der Anstalt 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 Mitgliedervereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Anstalt 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

1. Änderungen in den Vereinsstatuten,
2. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen und
3. Änderungen der Zustelladresse

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

Vertreter/innen der Vereine im Beirat

§ 11. Der Verein hat der Anstalt 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/e Stellvertreter/in bekannt zu geben.

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

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

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

(2) Anträge, Meldungen und sonstige Mitteilungen an die Anstalt können fristwahrend

1. bei jeder dafür eingerichteten Stelle der Anstalt oder
2. unter den Voraussetzungen des § 321 ASVG und des § 361 Abs. 4 ASVG auch
 - a) bei anderen Versicherungsträgern,
 - b) Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder
 - c) Gemeinden

eingbracht werden.

(3) Die Anstalt nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwahrend Anträge, Meldungen und Mitteilungen für andere Sozialversicherungsträger oder den Hauptverband entgegen.

2. Abschnitt –Krankenversicherung der gem. § 472 ASVG nach den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versicherten Beamten/Beamtinnen der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen (Krankenversicherung „B“)

Kostenerstattung (Kostenersatz) für Leistungen der Anstaltspflege

§ 13. (1) Hat der/die Anspruchsberechtigte 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. § 68a B-KUVG besteht, erbringt die Anstalt einen Pflegekostenzuschuss in Höhe

- des Pauschalbetrages von € 228,07 pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

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

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird
(§ 60a B-KUVG)

§ 14. (1) Hat der/die Anspruchsberechtigte 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 Anstalt einen Kostenzuschuss in Höhe der jeweils geltenden Tarife der Honorarordnung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

(2) Bei ambulanten Entbindungsfällen leistet die Anstalt einen Kostenzuschuss im Höchstausmaß jener Beträge, die sich aus § 13 Abs. 3 Z 3 lit. a) und b) ergeben.

Erste Hilfeleistung
(§ 59 Abs. 3 B-KUVG)

§ 15. (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 Anstalt nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Anstalt 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) abzüglich eines zu leistenden Behandlungsbeitrages bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 13 geleistet.

(2) Die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen bzw. bis zu den Beträgen, die sich aus § 28 bzw. § 29 ergeben, erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 29 Abs. 5 und Abs. 6.

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

(4) Die Kosten der im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen sind, soweit nicht ein Fall des § 58 B-KUVG bzw. § 130 ASVG vorliegt oder eine zwischenstaatliche Vereinbarung zur Anwendung kommt, in sinngemäßer Anwendung der für die Inanspruchnahme im Inland geltenden Bestimmungen zu erstatten.

Kostenerstattung für Leistungen der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege

§ 16. (1) Kosten für die ärztliche Hilfe durch Wahlärzte/Wahlärztinnen oder Wahl-Gruppenpraxen werden in der Höhe des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Anstalt aufzuwenden gewesen wäre (abzüglich eines Behandlungsbeitrages), jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Existiert keine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Anstalt einen Kostenzuschuss in der Höhe von der um 10% verminderten in der Honorarordnung vorgesehenen Vergütung für eine/n vergleichbare/n Vertragsarzt/Vertragsärztin zu erbringen. Die Höhe der Kostenerstattung im Bereich der medizinischen Hauskrankenpflege sowie der Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, richtet sich nach Anhang 1.

(2) Im Falle der Inanspruchnahme vertraglich oder anderweitig nicht sichergestellter bzw. geregelter Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen, die vom chefärztlichen Dienst als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend erkannt werden, erstattet die Anstalt je nach Behandlung bzw. Untersuchung 60% der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch 7,5% der jeweiligen monatlichen Höchstbeitragsgrundlage.

(3) Die Anstalt erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege nur, wenn die Voraussetzungen des § 33 der Krankenordnung erfüllt sind.

Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen
(§ 62 B-KUVG)

§ 17. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Anstalt die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/in eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Behandlungsbeitrag
(§ 63 Abs. 4 B-KUVG, § 472 Abs. 2 Z 3 ASVG)

§ 18. (1) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe ist ein Behandlungsbeitrag in folgender Höhe zu entrichten:

1. bei Inanspruchnahme eines Arztes/einer Ärztin für Allgemeinmedizin, eines Vertragsfacharztes/einer Vertragsfachärztin oder einer Vertrags-Gruppenpraxis 14% des jeweiligen Vertragstarifes für die Grundleistung (Ordination, Krankenbesuch) ohne Berücksichtigung von Zuschlägen;

