

# **SATZUNG 2011**

**der**

**Burgenländischen Gebietskrankenkasse**

Stand: 01.01.2016 (6. Änderung)

## Inhaltsverzeichnis

Seite

### 1. Abschnitt – Organisation

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

### 2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

§ 13 Meldefrist .....	8
§ 14 Beitragszeitraum .....	8
§ 15 Lohnsummenverfahren .....	8
§ 16 Fälligkeit der allgemeinen Beiträge .....	8
§ 17 Fälligkeit der Sonderbeiträge .....	9
§ 18 Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG .....	9

### 3. Abschnitt – Leistungsrecht

§ 19 Wartezeit für Selbstversicherte .....	9
§ 20 Angehörige .....	10
§ 21 Bemessungsgrundlage .....	10
§ 22 Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt .....	10
§ 23 Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe .....	11
§ 24 Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit .....	12
§ 25 Erste Hilfeleistung .....	12
§ 26 Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen .....	13
§ 27 Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege .....	13
§ 28 Heilbehelfe .....	13
§ 29 Satzungsmaßiges Krankengeld .....	13
§ 30 Zahnbehandlung und Zahnersatz .....	14
§ 31 Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung .....	15
§ 32 Kieferregulierungen .....	16
§ 32a Kieferregulierungen .....	17
§ 33 Zahnersatz .....	21
§ 34 Kostenerstattung im vertragslosen Zustand .....	22

	Seite
§ 35 Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung ..	22
§ 36 Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen .....	22
§ 36a Kostenzuschüsse bei Fehlen einer regional ausgewogenen Flächendeckenden Sachleistungsversorgung .....	23
§ 37 Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen .....	23
§ 38 Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird .....	24
§ 39 Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Kranken- anstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird .....	24
§ 40 Hilfsmittel .....	25
§ 41 Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit .....	25
§ 42 Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes .....	26
§ 43 Reise(Fahrt)kosten .....	26
§ 44 Transportkosten .....	26
§ 45 Auszahlung von Leistungen .....	30

#### **4. Abschnitt – Sonderbestimmungen**

§ 46 Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft .....	31
§ 47 Beiträge für unständig Beschäftigte .....	31
§ 48 Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten .....	32
§ 49 Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte .....	32

#### **5. Abschnitt – Schlussbestimmungen**

§ 50 Wirksamkeitsbeginn .....	32
§ 51 Inkrafttreten der 1. Änderung.....	32
§ 52 Inkrafttreten der 2. Änderung.....	33
§ 53 Inkrafttreten der 3. Änderung.....	33
§ 54 Inkrafttreten der 4. Änderung.....	33
§ 55 Inkrafttreten der 5. Änderung.....	33

Anhang 1 (Zahnbehandlung) .....	34
Anhang 2 (Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen) .....	39
Anhang 3 (Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen) .....	40
Anhang 4 (Zuzahlungen der Versicherten/Angehörigen) .....	41
Anhang 5 (Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe) .....	42
Anhang 6 (Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen) .....	43
Anhang 7 (Kostenzuschüsse für Transportkosten) .....	49
Anhang 8 (Kostenzuschuss nach <sup>3</sup> 36a)) .....	49

Genehmigung durch den Bundesminister für Gesundheit .....	50
---	----

## **1. Abschnitt - Organisation**

### **Geltungsbereich**

§ 1. Diese Satzung gilt für die Burgenländische Gebietskrankenkasse (im Folgenden Kasse genannt).

### **Sitz**

§ 2. Sitz der Kasse ist Eisenstadt.

### **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 mindestens einmal 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.

---

\*) Die mit - *verbindlich* - gekennzeichneten Textstellen bezeichnen verbindliche Bestimmungen der Mustersatzung.

### **Verlautbarungen** **(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)**

§ 5. (1) - *verbindlich* - 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 Kasse im Einzelfall.

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

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

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

(3) - *verbindlich* - Der/Die leitende Angestellte und der/die Stellvertreter/in sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beraten-

der 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) - *verbindlich* - Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/an 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) - *verbindlich* - Der/Die leitende Angestellte ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

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

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

§ 8. (1) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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. ASVG)**

§ 9. (1) - *verbindlich* - Bei der Kasse ist ein Beirat mit 12 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) - *verbindlich* - Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat ist ein Verein, der nach dem Vereinsgesetz 2002 besteht (§ 2 Vereinsgesetz).

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

§ 10. (1) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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 wer-

den, 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) - *verbindlich* - 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 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) - *verbindlich* - 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/e Stellvertreter/in bekannt zu geben.

(2) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - Die Kasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

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



1. bei jeder dafür eingerichteten Stelle der Kasse 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

eingebraucht werden.

(3) 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**

#### **(§ 471d ASVG)**

§ 13. - *verbindlich* - 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.

