

SATZUNG 2016

der

STEIERMÄRKISCHEN 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
Beitragszeitraum	§ 14
Beitragsvorschreibung für bestimmte Gruppen	§ 15
Fälligkeit der allgemeinen Beiträge	§ 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-Hilfe-Leistung	§ 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	§ 30
Zahnbehandlung und Zahnersatz	§ 31
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	§ 32
Kieferregulierungen	§ 33
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche	§ 34
Zahnersatz	§ 35
Kostenerstattung im vertragslosen Zustand	§ 36
Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung	§ 37
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen	§ 38
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 39
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen	§ 40
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 41
Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird	§ 42

Hilfsmittel	§ 43
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 44
Maßnahmen zur Krankheitsverhütung	§ 44a
Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes	§ 45
Reise(Fahrt)kosten	§ 46
Transportkosten	§ 47
Auszahlung von Leistungen	§ 48
4. Abschnitt – Sonderbestimmungen	
Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/Arbeiterinnen in der Land- und Forstwirtschaft	§ 49
Beiträge für unständig Beschäftigte	§ 50
Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten	§ 51
Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte	§ 52
5. Abschnitt – Schlussbestimmungen	
Wirksamkeitsbeginn	§ 53
Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung	§ 54
Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung	§ 55
Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung	§ 56
Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung	§ 57
Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung	§ 58
Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung	§ 59
Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung	§ 60
Wirksamkeitsbeginn der 8. Änderung	§ 61
Wirksamkeitsbeginn der 9. Änderung	§ 62
Wirksamkeitsbeginn der 10. Änderung	§ 63
Wirksamkeitsbeginn der 11. Änderung	§ 64
Wirksamkeitsbeginn der 12. Änderung	§ 65
6. Anhänge	
Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung; kieferorthopädische Behandlung; prothetische Zahnbehandlung	Anhang 1
Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen	Anhang 2
Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen gemäß § 32 Abs. 3	Anhang 3
Zuzahlungen bzw. Zuschüsse für Kieferregulierungen gemäß § 33 Abs. 1; Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5	Anhang 4
Kostenzuschüsse für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3	Anhang 5
Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)	Anhang 6
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung gemäß § 39	Anhang 6a
Pauschalbeträge für tagesklinische Leistungen	Anhang 7
Pauschalbeträge für die Kostenerstattung gemäß § 23 Abs. 1	Anhang 8
Pauschalbeträge für die Behandlung in Physikalischen Instituten/Ambulatorien	Anhang 9
Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 33 Abs. 1	Anhang 10

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse.

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist Graz.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

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

Informationsveranstaltungen

(§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

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

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Dienstnehmer/innen oder Dienstgeber/innen getrennt

2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereichs der Kasse oder
3. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen (§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

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

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

(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 in Verzug

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

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

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

Büro

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

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

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

(4) Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/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 18 Mitgliedern eingerichtet (§ 453 Abs. 1 Z 4 ASVG). Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff. ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

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

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

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

(2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als

- Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als
- Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit

folgende Unterlagen vorzulegen:

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

Allspartenservice der österreichischen Sozialversicherung

(§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 12. Die Kasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allspartenservices der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist (§ 33 Abs. 3 ASVG)

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

Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

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

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

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

§ 16. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

Fälligkeit der Sonderbeiträge (§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonats 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 Beitragsvorsreibung 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 die 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 %. Der Zuschlag darf ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

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

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

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und 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 oder
 - wenn ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht kommt, im laufenden Beitragszeitraum,
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 als Kosten für die erste Ordination in einem Kalendervierteljahr € 19,61 und für jede weitere Ordination € 6,80 zuzüglich allfälliger in der Honorarordnung für entsprechende Vertragsärzte/Vertragsärztinnen oder für entsprechende Gruppenpraxen vorgesehene Zuschläge bestimmt.

Als Kosten für die Einzelleistungen werden die im Anhang 8 genannten Pauschalbeträge festgesetzt.

Für die Feststellung der Pauschalbeträge für Einzelleistungen sind die in den Honorarordnungen vertraglich vorgesehenen Verrechnungsbeschränkungen in qualitativer (z. B. Ausbildungs- und Ausrüstungserfordernisse, Fachgebietsbeschränkungen) und quantitativer (z. B. Limitierungen) Hinsicht entsprechend anzuwenden. Wegegebühren werden hiebei mit dem Ausmaß berücksichtigt, das die Kasse bei Inanspruchnahme des/der nächstgelegenen Vertragsarztes/Vertragsärztin (Vertragsfacharztes/Vertragsfachärztin) oder der nächstgelegenen Vertrags-Gruppenpraxis aufzuwenden gehabt hätte.

Der Erstattungsbetrag darf 80 % der so ermittelten Kosten, jedenfalls aber das Honorar, das dem/der Wahlarzt/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 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für eine/n vergleichbare/n Vertragsarzt/Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung 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-Hilfe-Leistung (§ 131 Abs. 3 ASVG)

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

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife bzw. leistet die Kasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 6 zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 47 Abs. 6 und 7.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefürztliche 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)

§ 27. (1) Bei Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 lit. a ASVG) in einer Nichtvertragsseinrichtung (z.B. Institut, Ambulatorium) erfolgt die Kostenerstattung für ab 01.01.2014 in Anspruch genommene Behandlungen in Höhe von 80% der im Anhang 9 genannten Pauschalbeträge. Für in Anhang 9 nicht genannte Behandlungen erfolgt die Kostenerstattung in Höhe von 80% der mit den Instituten vertraglich vereinbarten Tarife. Der Erstattungsbetrag darf in beiden Fällen das Honorar, das der Wahleinrichtung tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

(2) 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 mit den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen vereinbarten Kosten für notwendige Heilbehelfe höchstens bis zum Dreifachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

(2) Nimmt der/die Anspruchsberechtigte statt tariflich geregelter Heilbehelfe aus der Gruppe der Bandagen und Orthesen sowie Bandagen zur Kompressionstherapie ein vertraglich zulässiges teureres Produkt in Anspruch, so wird eine Kostenerstattung in der Höhe von 80 % des im Vertrag mit der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker mit Wirkung für die Landesinnungen bzw. Fachvertretungen vorgesehenen Tarifdurchschnittes der jeweiligen Produktgruppe zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer geleistet und ist die direkte Verrechnung mit der Vertragsfirma ausgeschlossen.

(3) 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 modifizierter Kontaktlinsen oder Orthokeratologie-Linsen.

(4) Die Kasse übernimmt die mit den Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen vereinbarten Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum Dreifachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

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

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

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheides oder eines Verständigungsschreibens über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der/die 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) Eine Erhöhung der Höchstdauer des Krankengeldanspruches wird in der Satzung nicht geregelt.

(4) 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)

§ 30. Die Kasse leistet Personen,

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

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

Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 ASVG)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung (§ 153 ASVG)

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

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

(3) 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/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen (§ 153 ASVG)

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

- a) bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
- b) jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anhang 10,

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

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 5h,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
4. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 4f,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5a und 4a,

10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für 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 5 erbracht.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

(§ 153a ASVG)

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

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

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

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

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

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien,
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,
 - c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
 - d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
 - e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
 - f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
 - g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
 - h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen,
 - i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,

- j) Platzmangel in Stützzone größer als 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
- k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
- l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
- m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z.B. nach einer 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 30.06.2015 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 § 33 erhält. Abweichend davon gewährt die Kasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte ab 01.07.2015 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)

§ 35. (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 (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen ein Vertragsmaterial) oder weil ein abnehmbarer Zahnersatz nicht anders Halt findet für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material oder ein besonderes Halteelement verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die Kasse für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2 bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Kasse für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Kasse als Leistung eine totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, eine Metallgerüstprothese oder eine Verblind-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 Frist keinen Ersatz.

