Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at

Die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe verlautbart gemäß § 455 Abs. 1 ASVG:

Satzung 2006

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt	**Organisation**
§ 1	*Geltungsbereich*
§ 2	*Sitz*
§ 3	*Organe, Geschäftsführung und Vertretung*
§ 4	*Sprachliche Gleichbehandlung*
§ 5	*Informationsveranstaltungen*
§ 6	*Verlautbarungen*
§ 7	*Vorläufige Verfügung des Obmannes*
§ 8	*Büro*
§ 9	*Form rechtsverbindlicher Akte*
§§ 10-12	*Bestimmungen über den Beirat*
§ 13	*Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung*
2. Abschnitt	**Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen**
§ 14	*Meldefristen*
§ 15	*Beitragszeitraum*
§ 16	*Lohnsummenverfahren*
§ 17	*Fälligkeit der allgemeinen Beiträge*
§ 18	*Fälligkeit der Sonderbeiträge*
§ 19	*Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG*
3. Abschnitt	**Leistungsrecht**
§ 20	*Wartezeit für Selbstversicherte*
§ 21	*Angehörige*
§ 22	*Bemessungsgrundlage*
§ 23	*Bestätigung des Dienstgebers über das Entgelt*
§ 24	*Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe*
§ 25	*Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit*
§ 26	*Erste Hilfeleistung*
§ 27	*Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen*
§ 28	*Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege*
§ 29	*Heilbehelfe*
§ 30	*Satzungsmäßiges Krankengeld*
§ 31	*Zahnbehandlung und Zahnersatz*
§ 32	*Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung*
§ 33	*Kieferregulierungen*
§ 34	*Zahnersatz*
§ 35	*Kostenerstattung im vertragslosen Zustand*
§ 36	*Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung*
§ 37	*Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen*
§ 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*
§ 42a	*Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit*
§ 43	*Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes*
§ 44	*Reise(Fahrt)kosten*
§ 45	*Transportkosten*
§ 46	*Auszahlung von Leistungen*
§ 47	*Zuschuss zu den Bestattungskosten*
4. Abschnitt	**Schlussbestimmungen**
§ 48	*Wirksamkeitsbeginn*
§ 49	*Wirksamkeit der 1. Änderung*

§ 50 *Wirksamkeit der 2. Änderung*
Anhang

1. Abschnitt
Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe (im folgenden kurz Kasse genannt).

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist Wien.

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.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 4. Wenn in dieser Satzung oder in anderen Rechtsvorschriften der Kasse personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, gelten sie für Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

Informationsveranstaltungen
(§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 5. (1) Die Kasse hält mindestens einmal jährlich eine Informationsveranstaltung ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer oder Arbeitgeber getrennt,
2. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen
(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

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

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

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

Vorläufige Verfügung des Obmannes
(§ 453 ASVG)

§ 7. (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 zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann.

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

Büro

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

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

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

(4) Der leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes bzw. seiner Stellvertreter nicht rechtzeitig eingeholt werden,

hat der leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Kasse unumgänglich notwendig ist. Er hat darüber dem Obmann unverzüglich zu berichten.

(5) Der leitende Angestellte ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des leitenden Angestellten gehen seine Rechte und Pflichten auf seine Stellvertreter in der vom Obmann zu bestimmenden Reihenfolge über. Der Vorstand kann die Aufgaben des leitenden Angestellten und seiner Stellvertreter zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

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

§ 9. (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 als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung als auch vom 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

übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom 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 leitenden Angestellten oder einem von diesem beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird (§ 357 Abs. 2 ASVG).

Bestimmungen über den Beirat
(§§ 440 ff. ASVG)

§§ 10. bis 12. Im Hinblick auf den Gesetzeswortlaut wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

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

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

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

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

eingebracht werden.

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

2. Abschnitt
Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefristen
(§ 33 Abs. 1, § 471d ASVG)

§ 14. Die Frist für die vollständige An- und Abmeldung fallweise beschäftigter Personen (§ 471b ASVG) hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ersten des nächstfolgenden Kalendermonates.