2. bei Inanspruchnahme der ausführlichen therapeutischen Aussprache bei Vertragsärzten/Vertragsärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen 14% des jeweiligen Vertragstarifes;
3. bei Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen bei berechtigten Vertragsärzten/Vertragsärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen 14% des jeweiligen Vertragstarifes;
4. bei Inanspruchnahme physikalischer Behandlungen bei Vertragsfachärzten/Vertragsfachärztinnen, Vertrags-Gruppenpraxen, bei freiberuflich tätigen Vertragsphysiotherapeuten/Vertragsphysiotherapeutinnen, in Vertragseinrichtungen (ausgenommen Ambulanzen in öffentlichen Krankenanstalten mit Pauschalabgeltung) oder in eigenen Einrichtungen 14% des jeweiligen Vertragstarifes, und zwar unbeschadet eines gemäß Z 1 zu entrichtenden Behandlungsbeitrages;
5. bei Inanspruchnahme logopädisch-phoniatriisch-audiologischer, ergotherapeutischer Behandlung bei freiberuflich tätigen Vertragslogopäden/Vertragslogopädinnen, Vertragsergotherapeuten/Vertragsergotherapeutinnen und in Vertragseinrichtungen 14% des jeweiligen Vertragstarifes;
6. bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychologisch-diagnostischer Behandlung bei freiberuflich tätigen Vertragspsychotherapeuten/Vertragspsychotherapeutinnen und klinischen Vertragspsychologen/Vertragspsychologinnen und in Vertragseinrichtungen 20% des jeweiligen Vertragstarifes;
7. bei Inanspruchnahme eines psychosomatisch orientierten Diagnose- und Behandlungsgesprächs bei berechtigten Vertragsärzten/Vertragsärztinnen oder Vertrags-Gruppenpraxen 14% des jeweiligen Vertragstarifes;
8. bei Inanspruchnahme eines bildgebenden Diagnoseverfahrens (z. B. Röntgen, Sonographie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie) Laboruntersuchungen, sowie allen Sonderleistungen gemäß Abschnitt A. III bis A. VIII, A. IX (Positionsgruppe 35 und 37), A. X sowie A. Xa und den Operationsleistungen gemäß Abschnitt B der Honorarordnung 14% des jeweiligen Vertragstarifes.

(2) Die Berechnung des Behandlungsbeitrages für die in Anspruch genommenen behandlungspflichtigen Leistungen erfolgt auf Cent genau.

(3) Bezieht ein/e Versicherte/r eine von einem/r Arzt/Ärztin (Vertragsarzt/Vertragsärztin, Arzt/Ärztin in einer Vertragseinrichtung oder eigenen Einrichtung) verschriebene rezeptpflichtige Arzneispezialität von einer öffentlichen Apotheke oder einer Hausapotheke auf Kosten der Anstalt und ist diese Arzneispezialität nicht das teuerste Produkt der entsprechenden oder einer ähnlichen im Anhang 6 aufgezählten Wirkstoffgruppe, so reduziert sich die nachfolgende Behandlungsbeitragsvorschreibung um € 1,- je so bezogene Packung einer Arzneispezialität, aber höchstens um jenen Betrag, der den Behandlungsbeiträgen nach Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im Zeitraum der Behandlungsbeitragsvorschreibung entspricht.

(4) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Rahmen des Pilotprojektes „Gesundheitsdialog Diabetes mellitus“ ist der im Abs. 1 festgelegte Behandlungsbeitrag mit 0% anzusetzen.

(5) Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Rahmen der Zuweisung zum Bewegungsprojekt Modellregion Müritzal Pilotprojekt „Bewegung als Medikament“ ist der im Abs. 1 festgelegte Behandlungsbeitrag mit 0% anzusetzen.

(6) Abweichend von Abs. 1 Z 1 – 8 beträgt der Behandlungsbeitrag in Z 1 – 5, 7 und 8 anstelle 14 % des jeweiligen Vertragstarifes 7 % des jeweiligen Vertragstarifes und in Z 6 statt 20 % des jeweiligen Vertragstarifes 7 % des jeweiligen Vertragstarifes. Diese verringerten Prozentsätze gelten für Leistungen, die vom 1.1.2015 bis 31.12.2018 in Anspruch genommen werden.

Kostenzuschuss bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 60 B-KUVG und § 60a B-KUVG)

§ 19. (1) Stehen Vertragspartner/innen nicht zur Verfügung, weil Verträge noch nicht zustande gekommen sind, so leistet die Anstalt hierfür Kostenzuschüsse nach Maßgabe der Regelung im Anhang 1 zur Satzung. Im Falle eines vertragslosen Zustandes mit den in Betracht kommenden Berufsgruppen wegen Beendigung der vertraglichen Beziehungen gewährt die Anstalt eine Kostenerstattung in der Höhe des Betrages, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlpartners/einer Wahlpartnerin oder einer Wahl-Gruppenpraxis zu leisten gewesen wäre.

(2) Stehen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der Anstalt nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Anstalt 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 Anstalt einen Kostenzuschuss in Höhe von EUR 18.649,59, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von begründeten 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 oder Patientinnen bis zur Vollendung 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 Kohlenstoffionen leistet die Anstalt einen Kostenzuschuss in Höhe von EUR 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 Anstalt für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden erbrachten medizinischen Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenzuschuss in Höhe von EUR 511,32, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer flächendeckenden Sachleistungsversorgung

(§ 69a Abs. 4 B-KUVG)

§ 20. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 25 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Anstalt zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Anstalt für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhangs 7, wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 25 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Anstalt gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die Anstalt erbringt den Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Die Anstalt erbringt Teilbeträge nach § 37 Abs. 4 der Krankenordnung vor Abschluss der Behandlung, wenn die Anstalt durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 25 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.“

Heilbehelfe und Hilfsmittel

(§ 65 Abs. 5 und Abs. 9 B-KUVG)

§ 21. (1) Das Ausmaß der von der Anstalt übernommenen Kosten darf jedenfalls

1. bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen sowie bei Krankenfahrrädern das **20fache**,
2. ansonsten bei Hilfsmitteln und Heilbehelfen das **8fache**

der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), gerundet auf volle Cent, nicht übersteigen.

(2) Die Anstalt übernimmt die **Kosten der Instandsetzung**

- bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen sowie bei Krankenfahrrädern **bis zum 20fachen**,
- ansonsten bei Hilfsmitteln und Heilbehelfen bis zum **8fachen**

der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), gerundet auf volle Cent, wenn die Instandsetzung wirtschaftlich sinnvoll und zweckentsprechend ist.