#### **Beitragszeitraum**

#### **(§ 44 Abs. 2 ASVG)**

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

#### **Lohnsummenverfahren**

#### **(§ 34 Abs. 2, § 58 Abs. 4 ASVG)**

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

#### **Fälligkeit der allgemeinen Beiträge**

#### **(§ 58 Abs. 1 ASVG)**

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

### **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.

(3) Werden die Sonderzahlungen bei der Beitragsbemessung bereits durch Erhöhung der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 54 Abs. 2 ASVG berücksichtigt, sind die Sonderbeiträge gleichzeitig mit den allgemeinen Beiträgen fällig.

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

§ 18. - *verbindlich* - 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 Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

**Angehörige**  
**(§ 123 Abs. 8 ASVG, § 124 Abs. 1 ASVG)**

§ 20. - *verbindlich* - 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 6 und Abs. 4 ASVG).

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

§ 21. (1) - *verbindlich* - 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:

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) - *verbindlich* - 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)**

§ 22. (1) - *verbindlich* - 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 bzw. Nachname, 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) - *verbindlich* - 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.

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

§ 23. (1) - *verbindlich* - Bei Inanspruchnahme eines/einer Nichtvertragsarztes/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 eine/n vergleichbare/n Vertragsarzt/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/der Wahlarzt/Wahlärztin oder der Wahl-Gruppenpraxis tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

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

(3) - *verbindlich* - Die Kasse erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, wenn vom/von der Versicherten eine Honorarnote gemäß § 28 der Krankenordnung vorgelegt wird.

Stand: 29. 12. 2011 (Neufassung)

Stand: 01.04.2015 (5. Änderung)

## **Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit**

### **(§ 131 Abs. 2 ASVG)**

§ 24. - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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 § 38 geleistet.

(2) - *verbindlich* - 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 7 zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 44 Abs. 6 und 7.

(3) - *verbindlich* - Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefärztliche Bewilligung auf Rechnung der Kasse abgebbar 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 Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

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

§ 27. Die Kasse erstattet die Kosten für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, sowie für medizinische Hauskrankenpflege nur, wenn vom/von der Versicherten eine Honorarnote gemäß § 28 der Krankenordnung vorgelegt wird.

**Heilbehelfe  
(§ 137 ASVG)**

§ 28. Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe und für deren zweckmäßige und wirtschaftliche Instandsetzung

- für Kontaktlinsen pro Stück höchstens bis zum 1fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
- für andere optische Heilbehelfe höchstens bis zum 3fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) und
- für vergrößernde Sehhilfen sowie für alle übrigen Heilbehelfe höchstens bis zum 5fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

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

§ 29. (1) - *verbindlich* - Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit – ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 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 Bescheides 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, aufgrund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zu dem Tag geleistet, an dem die Pension angefallen ist.

## **Zahnbehandlung und Zahnersatz**

### **(§ 153 ASVG)**

§ 30. (1) - *verbindlich* - Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 geleistet.

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

(3) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten jedenfalls als festsitzender Zahnersatz.

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 33 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 31 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 31 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) - *verbindlich* - Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahn-

Stand: 01.07.2015 (6. Änderung)

ärztinnen, 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 eine/n Wahlzahnärztin/Wahlzahnarzt, 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) - *verbindlich* - Existiert keine entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen/eine vergleichbaren/vergleichbare Vertrag Zahnarzt/Vertrag Zahnärztin 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**

§ 31. (1) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - 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) Für mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung und den Bedingungen (insbesondere Qualitätsvoraussetzungen) des Anhanges 3.

### **Kieferregulierungen**

#### **(§ 153 ASVG)**

§ 32. (1) Die Kasse erbringt Kieferregulierungen im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) bei nachstehenden Fehlbildungen, sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 32a oder § 36a erfüllt sind.

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen 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 die/den zu Behandelnde/n den in Z 1 bis 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-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 4 festgesetzten Höhe zu entrichten.

(2) Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern/Zahnbehandlerinnen nicht möglich ist, leistet die Kasse einen Zuschuss. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschusses ist vom Vertragstarif für die entsprechende Leistung nach Anhang 1 die Zuzahlung des/der Versicherten nach Anhang 4 abzuziehen; der Zuschuss für den/die Versicherte/n beträgt dann 80 % dieses Betrages.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen nach Abs. 1 Z 1 bis 11 oder andere Fehlstellungen durch kleine kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kieferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss für diese kleinen kieferorthopädischen Behelfe nach Anhang 5 erbracht.

### **Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)**

§ 32a. (1) Die Kasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhangs 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 Anhangs 1 Punkt III als Sachleistungen durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen oder in eigenen Einrichtungen der Kasse, 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 Kasse erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein

Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 32 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 einzuordnen, 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. 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 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 Kasse keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 32 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 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.“

**Zahnersatz**  
**(§ 153 Abs. 2 ASVG)**

§ 33. (1) - *verbindlich* - Die Kasse erbringt den unentbehrlichen Zahnersatz, soweit nicht ein Anspruch

1. aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
2. nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz - KOVG,
3. nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG,
4. nach dem Opferfürsorgegesetz - OFG,
5. nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen - VOG,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz - StVG

besteht.

