

Satzung 2016 der Tiroler Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt – Organisation

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

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist	§ 13
Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 14
Beitragsvorschreibung für bestimmte Gruppen	§ 15
Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 16
Fälligkeit der Sonderbeiträge	§ 17
Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG	§ 18

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte	§ 19
Angehörige	§ 20
Bemessungsgrundlage	§ 21
Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt	§ 22
Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe	§ 23
Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit	§ 24
Erste Hilfeleistung	§ 25
Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen	§ 26
Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege	§ 27
Heilbehelfe	§ 28
Satzungsmäßiges Krankengeld	§ 29
Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt	§ 29a
Zahnbehandlung und Zahnersatz	§ 30
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	§ 31
Kieferregulierungen	§ 32
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche	§ 33
Zahnersatz	§ 34
Kostenerstattung im vertragslosen Zustand	§ 35
Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung	§ 36
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen	§ 37
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 38
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen	§ 39
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 40
Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 41
Hilfsmittel	§ 42
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 43
Maßnahmen zur Krankheitsverhütung	§ 43a

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes	§ 44
Reise(Fahrt)kosten	§ 45
Transportkosten	§ 46
Auszahlung von Leistungen	§ 47

4. Abschnitt - Sonderbestimmungen

Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 48
Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 49
Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 50
Aufgehoben durch avsv 51/2019	§ 51

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn	§ 52
Inkrafttreten der 1. Änderung	§ 53
Inkrafttreten der 2. Änderung	§ 54
Inkrafttreten der 3. Änderung	§ 55
Inkrafttreten der 4. Änderung	§ 56
Inkrafttreten der 5. Änderung	§ 57
Inkrafttreten der 6. Änderung	§ 58

Anhang 1:

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 31 Abs. 1

Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 32 Abs. 1

Prothetische Zahnbehandlung gemäß § 34 Abs. 2

Anhang 2:

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

Anhang 3:

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

Anhang 4:

Zuzahlungen für Kieferregulierungen gemäß § 32 Abs. 1

Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 34 Abs. 5

Anhang 5:

Kostenzuschüsse gemäß § 37 bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Anhang 6:

Punkte- und Eurowerte gemäß § 23 Abs. 1

Anhang 7:

Zuschüsse und Kostenersätze zu Transportkosten bei Fehlen von vertraglich festgelegten Tarifen

Anhang 8:

Kostenzuschuss nach § 38

1. Abschnitt - Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Tiroler Gebietskrankenkasse (im Folgenden „Kasse“ genannt).

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist Innsbruck.

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/Dienstgeberinnen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

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

abgehalten werden.

Verlautbarungen

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

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

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

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

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

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

Büro

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

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

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

(4) Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/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) Der/Die leitende Angestellte oder eine von ihm/ihr dazu ermächtigte Person ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

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

Form rechtsverbindlicher Akte

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

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

1. der Generalversammlung oder
2. des Vorstandes

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

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom/von der Vorsitzenden der Kontrollversammlung als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

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

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

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

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

Beirat

(§§ 440 ff, § 453 Abs. 1 Z 4 ASVG)

§ 9. (1) Bei der Kasse ist ein Beirat mit 6 Mitgliedern eingerichtet. Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

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

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

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

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

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

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

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

Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung

(§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

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

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

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

eingetragen 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

(§ 33 Abs. 3 ASVG)

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

Beitragszeitraum (aufgehoben)

(§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

Beitragsvorschrift für bestimmte Gruppen

(§ 58 Abs. 4 ASVG)

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

Fälligkeit der allgemeinen Beiträge (aufgehoben)

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 16. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

Fälligkeit der Sonderbeiträge

(§ 58 Abs. 1 ASVG)

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

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

Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG

(§ 78 Abs. 1 ASVG)

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

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte

(§ 124 Abs. 1 ASVG)

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

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

Angehörige

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

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

1. Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat. Kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat.
2. Für Forstarbeiter/Forstarbeiterinnen, für welche die Kasse mit dem/der Dienstgeber/in eine Vereinbarung abgeschlossen hat, wonach der Beitragszeitraum jeweils ein Kalenderjahr umfasst, wird bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage der laufende Beitragszeitraum, das ist der Zeitraum vom 1. Jänner des Kalenderjahres, in das das Ende des vollen Entgeltanspruches fällt, bis zum Ablauf des Kalendermonates vor dem Endes des vollen Entgeltanspruches, herangezogen.

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

Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

(§ 361 Abs. 3 ASVG)

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

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und die Art der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben,
7. die Sachbezüge,

8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

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

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe

(§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 23. (1) Bei Inanspruchnahme eines/einer Nichtvertragsarztes/Nichtvertragsärztin (Wahlarztes/Wahlärztin) oder einer Wahl-Gruppenpraxis werden die Kosten in Höhe von 80% des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners/der entsprechenden Vertragspartnerin von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre; soweit in der Honorarordnung Verrechnungsbeschränkungen (zB Limitierungen, Fallbegrenzungen, Pauschalien) vorgesehen sind, erfolgt die Kostenerstattung in Höhe von 80% der im Anhang 6 festgesetzten Punkte- und Eurowerte. Die Kostenerstattung darf jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt/der Wahlärztin oder der Wahl-Gruppenpraxis tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

(2) Existiert keine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 %

1. der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung bzw.
2. des um 10 % verminderten im Anhang 6 für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin festgesetzten Punkte- oder Eurowertes (bei Vorliegen von Verrechnungsbeschränkungen gemäß Abs. 1) zu erbringen.

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

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit

(§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 24. Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin oder eine Wahl-Gruppenpraxis behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/die Wahlärztin oder die Wahl-Gruppenpraxis, sondern durch einen von der Kasse bestimmten Arzt/eine von der Kasse bestimmte Ärztin festgestellt. Der Anspruch des/der Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der Kasse bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

Erste Hilfeleistung

(§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 25. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Kasse nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Kasse die tatsächlich erwachsenen Kosten der Behandlung durch einen Arzt /eine Ärztin, eine Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 40 geleistet.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife bzw. leistet die Kasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 7 zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 46 Abs. 6 und 7.