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

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG)

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

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

§ 37. Über den Gesetzeswortlaut hinaus (§ 131 Abs. 1 ASVG) wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

§ 38. (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 den Regelungen im Anhang 6.

(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 stehende 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 6.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung

(§ 153a Abs. 6 ASVG)

§ 39. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Kasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Kasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhangs 6a, wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 34 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

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

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

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen

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

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

(§ 150 ASVG)

§ 41. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i.V.m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe

1. des Pauschalbetrages von € 251,37 pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt,
2. der im Anhang 7 angeführten Pauschalbeträge für tagesklinische Leistungen,

jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 4 ASVG davon abzusehen ist.

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

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

(§ 131b ASVG)

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

legen den 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 Prozentsatz aufzuwerten, um den die Vertragstarife für private Krankenanstalten für stationäre Pflege erhöht werden.

Hilfsmittel (§ 154 ASVG)

§ 43. (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch allgemein das Viereinhalbfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), bei Anti-Varus- und gleichartigen orthopädischen Schuhen höchstens das Eineinhalbfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wobei vom/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

Der Zuschuss für paarweise abgegebene orthopädische Schuhe vermindert sich:

- a) für Erwachsene um€ 72,67
- b) für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr um€ 36,34

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

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das Viereinhalbfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

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

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

(5) Nimmt der/die Anspruchsberechtigte statt tariflich geregelter Hilfsmittel aus der Gruppe der Bandagen und Orthesen ein vertraglich zulässiges teureres Produkt in Anspruch, so wird ein Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % des im Vertrag mit der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Augenoptiker, Orthopädietechniker, Bandagisten und Hörgeräteakustiker mit Wirkung für die Landesinnungen bzw. Fachvertretungen vorgesehenen Tarifdurchschnittes der jeweiligen Produktgruppe, zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer, geleistet und ist die direkte Verrechnung mit der Vertragsfirma ausgeschlossen.

(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 gemäß Abs. 4 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 gemäß Abs. 4 erfolgt.

(8) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel – mit Ausnahme von Anti-Varus- und gleichartigen orthopädischen Schuhen – beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, höchstens jedoch das Viereinhalbfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom/Von der Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen. Für Betriebs- und Leuchtmittel leistet die Kasse keine Kostenzuschüsse. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

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

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

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

1. bedarfsorientierte Information und Aufklärung über Zahn- und Zahnfleischerkrankungen und deren Vermeidung, Ernährungsberatung/-lenkung – Kurzintervention
2. bedarfsorientierte Motivation bzw. Remotivation (Nutzenfindung für 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 (Anspruchsberechtigten) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr, die sich einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten unterziehen, leistet die Kasse maximal zwei Mal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung, wobei die Leistungen mindestens sechs Monate auseinander zu liegen haben.

Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes

(§ 162 Abs. 4 ASVG)

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

1. bei Sonderzahlungen
 - a) bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw.
 - b) 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 Abs. 4 ASVG)

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

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

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

1. für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes und

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

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

1. für Kinder unter 15 Jahren,

2. für Personen, bei denen dies 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 § 47 Abs. 3 erfolgt ist, ersetzt die Kasse keine Reise(Fahrt)kosten.

(8) Bei Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines/einer Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin, einer Wahleinrichtung oder eines/einer Wahlpartners/Wahlpartnerin zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die 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, § 144 Abs. 5, § 153 Abs. 5, § 154 Abs. 4, § 154a Abs. 2 ASVG)

§ 47. (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 Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern im Anhang 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 Tragesessel 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 Kilometersgeldes.

(4) 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.

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

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

(6) 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.

(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. Abs. 4 ist nicht anzuwenden. Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen und unaufschiebbaren Anstaltspflege während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes ist Abs. 2 zweiter Satz sinngemäß anzuwenden.

Auszahlung von Leistungen (§ 104 ASVG)

§ 48. (1) Die Anweisung der folgenden Geldleistungen wird alle vier Wochen im Nachhinein vorgenommen:

1. Krankengeld,
2. Wochengeld.

(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

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

§ 49. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

Beiträge für unständig Beschäftigte (§ 466 ASVG)

§ 50. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

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

§ 51. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

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

§ 52. (entfallen)

(11. Änderung der Satzung 2016)

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 53. (1) Diese Satzung tritt mit Ausnahme der §§ 23 Abs. 3, 27 Abs. 2 und 32a Abs. 5 Z 4 mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 42/2016 vom 23.03.2016).

Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet Nr. 123/2011 am 17.06.2011 (Neufassung der Satzung), zuletzt geändert durch die 7. Änderung der Satzung (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr. 13/2016 am 20.01.2016), aufgehoben.

(2) Die §§ 23 Abs. 3 und 27 Abs. 2 treten rückwirkend mit 01.01.2016 in Kraft.

(3) § 32a Abs. 5 Z 4 tritt rückwirkend mit 01.07.2015 in Kraft.

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

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 54. Die Änderung tritt rückwirkend mit 01.01.2016 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 55. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme der §§ 7 Abs. 5, 19 Z 2 und Z 3, 23 Abs. 1, 35 Abs. 1 Z 3, 41 Abs. 1 Z 1, 48 und 50 sowie des Anhanges 8 mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft.

(2) Die §§ 7 Abs. 5, 23 Abs. 1, 41 Abs. 1 Z 1, 48 sowie Anhang 8 treten rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

(3) § 19 Z 2 und Z 3 tritt rückwirkend mit 01.01.2016 in Kraft.

(4) § 35 Abs. 1 Z 3 tritt rückwirkend mit 01.07.2016 in Kraft.

(5) § 50 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 56. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des § 50 rückwirkend mit 01.01.2017 in Kraft.

(2) § 50 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 49/2017 vom 04.04.2017).

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 57. Die Satzungsänderung tritt rückwirkend mit 01.04.2017 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 58. (1) Die Änderungen im § 29 Abs. 3 und 4, § 43 Abs. 1, 1a und 6 sowie § 44 treten rückwirkend mit 01.10.2017 in Kraft.

(2) Die Änderungen im Punkt 6 des Inhaltsverzeichnis und die Änderungen des § 28 Abs. 1, 3 und 4, § 33 Abs. 1 und 2, § 35 Abs. 3 erster Satz, § 41 Abs. 1 Z 1, § 43 Abs. 7, § 46, § 47 Abs. 3 bis 7 sowie des Anhanges 4, des Anhanges 6 Z 5 und des Anhanges 10 treten mit 01.01.2018 in Kraft.

(3) Die Regelungen des § 33 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 § 35 Abs. 3 erster Satz gilt für Fälle, in denen die Behandlung nach dem 31.12.2017 beginnt.

Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 59. (1) § 28 Abs. 3 Z 10 tritt rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

(2) Anhang 6 Z 5 tritt rückwirkend mit 01.10.2017 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung

§ 60. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des § 50 rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

(2) § 50 tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 57/2018 vom 20.03.2018).

Wirksamkeitsbeginn der 8. Änderung

§ 61. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des Anhanges 6 Z 3 und des Anhanges 9a mit dem auf die Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 115/2018 vom 22.06.2018).

(2) Anhang 6 Z 3 und Anhang 9a treten rückwirkend mit 01.01.2018 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 9. Änderung

§ 62. Die Änderung tritt mit 01.07.2018 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 10. Änderung

§ 63. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des § 27 Abs. 1 sowie des Anhanges 9 rückwirkend mit 01.09.2018 in Kraft (Amtliche Verlautbarung im Internet Nr.: 182/2018 vom 11.10.2018).