(2) - *verbindlich* - 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) - *verbindlich* - Hat die Kasse für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs 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) - *verbindlich* - Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die Kasse vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

(5) - *verbindlich* - 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 (§ 30 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)**

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

### **Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung**

#### **(§ 131 Abs. 6 ASVG)**

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

### **Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen**

#### **(§ 131b ASVG)**

§ 36. Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen 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,
5. die Hebammenberatung gemäß § 7 Abs. 1 KBGG

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

**„Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Versorgung (§ 153a Abs. 6 ASVG)“**

§ 36a. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 32a 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 Anhangs 8, wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 32a 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 § 31a 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 § 32a Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 32a 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**

§ 37. - *verbindlich* - Stehen Vertragspartner/innen zur Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen aufgrund 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 eine/n vergleichbare/n Vertragsärztin/Vertragsarzt vorgesehenen Vergütung zu erbringen.



**Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt,  
die nicht über Landesfonds finanziert wird**

**(§ 150 ASVG)**

§ 38. (1) - *verbindlich* - 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

1. des Pauschalbetrages von 215,86 € pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt,

2. des Pauschalbetrages von 215,86 € für tagesklinische Leistungen,

jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 3 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)**

§ 39. (1) 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 in Höhe von 80 % der zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife mit der nächstgelegenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

(2) Die zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife sind für das in Betracht kommende Kalenderjahr mit dem Betrag aufzuwerten, um den die Vertragstarife für private Krankenanstalten für stationäre Pflege erhöht werden.

## **Hilfsmittel** **(§ 154 ASVG)**

§ 40. (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung oder zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung 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 das 5-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wobei vom/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20% der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind.

(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 5-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 die/den Versicherte/n (Angehörige/n), werden der Zuschuss oder die Anschaffungs- oder Instandhaltungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin direkt verrechnet.

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

§ 41. (1) Die Kasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung der Bundesministerin/des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis in der Höhe von 3,70 €.

(2) Dieser Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

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

§ 42. - *verbindlich* - 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 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 1/3 Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 2/3 Wochenbezügen          | um 17 %  |
| 3. | bei Sonderzahlungen   |          |
|    | a) von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.   |          |
|    | b) von mehr als 8 2/3 Wochenbezügen   | um 21 %  |
| 4. | bei Sonderzahlungen von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten                     | um 17 %. |

**Reise(Fahrt)kosten  
(§ 135 ASVG)**

§ 43. Die Kasse ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten.

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

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

(2) - *verbindlich* - 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 Unfallort) 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 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 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/Sanitäterin 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/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 Einsatzfah-

rer/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 aufgrund 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) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat an den Transportkosten einen Kostenanteil in Höhe der doppelten Rezeptgebühr (§ 136 Abs. 3 ASVG) pro Transport zu tragen.

(5) Der/Die Versicherte (Angehörige) hat keinen Kostenanteil nach Abs. 4 zu entrichten, wenn

1. es sich um einen Rettungstransport oder Notarzttransport gemäß § 44 Abs. 3 Z 3 oder Z 4 handelt;
2. der/die Versicherte (Angehörige) zur Durchführung einer Dialyse, einer Chemotherapie oder einer Strahlentherapie transportiert wird;

3. der/die Versicherte (Angehörige) aus medizinisch notwendigen Gründen zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt transportiert wird (Abs. 2 Z 2);
4. der Transport mit einem privaten Kraftfahrzeug erfolgt.

(6) - *verbindlich* - 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.

(7) - *verbindlich* - 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 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: 1.275,00 €

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.

(8) - *verbindlich* - Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 5 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.

(9) Die Kasse übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse entweder nach inländischem Recht oder aufgrund zwischenstaatlicher Regelungen die Kosten der Anstaltspflege im Ausland zu übernehmen hat. Die Kasse übernimmt die Kosten des Transportes aus der Krankenanstalt lediglich in der Höhe der fiktiven Kosten bis zum vorherigen Aufenthaltsort (Ereignis oder Unfallsort) im Ausland. Abs. 4 ist nicht anzuwenden.

(10) 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/der Rehabilitanden/in,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife, wenn der/die Versicherte (Angehörige) aufgrund des zweiten Teiles der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit ist.

### **Auszahlung von Leistungen**

#### **(§ 104 ASVG)**

§ 45. Die Auszahlung der laufenden Geldleistungen erfolgt alle vier Wochen im Nachhinein.