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

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

§ 26. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Kasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/in eine von der 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, § 135 Abs. 1 ASVG, § 151 ASVG)

§ 27. Die Kasse erstattet die Kosten für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, sowie für medizinische Hauskrankenpflege nur, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

Heilbehelfe
(§ 137 ASVG)

§ 28. (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe und deren Instandsetzung, wenn diese zweckentsprechend ist, bis zum Dreifachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

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

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

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

§ 29. (1) Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit – ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 ASVG Anspruchsberechtigten – bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Absatzes 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.

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

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

§ 29a. Die Kasse leistet Personen,

1. deren Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung während der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 16 Abs. 1 lit. c des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 (BGBl. Nr. 609/1977 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 162/2015) ruht,
2. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches (§ 139 Abs. 1 und 2 ASVG) abgelaufen ist und
3. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach § 139 Abs. 4 ASVG noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

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

Zahnbehandlung und Zahnersatz

(§ 153 ASVG)

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

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

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

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

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

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

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 34 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 31 Abs. 2 und Kostenzuschüsse gemäß § 31 Abs. 3 müssen – grundsätzlich vor Behandlungsbeginn – von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

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

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch 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) 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 Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

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

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

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

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (zB 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 Anhangs 3.

Kieferregulierungen

(§ 153 ASVG)

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

- a) bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
- b) jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anhang 9,

sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 33 bzw. § 38 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer; insbesondere IOTN-Grad 5h,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
4. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 4f,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5a und 4a,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für die zu Behandelnde/den zu Behandelnden den in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen, insbesondere jegliche Grade von IOTN 4 und 5 sowie die in Z 1 bis 9 genannten Indikationen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 4 festgesetzten Höhe zu entrichten. Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern/Zahnbehandlerinnen nicht möglich ist, leistet die Kasse einen Zuschuss nach Maßgabe der Bestimmungen des Anhangs 4.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Kostenerstattung ist vom Vertragstarif für die entsprechende Leistung nach Anhang 1 die Zuzahlung des/der Versicherten nach Anhang 4 abzuziehen; die Kostenerstattung 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 2 erbracht.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

(§ 153a ASVG)

§ 33. (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/innen 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 größer als 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
 - k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
 - l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
 - m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer 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 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)

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

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

besteht.

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

(3) Hat die Kasse als Leistung eine totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, eine Metallgerüstprothese oder eine Verblend-Metallkeramikkrone erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren, bei sonstigen Prothesen frühestens nach vier Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

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

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden 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)

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

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

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
(§ 131b ASVG)

§ 37. (1) 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 Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG)
4. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 5.

(1a) In sinngemäßer Anwendung des Abs. 1 leistet die Kasse, sofern Vertragspartner/Vertragspartnerinnen mangels entsprechender vertraglicher Regelungen nicht zur Verfügung stehen, für

1. die notwendigen Untersuchungen mit medizinisch-technischen Geräten,
2. Akupunkturbehandlungen,

Kostenzuschüsse nach Anhang 5.

(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 Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 3 bis 6.

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

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten 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 Kasse 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 Kasse 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.

(7) Stehen einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe mangels vertraglicher Regelungen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen nicht als Sachleistung zur Verfügung, leistet die Kasse einen Kostenzuschuss nach der Regelung im Anhang 5.

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

§ 38. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 33 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 § 33 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

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

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 33 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 33 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

§ 39. Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen 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 %

1. der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/ eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung bzw.
2. des um 10 % verminderten im Anhang 6 für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin festgesetzten Punkte- und Eurowertes (bei Vorliegen von Verrechnungsbeschränkungen gemäß Abs. 1)

zu erbringen.

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

(§ 150 ASVG)

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

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

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird

(§ 131b ASVG)

§ 41. 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 31.12.1996 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.

Hilfsmittel

(§ 154 ASVG)

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

- | | |
|----------------------------------|----------|
| 1. bei orthopädischen Maßschuhen | |
| a) für Kinder bis zu 14 Jahren | 305,23 € |
| b) für alle anderen Versicherten | 290,69 € |
| 2. bei Anti-Varus-Schuhen | |
| a) für Kinder bis zu 14 Jahren | 65,41 € |
| b) für alle anderen Versicherten | 50,87 € |

3. bei allen übrigen Hilfsmitteln – abgesehen von in den nachstehenden Absätzen explizit anders normierten satzungsmäßigen Höchstgrenzen – das Dreifache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

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

(1a) Der Zuschuss für Krankenfahrstühle beträgt höchstens das Zwanzigfache der Höchstbeitragsgrundlage (108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 5 erfolgt.

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

(3) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel leistet die Kasse einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20% der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90% der Anschaffungskosten, höchstens jedoch

1. bei orthopädischen Maßschuhen

a) für Kinder bis zu 14 Jahren 305,23 €

b) für alle anderen Versicherten 290,69 €

2. bei Anti-Varus-Schuhen

a) für Kinder bis zu 14 Jahren 65,41 €

b) für alle anderen Versicherten 50,87 €

3. das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Krankenfahrstühle;

4. bei allen übrigen Hilfsmitteln das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wobei vom Versicherten/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20% der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind.

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

(5) Bestehen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an den Versicherten/die Versicherte (Angehörigen), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten mit dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin direkt verrechnet.

(6) Der Zuschuss für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen beträgt pro Quartal höchstens das Achtfache der Höchstbeitragsgrundlage (108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 5 erfolgt.

(7) Der Zuschuss für Perücken, die bei einem mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Haarausfall, wie insbesondere bei onkologischer Behandlung, in Anspruch genommen werden, beträgt höchstens das Achtfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 5 erfolgt.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

(§ 132c Abs. 3 ASVG)

§ 43. Die Kasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss von 4,00 € zu Impfungen (aktive Immunisierung) gegen Frühsommer-Meningoencephalitis. Der Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung

(§ 156 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 43a. Die Kasse leistet in Verbindung mit § 31 für Versicherte (Angehörige) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung. Diese umfasst:

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

Versicherten (Anspruchberechtigten) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr, die sich einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten unterziehen, leistet die Kasse maximal zwei Mal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung, wobei die Leistungen mindestens sechs Monat auseinander zu liegen haben.