(2) § 27 Abs. 1 und Anhang 9 treten mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung in Kraft.

(3) § 38 Abs. 1 Z 3 und Anhang 6 Z 5 treten mit 31.12.2019 außer Kraft.

(4) Die in Anhang 6 Z 1 angeführten Kostenzuschüsse gelten für Leistungen, die nach dem 31.08.2018 erbracht werden.

(5) Die in Anhang 6 Z 2 bis 4 angeführten Kostenzuschüsse gelten für Leistungen, die nach dem 31.08.2018 verordnet werden.

Wirksamkeitsbeginn der 11. Änderung

§ 64. (1) Die Änderungen treten mit Ausnahme des Anhanges 6a mit 01.01.2019 in Kraft.

(2) Anhang 6a tritt mit Ablauf des Tages seiner Kundmachung in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 12. Änderung

§ 65. Die Änderungen treten mit 01.01.2019 in Kraft.

Anhang 1

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung – Kieferorthopädische Behandlung – Prothetische Zahnbehandlung

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

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 1 und § 44a

Pos.Nr.	
1	Beratung
1a	Kieferorthopädische Beratung gemäß § 34 Abs. 1 Diese umfasst folgende Leistungen: a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung, b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung, c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin, d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung
4	Visite
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps
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)
65	Mundhygiene nach § 44a
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
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 Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
20	Zahnsteinentfernung
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u.ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
24	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

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

III.

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

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

- eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),
- Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,
- die kieferorthopädische Behandlung,
- die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

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

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

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

- Diagnostische Leistungen; dies sind:
 - Behandlungsplanung,
 - die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,

- c) Panoramaröntgen,
- d) laterales Fernröntgen,
- e) Fotos intra- und extraoral,
- f) Modelle,
- g) Bissregistrator,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

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

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

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

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung

2. Kunststoffprothesen – Neuherstellung

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

3. Reparaturen an Kunststoffprothesen

- a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer
- b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)
- c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)
- d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
- e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke

4. Metallgerüstprothesen – Neuherstellung

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

5. Reparaturen an Metallgerüstprothesen

- 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 Aufruhren, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

7. Voll-Metallkrone (VG)

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

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

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2

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

II. Unentbehrlicher Zahnersatz

gemäß § 35 Abs. 2

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

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

4. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich (= Zähne 1 bis 5 des Oberkiefers und Zähne 1 bis 5 des Unterkiefers) € 156,25
5. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich (= Zähne 1 bis 5 des Oberkiefers und Zähne 1 bis 5 des Unterkiefers) € 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.

**Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen
gemäß § 32 Abs. 3**

Folgende Leistungen werden entsprechend dem Sondertarif der Universitätszahnklinik Graz und Außenstationen LSF Graz und LKH Hörgas-Enzenbach erbracht:

Pos.Nr.	Leistungsart
71 A	Kiefergelenksluxation (Reposition des Kiefergelenkes)
72	Freilegung von Zähnen
73	Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, Verschluss einer Kieferhöhlenfistel
74	Caldwell-Luc-Operation
75	Caldwell-Luc-Operation im Zusammenhang mit Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, halber Tarifsatz
76	Entfernung eines Speichelsteines
77	Jochbogenaufrichtung
78	Kieferbruchschienug
79	Kiefergelenksinjektionsbehandlung (Alkoholinjektion bei Trigeminusneuralgie, Injektion ins Kiefergelenk) exkl. Medikament
80	Ligatur traumatisch gelockerter Zähne, pro Quadrant
81 A	Unvollständige Versorgung eines Zahnes, bis zu zwei Sitzungen, pro Sitzung
82	Lippenbändchen (einfache Durchtrennung)

83	Platte als Heilbehelf (mit Kostenanteil)
84	Korrekturschiene (mit Kostenanteil)
85	Wundversorgung (große Rissquetschwunden im Gesicht)
86	Exstirpation von Geschwülsten
87	Erstmalige Spülung der Kieferhöhle, einseitig
88	Jede weitere Spülung der Kieferhöhle, einseitig
89	Erstmalige Spülung der Kieferhöhle, beidseitig
90	Jede weitere Spülung der Kieferhöhle, beidseitig

Anhang 4

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

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

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

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

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

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

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

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

- pro Behandlungsjahr 30 %
- für Reparaturen 30 %

der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätze.

2. Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5

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

- | | |
|--|------|
| 1. für Kunststoffprothesen und deren Reparaturen | 25 % |
| 2. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen | 25 % |
| 3. für | |
| a) Voll-Metallkronen an Klammerzähnen | 25 % |
| b) Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen | 25 % |

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

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

Kostenzuschüsse für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3		
Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:		
1.	Platzhalter (pro Kiefer) und andere kleine kieferorthopädische Behelfe inkl. Anpassung und Nachkontrolle	€ 49,05
2.	Positioner inkl. Anpassung und Nachkontrolle einmalig nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung	€ 72,67
3.	Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung	€ 49,05

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

(§ 131b ASVG)

Die Kasse erbringt bei Fehlen vertraglicher Regelungen folgende Kostenzuschüsse:

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. Für die Behandlung durch eine/n freiberuflich tätige/n Physiotherapeutin/Physiotherapeuten:
 - a) für eine Einzelheilgymnastik zu 30 Minuten € 16,74
 - b) für eine Einzelheilgymnastik zu 45 Minuten € 25,07
 - c) für eine Gruppenheilgymnastik zu 30 Minuten pro Person € 5,38
 - d) für eine Einzelheilgymnastik bei neurologischen Erkrankungen zu 30 Minuten € 22,17
 - e) für eine Einzelheilgymnastik bei neurologischen Erkrankungen zu 45 Minuten € 29,65
 - f) für eine manuelle Lymphdrainage zu 45 Minuten € 18,89
 - g) für eine Heilmassage zu 15 Minuten € 6,61
 - h) für eine Hippotherapie zu 30 Minuten € 21,80
 - i) für einen ärztlich verordneten Hausbesuch € 17,80
3. Für die logopädisch-phoniatrisch-audiologische Krankenbehandlung durch eine/n freiberuflich tätige/n Logopädin/Logopäden:
 - für eine Gruppensitzung (maximal 4 Personen) zu 60 Minuten pro Person € 8,72
4. Für die ergotherapeutische Krankenbehandlung durch eine/n freiberuflich tätige/n Ergotherapeutin/Ergotherapeuten:
 - a) für eine Behandlung zu 30 Minuten € 15,00
 - b) für eine Behandlung zu 60 Minuten € 30,00
 - c) für einen ärztlich verordneten Hausbesuch € 10,40
5. Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern:
 - a) pro Besuch bei Tag € 11,63
 - b) pro Besuch bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen € 22,53
 Es sind maximal 10 Besuche verrechenbar.
6. Sonstige Therapien und Leistungen
 - a) die Kostenzuschüsse für Leistungen nach Z 2 werden bei folgenden Indikationen erbracht:
 - aa) Einzelheilgymnastik zu 30 Minuten: Bei allen Indikationen mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich
 - bb) Einzelheilgymnastik zu 45 Minuten: Bis zu 3 Monaten postoperativ, Polytraumen betreffend den Bewegungsapparat