Beitragszeitraum
(§ 44 Abs. 2 ASVG)

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

Lohnsummenverfahren
(§ 34 Abs. 2, § 58 Abs. 4 ASVG)

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

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

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

Fälligkeit der Sonderbeiträge
(§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 18. (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.

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

§ 19. 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)

§ 20. 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) berechnet werden,
2. für Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

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

§ 21. Als Angehörige/r von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

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

Bemessungsgrundlage
(§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)

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

Für gemäß § 5 Abs.1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat, kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat.

(2) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %, sofern die Sonderzahlungen nicht nach § 54 Abs. 2 ASVG mit einem einheitlichen Prozentsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden. Der Zuschlag kann ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

Bestätigung des Dienstgebers über das Entgelt
(§ 361 Abs. 3 ASVG)

§ 23. (1) Für die Berechnung der Barleistungen werden die Erhebungen bei der Gehaltsverrechnung des Dienstgebers durch die Kasse gepflogen. Soweit die Übermittlung nicht automationsunterstützt erfolgt, sind hiefür eigene Vordrucke aufgelegt. Der Dienstgeber hat für die Berechnung des Krankengeldes anzugeben:

1. die Personaldaten des 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 den Grund der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden 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 Abs. 1 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

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

§ 24. (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes (Wahlarztes) oder einer Wahl-Gruppenpraxis werden die Kosten für eine Ordination mit zwei Fünfteln der in Betracht kommenden pauschalierten Grundvergütung (Fallpauschale u. a.) herangezogen. Die Kostenerstattung darf im Kalendervierteljahr 80 % der in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt oder eine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis vorgesehenen Grundvergütung (Fallpauschale u. a.), zuzüglich 80 % der in der Honorarordnung vorgesehenen Zuschläge und Honorare für Einzelleistungen und Visiten, jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt 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 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(3) Die Kasse erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, wenn vom Versicherten eine Originalhonorarnote gemäß § 28 der Krankenordnung vorgelegt wird.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit
(§ 131 Abs. 2 ASVG)

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

Erste Hilfeleistung
(§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 26. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt (Vertragszahnarzt), 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 Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegkostenzuschusses gemäß § 39 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 § 45 Abs. 4 und 5.

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

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

§ 27. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Kasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der Antragsteller 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)

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

Heilbehelfe
(§ 137 ASVG)

§ 29. (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe, höchstens bis zum 8fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(2) Die Kasse übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum 8fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist.

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

§ 30. (1) Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit - ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten - bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheids über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der Versicherte die Tätigkeit, aufgrund welcher er als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zu dem Tag geleistet, an dem die Pension angefallen ist.

(3) Die Kasse leistet das Krankengeld bei ein und demselben Versicherungsfall im Einzelfall über die Dauer von 52 Wochen hinaus (Abs. 1 und 2 sind anzuwenden) bis zu 78 Wochen, wenn aufgrund einer chef-(kontroll-)ärztlichen Begutachtung das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bzw. dessen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu erwarten sein wird. Diese chef-(kontroll-)ärztliche Begutachtung erfolgt spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezuges.

(4) Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld

für den Ehegatten um 10 %

für die sonstigen Angehörigen um je 5 %

der Bemessungsgrundlage erhöht. Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf 75 % der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs.1 ASVG in Verbindung mit § 23 Abs.2) nicht übersteigen.

Zahnbehandlung und Zahnersatz
(§ 153 ASVG)

§ 31. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 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 mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation,
3. Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
4. Patienten 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 § 32 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 32 Abs. 3 zweiter Satz müssen - grundsätzlich vor Behandlungsbeginn - von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

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

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

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

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

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

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

(3) Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, werden von der Kasse nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind (Anhang 3). Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Kasse eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der Leistungserbringer dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen
(§ 153 ASVG)

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

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

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

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

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

Zahnersatz
(§ 153 ASVG)

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

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

besteht.

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

(3) Hat die Kasse für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

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

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

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG)

§ 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. Stehen Vertragspartner 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 6 zur Satzung.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen

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

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

§ 39. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i.V.m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 161,28 € pro Tag der stationären oder tagesklinischen Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Der Pauschalbetrag verringert sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gem. § 447f Abs. 7 Z 1 bis 3 ASVG davon abzusehen ist.