(3) Unter Bedachtnahme auf die Abnutzung bei ordnungsgemäßem Gebrauch wird die Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel wie folgt festgesetzt:

Art des Heilbehelfes (Hilfsmittels)	Gebrauchsdauer
1.Apparate für die oberen und unteren Extremitäten (Stützapparate)	5 Jahre
2.Ober- und Unterschenkelprothesen	6 Jahre
3.Ober- und Unterarmprothesen	5 Jahre
4.Augenprothesen	1 Jahr
5.Sehbehelfe	
a)Brillen	3 Jahre
b)Kontaktlinsen	2 Jahre
6.Geräte zur Stützung des Rumpfes (Stützmitter)	4 Jahre
7.Bauchmitter	1 Jahr
8.Bruchbänder	1 Jahr

9.Orthopädische Schuhe und Schuhzurichtung	
a)bei erstmaliger Anpassung, wenn zwei Paar Schuhe abwechselnd getragen werden, zusammen	2 Jahre
b)in der weiteren Folge	1 Jahr
c)für Kinder bis zu 14 Jahren	½ Jahr
10.Bandagen	1 Jahr
11.Gummistrümpfe	
a)bei erstmaliger Anpassung, wenn zwei Paar Strümpfe abwechselnd getragen werden, zusammen	1 Jahr
b)in der weiteren Folge	½ Jahr
12.Perücken (nur aus medizinischen oder beruflichen Gründen)	1 Jahr
13.Schuheinlagen	
a)für Erwachsene	1 Jahr
b)für Kinder bis zu 14 Jahren	½ Jahr
14.Trachealkanülen	1 Jahr
15.Elastische Binden	4 Monate
16.Suspensorien	4 Monate
17.Brustprothesen	2 Jahre
18.Hörapparate	5 Jahre
19.Blutzuckermessgeräte	5 Jahre
20.Blutdruckmessgeräte	5 Jahre
21.Krankenfahrstühle	10 Jahre

(4) Vor Ablauf der im Abs. 3 festgesetzten Gebrauchsdauer wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel neu nur geleistet, wenn dies aus besonderen Gründen und ohne ein Verschulden des Leistungswerbers/der Leistungswerberin notwendig geworden ist. In diesem Fall ist jedenfalls die vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen. Brillengläser werden nur bei einer Sehschärfeänderung um mindestens ½ Dioptrie vor Ablauf der Gebrauchsdauer neu beigestellt.

(5) Sind Heilbehelfe oder Hilfsmittel auch nach Ablauf der Gebrauchsdauer noch gebrauchsfähig, wird der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel nicht beigestellt.

Allgemeine Bestimmungen zu Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 69 B-KUVG)

§ 22. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Anstalt im Umfang der Anhänge 2, 3 und 4 geleistet.

(2) Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Für festsitzenden Zahnersatz ohne medizinische Notwendigkeit übernimmt die Anstalt keine Kosten. Die Anstalt leistet für die Kosten von vertraglich nicht sichergestellten, individuell angefertigten Zahnkronen (ausgenommen Klammerzahnkronen bei Teilprothesen), Stiftzähnen und Zahnbrücken, bei Vorliegen medizinischer Notwendigkeit, je Einheit einen Zuschuss bis zur Höhe des in den Anhängen 4 und 5 der Satzung angeführten Betrages.

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

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung und Kostenerstattungen gemäß § 23 Abs. 4 müssen – grundsätzlich vor Behandlungsbeginn – von der Anstalt 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) Existiert keine entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Anstalt einen Kostenzuschuss in der Höhe von der um 10% verminderten in der Honorarordnung für eine/n vergleichbare/n Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(8) Die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden von der Anstalt nur für Arbeiten in allgemein körperverträglichem Material und einwandfreier, haltbarer Ausführung übernommen.

(9) Die Anstalt kann in allen Fällen die Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes überprüfen sowie eine Vor- oder Nachbegutachtung verlangen.

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

§ 23. (1) Konservierende Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhangs 2 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung (Anhang 2) der Art nach vorgesehen, verlangt der/die Versicherte (Angehörige) aber aus anderen als in Abs. 2 und 4 angeführten Gründen (z. B. kosmetische Gründe) die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials, hat der/die Versicherte die Leistung selbst zu zahlen und die Anstalt leistet eine Kostenerstattung bis zum Ausmaß der entsprechenden Vertragsleistung.

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (z. B. wegen nachgewiesener Allergien gegen Vertragsmaterialien) eine im Anhang 2 angeführte Leistung nicht erbracht werden kann, leistet die Anstalt Zuschüsse nach Anhang 4. Die Anstalt hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Anstalt und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.

(3) Für jede Inanspruchnahme eines Vertragszahnarztes/einer Vertragszahnärztin, eines Vertragsdentisten/einer Vertragsdentistin, einer Vertrags-Gruppenpraxis, einer Vertragseinrichtung oder einer eigenen Einrichtung ist für konservierende und chirurgische Zahnbehandlung ein Behandlungsbeitrag in der Höhe von 20% des jeweils geltenden Vertragstarifes zu entrichten. § 18 Abs. 2 und § 22 Abs. 9 gelten entsprechend.