- cc) Gruppenheilgymnastik zu 30 Minuten pro Person: Bei allen Indikationen mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich, wie z.B.: Haltungsschwäche, Rückenschule, Osteoporose, Inkontinenz, Rheumatoide Arthritis, Bein- und Fußfehlstellungen, muskuläre Dysbalancen, jeweils ohne akute Schmerzsymptomatik, wo eine Einzeltherapie medizinisch nicht notwendig ist
- dd) Einzelheilgymnastik bei neurologischen Erkrankungen zu 30 Minuten:
Indikationen Kinder (0-15 Jahre): Angeborene und erworbenen Cerebralparese mit signifikanten Störungen (Tetra. Di, Hemiparese, Athetose, Ataxie), Querschnittssymptome, SHT, Apallisches Syndrom, Plexusparese durch Geburtstrauma, fortgeschrittenes Stadium der Multiple Sklerose und Amyotrophen Lateralsklerose sowie bei neurologischen Erkrankungen mit signifikanten Defiziten
Indikationen Erwachsene (ab dem vollendeten 15 Lebensjahr): Kompletter und inkompletter Querschnitt, Amyotrophe Lateralsklerose, Apoplexie mit signifikanten sensomotorischen Störungen, Ataxie, Multiple Sklerose (fortgeschrittenes Stadium) sowie bei neurologischen Erkrankungen mit signifikanten Defiziten
- ee) Einzelheilgymnastik bei neurologischen Erkrankungen zu 45 Minuten:
Indikationen Kinder (0-15 Jahre): Angeborene und erworbenen Cerebralparese mit signifikanten Störungen (Tetra. Di, Hemiparese, Athetose, Ataxie), Querschnittssymptome, SHT, Apallisches Syndrom, Plexusparese durch Geburtstrauma, fortgeschrittenes Stadium der Multiple Sklerose und Amyotrophen Lateralsklerose sowie bei neurologischen Erkrankungen mit signifikanten Defiziten
Indikationen Erwachsene (ab dem vollendeten 15 Lebensjahr): Kompletter und inkompletter Querschnitt, Amyotrophe Lateralsklerose, Apoplexie mit signifikanten sensomotorischen Störungen, Ataxie, Multiple Sklerose (fortgeschrittenes Stadium) sowie bei neurologischen Erkrankungen mit signifikanten Defiziten
- ff) Manuelle Lymphdrainage zu 45 Minuten: Sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei St.p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie ohne Extremitätenschwellung. Sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei St.p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, wenn Kontraindikationen gegen das Bandagieren bestehen, Combustio bei extremer Ausprägung ohne Extremitätenschwellung
- gg) Heilmassage zu 15 Minuten: Chronische bzw. subakute Wirbelsäulenbeschwerden inkl. Schulter- und Hüftgürtel
- hh) Ärztlich verordneter Hausbesuch: nur bei Schlaganfallpatienten und -patientinnen, MS-Patienten und -Patientinnen und postoperativen Therapien zusammen mit den Leistungen der Z 2 lit. a bis e. Bei Behandlungen von mehreren Anspruchsberechtigten einer Einrichtung (z. B. Altersheim) erfolgt der Kostenzuschuss pro Anspruchsberechtigten nur anteilig. Ein Kostenzuschuss wird nur bei vorliegender medizinischer Behandlungsnotwendigkeit und nicht im Rahmen der üblichen Mobilisierung von Patienten und Patientinnen geleistet
- b) Für Leistungen nach Z 4 ist die Erstzuweisung durch Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie, Orthopädie oder physikalische Medizin erforderlich. Für Behandlungen, die länger als die jeweilige Behandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.
- c) für Behandlungen durch eine/n freiberuflich tätigen Physiotherapeuten/in

GRUPPE 1: BEWEGUNGSTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikationen	Therapie dauer	bis 31.12.2016 €	ab 1.1.2017 €	ab 1.1.2018 €
855 858	Bewegungstherapie – Gruppentherapie, Betrag für eine Person je Gruppe, je Sitzung (Gruppengröße max. 10 Personen)	Bei allen Indikationen mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich, wie z.B.: Haltungsschwäche, Rückenschule, Osteoporose, Inkontinenz, Rheumatoide Arthritis, Bein- und Fußfehlstellungen, muskuläre Dysbalancen, jeweils ohne akute Schmerzsymptomatik, wo eine Einzeltherapie medizinisch nicht notwendig ist	60 min	-	8,12	8,76

GRUPPE 2: MASSAGETHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikationen	Therapiedauer	€
877	Komplexe Entstauungstherapie	Zur Nachbehandlung nach Operationen und Traumata (z.B.: Contusio, Distorsio, Combustio) innerhalb von 3 Monaten nach der Operation/Trauma. Nur in Kombination mit Bewegungstherapie <u>Zusatz gültig ab 01.01.2017:</u> Die Kombination mit einer Bewegungstherapie ist bei Operationen im Gesichtsbereich, bei absolutem Belastungsverbot und bei großflächigen Hämatomen nicht zwingend notwendig.	30 min	8,06
827	Komplexe Entstauungstherapie, inklusive Anlegen des Kompressionsverbandes	<u>Indikationen gültig bis 31.12.2016:</u> Primäre Lymphödeme, sekundäre Lymphödeme bei St. p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie, fortgeschrittene Karzinomerkran- kungen (Palliativbehandlung), Combustio bei extremer Ausprägung <u>Indikationen gültig ab 01.01.2017:</u> Primäre Lymphödeme, sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkran- kungen sowie bei St.p. Karzi- nomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, Combustio bei extre- mer Ausprägung mit Extremitätenschwellung	70 min	21,83

GRUPPE 3: MECHANOTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
856	Extension intermittierend	Anwendung eines gezielten mechanischen apparativen Zuges zur Entlastung komprimierter Nerven- wurzeln und Gelenksstrukturen	20 min	2,46

GRUPPE 4: ULTRASCHALL

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
891	Ultraschalltherapie bzw. Phonophorese	Tendinopathien, CTS, Arthrosen, Bursitiden	5 min	1,93

GRUPPE 5: THERMOTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
837	Kurz-, Mikrowelle	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	10 min	1,71
838	Galv. Strombad (Stangerbad)	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien, Dysäs- thesien	3 x 5-7 min	4,20
843	Rot- oder Blaulicht	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	10 min	0,99
861	Schwebstoffbad	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	20 min	4,01
862	Kohlensäurebad	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	20 min	4,01
870	Moorpackung oder Paraf- ango bzw. Schlamma- ckung	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	15 min	4,99
889	Kryotherapie (Kryopack, Coldback, Cryojet)	Nur in Kombination mit Bewegungstherapie		1,50

GRUPPE 6: ELEKTROTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
831	Jontophorese mit med. Beistellung	Bursitiden, Tendinopathien, Arthrosen	15 min	1,71
839	Zweizellenbad	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien, Dysästhesien	15 min	2,16
840	Vierzellenbad	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien, Dysästhesien	15 min	2,76
852	Elektrophysikalische Therapie	Muskelatrophien, periphere Paresen, Wirbelsäulenbeschwerden, Dysmenorrhoe, diabetische Polyneuropathie, Schmerzen und myofasciales Schmerzsyndrom, rheumatoide Arthritis, Arthrose, Kopfschmerz	10 min	1,71

Allgemeine Bestimmungen für freiberuflich tätige Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen:

Für Behandlungen, die länger als die jeweilige Behandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.