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

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

§ 40. (1) Hat der Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht, und besteht auch keine vertragliche Regelung mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt, erbringt die Kasse einen Ambulanzkostenzuschuss in Höhe von 80 % der zum 31. Dezember 1996 geltenden Ambulanztarife mit der nächstge-

legenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

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

Hilfsmittel
(§ 154 ASVG)

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

1. allgemein das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. das 20fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Hilfsmittel, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, sowie für Krankenfahrstühle,

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

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

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

(4) Bestehen mit Vertragspartnern Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an den Versicherten (Angehörigen), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner direkt verrechnet.

(5) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, maximal jedoch das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

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

§ 42. Die Kasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss zu folgender Maßnahme zur Erhaltung der Volksgesundheit:

1. Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommer-Meningoencephalitis 3,63 €

Der Zuschuss nach Z 1 kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impfserum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit
(§ 155, Abs. 3 ASVG, 479d Abs. 2 ASVG)

§ 42a. Zur Bestreitung der Ausgaben der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit wird ein Zuschlag zu den nach § 479d ASVG zu entrichtenden Beiträgen in der Höhe von 0,45 % der Beitragsgrundlage festgesetzt.

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

§ 43. Die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. die letzten 13 Wochen entfallenden Sonderzahlungen sind bei der Bemessung des Wochengeldes dadurch zu berücksichtigen, dass der nach § 162 Abs. 3 ASVG ermittelte Nettoarbeitsverdienst um 17 % zu erhöhen ist.

Reise(Fahrt)kosten
(§ 135 ASVG)

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

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen), Zahnbehandlung und Zahnersatz,
2. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt,
3. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
4. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 154a Abs. 2 ASVG),
5. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 132a Abs. 3 ASVG),
6. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 132b Abs. 5 ASVG),
7. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 132c Abs. 5 ASVG),
8. im Zusammenhang mit einer von der Kasse angeordneten ärztlichen Begutachtung des Gesundheitszustandes des Anspruchsberechtigten, insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,

(2) 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.

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

(4) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt mit einem Kilometersatz von 0,09 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson von 0,14 € . Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel der Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt hat. Höhere als die dem Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden nicht ersetzt.

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

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

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

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

zu ersetzen gewesen wäre.

(7) Im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 154a Abs. 2 ASVG) übernimmt die Kasse Reise(Fahrt)kosten, wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten (Angehörigen) nach den Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt. Die Absätze 2 bis 5 sind anzuwenden.

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

§ 45. (1) Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige aufgrund seines 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 Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
3. zur ambulanten Behandlung zum nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt (Vertragszahnarzt), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

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

(3) Transporte erfolgen

1. ohne der notwendigen Begleitung eines Sanitäters neben dem Fahrer (sitzend),
2. mit der notwendigen Begleitung eines Sanitäters neben dem Fahrer (liegend),
3. mit einem privaten Kraftfahrzeug.

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

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

1. wegen
   a) des Zustandes des Erkrankten oder

b) der Dringlichkeit des Falles
eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre
2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes
a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
b) diese Notwendigkeit von der Kasse anerkannt
worden ist.

(5) 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 je Flugminute: 41,81 €;
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
a) Primärtransporte pauschal: 948,27 €,
b) Sekundärtransporte je Flugminute: 23,05 €;
3. für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:
a) Primärtransporte pauschal: 894,93 €,
b) Sekundärtransporte je Flugminute: 23,05 €.

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

(6) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

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

zu ersetzen gewesen wäre.

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

(8) 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,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife, wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten (Angehörigen) nach den Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt.

Auszahlung von Leistungen
(§ 104 ASVG)

§ 46. Die Auszahlung des Kranken- und Wochengeldes wird alle vier Wochen im Nachhinein vorgenommen.

Zuschuss zu den Bestattungskosten
(§ 116 Abs. 5 ASVG)

§ 47. (1) Beim Tod eines Versicherten, eines sonst nach § 122 ASVG Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 123 ASVG) leistet die Kasse demjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat, einen Zuschuss zu den Bestattungskosten bis zur Höhe von 436,04 €, wenn dies bei Bedachtnahme auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse begründet erscheint.