(4) Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang des Anhangs 2 hinausgehen, werden von der Anstalt nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind. Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Anstalt eine Kostenerstattung in Höhe des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der/die Leistungserbringer/in dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen, ausgenommen jener für Kinder und Jugendliche gem. § 25

§ 24. (1) Die Anstalt erbringt Kieferregulierungen als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) bei nachstehenden Fehlbildungen, sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 20 oder § 25 erfüllt sind:

1. Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei und mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmal kiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistschen parodontalen Gebiet,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden/die zu Behandelnde den in Z.1 bis Z.9 genannten Anomalien entsprechen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

(2) Die Anstalt übernimmt die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nur dann für mehr als drei Jahre, wenn das Behandlungsziel aus medizinischen Gründen nicht innerhalb dieses Zeitraumes zu erreichen war.

(3) Der Ersatz eines in Verlust geratenen kieferorthopädischen Apparates und Reparaturen, die nicht durch den normalen Gebrauch bedingt sind, werden von der Anstalt nicht bezahlt.

(4) Für Kieferregulierungen und Reparaturen gemäß § 24 ist ein Behandlungsbeitrag von 30% des jeweils geltenden Vertragstarifes zu entrichten. § 18 Abs. 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Kosten von vertraglich nicht sichergestellten Kieferregulierungen mit feststehendem Gerät leistet die Anstalt einen um € 100,- erhöhten Zuschuss in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der Leistung der Kieferregulierung mit abnehmbarem Gerät bei einem Vertragsarzt/einer Vertragsärztin bzw. einer Vertrags-Gruppenpraxis (Vertragseinrichtung) von der Anstalt zu leisten gewesen wäre, wenn die Voraussetzungen für die Kieferregulierung mit dem abnehmbarem Gerät gegeben wären, abzüglich des Behandlungsbeitrages gemäß Abs. 4.

(6) Die Anstalt erbringt anstelle einer Kieferregulierung nach Abs. 1 einen Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe nach Anhang 4, wenn kieferorthopädische Fehlstellungen zu erwarten sind oder wenn dadurch andere Fehlstellungen kurzfristig behoben oder der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden kann, um eine sonst zu erwartende schwere Gesundheitsschädigung oder berufsstörende Verunstaltung zu verhindern.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 69a B-KUVG)

§ 25. (1) Die Anstalt erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhangs 2 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 Anstalt erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang des Anhanges 3 Punkt II als Sachleistungen durch Vertragspartnerinnen / Vertragspartner oder in eigenen Einrichtungen der Anstalt, wenn Behandlungsbedürftigkeit aufgrund 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 Anstalt erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 24 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 > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
 - k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
 - l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
 - m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase 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 Anstalt 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 selbständigen 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 Anstalt keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 24 erhält. Abweichend davon gewährt die Anstalt 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 Absätzen 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 zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.“

(8) Für Leistungen gemäß § 25 ist kein Behandlungsbeitrag zu zahlen.

Zahnersatz

(§ 69 Abs. 5 B-KUVG, § 472 Abs. 2 Z 3 ASVG)

§ 26. (1) Bei Inanspruchnahme eines abnehmbaren Zahnersatzes ist ein Behandlungsbeitrag wie folgt zu entrichten:

Für Kunststoffprothesen und deren Reparaturen	30%
Für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Auf- ruhen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Re- paraturen	30%
Für Vollmetallkronen an Klammerzähnen und Verblendmetall- Keramikkronen bei Teilprothesen	30%

der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen, Vertrags-Gruppenpraxen) jeweils vereinbarten Tarife. § 18 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Die Anstalt 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 Verbrechensopfergesetz,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz

besteht.

(3) Hat die Anstalt für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach 6 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 Anstalt vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 61b B-KUVG)

§ 27. (1) Die Anstalt leistet den Versicherten und deren Angehörigen (§ 56 B-KUVG, § 123 und § 472 Abs. 2 Z 2 ASVG) zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommermeningoencephalitis nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen einen Zuschuss in Höhe von € 10,- (inkl. MWSt.).

(2) Sofern nicht Abs. 3 anzuwenden ist, wird der Zuschuss an die in Abs. 1 genannten Personen nur geleistet, wenn sie einen Nachweis darüber vorlegen, dass die Impfung tatsächlich durchgeführt worden ist und sie die Kosten der Impfung zu tragen haben.

(3) Die Zuschüsse können auch in der Form geleistet werden, dass die Anstalt das Impfserum zu einem um den in Abs. 1 genannten Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Reise(Fahrt)kosten (§ 82 B-KUVG und § 83 B-KUVG)

§ 28. (1) Die Anstalt ersetzt Reise(Fahrt)kosten nur für Fahrten

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen), Zahnbehandlung und Zahnersatz,
2. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt,
3. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
4. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 65a Abs.2 B-KUVG),
5. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a Abs. 3 ASVG),
6. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 61a B-KUVG),
7. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 61b B-KUVG),
8. im Zusammenhang mit einer von der Anstalt angeordneten ärztlichen Begutachtung des Gesundheitszustandes des/der Anspruchsberechtigten insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
9. im Zusammenhang mit Maßnahmen der Erweiterten Heilbehandlung (§ 70 B-KUVG)
10. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in der Hebammenordination.