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes

(§ 162 Abs. 4 ASVG)

§ 44. Die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. die letzten 13 Wochen entfallenen 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)

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

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

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

1. für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes und
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 4) 40 Kilometer übersteigt.

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

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

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

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

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

1. zur Durchführung einer Dialyse,

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

(7) Wenn ein Transport nach § 46 Abs. 3 erfolgt ist, ersetzt die Kasse keine Reise(Fahrt)kosten.

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

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

Transportkosten

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

§ 46. (1) 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) 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 7 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/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann

- a) mit einem Privat-PKW bzw. mit einem entsprechend ausgestatteten Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden oder
- b) durch die unter a) angeführten Unternehmen liegend oder sitzend in einem Tragesessel 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 Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragsessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (qualifizierter Krankentransport);

oder

3. Rettungstransport

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

oder

4. Notarzttransport

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

Die jeweilige Art des Transportes ist 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 jedenfalls einen Kostenanteil in Höhe der doppelten Rezeptgebühr zu tragen. Der von der versicherten Person im Rahmen der Kostenerstattung zu tragende Anteil ist nicht auf den zu entrichtenden Kostenanteil anzurechnen.

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

1. ein Rettungstransport gem. § 46 Abs. 3 Z 3 und 4,
2. ein Transport zu einer Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie,
3. eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des/der Versicherten nach dem 1. oder 2. Teil der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr

vorliegt.

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

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

Die in den 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) 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 gemäß den Absätzen 1 bis 8 (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse der Anstaltspflege im Ausland vorher zugestimmt hat.

(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 Rehabilitanden/der Rehabilitandin
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife oder in Höhe des Kostenersatzes gemäß Anhang 7, wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des/der Versicherten (Angehörigen) nach dem 1. oder 2. Teil der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt. Liegt diese besondere soziale Schutzbedürftigkeit nicht vor, hat der/die Versicherte (Angehörige) an den Transportkosten einen Kostenanteil in der Höhe der zweifachen Rezeptgebühr (§ 136 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

Auszahlung von Leistungen

(§ 104 ASVG)

§ 47. (1) Die Auszahlung der laufenden Geldleistungen wird alle vier Wochen im Nachhinein vorgenommen.

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

4. Abschnitt – Sonderbestimmungen (aufgehoben)

Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft (aufgehoben)

(§ 465 ASVG)

§ 48. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

Beiträge für unständig Beschäftigte (aufgehoben)

(§ 466 ASVG)

§ 49. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten (aufgehoben)

(§ 468 Abs. 1 ASVG, § 121 Abs. 4 ASVG)

§ 50. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte (aufgehoben)

(§ 468 Abs. 6 ASVG)

§ 51. Aufgehoben durch avsv 51/2019.

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 52. (1) Diese Satzung tritt in Kraft:

1. §19 rückwirkend mit 01. Jänner 2016
2. Anhang 5 Z 5 mit 01. Jänner 2017
3. Anhang 7 Z 2 und 3 rückwirkend mit 01.05.2016
4. alle übrigen Bestimmungen gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Internet.

Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet unter avsv Nr. 178/2011 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 38/2012
2. avsv Nr. 45/2013
3. avsv Nr. 53/2014
4. avsv Nr. 51/2015
5. avsv Nr. 171/2015
6. avsv Nr. 34/2016

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

§ 53. Es treten in Kraft:

1. § 9 Abs. 1 und 2, § 10 Abs. 2 Z 2, § 23 Abs. 3, § 27, § 30 Abs. 3 und 7, § 38 Abs. 2 und § 42 gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag.
2. § 7 Abs. 5, § 37, § 40 Abs. 1, § 43, § 47 Abs. 2 und Anhang 2 Punkt I Z 1 lit. a rückwirkend mit 01.01.2017.
3. § 34 Abs. 1 Z 3 rückwirkend mit 01.07.2016.
4. Anhang 6 rückwirkend mit 01.01.2016.

Inkrafttreten der 2. Änderung

§ 54. Es treten in Kraft:

1. § 29a, § 46 Abs. 3 Z 1 und 2 lit a sowie § 46 Abs. 4 gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag.
2. § 40 Abs. 1 rückwirkend mit 01.01.2017.
3. Anhang 7 Z 2 und 3 rückwirkend mit 01.05.2017.

Inkrafttreten der 3. Änderung

§ 55. (1) Die §§ 29 Abs. 3, 42 Abs. 1, 42 Abs. 1a, 42 Abs. 2, 42 Abs. 5, 42 Abs. 6 und 43 treten rückwirkend mit 01.10.2017 in Kraft.

(2) Abgesehen von den in Abs. 1 genannten Bestimmungen tritt die 3. Änderung mit 01.01.2018 in Kraft.

(3) Die Regelungen des § 32 Abs. 1 und des Anhanges 4 Z 1 gelten für Fälle, in denen die Behandlung nach dem 31.12.2017 beginnt.

(4) Die Regelung des § 34 Abs. 3 gilt für Fälle, in denen die Behandlung nach dem 31.12.2017 beginnt.

(5) § 46 Abs. 4 und 5 treten mit Ablauf des 31.12.2020 außer Kraft.

Inkrafttreten der 4. Änderung

§ 56. (1) Anhang 6 tritt rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

(2) Abgesehen von dem in Abs. 1 genannten Anhang tritt die 4. Änderung rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

Inkrafttreten der 5. Änderung

§ 57. (1) Abgesehen von den nachstehenden Absätzen tritt die 5. Änderung mit 01.09.2018 in Kraft.

(2) § 37 Abs. 1 Z 3 und Anhang 5 Z 2 treten mit 31. 12.2019 außer Kraft.

(3) § 43a sowie die Änderungen des Anhangs 1 Punkt I treten mit 01.07.2018 in Kraft.