d) für die Behandlung durch eine/n freiberuflich tätige/n Heilmasseur/in

GRUPPE 1: MASSAGETHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikationen	Therapiedauer	€
946	Manuelle Teilmassage	Chronische bzw. subakute Wirbelsäulenbeschwerden inkl. Schulter- und Hüftgürtel	15 min	6,61
977	Komplexe Entstauungstherapie	Zur Nachbehandlung nach Operationen und Traumata (z.B.: Contusio, Distorsio, Combustio) innerhalb von 3 Monaten nach der Operation/Trauma. Nur in Kombination mit Bewegungstherapie <u>Zusatz gültig ab 01.01.2017:</u> Die Kombination mit einer Bewegungstherapie ist bei Operationen im Gesichtsbereich, bei absolutem Belastungsverbot und bei großflächigen Hämatomen nicht zwingend notwendig.	30 min	8,06
929	Komplexe Entstauungstherapie	<u>Indikationen gültig bis 31.12.2016:</u> Sekundäre Lymphödeme bei St. p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie im Kopf- oder Stammbereich ohne Extremitätenschwellung (z.B.: Dissektion nach Larynxkarzinom), fortgeschrittene Karzinomerkrankung (Palliativbehandlung), Combustio bei extremer Ausprägung <u>Indikationen gültig ab 01.01.2017:</u> Sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei St.p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie ohne Extremitätenschwellung. Sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei St.p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, wenn Kontraindikationen gegen das Bandagieren bestehen, Combustio bei extremer Ausprägung ohne Extremitätenschwellung	45 min	18,89
927	Komplexe Entstauungstherapie, inklusive Anlegen des Kom-	<u>Indikationen gültig bis 31.12.2016:</u> Primäre Lymphödeme, sekundäre Lymphödeme	70 min	21,83

pressionsverbandes	bei St. p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie, fortgeschrittene Karzinomerkrankungen (Palliativbehandlung), Combustio bei extremer Ausprägung <u>Indikationen gültig ab 01.01.2017:</u> Primäre Lymphödeme, sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei St.p. Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, Combustio bei extremer Ausprägung mit Extremitätenschwellung		
--------------------	---	--	--

GRUPPE 2: ULTRASCHALL

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
991	Ultraschalltherapie bzw. Phonophorese	Tendinopathien, CTS, Arthrosen, Bursitiden	5 min	1,93

GRUPPE 3: THERMOTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
937	Kurz-, Mikrowelle (s. Punkt 2 der allgemeinen Bestimmungen)	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	10 min	1,71
938	Galv. Strombad (Stangerbad) (s. Punkt 2 der allgemeinen Bestimmungen)	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien	3 x 5-7 min	4,20
943	Rot- oder Blaulicht	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	10 min	0,99
961	Schwebstoffbad (s. Punkt 2 der allgemeinen Bestimmungen)	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	20 min	4,01
970	Moorpackung oder Parafango bzw. Schlammpackung	Chron. und subakute Wirbelsäulenbeschwerden, Arthrosen	15 min	4,99

GRUPPE 4: ELEKTROTHERAPIE

(s. Punkt 2 der allgemeinen Bestimmungen)

Pos.	Leistung	Indikation	Therapiedauer	€
931	Jontophorese mit med. Beistellung	Bursitiden, Tendinopathien, Arthrosen	15 min	1,71
939	Zweizellenbad	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien	15 min	2,16
940	Vierzellenbad	Neuralgien, Polyneuropathien, Raynaud-Syndrom, Mb. Sudeck, periphere Paresen, Parästhesien	15 min	2,76
952	Elektrophysikalische Therapie	Muskelatrophien, periphere Paresen, Wirbelsäulenbeschwerden, Dysmenorrhoe, diabetische Polyneuropathie, Schmerzen und myofasciales Schmerzsyndrom, rheumatoide Arthritis, Arthrose, Kopfschmerz	10 min	1,71

Allgemeine Bestimmungen für freiberuflich tätige Heilmasseure/Heilmasseurinnen:

1. Für Behandlungen, die länger als die jeweilige Behandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenschuss hinaus keine Vergütung geleistet.

2. Für Leistungen aus den Bereichen Thermo- und Elektrotherapie sind Kostenzuschüsse nur bei Vorlage einer Spezialqualifikation nach § 60 MMHmG zu gewähren.

e) für Heilbehelfe und Hilfsmittel

§§ 28 Abs. 1 und 43 Abs. 1, 2 und 3 der Satzung sind bei der Festlegung des Kostenzuschusses zu berücksichtigen.

f) Akupunkturbehandlungen, je Sitzung € 9,61

Pro Fall und Quartal werden Kostenzuschüsse maximal für 10 Sitzungen unter folgenden Voraussetzungen gewährt:

a) Die Nadelakupunktur muss nach Kriterien erfolgen, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind.

b) Über die erbrachten Akupunkturbehandlungen sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Kasse nachvollziehbar ist, ob die Indikationen des Obersten Sanitätsrates vorliegen. Die Diagnose muss den Indikationen entsprechen.

c) Die Akupunkturbehandlung darf nicht durch eine/n Facharzt/ärztin für Augenheilkunde und Optometrie, Facharzt/ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt/ärztin für medizinische und chemische Labordiagnostik und Facharzt/ärztin für Radiologie erfolgen.

d) Die Akupunktur muss ausschließlich mit Einmalnadeln erfolgen.

e) Das Setzen der Nadeln darf ausschließlich vom ausgebildeten Arzt/von der ausgebildeten Ärztin durchgeführt werden. Während die Nadeln gesetzt sind, muss der Arzt/die Ärztin für den Patienten/die Patientin jederzeit erreichbar sein.

f) Die gleichzeitige Anwendung von herkömmlichen Anwendungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die medikamentöse Therapie.

g) Urodynamische Abklärung bei Blasenfunktionsstörungen (nur bei einem/einer Facharzt/ärztin für Urologie) € 29,79

h) DHEA- (DHEA-S)- Untersuchungen (nur bei einem/einer Facharzt/ärztin und Instituten für medizinische und chemische Labordiagnostik € 15,52

i) Hebammenbeistand in einem Entbindungsheim € 710,69

Mit diesem Betrag sind sämtliche mit der Entbindung im Zusammenhang stehende Leistungen pauschal abgegolten (Aufenthalt im Entbindungsheim, Geburtshilfe einschließlich der Untersuchung des Kindes und 5 Hebammenbeistände nach der Geburt, die für die Geburtshilfe und das Wochenbett benötigten Materialien, etc.).

j) für Bergungskosten nach Unfällen, die nicht unter § 131 Abs. 4 ASVG fallen, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten € 72,00

k) Optische Kohärenztomografie (OCT) der hinteren Augenabschnitte beider Augen (nur bei einem Facharzt/ärztin für Augenheilkunde und Optometrie und nur bei entsprechender Indikation) € 20,00

OCT-Indikationen: Altersbedingte Makuladegeneration (Hinterer Augenabschnitt):

- AMD trocken (Atrophie, Drusen) und AMD feucht bzw. bei intravitrealer operativen Medikamenteneingabe
- Maculaödem diabetisch, Maculaödem postoperativ (Irvine Gass) bzw. entzündlich, nach Gefäßverschluss bzw. Gefäßveränderungen
- Vitreomaculäre Traktion, Maculaforamen, Epiretinale Membran
- Seltene Netzhaut- oder Aderhauterkrankungen bzw. -veränderungen
- Bei jeder unklaren Sehverschlechterung, die nicht durch Refraktionsproblematik oder Vorderabschnittsdiagnose bzw. Fundusuntersuchung abzuklären ist

Glaucom/Papillendiagnostik/Vorderabschnittsuntersuchung:

- Diagnosestellung, Basisuntersuchung sowie Verlaufskontrolle bei auffälligem Papillenbefund, okulärer Hypertension, jeder Glaucomform mit und ohne auffälligem Gesichtsfeldbefund
- Papillenabklärung bei neuroophthalmologischer Erkrankung
- Hornhautdickenmessung
- Kammerwinkeldiagnostik (Engwinkelglaucom)
- Postoperative Darstellung von Glaucom-OP-Implantaten

l) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) je Sitzung € 25,00 (max. fünf Sitzungen innerhalb von sechs Monaten; nur bei Fachärzten/Fachärztinnen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie oder Physikalischer Medizin und nur bei entsprechender Indikation)