(2) Die Leistung eines Zuschusses ist im Sinne des Abs. 1 dann in den wirtschaftlichen Verhältnissen begründet, wenn das Einkommen des Antragstellers das Doppelte des nach § 293 Abs. 1 lit. a ASVG in Betracht kommenden Richtsatzes - unter Berücksichtigung einer allfälligen Erhöhung des Richtsatzes gemäß § 293 Abs.1 ASVG - nicht übersteigt. Bei der Feststellung des Einkommens des Antragstellers ist ein etwaiges Einkommen des mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten mit zu berücksichtigen. Als Einkommen gilt das Nettoeinkommen nach Maßgabe des § 292 ASVG; Unterhaltsansprüche bleiben hiebei außer Betracht.

(3) Als Nachweis der Kostentragung hat der Antragsteller eine saldierte Rechnung des Bestattungsunternehmens vorzulegen.

(4) Die Kasse leistet keinen Zuschuss,

1. wenn die notwendigen Kosten der Bestattung aufgrund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung von anderen Personen als dem Ehegatten, den leiblichen Kindern, den Wahlkindern, den Stiefkindern, dem Vater, der Mutter oder den Geschwistern zu bestreiten sind;
2. wenn ein Todesfallbeitrag oder eine ähnliche Leistung vom Dienstgeber des Verstorbenen gezahlt wird;
3. insoweit ein Teilersatz der Bestattungskosten aus der Unfallversicherung gebührt;
4. im Falle einer Totgeburt.

4. Abschnitt
Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 48. (1) Diese Satzung tritt gemäß § 31 Abs. 9a ASVG nach Ablauf des fünften Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung im Internet in Kraft. Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet unter www.avsv.at Nr. 177/2005 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 84/2002
2. avsv Nr. 173/2005

aufgehoben.

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

Wirksamkeit der 1. Änderung

§ 49. (1) Die Änderung des § 21 tritt mit 1. August 2006 in Kraft.

(2) Die Änderung des § 39 Abs. 1 tritt mit 1. Jänner 2007 in Kraft.

(3) Die Änderung des § 45 Abs. 5 tritt nach Ablauf des 5. Kalendertages ab dem Zeitpunkt der Freigabe der Verlautbarung zur Abfrage im Internet in Kraft.

Wirksamkeit der 2. Änderung

§ 50. Die zweite Änderung der Satzung tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

Anhang 1

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

Kieferorthopädische Behandlung

Prothetische Zahnbehandlung

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

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

Pos. Nr.	
1	Beratung
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 einkanalig
14 WB-Exstirpation zweikanalig
15 WB-Exstirpation dreikanalig
16 WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
17 Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
18 Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
19 Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
20 Zahnsteinentfernung
21 Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
22 Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)
23 Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
24 Zahnröntgen
25 Panoramaröntgen
26 Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
27 Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
28 Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
29 Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
30 Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
31 Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
32 Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
33 Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
34 Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
35 Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
36 Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
37 Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
38 Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
39 Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
40 Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
41 Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei)

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

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

III. 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 (Teilunterfütterung)
c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)

d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator

e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke

4. Metallgerüst-Prothesen - Neuherstellung

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

5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen

x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe

y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer

z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis

6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhen, 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 § 32 Abs. 2

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

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

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan)	29,07 €
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methaacrylatfreier Kunststoff)	23,62 €
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.)	34,88 €

gemäß § 34 Abs. 5 (in den Fällen des § 31 Abs. 3 zweiter Satz

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

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

Anhang 3

Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen (§ 32 Abs. 3)