(4) Die im Anhang 5 Z 1 angeführten Kostenzuschüsse gelten für Leistungen, die nach dem 31.08.2018 erbracht werden.

(5) Anhang 6 tritt rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

(6) Anhang 7 Z 2 tritt gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(7) Anhang 7 Z 3 und 4 treten rückwirkend mit 01.05.2018 in Kraft.

Inkrafttreten der 6. Änderung

- § 58. (1) Abgesehen von den nachstehenden Absätzen tritt die 6. Änderung mit 01.01.2019 in Kraft.
 (2) Anhang 5 und 6 treten rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.
 (3) Anhang 8 tritt gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

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

Pos.Nr.	
1	Beratung
1a	Kieferorthopädische Beratung gemäß § 33 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 zur drei Sitzungen pro Quadrant
18	Blutstillung durch 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 Beobachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zur 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, 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 begründenden 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)
- 65 Mundygiene nach § 43a
- 62 Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich
- 72 Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich
- 82 Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich
- 92 Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich

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 § 33 Abs. 2 Z 2 und kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 33 Abs. 2 Z 3

„1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 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 § 33 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 § 34 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 (Teilfütterung)
 - 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 Honorararbeitsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)
5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen
 - x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufrufe
 - 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 Aufrufen, 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) Einflächenfüllung98,84 €
 - b) Zweiflächenfüllung.....139,53 €
 - c) Dreiflächen oder Mehrflächenfüllung.....162,79 €
2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung)215,11 €
3. Stiftverankerung pulpal gegossen98,84 €

**II. Unentbehrlicher Zahnersatz
gemäß § 34 Abs. 2**

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (zB Titan) 29,07 €
 2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (zB methaacrylatfreier Kunststoff) 23,62 €
 3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (zB Steg, Druckknopf, Anker u.a.)..... 34,88 €
- gemäß § 34 Abs. 5**
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 feststehenden Zahnersatz 156,25 €

**III. Kostenzuschüsse für kleine kieferorthopädische Behelfe
gemäß § 32 Abs. 3**

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

Die oben angeführten Beiträge 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
gemäß § 31 Abs. 3**

1. Drahtschienenverband (gleich welcher Art) im frakturierten und nicht frakturierten Kiefer, komplett pro Kiefer	
a) bis 3 Zähne.....	43,60 €
b) über 3 Zähne	87,21 €
2. Schienung von luxierten Zähnen pro Kiefer (zB Silikadrahtklebeschienen)	
a) bis 3 Zähne.....	63,52 €
b) über 3 Zähne	111,19 €
3. Kunststoffplattenschienung im frakturierten Kiefer, komplett pro Kiefer	174,41 €
4. Abnahme von Schienen pro Kiefer	11,63 €
5. Kunststoffaufbisschienen komplett inkl. Änderungen oder Reparaturen während der Behandlungszeit	98,84 €
6. Funktionsanalyse im Rahmen einer kieferchirurgischen Behandlung inkl. Gesichtsbogen, Artikulormontage, Einschleiftherapie)	47,67 €
7. Funktionsanalyse inklusive Axiographie	95,35 €
8. Funktionsanalyse inklusive Axiographie und diagn. Set up.....	158,86 €
9. Operative Versorgung einer Rissquetschwunde.....	29,07 €
10. Transplantation eines Zahnes exklusive Schienung	152,47 €
11. Parodontale Lappenoperation (Widmann-Neumann u.ä.) pro Quadrant	
a) bis 2 Zähne.....	31,83 €
b) mehr als 2 Zähne.....	68,97 €
12. Verbandsdruckplatte.....	31,44 €
13. Replantation eines Zahnes mit Schienung.....	27,12 €

Anhang 4

**1. Zuzahlungen bzw. Zuschüsse für Kieferregulierungen
gemäß § 32 Abs. 1**

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

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

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

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

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

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

(3) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf Basis festsitzender Geräte in medizinischen Sonderfällen (§ 30 Abs. 3) beträgt in den für die Sachleistungserbringung vorgesehenen Vertragseinrichtungen, sofern kein Anspruch nach § 33 besteht:

1. pro Behandlungsjahr 30 %
 2. für Reparaturen 30 %
- der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätzen.

**2. Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz
gemäß § 34 Abs. 5**

- (1) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten des unentbehrlichen Zahnersatzes beträgt:
1. für Kunststoffprothesen und deren Reparaturen 25 %
 2. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen 25 %
 3. für
 - a) Voll-Metallkronen an Klammerzähnen 25 %
 - b) Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen 25 %
 der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(2) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten eines unentbehrlichen festsitzenden Zahnersatzes in medizinischen Sonderfällen (§ 30 Abs. 3) beträgt in den für die Sachleistungserbringung vorgesehenen Vertragseinrichtungen 25% der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätzen.

Anhang 5

**Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
(§ 131b ASVG)**

1. Für die Behandlung durch eine/n nicht-ärztliche/n freiberuflich tätige/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten:

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

2. Beistand durch diplomierte Kinder- und Säuglingsschwestern:

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

Es sind maximal 10 Besuche verrechenbar.

3. Für notwendige Untersuchungen mit medizinisch-technischen Geräten:

- Für Untersuchungen mit einem Magnetresonanztomografen mit einer Feldstärke von weniger als 1,0 Tesla 51,00 €
- Langzeit-EKG inkl. Anlegen des Gerätes mit 24h – 36h Registrierung, kompletter Computerauswertung und Befunderstellung 47,60 €
- CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration 108,46 €
- CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration 96,65 €
- CT-gesteuerte Nervenwurzel- und Facettengelenksinfiltration 114,38 €
- CT-kontrollierte endoskopische Entfernung eines Bandscheibenvorfalles inkl. aller Voruntersuchungen, Heilmittel und Heilbehelfe sowie der erforderlichen Nachbetreuung bis 2 Wochen nach Durchführung des Eingriffes je 301,81 €
- Hochenergetische Stoßwellentherapie zur Behandlung von Tendinosis calcarea, Fasciitis plantaris, Epicondylitis humeri radialis sowie Pseudoarthrose nach gestörter Frakturheilung höchstens 5 Anwendungen pro Behandlungsfall, wobei der/die Leistungserbringer/in eine private Krankenanstalt in der Rechtsform eines selbstständigen Ambulatoriums oder ein/e Facharzt/-ärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie oder Physikalische Medizin sein muss pro Behandlung 48,22 €