ESWT-Indikationen:

- Plantare Fasciitis mit oder ohne Fersensporn
- Achillodynien
- Radiale Epicondylopathie („Tennisellbogen“)

- Tendinosis calcarea der Schulter („Kalkschulter“)
 - Patellaspitzensyndrom („Jumpers knee“)
 - Bursitis trochanterica, Greater trochanteric pain syndrom (GTPS)
- m) für die Herstellung einer Schiene und Zurichtung eines Hilfsmittels im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung durch eine/n freiberuflich tätige/n Ergotherapeuten/in je ¼ Stunde € 7,50

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

Anhang 6a

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung gemäß § 39

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

Anhang 7

Pauschalbeträge für tagesklinische Leistungen

CHIRURGIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Incision eines Panaritium tendinosum, osseum oder subcutaneum articulare	I
2	Operation eines Unguis incarnatus in Allgemeinnarkose (auch Kinder)	I
3	Sekundärnaht > 5 cm ≤ 10 cm	I
4	Technisch einfache Operation einer größeren Geschwulst bis 30 mm Ø (eines großen Fibroms, Atheroms, Lipoms, Schloffertumors, kleinen Angioms, Epithelioms, Varixknotens, einer kleinen Exostose an einem Finger oder einer Zehe, einzelner Lymphknoten, eines Ganglioms der Sehne oder eines Gelenks oder eines Hygroms)	I
5	Amputation oder Enucleation einer Phalanx	II
6	Colostomieeröffnung	II
7	Einfache Exstirpation variköser Knoten	II
8	Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers, auch Entfernung von Schrittmachersonden, Nägeln, Drähten	II
9	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	II
10	Extraktion von Finger- und/oder Zehennägeln mit Nagelbetttoilette von 5 – 20 Nägeln in Allgemeinnarkose	II
11	Fistel Sondierung und Fistelfüllung	II
12	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation, Incision einer periproktitischen Eiterung	II
13	Sekundärnaht (> 10 cm)	II
14	Sequestrotomie klein	II
15	Sphinktermanometrie	II
16	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung, perkutane Sphinkterotomie, thrombosierter Nodulus	II
17	Exstirpation eines Karbunkels (in toto)	II
18	Offene Biopsie	II
19	Operation einer Geschwulst über 30 mm Ø bzw. transanale Operation eines Rectumpolypen oder einer Rectalpolypengruppe oder multipler Tumore	II
20	Plastische Narbenkorrektur (> 10 cm)	II
21	Choledochoskopie, Choledochographie	III
22	Einfache Exstirpation von Fadenfisteln, Nahtgranulomen, einfacher Fremdkörperfisteln	III
23	Excision einer Analfissur u. perkutanen Sphinkterotomie	III
24	Exstirpation eines thrombosierten Nodulus	III
25	Incision einer Hohlhandphlegmone	III

26	Kleine Plastik (Thiersche- oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktilie zweier Finger u.ä.)	III
27	Laparoskopie	III
28	Nodulioperation nach Morgan-Milligan	III
29	Nodulioperation nach Langenbeck	III
30	Radikaloperation eines Sacraldermoides	III
31	Resektion eines kleinen Gelenkes	III
32	Schrittmacherbatteriewechsel (ohne Aggregat)	III
33	Exstirpation eines kleinen Lymphknotenpaketes ($\geq 3 < 5$ LK oder $> 30 \text{ mm} \leq 50 \text{ mm}$)	III
34	Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision $> 3 \text{ cm } \varnothing$ sowie Mamma-Probeexcision	III
35	Adhaesiolyse	IV
36	Appendektomie	IV
37	Colostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Colostomieverschluss	IV
38	Gestielte Lappenplastik $< 5 \times 5 \text{ cm}$	IV
39	Operation wegen Nabelfisteln	IV
40	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	IV
41	Radikaloperation einer Fistula ani ohne Sphinkterbeteiligung	IV
42	Radikaloperation einer Hernie	IV
43	Skribner-Shunt (bzw. AV-Shunt für Hämodialyse)	IV
44	Venenstripping einseitig	IV

ORTHOPÄDIE UND ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Redressement bei hochgradigem Plattfuß und Klumpfuß einschließlich der Methode nach Kite	II
2	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	II
3	Arthroskopische subacrominale Dekompression (mit operativer Intervention)	III
4	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	III
5	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	III
6	Kleine Sequestrotomie	III
7	Offene Tenotomie	III
8	Rectussehennaht, Achillessehennaht, Patellarnaht, Naht des Ligamentum patellae proprium	III
9	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	III
10	Schleimbeutelexstirpation	III
11	Sehnenlösung (nicht für schnellenden Finger)	III
12	Arthroskopische Operation eines Meniskus	IV
13	Arthrotomie bzw. Arthroskopie inklusive Probeexcision, Bridenlösung, Knorpelglättung o.ä.	IV
14	Arthrotomie großer Gelenke	IV
15	Drainage eines großen Gelenkes (Saug-Spüldrainage)	IV
16	Endoprothesen bzw. Spacer von Fingern und Zehen bzw. Entfernung solcher	IV
17	Entfernung kleiner Endoprothesen	IV
18	Erweiterte Operation nach Hohmann	IV
19	Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen	IV
20	Mobilisation der Schulterkontraktur in Allgemeinnarkose	IV
21	Offene Probeexcision aus Gelenken oder Knochen (bei Tumoren, Arthritis)	IV
22	Operation der Epicondylitis	IV
23	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	IV
24	Operation des Calcaneustranges	IV
25	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	IV
26	Operation des hohen Calcaneus	IV
27	Operation eines Calcaneusspornes	IV
28	Operation eines Carpaltunnelsyndroms und des Caput ulnare-Syndroms	IV
29	Patellarelease, -Bohrung	IV

30	Redressement bei Kontraktur des Hüft- oder Kniegelenkes	IV
31	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	IV
32	Synovektomie eines kleinen Gelenkes	IV
33	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	IV
34	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	IV
35	Meniskusoperation, Entfernung einer Gelenksmaus	IV
36	Arthroskopische Kreuzbandplastik	V
37	Meniskus: inklusive Operation einer Chondropathie	V
38	Nukleotomie	V
39	Offene Klumpfußoperation bei Säuglingen und Kleinkindern	V
40	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur (einschließlich einer allfälligen Hautplastik)	V
41	Operation einer Kahnbeinpseudoarthrose	V
42	Operation im Handgelenksskelett inklusive Straub'scher Stabilisation	V
43	Operative Behandlung der Chondropathie	V
44	Osteoklase großer Knochen	V
45	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	V
46	Patellektomie inklusive Gips	V
47	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	V
48	Arthroplastik des Daumensattelgelenkes nach jeder Art	VI
49	Ausräumung kleiner Knochenzysten mit Knochentransplantation (bis 10 mm)	VI
50	Hohl- und Knickfußoperationen	VI
51	Operation der habituellen Patellaluxation inkl. Gips	VI
52	Operation des Klumpfußes, Sichelfußes	VI
53	Transplantation einer Beugesehne	VI

UNFALLCHIRURGIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Anlegen einer Abduktionsschiene	I
2	Wundausschneidung und Naht mittlerer Wunden > 10 cm	I
3	Unblutige Reposition einer Radiusfraktur bei Kindern bis 14 Jahren in Allgemeinnarkose	I
4	Unblutige Reposition einer Unterarm-, Schenkelfraktur in Allgemeinnarkose	I
5	Sehnenstenosenop. (schnellender Finger)	II
6	Unblutige Revision von alten Knochenbrüchen und Umgipsen in Allgemein-, Plexus- oder Spinalanaesthesie	II
7	Entfernung tiefer Fremdkörper in Röntgenlokalisation	II
8	Entfernung von Osteosynthesematerial, klein	II
9	Unblutige Korrektur von Knochenbrüchen und Umgipsen (auch bei Brüchen ohne Stellungskorrektur)	II
10	Nachamputation	III
11	Arthroskopie großer Gelenke (diagnostisch + therapeutisch)	III
12	Sehnennaht (mehr als 2 Sehnen oder große Sehne)/Bandnaht (z.B. Talussubluxation, Kniegelenksseitenband)	III
13	Entfernung von Osteosynthesematerial groß	III
14	Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	III
15	Schleimbeutellexstirpation	III
16	Bandnaht von kleinen Gelenken	III
17	Transcutane Stiftfixation	III
18	Mobilisation von Gelenken in Narkose	III
19	Sehnenlösung (nicht für schnellenden Finger)	III
20	Arthrotomie	III
21	Stumpfkorrektur klein	III
22	Offene Tenotomie (z.B. Achillessehne)	III
23	Transfixationsgipsverband (mit durch den Knochen gebohrten Kirschner-Drähten)	III

24	Wundausschneidung und Naht groß	III
25	Fingernervennaht	III
26	Sehnenverlagerung, Sehnentransplantation im Bereich der Hand oder des Fußes	III
27	Entfernung von Fremdkörpern oder freien Körpern aus kleinen Gelenken oder von tief gelegenen Fremdkörpern, die röntgenologisch nicht lokalisierbar sind bzw. eines Nagels nach Knochennagelung	III
28	Styloidektomie, Fibulaosteotomie oder -resektion	III
29	Einrichtung und erster Verband bei einer Oberschenkelfraktur oder traumatischen Hüftgelenksluxation, Erstversorgung einer Oberschenkelfraktur mittels Gipsverband, Nagel- oder Drahtextension	IV
30	Meniskus-Gelenksmausoperation; Korrekturresektion am Knochen	IV
31	Denervierungsoperation (z.B. am Handgelenk)	IV
32	Arthrodose und Arthrolyse kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	IV
33	Osteosynthese von kleinen Röhrenknochen (inkl. Osteosynthesematerial)	IV
34	Exostosenabmeißelung	IV
35	Ellenköpfchenresektion	IV
36	Blutige Reposition von Frakturen kleiner Knochen bzw. Gelenke, unblutige Reposition der Ellbogen- und Kniegelenksluxation mit Verband	IV
37	Plexusrevision	IV
38	Resektion eines kleinen Gelenkes und Arthroplastik kleiner Gelenke	IV
39	Strecksehnenplastik	IV
40	Indicis proprius Plastik bei Rupt. der langen Daumenstrecksehne	IV
41	Freie Sehnentransplantation (freie Beugesehnenplastik)	IV
42	Neurolyse und Nervenverlagerung	IV
43	Dupuytren'sche Kontraktur, eine Extremität (Hand)	IV
44	Osteosynthese von großen Röhrenknochen (inkl. Osteosynthesematerial)	V
45	Kniegelenksarthroskopie mit therap. Intervention (z.B. Meniskusextraktion, Shaving)	V
46	Dupuytren'sche Kontraktur, beide Extremitäten (Hände)	V
47	Meniskuszyste	V
48	Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk	V
49	Blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes	V

HALS-, NASEN- UND OHRENKRANKHEITEN

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Blockade des Nervus laryngeus superior	I
2	Entfernung eines Paukenröhrchens, ein- oder beidseitig in Narkose	I
3	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	I
4	Incision eines Peritonsillarabszesses in Narkose	I
5	Kieferhöhlenpunktion mittels Troikar und Legen einer Dauerdrainage	I
6	Kleine plastische Operation im Nasen-/Ohrenbereich	I
7	Parazentese in Allgemeinanästhesie	I
8	Reposition einer unkomplizierten Nasenbeinfraktur	I
9	Sinusitis maxillaris akut/inkl. Sinuskopie pro Seite	I
10	Strukturdehnung der Speiseröhre in Allgemeinanästhesie	I
11	Abtragung von Polypen in Allgemeinanästhesie	II
12	Exstirpation kleiner Lymphknoten (LA oder Narkose)	II
13	Kleinere bis mittlere plastische Eingriffe im Gesichts-/Halsbereich mit Verschiebelappenplastik über 10 cm ² in Allgemeinanästhesie	II
14	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	II
15	Parazentese und Punktion des Mittelohres mit OP-Mikroskop	II
16	Paukendrainage mit Absaugung und Einsetzen eines Paukenröhrchens in Allgemeinanästhesie	II
17	Reposition und Versorgung einer offenen Nasenbeinfraktur	II
18	Adenotomie (Entfernung adenoider Vegetationen)	III
19	Exstirpation größerer Zysten oder gutartiger Geschwülste im Mund-/Rachenbereich	III

20	Größere plastische Operationen, Korrektivplastik an den Ohren je Aufenthalt	III
21	Kieferhöhlenendoskopie	III
22	Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser (diagnost. Eingriffe)	III
23	Septumoperation nach Killian	III
24	Versorgung einer traumatischen Trommelfellperforation in Allgemeinanästhesie	III
25	Abtragung von Gehörgangsexostosen unter dem OP-Mikroskop	IV
26	Chir. Tonsillektomie (ein- oder beidseitig) einschließlich allfälliger Adenotomie	IV
27	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	IV
28	Direkte Endoskopie der oberen Luftwege mit Probeexcision oder Fremdkörperextraktion	IV
29	Entfernung einer glandula submandibularis	IV
30	Entfernung einer medianen oder lateralen Halsfistel/HalsZyste	IV
31	Mikrochirurg. Eingriffe im Hypopharynx und Larynx	IV
32	Mikrolaryngoskopie mit Biopsieentnahme (Narkose)	IV
33	Operation einer Septumdeviation nach Cottle	IV
34	Sinusitis maxillaris chronisch pro Seite (Kieferhöhlenräumung)	IV
35	Endonasalendoskopische Nasennebenhöhlenoperation	V
36	Exstirpation einer praeaurikulären Fistel	V
37	Mikrochirurgische Operation am Larynx, Hypopharynx oder Trachea (mit Laser und OP-Mikroskop)	V
38	Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, Abtragung von Tumoren und Decortikation (Narkose)	V
39	Otopexie	V
40	Plastische Operation der inneren oder äußeren Nase, Septumplastik in Allgemeinanästhesie	V
41	Tympanotomie oder Gehörgangsplastik	V

UROLOGIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Bougierung der Harnröhre in Allgemeinnarkose	I
2	Condylomabtragung in Allgemeinnarkose	I
3	Zystoskopie und Splintziehen	I
4	Exstirpation von Harnröhrengeschwülsten	I
5	Frenulotomie (Kinder)	I
6	Induratio penis plastica-Infiltration	I
7	Intravesicale Infiltration	I
8	Meatusplastik	I
9	Offene Hodenpunktion	I
10	UrethroZystoskopie	I
11	Bougieurethrotomie bei der Frau	II
12	Cavernosonographie	II
13	Circumcision	II
14	Zystoskopie und Biopsie der Blase	II
15	Zystoskopie und Splint und Pyelographie	II
16	Endourethrale Elektrokoagulation	II
17	Entfernung bzw. Wechsel eines Double-J. inkl. Kathetermaterial	II
18	Glans-Biopsie	II
19	Operation einer paraurethralen Zyste	II
20	Operation einer Urethralkarunkel	II
21	Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	II
22	Otis-Urethrotomie	II
23	Perkutane Biopsie aus dem kleinen Becken od. Retroperitoneum	II
24	Prostatabiopsie in Narkose	II
25	Radikalooperation einer Phimose	II
26	Suprapubische Punktionszystotomie	II
27	Uretherotomie	II
28	Blasensteinzertrümmerung kleiner Steine	III