## **4. Abschnitt - Sonderbestimmungen**

### **Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft**

#### **(§ 465 ASVG)**

§ 46. (1) Der Ausweis für unständig Beschäftigte wird mit dem von der Kasse aufgelegten Vordruck für einen Monat ausgestellt.

(2) Der Ausweis gilt auch am neuen Wohnort, wenn ein/e unständig Beschäftigte/r seinen/ihren Wohnort im Zuständigkeitsgebiet der Kasse wechselt. Die Übersiedlung ist aber der Kasse innerhalb von drei Tagen zu melden. Wenn die Übersiedlung die Zuständigkeit zu einer anderen Gebietskrankenkasse bewirkt, ist der alte Ausweis innerhalb von drei Tagen an die bisher zuständige Gebietskrankenkasse zurückzusenden und bei der nunmehr zuständigen Gebietskrankenkasse die Ausstellung eines neuen Ausweises zu verlangen.

(3) Der Ausweis wird eingezogen, wenn der/die unständig Beschäftigte länger als vier Wochen keine Beschäftigung nach § 462 ASVG ausübt. Der/Die Inhaber/in des Ausweises muss in diesem Fall den Ausweis der Kasse innerhalb von acht Tagen zurückgeben.

(4) Wenn ein/e unständig Beschäftigte/r

1. in den Bereich einer anderen Kasse übersiedelt,
2. die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt oder
3. für ihn/sie eine andere Kasse zuständig wird,

ist der Ausweis ebenfalls zurückzugeben (Abs. 3).

### **Beiträge für unständig Beschäftigte**

#### **(§ 466 ASVG)**

§ 47. Die Beiträge für unständig Beschäftigte werden nach Arbeitstagen berechnet. Sie sind vom Dienstgeber/von der Dienstgeberin zu entrichten. Als Beitragsgrundlage gilt ein Tagesarbeitsverdienst von 41,00 €.



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

§ 48. Satzungsmäßige Mehrleistungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse erst geleistet, wenn eine Wartezeit von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 52 Wochen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt ist.

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

§ 49. Für die Berechnung der Barleistungen aus der Krankenversicherung ist für die unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft die kalendertägliche Beitragsgrundlage nach § 47 dieser Satzung heranzuziehen.

## **5. Abschnitt - Schlussbestimmungen**

### **Wirksamkeitsbeginn**

§ 50. (1) Diese Satzung tritt nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage in Kraft. Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung 2007, kundgemacht im Internet unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at) Nr. 67/2007 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 133/2007,
2. avsv Nr. 49/2007,
3. avsv Nr. 81/2008,
4. avsv Nr. 16/2009,
5. avsv Nr. 19/2009,
6. avsv Nr. 126/2009 und
7. avsv Nr. 778/2010

aufgehoben.

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

### **Inkrafttreten der 1. Änderung**

§ 51. § 38 Abs. 1 tritt mit 1. Jänner 2012 in Kraft.

### **Inkrafttreten der 2. Änderung**

§ 52. § 38 Abs. 1 tritt mit 1. Jänner 2013 in Kraft.

### **Inkrafttreten der 3. Änderung**

§ 53. § 41 Abs. 1 tritt mit 14. August 2013 in Kraft.

### **Inkrafttreten der 4. Änderung**

§ 54. § 36 Z 4 und 5 sowie die Z 10 im Anhang 6 zur Satzung 2011 in der Fassung der 4. Änderung der Satzung 2011 treten mit 1. November 2013 in Kraft. § 38 Abs. 1 in der Fassung der 4. Änderung der Satzung 2011 tritt mit 1. Jänner 2014 in Kraft. § 44 Abs. 3 Z 4 und § 44 Abs. 6 Z 1 in der Fassung der 4. Änderung der Satzung 2011 treten rückwirkend mit 3. Juni 2013 in Kraft.

### **Inkrafttreten der 5. Änderung**

§ 55. § 13 in der Fassung der 5. Änderung der Satzung 2011 tritt mit dem fünften auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft. § 23 Abs. 3 und § 27 in der Fassung der 5. Änderung der Satzung 2011 treten mit 1. April 2011 in Kraft. § 38 Abs. 1 in der Fassung der 5. Änderung der Satzung 2011 tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2015 in Kraft.

### **„Inkrafttreten der 6. Änderung**

§ 56. Die 6. Änderung der Satzung 2011 tritt mit Ausnahme des § 38 Abs. 1 rückwirkend mit 1. Juli 2015 in Kraft. § 38 Abs. 1 tritt mit 1. Jänner 2016 in Kraft.“

**Anhang 1**  
**Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung,**  
**Kieferorthopädische Behandlung,**  
**Prothetische Zahnbehandlung**

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

**I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung**  
**gemäß § 31 Abs. 1**

Pos. Nr.