4. Nadelakupunkturen (inklusive Grundleistungen)..... 12,72 €

5. Für physiotherapeutische Krankenbehandlung durch Heilmasseur/Heilmasseurinnen:

- Manuelle Heilmassage 5,00 €
- Minstdauer 10 Minuten
- Lymphdrainage 7,00 €
- Minstdauer 25 Minuten
- Lymphdrainage 14,00 €

Minstdauer 45 Minuten	
<u>Trockene Wärmebehandlung</u> , zB Infrarot, Rotlicht, Heißluft –	0,50 €
Minstdauer 10 Minuten	
<u>Feuchte Wärmebehandlung</u> , zB Schlamm, Moor, Fango, Parafango, Paraffin bei einfacher Applikation	2,00 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Feuchte Wärmebehandlung</u> bei mehrfacher Applikation	2,30 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Kryotherapie</u> zB Kryogel, Coldpack, Eispackung	1,50 €
<u>Niederfrequenz- und Mittelfrequenz sowie Hochvolttherapie</u>	1,50 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Hochfrequenz-, Kurz- und Mikrowellentherapie, Diathermie</u>	1,00 €
Minstdauer 10 Minuten	
<u>Intophorese</u>	1,50 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Muskelstimulation- und Exponentialstromtherapie</u>	1,50 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Ultraschalltherapie</u>	1,20 €
Minstdauer 5 Minuten pro Region	
<u>Unterwasserdruckstrahlmassage</u>	2,50 €
Minstdauer 10 Minuten	
<u>Kohlensäurebad</u>	3,20 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Zweizellen- oder Vierzellenbad</u>	1,50 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)</u>	4,20 €
Minstdauer 20 Minuten	
<u>Hausbehandlungszuschlag</u>	3,00 €

Anhang 6**Punkte- und Eurowerte
gemäß § 23 Abs. 1**

Pos. Nr.

Ärzte für Allgemeinmedizin		
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9890 €
	Laborleistungen je Laborpunkt	0,2693 €
1c	Erstkontaktordination	11,50 €
1d	Ärztlicher Koordinationszuschlag	9,30 €
2d	Zuschlag bei aufwendigen Visiten	17,42 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	11,04 €
56a	Hyposensibilisierung, pro Injektion	3,11 €
140	Cerumenentfernung, je Seite	2,85 €
175d	24h-Blutdruckmonitoring	27,77 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>		
12c	Demenzpatienten - Angehörigengespräch	8,89 €
12d	Psychosomatisch orientiertes Diagn.-und Behandlungsgespräch	18,73 €
12e	Heilmittelgespräch	5,87 €
118	Chirodiagnostik und –therapie	11,80 €
183a	Lungenfunktionsprüfung (kleine Spirographie)	11,21 €
194h	Mini-Mental-State-Examination-Test	12,60 €
Fachärzte für Augenheilkunde		
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,8763 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	6,85 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>		

68	Perimetrie od. Skotometrie, je	7,02 €
70	Tonometrie in Verbindung mit der Spaltlampe	12,64 €
71a	Untersuchung mit dem Adaptometer nach Goldmann oder Engelking, je	10,85 €
72b	Fundusdiagnostik mittels Funduskamera inkl. Bild-Dokumentation	21,27 €
73a	Pleoptische bzw. Orthoptische Sitzung, je	9,54 €
73b	Postoperative Kontrolle und Nachsorge nach intraokularen Eingriffen	14,94 €

Fachärzte für Chirurgie

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9205 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	3,73 €

Sonografieleistungen:

US01	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	9,31 €
US02	Sonografie des Pankreas	11,39 €
US03	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	17,23 €
US04	Sonografie der Milz	7,75 €
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschließlich der Bauchaorta)	11,39 €
US08	Sonografie des Unterbauches	11,39 €
SP01	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	11,19 €
SP06	Sonografie von oberflächlichen Raumforderungen	5,17 €
SP10	Sonografie des Scoralinhaltes	11,19 €
DS01	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	6,90 €
DS02	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz	6,90 €
FD02	Zuschlag zu den Positionen US01 sowie US03 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	3,43 €
FD03	Zuschlag zu Position US05 für Farbduplexsonografie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	8,60 €
FD04	Farbduplexsonografie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonografiebefundes	17,23 €
FD05	Farbduplexsonografie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	17,23 €

Fachärzte für Gynäkologie

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9020 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	7,80 €

Fachärzte für Dermatologie:

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9635 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	7,06 €
56a	Hyposensibilisierung, pro Injektion	2,58 €

Große Sonderleistungen:

174a	Epicutantestung (bis 7 Stoffe)	12,67 €
174b	Epicutantestung (bis 14 Stoffe)	21,81 €
174c	Epicutantestung (15 – 30 Stoffe)	36,11 €
174d	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 7 Stoffe	12,61 €

174e	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 14 Stoffe	23,50 €
174f	Exploration von Allergien, je	10,87 €
174g	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie	1,91 €
174h	Tumornachsorge	13,00 €

Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten:

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	1,0267 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	6,46 €
56a	Hyposensibilisierung, pro Injektion	2,42 €
138b	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen, je	4,97 €
140	Cerumenentfernung, je Seite	2,60 €

Große Sonderleistungen:

138a	Endoskopische Untersuchungen der Nase, der Nasennebenhöhlen, des Epipharynx oder Larynx, je	9,06 €
138c	Otomikroskopie, je	6,51 €
138d	Tympanometrie, je	8,98 €
138e	Sprachaudiometrie	18,50 €
174d	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 7 Stoffe, je	11,70 €
174e	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 14 Stoffe, je	23,31 €