(2) Die Anstalt ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Begleitperson

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

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

(4) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt nach dem Kilometersatz von € 0,09 pro Kilometer. Sofern eine Begleitperson ärztlicherseits empfohlen wird, erhöht sich der Betrag von € 0,09 auf € 0,14 pro Kilometer, unabhängig davon, welches Verkehrsmittel tatsächlich benutzt wurde. Wurde ein Fahrzeug von mehreren anspruchsberechtigten Personen gleichzeitig benutzt, so gebührt die Kostenerstattung nur einmal. Soweit dem/der Anspruchsberechtigten Fahrbegünstigungen eingeräumt werden und von diesem/dieser nicht darauf verzichtet wurde, werden diese Begünstigungen von der Anstalt bei der Kostenerstattung entsprechend berücksichtigt. Dies gilt auch, wenn ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte ohne triftigen Grund ein anderes als jenes Verkehrsmittel benützt hat, bei dessen Inanspruchnahme ihm/ihr eine Fahrbegünstigung eingeräumt wird. Pauschalzahlungen für die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Fahrbegünstigungen sind nicht Gegenstand einer Erstattung. Höhere als die dem/der Anspruchsberechtigten tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

(5) Die Anstalt ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten

1. für Fahrten innerhalb des Ortsgebietes oder
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 3) 20 Kilometer nicht übersteigt.

(6) Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahlrichtung oder eines Wahlpartners/einer Wahlpartnerin zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Absätze 1 bis 5 mit der Einschränkung, dass Reise- und Fahrtkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei der Inanspruchnahme

1. des/der nächsterreichbaren Vertragsarztes/Vertragsärztin (des/der nächsterreichbaren Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin) bzw.
2. der nächsterreichbaren vergleichbaren Vertrags-Gruppenpraxis,

3. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung bzw.
4. des/der nächsterreichbaren sonst in Betracht kommenden Vertragspartners/Vertragspartnerin zu ersetzen gewesen wäre.

Transportkosten

§ 29. (1) Die Anstalt übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Anspruchsberechtigte aufgrund 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/ihren Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Anstalt die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die nächstgelegene Wohnung des/der Erkrankten. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Anstalt dem/der Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern im Anhang zur Satzung kein anderer Kostenersatz festgelegt ist.

(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenbeförderung

Befördert werden Versicherte (Angehörige), die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/in bedürfen. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann mit einem Privat-PKW bzw. Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) 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/in bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden wobei der/die Sanitäter/in gleichzeitig Einsatzfahrer/in ist (einfacher Krankentransport) oder
- b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/in, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/in 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/in, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/in 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/in und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/in sind.

Die jeweilige Art des Transportes ist aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen.

(4) Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Anstalt die Kosten nach einem Kostenersatz von € 0,09 pro Kilometer. Sofern eine Begleitperson ärztlich empfohlen wird, erhöht sich der Betrag von € 0,09 auf € 0,14 pro Kilometer.

(5) Die Anstalt 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 eine Beförderung 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 Anstalt anerkannt

worden ist.

(6) Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Anstalt mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Anstalt 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 € 1275,00
3. für Flugtransporte 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:
 - a) Primärtransporte pauschal: € 894,93
 - b) Sekundärtransporte pauschal € 1275,00

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 3 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei der 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 wäre.

(8) Die Anstalt übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Anstalt entweder nach inländischem Recht oder aufgrund zwischenstaatlicher Regelungen die Kosten der Anstaltspflege im Ausland zu übernehmen hat.

Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 2 ASVG und Abs. 3 ASVG)

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

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) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17%, sofern die Sonderzahlungen nicht nach § 54 Abs. 2 ASVG mit einem einheitlichen Prozentsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden. 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)

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

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname bzw. Nachname, Wohnadresse, Versicherungsnummer, Mitgliedsnummer und Beitragsgruppe),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und den Grund 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 Beitragszeitraumes 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 weiter gewährt 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 Abs. 1 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

Satzungsmäßiges Krankengeld
(§ 139 Abs. 2, § 472 Abs. 2 Z 4 ASVG)

§ 32. (1) Die Anstalt leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für Anspruchsberechtigte – ausgenommen nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis Z 4 ASVG Anspruchsberechtigte – 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 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 der Bescheidzustellung 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 Bescheidzustellung folgenden Kalendermonates. Die Anstalt leistet Krankengeld über die Dauer von 52 Wochen hinaus bis zu 78 Wochen, wenn aufgrund einer chef(kontroll)ärztlichen Begutachtung das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten bzw. dessen/deren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erwarten sein wird. Diese chef(kontroll)ärztliche Begutachtung erfolgt spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezuges.

(3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die anspruchsberechtigten Personen nach § 472 Abs. 2 Z 4 ASVG, dass über die Dauer von 26 Wochen hinaus Krankengeld längstens bis zur Versetzung in den dauernden bzw. zeitlichen Ruhestand geleistet wird. Der/Die Dienstgeber/in ist verpflichtet, der Anstalt diesen Zeitpunkt unverzüglich mitzuteilen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Abs. 1 und 2.

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

§ 33. Die Anstalt 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).

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes
(§ 162 Abs. 4 ASVG, § 472 Abs. 2 Z 4 ASVG, § 474 ASVG)

§ 34. 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 Netto-Arbeitsverdienst um einen entsprechenden Prozentsatz erhöht wird, und zwar

1. bei Sonderzahlungen
 - bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw. von 4 1/3 Wochenbezügen um 14%
2. bei Sonderzahlungen
 - von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.
 - von mehr als 4 1/3 Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 2/3 Wochenbezügen um 17%
3. bei Sonderzahlungen
 - von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.
 - von mehr als 8 2/3 Wochenbezügen um 21%
4. bei Sonderzahlungen

- von gem. § 471f ASVG Pflichtversicherten um 17%.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit
(§ 131 Abs. 2 ASVG, § 59 Abs. 2 B-KUVG)

§ 35. Wenn der/die Anspruchsberechtigte 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/eine von der Anstalt bestimmten Arzt/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 Anstalt bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

Auszahlung von Leistungen
(§ 104 ASVG)

§ 36. (1) Das Krankengeld und das Wochengeld sind grundsätzlich vier Wochen im Nachhinein auszuzahlen.