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Beratung   |
| 1a | Kieferorthopädische Beratung gemäß § 32a 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 Quadrant
- 18 Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
- 19 Behandlung empfindlicher Zahnhäse, 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 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
- 24 Zahnrontgen
- 25 Panoramaröntgen
- 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 Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 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 § 32 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 § 32a 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 § 32a 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 § 33 Abs. 2**

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung
2. Kunststoff-Prothesen - Neuherstellung
  - a) Platte (jeder 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) oder 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, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)

5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen
  - 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 Aufruhern, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen
7. Voll-Metallkrone (VG) an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

## Anhang 2

### 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 § 31 Abs. 2

1. Inlays aus Gold oder Keramik	
a) Einflächenfüllung.....	98,98 €
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

##### gemäß § 33 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.) .....	34,88 €

##### gemäß § 33 Abs. 5 (in den Fällen des § 30 Abs. 3 zweiter Satz)

4. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich .....	156,25 €
5. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich.....	130,81 €
6. Vollgusskrone (Metallkrone) .....	94,47 €
7. Brückenglied Metall (Vollguss) .....	79,94 €
8. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz .....	156,25 €

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



### Anhang 3

#### **Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen (§ 31 Abs. 3)**

Großes Diagnosepaket .....	58,14	€
Kleines Diagnosepaket .....	43,60	€
Diagnostisches Aufwachsen .....	69,77	€
Composite 1-Flächenfüllung .....	20,93	€
Provisorische Versorgung der Kronenpräparation .....	8,72	€
Composite 2-Flächenfüllung .....	27,03	€
Composite 3-Flächenfüllung .....	35,64	€
Onlay Composite .....	87,21	€
Inlay-Stift .....	23,26	€
Stiftverankerung parapulpär 1 Stift .....	29,07	€
Stiftverankerung parapulpär mehrere Stifte pro Zahn .....	58,14	€
Freilegung eines retinierten Zahnes mit Anschlingung .....	62,79	€
Transplantation eines Zahnes .....	145,35	€
Entfernung eines Implantats .....	29,07	€
Freilegung eines retinierten Zahnes .....	26,51	€
Chirurgische Kronenverlängerung .....	58,14	€
Gingivektomie pro Quadrant .....	19,71	€
Augmentation mit autologischem Transplantat inkl. Material .....	465,11	€
Augmentation oder Reduktion pro Quadrant inkl. Material .....	174,41	€
Augmentation oder Reduktion Einzelzahn inkl. Material .....	116,28	€
Osteotomie klein .....	58,14	€
Osteotomie groß .....	465,11	€
Chirurgisches Legen einer Membrane .....	116,28	€
Geschiebe .....	139,53	€
Kragträger mit Friktionsverstärker .....	139,53	€
Kragträger mit Riegel .....	279,06	€
Magnetverankerung .....	139,53	€
Riegel .....	139,53	€
Ipsoclip .....	139,53	€
Stegkappe .....	104,65	€
Schienung diverser Art .....	58,14	€
Computertomographie (inkl. Kontrastmittel) .....	87,21	€
Flapoperation pro Sextant .....	156,76	€
Narkose / erste Stunde .....	131,54	€
Narkose / weitere Stunde .....	62,64	€
Scanora Spiraltomographie 1. Bild (4 Schichten) .....	23,69	€
Scanora Spiraltomographie 2. und 3. Bild maximal insgesamt 3 Aufnahmen à 4 Schichten .....	21,22	€

## Anhang 4

### Zuzahlungen der Versicherten (Angehörigen) gemäß § 32 Abs. 1 und § 33 Abs. 5 der Satzung

#### 1. Zuzahlungen für Kieferregulierungen gemäß § 32 Abs. 1

Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte (Anhang 1, Punkt II Z 1 und 2) beträgt:

- 1. pro Behandlungsjahr ..... 50 %,
- 2. für Reparaturen ..... 25 %

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

#### 2. Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 33 Abs. 5

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, Aufruhen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen ..... 50 %,
- 3. für
  - a) Voll-Metallkronen an Klammerzähnen ..... 50 %
  - b) Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen ..... 50 %

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

## Anhang 5

### **Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 32 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 Kleberretainer)  
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.

## Anhang 6

### Kostenzuschüsse gemäß § 36 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

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

a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten .....	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten .....	12,72 €
c) für eine Gruppensitzung (maximal 8 Personen) zu 90 Minuten pro Person .....	7,27 €
d) für eine Gruppensitzung (maximal 8 Personen) zu 45 Minuten pro Person .....	5,09 €

Ein Kostenzuschuss ist aber nur dann zu leisten, wenn bestätigt ist, dass jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat.