Sonografieleistungen:

SP02	Sonografie der Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüse, Kieferwinkel, Raumforderungen)	37,17 €
SP03	Sonografie der Nasennebenhöhlen bei Verdacht auf akute Sinusitis	6,56 €

Fachärzte für Innere Medizin:

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,8391 €
1d	Ärztlicher Koordinationszuschlag	10,70 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	7,68 €
175d	24h-Blutdruckmonitoring	23,74 €
	Pauschale für alle Leistungen (ausg. Positionen 1d, 2d, 12a, 53a, 56a, 175, 175d, Wegegebühren, Sonografien, Mutter-Kind-Pass-Leistungen) höchstens	83,95 €

Große Sonderleistungen:

175	Ergometrische Untersuchung	75,13 €
-----	----------------------------	---------

Sonografieleistungen:

US01	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	15,53 €
US02	Sonografie des Pankreas	19,00 €
US03	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	28,73 €
US04	Sonografie der Milz	12,92 €
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschließlich der Bauchorta)	19,00 €
US08	Sonografie des Unterbauches	19,00 €
SP01	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	18,65 €

DS01	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	11,51 €
DS02	Bidirektionale Dopplersonografie der Extremitätenvenen mit Registrierung der Strömungskurve, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung bei Beinveneninsuffizienz	11,51 €
DS03	Bidirektionale dopplersonografische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation	17,23 €
DS04	Zuschlag zu Pos. FD01 für dopplersonografische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell)	6,63 €
FD01	Farbduplexsonografie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	33,60 €
FD02	Zuschlag zu den Positionen US01 sowie US03 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	5,72 €
FD03	Zuschlag zu Position US05 für Farbduplexsonografie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchorta	14,35 €
FD04	Farbduplexsonografie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonografiebefundes	28,73 €
FD05	Farbduplexsonografie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	28,73 €
EK01	Echokardiografie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) oder Echokardiografie mit zweidimensionaler Darstellung inklusive TM-Registrierung (inkl. Befunderstellung) und einschließlich Dopplersonografie des Herzens mit gepulstem und/oder CW Doppler	37,52 €

Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde:

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9087 €
	Laborleistungen, je Laborpunkt	0,3074 €
1d	Ärztlicher Koordinationszuschlag	7,58 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	7,17 €
56a	Hyposensibilisierung, pro Injektion	1,26 €
140	Cerumenentfernung, je Seite	2,29 €

Sonografieleistungen:

US01	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	13,69 €
US02	Sonografie des Pankreas	16,74 €
US03	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	25,32 €
US04	Sonografie der Milz	11,39 €
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschließlich der Bauchorta)	16,74 €
US08	Sonografie des Unterbauches	16,74 €
SP01	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	16,44 €
SP09	Sonografie der kindlichen Hüfte im 1.Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	20,23 €
SP10	Sonografie des Scrotalinhaltes	16,44 €
FD02	Zuschlag zu den Positionen US01 sowie US03 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	5,04 €

Fachärzte für Lungenkrankheiten:

	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	1,0371 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	7,92 €
56a	Hyposensibilisierung, pro Injektion	0,78 €

<u>Große Sonderleistungen:</u>	
174d	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 7 Stoffe 12,77 €
174e	Intracutantestung (Prick, Scratch o.ä.) bis 14 Stoffe, je 22,75 €
174f	Exploration von Allergien, je 12,09 €
183b	Atemwegswiderstandsmessung mit Befund, je 3,86 €
183d	Bodyplethysmographie 6,97 €
Fachärzte für Neurologie	
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt 1,0117 €
12a	Ärztliches Gespräch, je 4,86 €
194a	Komplette neurologische Statuserhebung mit Dokumentation, je 31,33 €
194g	Vestibularisprüfung 6,25 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>	
194h	Mini-Mental-State-Examination-Test 11,84 €
<u>Sonografieleistungen:</u>	
DS03	Bidirektionale dopplersonografische Untersuchung des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems sowie der periorbitalen Arterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation 23,10 €
DS04	Zuschlag zu Pos. FD01 für dopplersonografische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell) 8,89 €
FD01	Farbduplexsonografie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems 45,06 €
Fachärzte für Psychiatrie:	
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt 1,0402 €
1e	Sozialpsychiatrischer Koordinationszuschlag 12,15 €
12a	Ärztliches Gespräch, je 7,61 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>	
194e	Psychiatrische Notfallbehandlung 58,17 €
194h	Mini-Mental-State-Examination-Test 9,88 €
Fachärzte für Orthopädie:	
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt 1,0085 €
12a	Ärztliches Gespräch, je 6,17 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>	
117a	Überprüfung und Anpassung eines Orthopädischen Behelfes 12,70 €
118	Chirodiagnostik und –therapie 11,41 €
<u>Sonografieleistungen:</u>	
SP07	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates, insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste 20,10 €
SP09	Sonografie der kindlichen Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht 28,66 €
Fachärzte für Urologie:	
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt 0,9659 €
12a	Ärztliches Gespräch, je 5,47 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>	
169a	Uroflowmetrie einschl. Registrierung, je 7,31 €