(2) Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) wird 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 Leistungsbezieher bzw. der Leistungsbezieherin zur Verfügung steht.

3. Abschnitt – Krankenversicherung der nach den Bestimmungen des Ersten Teiles des ASVG versicherten Personen, § 474 ASVG
(Allgemeine Krankenversicherung)
(Krankenversicherung „A“)

1. Unterabschnitt – Meldungen

An- und Abmeldungen
(§ 471d ASVG)

§ 37. Die Frist für die vollständige Anmeldung sowie die Abmeldung fallweise beschäftigter Personen (§ 471b ASVG) hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ende des Kalendermonates, in dem die Tätigkeit verrichtet wurde.

2. Unterabschnitt – Beiträge

Fälligkeit der Beiträge
(§ 58 Abs. 1 ASVG, § 78 ASVG)

§ 38. (1) Für Betriebe oder Versicherte, für die der Beitragszeitraum durch Vereinbarung mit dem/der Dienstgeber/in festgesetzt wird, sind die Beiträge am letzten Tag dieses Beitragszeitraumes fällig.

(2) Die Sonderbeiträge werden am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde, wenn die Sonderzahlung aber vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt wurde, am letzten Tag des Kalendermonates der Auszahlung. Werden die Sonderzahlungen bei der Beitragsbemessung bereits durch Erhöhung der allgemeinen Beitragsgrundlage gemäß § 54 Abs. 2 ASVG berücksichtigt, so werden die Sonderbeiträge gleichzeitig mit den allgemeinen Beiträgen fällig.

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

3. Unterabschnitt – Leistungen

Anwendbare Bestimmungen des Zweiten Abschnittes dieser Satzung

§ 39. Die Bestimmungen des 2. Abschnittes dieser Satzung sind mit den in den §§ 40 bis 41 angeführten Modifikationen entsprechend anzuwenden.

Angehörige
(§ 124 Abs. 1 ASVG)

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

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

Wartezeit für Selbstversicherte
(§ 124 Abs. 1 ASVG)

§ 41. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Anstaltsleistungen. 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.

4. Abschnitt – Besondere Bestimmungen über die Unfallversicherung **Auszahlung von Versehrten-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung** **(§ 474 Abs. 2 ASVG)**

§ 42. Für die in § 474 Abs. 1 ASVG bezeichneten Versicherten wird das Versehrten-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung monatlich im Nachhinein ausgezahlt.

Reise- und Transportkosten im Rahmen der Unfallheilbehandlung **(§ 189 Abs. 2 ASVG)**

§ 43. (1) Im Rahmen der Unfallheilbehandlung werden Reise- und Transportkosten im Zusammenhang mit Kur- und Rehabilitationsaufenthalten sowie Reise- und Transportkosten im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln übernommen. Weiters übernimmt die Anstalt Reisekosten im Zusammenhang mit notwendigen medizinischen Begutachtungen.

(2) Reise- und Transportkosten nach Abs. 1 werden nach Maßgabe der Bestimmungen der § 28 und § 29 dieser Satzung übernommen.

5. Abschnitt – Besondere Bestimmungen der Pensionsversicherung **Reise- und Transportkosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge** **(§ 301 Abs. 2 ASVG, § 302 Abs. 1 ASVG, § 307d Abs. 2 ASVG)**

§ 44. (1) Im Rahmen von Leistungen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation übernimmt die Anstalt Reise- und Transportkosten bei Leistungen gemäß § 302 Abs. 1 Z 1 bis Z 3 ASVG sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln. Bei einer Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, werden Reise- und Transportkosten auch Angehörigen eines/einer Versicherten oder eines Pensionisten/einer Pensionistin oder Beziehern/Bezieherinnen von Waisenpensionen, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden unter der Voraussetzung übernommen, dass ohne diese Maßnahme dem/der Versicherten (Pensionisten/Pensionistin) Auslagen erwachsen, die seine/ihre wirtschaftlichen Verhältnisse übersteigen.

(2) Im Rahmen der Gewährung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge übernimmt die Anstalt die Reise- und Transportkosten bei Leistungen nach § 307d Abs. 2 Z 1 bis Z 4 ASVG.

(3) Reise- und Transportkosten nach Abs. 1 und Abs. 2 werden nach Maßgabe der Bestimmungen der § 28 und § 29 dieser Satzung übernommen.

6. Abschnitt **Wirksamkeitsbeginn**

§ 45. (1) Die Satzung tritt mit 1.1.2017 in Kraft.

(2) Davon abweichend treten die §§ 33 sowie 41 gem. § 453 Abs. 3 ASVG rückwirkend mit 1.1.2016 in Kraft. § 26 Abs. 2 Z 3 tritt rückwirkend mit 1.7.2016 in Kraft.