2. Für ergotherapeutische Krankenbehandlung

a) für eine Behandlung zu 30 Minuten .....	8,72 €
b) für eine Behandlung zu 60 Minuten .....	16,71 €

3. Für physiotherapeutische Krankenbehandlung

a) für Einzel-Heilgymnastik Mindestdauer: 30 Minuten .....	16,74 €
Mindestdauer: 45 Minuten .....	25,07 €
b) für Gruppen-Heilgymnastik pro Person Mindestdauer: 30 Minuten (max. 5 Personen) .....	5,45 €
c) für neurophysiologische Bewegungsübung Mindestdauer: 30 Minuten* .....	16,21 €
Mindestdauer: 45 Minuten .....	24,27 €
Mindestdauer: 60 Minuten .....	33,36 €
d) für manuelle Lymphdrainage..... Mindestdauer: 30 Minuten* .....	10,83 €
Mindestdauer: 45 Minuten .....	16,21 €
e) für Heilmassagen Mindestdauer: 15 Minuten .....	6,61 €
f) für einen ärztlich verordneten Hausbesuch .....	17,80 €
g) für Hippotherapie zu 30 Minuten .....	21,80 €
h) für Ischiasschnellkur (Schlamm packungen) ital. Mindestdauer: 15 Minuten.....	4,65 €
i) für Iontophorese Mindestdauer: 15 Minuten.....	2,46 €
j) für Impulsgalvanisation, Exponentialstrom (FM), Schwellstrom Mindestdauer: 10 Minuten.....	2,46 €
k) für Faradisation, Franklinisation, Galvanisation, Neodynator Mindestdauer: 10 Minuten.....	2,46 €
l) für Kurzwellen Mindestdauer: 10 Minuten.....	1,56 €
m) für Behandlung mit diodynamischen bzw. Interferenz-Strömen (zB Stereodynator) Mindestdauer: 10 Minuten.....	2,11 €

n) für Ultraschall  
Minstdauer: 5 Minuten..... 2,83 €

\*) Sowohl für die 30-minütige neurophysiologische Bewegungsübung als auch für die 30-minütige manuelle Lymphdrainage kann ein Kostenzuschuss nur bei einer entsprechenden medizinischen Begründung gewährt werden.

4. Für logopädisch-phoniatrisch-audiologische Krankenbehandlung

Minstdauer: 30 Minuten ..... 22,09 €  
Minstdauer: 45 Minuten ..... 33,07 €  
Minstdauer: 60 Minuten..... 43,60 €  
Gruppentherapie zu 60 Minuten  
(mindestens 3 Personen, maximal 5 Personen) ..... 11,99 €  
Hausbesuch (nach apoplektischem Insult und  
bei Bettlägrigkeit) ..... 17,80 €

5. Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die Kasse pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

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

6. Für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Höhe der Kostenzuschüsse wird nach den besonderen Umständen des Einzelfalles unter Bedachtnahme auf das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festgelegt, dabei ist insbesondere auch das bei vergleichbaren Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen übliche Verhältnis zwischen Vertragstarifen und Marktpreisen zu berücksichtigen.

§ 28 und § 40 Abs.1 bis 3 der Satzung sind bei der Festlegung des Kostenzuschusses zu berücksichtigen.

7. Für physiotherapeutische Krankenbehandlung durch einen Heilmasseur/eine Heilmasseurin

**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: 45 Minuten .....	8,00 €
1.03	Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten) Minstdauer: 45 Minuten .....	3,50 €
1.04	Unterwasserdruckstrahlmassage Minstdauer: 10 Minuten .....	2,50 €

**Leistungsbereich: Elektrophysikalische Behandlung, Gruppe 2**

2.01	Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer 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: 20 Minuten.....	1,50 €
2.04	Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. Niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation) 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 (Stanger-Bad) Minstdauer: 20 Minuten .....	4,20 €
2.08	Mittelfrequenztherapie: z.B. Sterodyn. Strom Interferenzstrom, Nemectrobyn, Wymoton Minstdauer: 15 Minuten .....	1,50 €

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

3.01	Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle Minstdauer: 10 Minuten .....	1,00 €
3.02	Ultraschalltherapie Minstdauer: 5 Minuten pro Region; mehr als 2 Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung .....	1,20 €
3.03	Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Heißluft Minstdauer: 10 Minuten .....	0,50 €

## Leistungsbereich: Wärmeträger- und Kältetherapie, Gruppe 4

4.01	Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Paraffin, 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. Sole, Schwefel Minstdauer: 20 Minuten .....	3,20 €
5.02	Moorschwebstoffbad Minstdauer: 20 Minuten .....	3,20 €
5.03	Kohlensäurebad Minstdauer: 20 Minuten .....	3,20 €

## 8. Für nuklearmedizinische Leistungen durch einen niedergelassenen Facharzt

### 1. Schilddrüse

1.1.	Schilddrüsenszintigramm .....	14,39 €
1.2.	Schilddrüsen – Uptake .....	12,83 €
1.3.	Schilddrüsensonographie .....	5,75 €