<u>Sonografieleistungen:</u>		
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschließlich der Bauchaorta)	12,60 €
US11	Sonografie des Unterbauches (Pos. US08) und/oder transrektale Prostata-Sonografie	13,71 €
SP10	Sonografie des Scrotalinhaltes	12,37 €
Fachärzte für Unfallchirurgie:		
	Grund- und kl. Sonderleistungen, je kl. Punkt	0,9147 €
12a	Ärztliches Gespräch, je	2,06 €
<u>Große Sonderleistungen:</u>		
118	Chirodiagnostik und –therapie	11,84 €
Fachärzte für Radiologie:		
	Röntgenleistungen, je Röntgenpunkt	1,1981 €
<u>Sonografieleistungen:</u>		
US01	Sonografie der Leber, Gallenblase und Gallenwege	21,38 €
US02	Sonografie des Pankreas	26,16 €
US03	Sonografie des Oberbauches (jedenfalls der Leber, Gallenblase, Gallenwege, Milz und des Pankreas)	39,56 €
US04	Sonografie der Milz	17,79 €
US05	Sonografie der Nieren, Nebennieren und des Retroperitoneums (einschließlich der Bauchaorta)	26,16 €
US10	Sonografie des Unterbauches (Pos. US08) und/oder endovaginale Sonografie	28,48 €
US11	Sonografie des Unterbauches (Pos. US08) und/oder transrektale Prostata-Sonografie	28,48 €
SP01	Sonografie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse	25,68 €
SP02	Sonografie der Halsweichteile (zB Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüse, Kieferwinkel, Raumforderungen)	38,01 €
SP05	Sonografie der Mamma bei unklarem Mammografiebefund (je Seite)	13,21 €
SP06	Sonografie von oberflächlichen Raumforderungen (zB Zysten, Tumore, Hämatome, Lymphknoten)	11,87 €
SP07	Diagnostische Untersuchung des Bewegungsapparates, insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste	22,17 €
SP09	Sonografie der kindlichen Hüfte im 1. Lebensjahr bei Krankheitsverdacht	31,60 €
SP10	Sonografie des Scrotalinhaltes	25,68 €
DS04	Zuschlag zu Pos. FD01 für dopplersonografische Untersuchung der Periorbitalarterien mit Kompressionsmanöver und Dokumentation (bei Verdacht auf haemodynamisch signifikante Stenose im nicht einsehbaren cervikalen Abschnitt, sowie intrakraniell)	9,13 €
FD01	Farbduplexsonografie des Carotis- und Vertebralis-Arteriensystems	46,26 €
FD02	Zuschlag zu den Positionen US01 sowie US03 für Farbduplexsonografie bei Verdacht auf Pfortaderverschluss im B-Bild	7,88 €
FD03	Zuschlag zu Position US05 für Farbduplexsonografie des Körperstammes bei Aneurysmen, insbesondere der Bauchaorta	19,75 €
FD04	Farbduplexsonografie der Extremitätenarterien bei Vorliegen eines pathologischen bidirektionalen Dopplersonografiebefundes	39,56 €
FD05	Farbduplexsonografie der Extremitätenvenen bei Vorliegen eines klinischen Hinweises auf eine akute Thrombose der tiefen Beinvenen	39,56 €
Med. diagn. Laboratorien:		
	In der Honorarordnung geregelte Laborleistungen, je Laborpunkt	0,012540 €

In Sonderverträgen geregelte Laborleistungen, je Laborpunkt 0,036601 €

Honorarordnungsfremde Fachärzte (zB Fachärzte für Anästhesie):

Grund- und kl. Sonderleistungen, je 0,9705 €
 12a Ärztliches Gespräch, je 9,07 €

Untersuchungen mit einem Computertomografen (CT) oder Magnetresonanztomografen (MRT)

CT01 CT-Untersuchungen einer Region 105,83 €
 CT16 CT-Untersuchungen von zwei oder mehreren Regionen 169,33 €
 MR01 MRT-Untersuchungen, je 158,89 €
 KM Kontrastmittelpauschale 6,90 €

Anhang 7

Zuschüsse und Kostenersätze zu Transportkosten bei Fehlen von vertraglich festgelegten Tarifen

1. Zuschüsse gemäß § 25 Abs. 2

Für Transporte im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen die tatsächlichen Kosten, höchstens jedoch 72,00 €

2. Kostenersätze für Krankbeförderungen gemäß § 46 Abs. 3 Z 1 und einfache Krankentransporte gemäß § 46 Abs. 3 Z 2 lit. a

Für Krankbeförderungen mit einem Lohnfuhrwerk ersetzt die Kasse die Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometersgeldes. Einfache Krankentransporte gemäß § 46 Abs. 3 Z 2 lit. a werden in Höhe des amtlichen Kilometersgeldes vergütet.

3. Kostenersätze für qualifizierte Krankentransporte (liegend) gemäß § 46 Abs. 3 Z 2 lit. b

PosNr.	Zone	Positionstext	km		Betrag €	
8a1	1	Krankentransporte	liegend	1 bis 15	1-fach	30,40
8a2	1	Krankentransporte	liegend	1 bis 15	2-fach	19,77
8a3	2	Krankentransporte	liegend	16 bis 50	1-fach	94,76
8a4	2	Krankentransporte	liegend	16 bis 50	2-fach	61,58
8a5	3	Krankentransporte	liegend	51 bis 100	1-fach	162,70
8a6	3	Krankentransporte	liegend	51 bis 100	2-fach	105,76
8a7	4	Krankentransporte	liegend	101 bis 150	1-fach	224,68
8a8	4	Krankentransporte	liegend	101 bis 150	2-fach	146,04
8a9	5	Krankentransporte	liegend	über 150	1-fach	224,68
8b1	5	Krankentransporte	liegend	über 150	2-fach	146,04
8b2	5	Krankentransporte	liegend	ab dem 151.	1-fach	1,32
8b3	5	Krankentransporte	liegend	ab dem 151.	2-fach	0,85
8ga	1	Krankentransporte	liegend	50%		15,19
8gb	2	Krankentransporte	liegend	50%		47,37
8e1	1	Ambulanztransport	liegend	1 bis 15	1-fach	30,40
8e2	1	Ambulanztransport	liegend	1 bis 15	2-fach	19,77
8e3	2	Ambulanztransport	liegend	16 bis 50	1-fach	94,76

8e4	2	Ambulanztransport	liegend	16 bis 50	2-fach	61,58
8e5	3	Ambulanztransport	liegend	51 bis 100	1-fach	162,70
8e6	3	Ambulanztransport	liegend	51 bis 100	2-fach	105,76
8e7	4	Ambulanztransport	liegend	101 bis 150	1-fach	224,68
8e8	4	Ambulanztransport	liegend	101 bis 150	2-fach	146,04
8e9	5	Ambulanztransport	liegend	über 150	1-fach	224,68
8f1	5	Ambulanztransport	liegend	über 150	2-fach	146,04
8f2	5	Ambulanztransport	liegend	ab dem 151.	1-fach	1,32
8f3	5	Ambulanztransport	liegend	ab dem 151.	2-fach	0,85