(3) Mit Ablauf des Tages der Kundmachung wird die bisher geltende Satzung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, kundgemacht im Internet unter www.avsv.at Nr. 133/2011 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 399/2011
2. avsv Nr. 39/2012
3. avsv Nr. 150/2012
4. avsv Nr. 67/2013
5. avsv Nr. 87/2013
6. avsv Nr. 151/2013
7. avsv Nr. 204/2014
8. avsv Nr. 52/2015
9. avsv Nr. 90/2015
10. avsv Nr. 236/2015
11. avsv Nr. 24/2016

aufgehoben.

(4) Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf Sachverhalte, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 46. Die Änderung in § 27 Abs. 1 tritt gem. § 31 Abs. 9a ASVG mit Ablauf des Tages der Kundmachung in Kraft.

Anhang 1

Kostenzuschüsse gemäß §§ 16 und 19 Abs. 1 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. Für die Behandlung durch eine/n nichtärztliche/n Psychotherapeuten/Psychotherapeutin
 - a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten € 28,- (exkl. MWSt.)
 - b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten € 16,- (exkl. MWSt.)
 - c) für eine Gruppensitzung (max. 10 Personen) zu 90 Minuten pro Person € 10,- (exkl. MWSt.)
 - d) für eine Gruppensitzung (max. 10 Personen) zu 45 Minuten pro Person...€ 7,- (exkl. MWSt.)
2. für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal, wenn und solange die Vergütung an Vertragspartner/innen nicht nach den erbrachten Einzelleistungen bestimmt wird pro Fall und Pflegetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde (inkl. Weggebühren) € 8,72 (exkl. MWSt.)
3. für Krankenbehandlung durch freiberufliche Heilmasseure/Heilmasseurinnen:

Leistungsbereich: Massagetherapie, Gruppe 1

1.01 Manuelle Heilmassage pro Sitzung	Minstdauer: 10 Minuten	€ 2,00
1.02 Manuelle Lymphdrainage bei primären oder sekundären Lymphödemen	Minstdauer: 25 Minuten	€ 4,00
1.03 Manuelle Lymphdrainage bei primären oder sekundären Lymphödemen	Minstdauer: 45 Minuten	€ 8,00
1.04 Unterwasserdruckstrahlmassage	Minstdauer: 10 Minuten	€ 2,50
1.05 Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten)	Minstdauer: 45 Minuten	€ 3,50

Leistungsbereich: elektrophysikalische Behandlung, Gruppe 2

2.01 Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diodynamischer Strom	Minstdauer: 10 Minuten	€ 1,00
2.02 Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie	Minstdauer: 20 Minuten	€ 1,50
2.03 Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom	Minstdauer: 15 Minuten	€ 1,50
2.04 Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, transkutane Nervenstimulation (TENS)	Minstdauer: 20 Minuten	€ 1,50
2.05 Niederfrequenztherapie: Iontophorese; Galvanisation	Minstdauer: 20 Minuten	€ 1,50
2.06 Niederfrequenztherapie: Zwei- oder Vierzellenbad	Minstdauer: 20 Minuten	€ 1,50
2.07 Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)	Minstdauer: 20 Minuten	€ 4,20
2.08 Mittelfrequenztherapie: z. B. Stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton	Minstdauer: 15 Minuten	€ 1,50

Leistungsbereich: Hochfrequenz-, Ultraschall-, Phototherapie, Gruppe 3

3.01 Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle	Minstdauer: 10 Minuten	€ 1,00
3.02 Ultraschalltherapie	Minstdauer 5 Minuten pro Region (mehr als zwei Regionen nur mit medizinischer Begründung)	€ 1,20
3.03 Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Quarzlicht, Sollux, Heißluft	Minstdauer: 10 Minuten	€ 0,50

Leistungsbereich: Wärmeträger- und Kältetherapie, Gruppe 4

4.01 Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango	Minstdauer: 20 Minuten	€ 2,00
4.02 Kryotherapie: Kryopackungen – z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit	Minstdauer: 20 Minuten	€ 1,50
4.03 Munaripackung	Minstdauer: 20 Minuten	€ 2,00

Leistungsbereich: Hydrotherapie; Gruppe 5

5.01 Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Solebad, Schwefelbad	Minstdauer: 20 Minuten	€ 3,20
5.02 Medizinalbad mit Zusatz: Moorschwebstoffbad	Minstdauer: 20 Minuten	€ 3,20
5.03 Medizinalbad mit Zusatz Kohlensäurebad	Minstdauer: 20 Minuten	€ 3,20
6.0 Hausbehandlungszuschlag		€ 3,00

4. für Körpnadelakupunkturen durch ausgebildete Ärzte/Ärztinnen (Nachweis durch Diplom für Akupunktur von der Österreichischen Ärztekammer bzw. der Österreichischen Akademie der Ärzte).

Bei folgenden Indikationen leistet die Anstalt einen Zuschuss von höchstens € 15,-- pro Sitzung:

- a) Chronische Schmerzzustände
- b) Kopfschmerzen, Migräne
- c) Schulter-Arm-Syndrom
- d) Cervicalsyndrom
- e) Schleudertrauma
- f) Spondylopathien
- g) Morbus Scheuermann
- h) Diskopathien (wenn operatives Vorgehen nicht erforderlich ist)
- i) Lumbalgien
- j) Lumboischialgien
- k) Degenerative Arthrosen
- l) Chronische Arthrididen
- m) Weichteilrheumatismus
- n) Tendinitis und Epikondylopathien
- o) Bursitis

Der Zuschuss wird unabhängig von der Körperregion innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten für maximal 10 Akupunktursitzungen gewährt. Bei gleichzeitiger Anwendung von herkömmlichen Behandlungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunkturen führen sollen, ist ein Kostenzuschuss für Akupunktur ausgeschlossen.