### 2. Knochen

2.1.	Ganzkörperknochenszintigramm .....	39,83 €
2.2.	zusätzliche planare Aufnahmen .....	11,73 €
2.3.	zusätzliche SPECT .....	22,79 €
2.4.	3-Phasenszintigramm .....	42,05 €

### 3. Entzündungsszintigraphie

3.1.	Tc-Kolloid .....	26,56 €
------	------------------	---------

### 4. Herz

4.1.	Myocardszintigraphie Stress/Rest (SPECT und ggf. planar) mit pharmakologischer oder ergometrischer Belastung .....	121,71 €
4.2.	Radionuklidventrikulographie (Blutpoolszintigraphie) .....	73,03 €

### 5. Niere

5.1.	Nierenfunktionsszintigraphie (inkl. seitengetrennte Funktion und Clearance oder Clearanceäquivalent) .....	48,68 €
------	---	---------

5.2. Nierenszintigramm statisch .....	26,56 €
5.3. Nierenfunktionsszintigraphie inkl. Lasix .....	65,28 €
5.4. Captoprilinephrographie .....	53,11 €
5.5. Clearance alleine (standardisierte Methode nach Bubeck oder Sapiestein) .....	17,70 €

## 6. Lunge

6.1. Lungenperfusionsszintigraphie .....	30,98 €
6.2. Lungenventilationsszintigraphie .....	46,47 €

## 7. Gehirn

7.1. Gehirnperfusionsszintigraphie (99 m Tc-HMPAO, SPECT) .....	101,79 €
---	----------

## 8. Leber

8.1. Hepatobiliäre Funktionsszintigraphie .....	56,43 €
---	---------

## 9. Labor

9.1. TRH-Test .....	11,07 €
9.2. Block: TSH, FT4 und FT3 (bei Bedarf) .....	7,75 €
9.3. Block: 9.2 + TPO + TRAK .....	15,49 €

## 10. Nuklearmedizinische Therapie

Radiojodtherapie (bis 5mCi) .....	39,83 €
-----------------------------------	---------

9. Für Leistungen durch einen niedergelassenen Facharzt/eine niedergelassene  
Fachärztin für physikalische Medizin

## Ärztliche Leistungen

Pos. Nr. Text

GV	Erste Ordination (Grundvergütung anteilmäßig) bis zu 3x, höchstens EUR 10,56 .....	10,56 €
019	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache .....	7,10 €
026	Sc., ic., i.m. Injektionen .....	1,92 €
027	Intravenöse Injektion .....	2,40 €
043	Intravenöse Infusion .....	8,80 €
263	Manualtherapie .....	6,64 €
579	Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (ins- besondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste) .....	12,00 €
820	Untersuchungspauschale und Befundbericht (nur einmal pro Patient/Patientin und Quartal verrechenbar) .....	12,16 €



821	Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte/ Ärztinnen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient/ Patientin und Quartal einmal verrechenbar .....	11,44	€
822	Funktioneller Muskeltest .....	9,36	€
823	Reizstromuntersuchung, ein Nervenmuskelkomplex .....	9,36	€
824	Reizstromuntersuchung, mehrere Nervenmuskelkomplexe .....	18,20	€
825	Oszillometrie, Oszillographie .....	9,36	€