4. Kostenersätze für Rettungstransporte gemäß § 46 Abs. 3 Z 3

PosNr.	Zone	Positionstext	km		Betrag €
8c7	1	Rettungstransport	1 bis 15	1-fach	79,27
8c8	1	Rettungstransport	1 bis 15	2-fach	51,50
8c9	2	Rettungstransport	16 bis 50	1-fach	136,47
8d1	2	Rettungstransport	16 bis 50	2-fach	88,70
8d2	3	Rettungstransport	51 bis 100	1-fach	192,49
8d3	3	Rettungstransport	51 bis 100	2-fach	125,12
8d4	4	Rettungstransport	101 bis 150	1-fach	240,17
8d5	4	Rettungstransport	101 bis 150	2-fach	156,11
8d6	5	Rettungstransport	über 150	1-fach	240,17
8d7	5	Rettungstransport	über 150	2-fach	156,11
8d8	5	Rettungstransport	ab dem 151.	1-fach	1,32
8d9	5	Rettungstransport	ab dem 151.	2-fach	0,85
8g8	1	Rettungstransport	50% bei Zusammentreffen mit HS		39,63
8g9	2	Rettungstransport	50% bei Zusammentreffen mit HS		68,25

Anhang 8

Kostenzuschuss nach § 38

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 33 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 70% des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 32 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.

Anhang 9

Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 32 Abs. 1

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

- b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
- 3. IOTN 3b: Verkehrter Überbiss größer 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 3b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm und weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- 4. IOTN 3c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz größer als 1 mm, aber kleiner gleich 2 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
- 5. IOTN 3e: Seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer 2 mm, aber kleiner gleich 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene.
- 6. IOTN 4a: Sagittale Stufe größer 6 mm, aber kleiner gleich 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 4a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 6 mm oder weniger als/gleich 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- 7. IOTN 4b: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm ohne Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- 8. IOTN 4c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen RKP (Retrale Kontaktposition) und IKP (Interkuspидale Kontaktposition):
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
- 9. IOTN 4d: Ausgeprägte Kontaktpunktverschiebung von benachbarten bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Die Kontaktpunktverschiebung wird an den anatomischen Kontaktpunkten gemessen, wo Zähne von der Linie des Zahnbogens abweichen (rotierte Prämolaren werden nur berücksichtigt, wenn ein Kreuz- bzw. Kantbiss vorliegt). Generell nicht berücksichtigt werden:
 - a) Vertikale Verschiebungen in der Höhe
 - b) Lücken (auch nicht nach Zahnextraktionen), es sei denn, ein Zahn bzw. mehrere Zähne weichen vom Zahnbogen ab. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene; an den anatomischen Kontaktpunkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- 10. IOTN 4e: Extremer seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen. Messpunkte: Frontzahnbereich – Schneidekante-Schneidekante; Seitzahnbereich – Höckerspitze-Höckerspitze.
- 11. IOTN 4f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
- 12. IOTN 4h: Wenig ausgeprägte Nichtanlage (ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
- 13. IOTN 4l: Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.

14. IOTN 4m: Verkehrter Überbiss größer als 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm mit Kaustörung und/oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm oder weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
15. IOTN 4t: Teilweise durchgebrochener Zahn, gekippt zum benachbarten Zahn, wenn durch gelindere Mittel (z. B. Separierdraht, Entfernen der Weisheitszähne, etc.) das Merkmal nicht beseitigt werden kann.
16. IOTN 4x: Überzähliger bleibender Zahn bzw. überzählige bleibende Zähne, der/die eine Zahnentfernung notwendig macht/machen, gefolgt von einer kieferorthopädischen Behandlung zur Ausformung des Zahnbogens und/oder zum Lückenschluss.
Vorhandensein eines überzähligen bleibenden Zahnes bzw. überzählige bleibende Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Extraktion (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).
17. IOTN 5a: Sagittale Stufe größer 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 5a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
18. IOTN 5h: Ausgeprägte Zahnunterzahl (mehr als ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
19. IOTN 5i: Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
- a) Platzmangels:
 - aa) bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind
 - bb) im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - cc) im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - b) Verlagerung:
 - aa) Liegt der Zahn außerhalb des Zahnbogens (ektopisch) und ist nicht durchgebrochen, wird er als impaktiert betrachtet (maximale Durchbruchshemmung). Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum spontanen Zahndurchbruch zu verstehen. Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe 5i nicht.
 - c) einem oder mehrerer überzähliger Zähne – wie etwa ein Mesiodens oder ein Odontom, die einen regelrechten Zahndurchbruch verhindern, und nach deren Entfernung eine kieferorthopädische Einreihung, Ausrichtung der Zähne bzw. ein Lückenschluss durchgeführt wird.
 - d) persistierender, ankylosierter oder retinierter Milchzähne, wenn der nachfolgende bleibende Zahn angelegt ist und keine Chance auf Spontandurchbruch nach Entfernung des retinierten Milchzahnes besteht. Anmerkung: Dies kann in der Regel erst nach einer Wartezeit von einem Jahr nach Entfernung des retinierten Milchzahnes unter Einbeziehung der Zahnwurzelentwicklung bewertet werden.
 - e) einer anderen pathologischen Ursache (z. B. Tumore).
- Sobald der Zahn bzw. ein Teil des Zahnes im Mund sichtbar ist, ist 5 i nicht mehr zu geben.
20. IOTN 5m: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm mit Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 5m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
21. IOTN 5p: Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).
22. IOTN 5s: Infraokklusion eines Milchzahns wird nur dann erfasst, wenn nur zwei Höcker sichtbar verbleiben und/oder die benachbarten Zähne stark über diesem Milchzahn zueinander gekippt sind und dadurch der überdeckte Zahn in seinem vollständigen Durchbruch gehemmt wird.