5. Kostenzuschuss für Mundhygiene

Die Anstalt leistet bei Inanspruchnahme einer Mundhygiene bei niedergelassenen Zahnärzten/Zahnärztinnen oder in den Zahnambulatorien der Anstalt für Anspruchsberechtigte ab dem vollendeten 12. Lebensjahr einen Zuschuss in folgender Höhe zu folgenden Bedingungen:

Anspruchsberechtigte, deren Beitragsgrundlage im jeweils vorangegangenen Kalenderjahr die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs.1 ASVG) nicht übersteigt

- 1.) Erste Sitzung€ 60
- 2.) Recall Sitzung€ 35

Der Zuschuss für die Erste Sitzung wird nur einmalig ausbezahlt. Sollte eine wiederholte Erste Sitzung notwendig sein wird nur jener Zuschussbetrag ausbezahlt, der bei Recall Sitzungen zusteht. Der Zuschuss nach Anhang 1 Z 5 kann in 6 Monaten nur einmal verrechnet werden. Die Zuschussbeträge sind mit Beginn jedes Kalenderjahres-erstmal zum 1. Jänner 2012-mit dem Zahnbehandlerfaktor zu erhöhen.

6. Für Leistungen der Hebammenberatung gemäß § 7 Abs. 1 KBGG leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- a) Hebammenberatung bei der Schwangeren: € 28,56.
- b) Hebammenberatung in der Ordination der Hebamme: € 20,40.
- c) Für Hebammenberatung bei der Schwangeren erhöht sich der Kostenzuschuss pro Kilometer Fahrtweg der nach Berufssitz nächstgelegenen Hebamme zur Schwangeren um € 0,42 €.

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

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 23 Abs. 1**Positionsnummer:**

- 1 Beratung
- 1a Kieferorthopädische Beratung gemäß § 25 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
- 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)
- 71 Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 81 Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 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 Ereignis
- 18 Blutstillung nach Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
- 19 Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
- 20 Zahnsteinentfernung
- 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 Abs. 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
- 24 Zahnrontgen
- 25 Panoramarentgen
- 26 Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
- 27 Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 28 Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 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 Abzesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 33 Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolorpost 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, intramuskulär bzw. intravenös (exklusive Arznei)

Anhang 3

Folgende Leistungen werden entsprechend der Honorarordnung für Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Vertragsdentisten/Vertragsdentistinnen und der Honorarordnung für Vertragskieferorthopäden/Vertragskieferorthopädinnen als Sachleistung erbracht:

I. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 24

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

II. Kieferorthopädische Behandlungen gemäß § 25

1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 25 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 § 25 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) Bissregistrator,
- 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.“

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

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung
2. Kunststoff-Prothesen-Neuherstellung
 - a) Platte (je Größe)
 - b) Zahn, pro Einheit
 - c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)
 - d) Sauger
3. Reparaturen an Kunststoff-Prothesen
 - 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) und b)
 - d) mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
 - e) totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke
4. Metallgerüst-Prothesen-Neuherstellung einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhern und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)
5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen
- x) Anlöten einer Retention, Klammer und Aufruhe
 - y) zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer
 - z) mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis
6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhern, 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 Anstalt Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlungen gemäß § 23 Abs. 2 (exkl. MWSt.)
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
 3. Stiftverankerung pulpal gegossen € 98,84
- II. Unentbehrlicher Zahnersatz
1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan) € 29,07
 2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methaacrylatfreier Kunststoff) € 23,62
 3. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich (detailliert) € 156,25
 - a) bei Patienten/Patientinnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
 - b) bei Tumorpatienten/Tumorpatientinnen in der postoperativen Rehabilitation
 - c) bei Patienten/Patientinnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation
 - d) bei Patienten/Patientinnen mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes)
 - e) Schmelzhypoplasie, Aplasie von Zähnen
 4. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u.a.) € 34,88
- III. Kostenzuschuss für kleine Behelfe gemäß § 24 Abs. 6
1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundhofplatte, 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 genannten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

Kostenzuschuss zu feststehendem Zahnersatz gem. § 22 Abs. 3

Die Anstalt leistet einen Kostenzuschuss zu den Kosten von Zahnkronen, sofern es sich nicht um Klammerzahnkronen bei Teilprothesen handelt, Stiftzähnen und Zahnbrücken in Höhe von 22% der tatsächlich entrichteten Kosten, maximal € 100,--(exkl. MWSt.) für jede Einheit bzw. für jedes Brückenglied.

Wirkstoffgruppen zu § 18 Abs. 3

Folgende Wirkstoffgruppen sind erfasst:

A02BC (Protonenpumpenhemmer)

C09AA (ACEHemmer)

C09BA (ACE-Hemmer)

C10AA (Reduktasehemmer)

N06AB (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)

C09DABlutdrucksenkende Präparate (Antagonisten + Diuretika)

C08CACalciumkanalblocker bei koronaren Herzerkrankungen

N06DXAntidementiva

C07AB Beta Blocker selektiv

M01AB Antirheumatika

Kostenzuschuss nach § 20

Die Anstalt leistet für Leistungen nach § 25 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss gemäß § 24 Abs. 5 der Satzung für die kieferorthopädische Behandlung nach § 24 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.