### Therapeutische Leistung

#### Pos. Nr. Text

1.01	manuelle Heilmassage (zw. 10 und 15 Min.) .....	6,34	€
1.03	manuelle Lymphdrainage mind. 30 Min. (nur nach Operationen) ..	14,48	€
1.04	Bindegewebssmassage (durchschnittlich 30 Minuten) .....	9,45	€
2.01	Heil- bzw. Krankengymnastik - Einzeltherapie (mind. 30 Min.) .....	15,00	€
2.11	Heil- bzw. Krankengymnastik - Einzeltherapie (mind. 20 Min.) .....	9,97	€
2.02	Heil- bzw. Krankengymnastik - Gruppentherapie (mind. 30 Min.) max. 6 Personen .....	3,91	€
2.03	Neurophysiologische Bewegungsübungen, z.B. Bobath, PNF Vojta .....	16,29	€
3.02	Elektroextensionsbehandlung (in der Regel mind. 15 Min.) .....	2,21	€
3.03	Elektro- Tischextension mit Heißluft (in der Regel mind. 15 Min.)	2,21	€
3.04	Extensionsbehandlung (in der Regel mind. 15 Min.) .....	2,21	€
4.10	Ischiasschnellkur ital. (mind. 15 Min.) .....	5,20	€
4.30	Schlampackung (Teil- oder Ganz; mind. 15 Min.) .....	5,20	€
4.40	Blau-, Rotlicht, Langwellenstrahler, Infrarotbehandlung (mind. 10 Min.) .....	1,50	€
4.50	Heißluft und Teillichtbad einschl. Abkühlung, Kopflicht (mind. 10 Min.) .....	1,50	€
4.60	Kryotherapie .....	2,65	€
5.03	Zellenbad (mind. 10 Min.) .....	3,45	€
5.05	Iontophorese (mind. 15 Min.) .....	2,77	€
5.10	Impulsgalvanisation, Exponentialstrom (FM), Schwellstrom (mind. 10 Min.) .....	2,77	€
5.20	Faradisation, Franklinisation, Galvanisation, Neodynator (mind. 10 Min.) .....	2,77	€
5.30	Kurzwellen (mind. 10 Min.) .....	1,75	€
5.40	Behandlung mit diadynamischen bzw. Interferenz-Strömen (z.B. Stereodynator) (mind. 10 Min.) .....	2,36	€
5.50	Kaltquarzlicht (mind. 10 Min.) .....	2,77	€
6.01	Ultraschall (pro Sitzung) (mind. 5 Min.) .....	3,16	€
9.01	Soleinhalation (mind. 10 Min.) .....	2,09	€
9.02	Inhalation mit sonstigen medizinischen Zusätzen (mind. 10 Min.) ..	2,09	€
9.03	2. und jeder weitere Zusatz für Inhalation mit sonstigen medizinischen Zusätzen (mind. 10 Min.) .....	2,09	€
10.01	Unterwasserdruckstrahlmassage (mind. 10 Min.) .....	9,77	€
10.02.1	Unterwasserheilgymnastik (Einzel-, mind. 30 Min.) .....	16,29	€
10.03.1	Unterwasserheilgymnastik (Gruppe-, mind. 30 Min.), max. 6 Personen .....	4,57	€
10.04	Medizinalbad mit Zusatz (mind. 15 Min.) .....	6,26	€

10.05	Medizinalbad Moorschwebstoff (mind. 15 Min.) .....	6,80	€
10.06	Kohlensäurebad (mind. 15 Min.) .....	6,98	€
10.07	Galvanisches Vollbad (mind. 15 Min.) .....	6,38	€
11.01	Oszillometrie, je obere und untere Extremitäten .....	5,24	€
11.02	Reizstromdiagnose (1 Nerven-Muskel-Komplex) .....	9,32	€
11.03	Reizstromdiagnose (mehrere Nerven-Muskel-Komplexe) .....	18,64	€

### **10. Kostenzuschuss für Leistungen der Hebammenberatung gemäß § 36 Z 5**

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

1.	Hebammenberatung bei der Schwangeren .....	28,56	€
2.	Hebammenberatung in der Ordination der Hebamme .....	20,40	€
3.	Für Hebammenberatung bei der Schwangeren erhöht sich der Kostenzuschuss pro Kilometer Fahrtweg der nach Berufssitz nächstgelegenen Hebamme zur Schwangeren um.....	0,42	€

### **Anhang 7**

#### **Kostenzuschüsse für Transportkosten gemäß § 44 bei Fehlen vertraglicher Regelungen**

Bei Fehlen vertraglicher Regelungen ersetzt die Kasse die Kosten für Transporte zu ambulanten Behandlungen in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

### **Anhang 8**

#### **Kostenzuschuss nach § 36a**

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 32a Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 50% des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 32 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.“

Die Satzung 2011 der Burgenländischen Gebietskrankenkasse wurde durch den Bundesminister für Gesundheit mit nachstehendem Bescheid genehmigt und zu folgendem Termin wirksam:

- |             |  |
|-------------|--|
| Neufassung  | GZ: BMG-96430/0052-II/A/7/2011 vom 22.11.2011<br>wirksam ab 29. Dezember 2011  |
| 1. Änderung | GZ: BMG-96430/0053-II/A/7/2011 vom 22.11.2011<br>wirksam ab 1. Jänner 2012   |
| 2. Änderung | GZ: BMG-96430/0041-II/A/7/2012 vom 13.11.2012<br>wirksam ab 1. Jänner 2013   |
| 3. Änderung | GZ: BMG-96430/0049-II/A/7/2013 vom 11.07.2013<br>wirksam ab 14. August 2013  |
| 4. Änderung | GZ: BMG-96430/0081-II/A/7/2013 vom 10.12.2013<br>teilweise wirksam ab 3. Juni 2013, 1. November 2013 und<br>1. Jänner 2014 |
| 5. Änderung | GZ: BMG-96430/0016-II/A/7/2015 vom 20.03.2015<br>teilweise wirksam ab 1. Juni 2015, 1. April 2015 und<br>5. April 2015     |
| 6. Änderung | GZ: BMG-96430/0067-II/A/7/2015 vom 10.11.2015<br>teilweise wirksam ab 1. Juli 2015 und 1. Jänner 2016.                     |