I. Kieferchirurgie

1. Probeexcision
2. Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie, inklusive Arznei, je Injektion

3. Röntgenaufnahme des Schädels (Fernröntgen)
4. Luxation eines Kiefergelenkes; konservative (unblutige) Reposition
5. Fibrinklebung inklusive Fibrinkleber
6. Verblockung pro Quadrant bei Parodontalbehandlung
7. Verschiebelappenoperation (Wiedmann - Neumann), Flapoperation pro Sextant
8. Chirurgische Femdkörperentfernung
9. Replantation eines Zahnes mit Schienung
10. Drainage der Kieferhöhle
11. Endoskopie der Kieferhöhle
12. Vestibulumplastik
13. Narkose/erste Stunde
14. Narkose/weitere Stunde
15. Entfernung eines Speichelsteines
16. Neuro - Anastomose
17. Neuro - Transposition
18. Freilegung eines retinierten Zahnes mit Anschlingen
19. Transplantation eines Zahnes
20. Entfernung eines Implantates
21. Freilegung eines retinierten Zahnes
22. Splitting
23. Chirurgische Kronenverlängerung
24. Gingivektomie pro Quadrant
25. Augmentation mit autologem Transplantat bzw. inklusive Material
26. Augmentation oder Reduktion/Quadrant inklusive Material
27. Augmentation oder Reduktion/Einzelzahn inklusive Material
28. Osteotomie klein
29. Osteotomie groß
30. Chirurgisches Legen einer Membrane
31. Freies Schleimhauttransplantat
32. Sinuslift

II. Funktionsstörungen des Kiefergelenks (Basis abnehmbarer Geräte)

1. Funktionsstörungen, einfache Befunderhebung und Therapie von Myopathien (3 Monate)
2. Funktionsstörungen des KG, Axiographie und Therapie von einfacher Kiefergelenksproblematik (6 Monate)
3. Komplexe KG Problematik, Axiographie und konservative Therapie inklusive Vor- und Nachbehandlung von chirurgischer Kiefergelenksoperation (1 Jahr).

III. Heilbehelfe
nähere Bestimmungen siehe § 137 ASVG

1. Cystenobturator
2. schiefe Ebene
3. Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene
4. Obere Platte (bei Frakturen, Abdeckplatte bei LKG-Spalten)
5. Kappenschiene, gegossene Greiferschiene
6. Frakturversorgung (Drahtschienenverband inklusive Ottenhacken und intermaxilläre Fixation, Sauerschiene, Ivyligatur)
7. Bänder, Brackets (Klebung, Aufzementierung, Abnahme) nicht im Zusammenhang mit KFO-Behandlung
8. Resektionskloß ohne Prothese
9. Gesichtsepithesen
10. Nasen-, Ohrepithesen
11. Kinnkappe, Mundvorhofplatte, Wangenschild, Platzhalter

Anhang 4

1. Zuzahlungen für Kieferregulierungen gemäß § 33 Abs. 1

Die Zuzahlung des Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte beträgt pro Behandlungsjahr 40 % der mit den Vertragszahnbehandlern (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

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

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

1. für Kunststoffprothesen	25 %
2. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhen, Zahnklammern	40 %
3. für	
a) Voll-Metallkronen an Klammerzähnen	40 %
b) Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen	40 %

der mit den Vertragszahnbehandlern (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

Anhang 5

Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

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

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

Anhang 6

Kostenzuschüsse gemäß § 37 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. Für die Behandlung durch einen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten	12,72 €
c) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 90 Minuten pro Person	7,27 €
d) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 45 Minuten pro Person	5,09 €
2. für eine Diagnose-Erstellung durch einen klinischen Psychologen	14,53 €
3. für ergotherapeutische Krankenbehandlung	
a) pro Behandlung zu 30 Minuten	8,72 €
b) pro Behandlung zu 60 Minuten	16,71 €
Pro Fall und Pflegetag, an dem medizinische Hauskrankenpflege geleistet wurde (inkl. Wegegebühren), längstens aber für die Dauer von vier Wochen für ein und denselben Versicherungsfall	8,72 €

Über diese Zeitdauer hinaus wird ein Kostenzuschuss nur bei Vorliegen einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung gewährt.

Anhang 7

Kostenzuschüsse gemäß § 26 Abs. 2 der Satzung bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Die Kasse leistet bei Fehlen vertraglicher Regelungen für die notwendigen Transportkosten im Zusammenhang mit der Ersten Hilfeleistung (§ 26 Abs. 2 der Satzung) das amtliche Kilometergeld.

*

Die Satzung 2006 wurde am 24.03.2006 von der Generalversammlung der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe beschlossen und vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 28.06.2006, GZ. BMGF-96430/0039-I/10/2006, genehmigt.

Der Obmann:
Thier

Die leitende Angestellte:
Mag. Rauchenberger