29	Zystenpunktion und Verödung (Nierenzyste)	III
30	Zystotomie	III
31	Einlegen einer Harnleiterschleife (Double-J. aut simile)	III
32	Einlegen/Entfernen einer inneren Harnleiterschleife in Narkose	III
33	Elektroresektion eines Blasen Tumors	III
34	Entfernung eines Harnleitersteines mit Zeiß'scher Schlinge	III
35	Epididymektomie	III
36	Hodenbiopsie	III
37	Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter oder beider Nierenbecken einschließlich Endoskopie	III
38	Nierenzystenpunktion	III
39	Percutane Nephrostomie	III
40	Transurethrale Schlitzzug eines Ureterenostium	III
41	Transurethrale Entfernung von kleinen Steinen und Fremdkörpern	III
42	Transurethrale Koagulation kleiner Tumore mit Biopsie	III
43	Transurethrale Ostienschlitzung	III
44	Ureteroskopie, Ureterorenoskopie	III
45	Urethrotomie interna	III
46	Varicocele-OP (Venenligatur)	III
47	Zystoskopie mit therap. Intervention bei Tumoren oder Excision	III
48	Hodenpunktion mit Darstellung der Samenwege	IV
49	Implantation einer Hodenprothese (nicht bei Semikastratio)	IV
50	Nierenbiopsie	IV
51	Orchidopexie mit scrotalem Zugang	IV
52	Radikaloperation einer Hydrocele (auch Kinder)	IV
53	Radikaloperation einer Varicocele	IV
54	Semikastratio	IV
55	Sichturethrotomie	IV
56	Spermatozelen-Exstirpation	IV
57	Epididymo- oder Vasostomie – medizinische Begründung erforderlich (Zustand nach Vasektomie ausgeschlossen)	V
58	ESWL des kleinen Kelchsteines	V
59	Inguinale mikrochirurgische Plexusresektion des Plexus pampini formis bei Varicocele	V
60	Ligatur der vena spermatica interna	V
61	Operation eines Kryptorchismus	V
62	Operation eines Leistenhodens	V
63	Penisvenenresektion-Korrektur eines venösen Lecks	V

HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Entfernung von Mollusca contagiosa in Allgemeinnarkose	I
2	Excision eines Hautnaevus über 1 cm Ø	I
3	Extraktion und Keilexcision eines Unguis incarnatus	I
4	Hautabszess-Incision in Allgemeinnarkose	I
5	Nageltrichophytie	I
6	Plantarwarzen	I
7	Unguis incarnatus in Allgemeinnarkose	I
8	Basaliom ≥ 20 mm bis ≤ 30 mm	I
9	Chirurg. Entfernung von Warzen in Allgemeinnarkose	I
10	Hautkeratoakanthom ≥ 20 mm bis ≤ 30 mm	I
11	Hautnaevus ≥ 20 mm bis ≤ 30 mm	I
12	Naevuszellnaevus ≥ 20 mm bis ≤ 30 mm	I
13	Plantarwarze bei Kindern bis 14 a bzw. Op. in Allgemeinnarkose oder Lumbalanästhesie	I
14	Extraktion von Fingern- und/oder Zehennägeln mit Nagelbetttoilette von 5 – 20 Nägeln in Allgemeinnarkose	II

15	Basaliom > 30 mm	II
16	Hautkeratoakanthom > 30 mm	II
17	Hautnaevus > 30 mm	II
18	Naevuszellnaevus > 30 mm	II
19	Spinaliom	II
20	Kleine Plastik (Thier'sche Plastik oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.ä.)	III
21	Probeexstirpation eines Tumors oder Probeexcision > 3 cm, Entfernung einer Geschwulst > 3 cm	III
22	Gestielte Lappenplastik < 5 x 5 cm	IV
23	Spalthauttransplantat > 2 cm Ø insbesondere nach Tumorexcisionen, traumat. Läsionen, Verbrennungen, inkl. Exstirpation	IV
24	Vollhauttransplantat 2 cm Ø; insbesondere nach Tumorexcisionen, traumat. Läsionen, Verbrennungen, inkl. Exstirpation	IV
25	Gestielte Lappenplastik > 5 x 5 cm	V

GEFÄSSCHIRURGIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Exstirpation variköser Knoten	III
2	Operation von Varizen, Excisionen, Crossectomie	III
3	Venenstripping pro Extremität (kein ausgedehnter Befund bzw. Weichteilschäden)	IV
4	Radikaloperation von Varizen (beide Extremitäten)	V

LUNGENKRANKHEITEN

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
1	Bronchoskopie (inkl. Biopsie)	I
2	Bronchoalveoläre Lavage (BAL)	II

AUGENHEILKUNDE UND OPTOMETRIE

Pos.Nr.	Indikation	Operationsgruppe
67	Laser-in-situ Keratomileusis = LASIK-Methode; je Auge	V

Für die einzelnen Operationsgruppen werden Kostenzuschüsse in Höhe der folgenden Pauschalbeträge festgesetzt:

OP-Gruppe I	€	128,19
OP-Gruppe II	€	179,47
OP-Gruppe III	€	230,75
OP-Gruppe IV	€	262,78
OP-Gruppe V	€	307,66
OP-Gruppe VI	€	360,17

Ist die Durchführung von Operationen der Operationsgruppen I und II in einer landesfondsfinanzierten Krankenanstaltenambulanz möglich, erfolgt die Vergütung der Operation in der Höhe von € 22,38 pro Quartal bzw. der Zweitleistungsgebühr von € 8,37 pro Ambulanz dieser Krankenanstalt. Werden an und für sich tagesklinische Leistungen in einer Arztordination (als solche ist auch eine Praxisgemeinschaft anzusehen) oder in Gruppenpraxen erbracht, so vermindern sich die für die einzelnen Operationsgruppen festgesetzten Kostenzuschüsse um jeweils 50 %.

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

Pauschalbeträge für die Kostenerstattung gemäß § 23 Abs. 1

Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
020	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Farbeindex, Differentialzählung	2,54	2,37	2,37
021	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Farbeindex	1,32	1,23	1,23
022	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	1,69	1,58	1,58
023	Leukozytenzählung	0,85	0,79	0,79
024	Differentialzählung	0,75	0,71	0,71
025	Erythrozytenzählung	0,66	0,62	0,62
026	Hämoglobin-Bestimmung (photometrisch)	0,28	0,26	0,26
027	Hämatokrit-Bestimmung	1,13	1,06	1,06
030	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	1,51	1,41	1,41
031	Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	4,61	4,31	4,31
032	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN – Blood Urea Nitrogen)- oder RN – (Reststickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	1,69	1,58	1,58
033	Thymoltrübungsreaktion	0,94	0,88	0,88
034	Gesamtbilirubin i.S.	1,03	0,97	0,97
035	Harnsäure	2,45	2,29	2,29
036	Kreatinin quant.i.S.	1,69	1,58	1,58
037	Gesamtcholesterin quant.i.S.	2,54	2,37	2,37
038	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	2,54	2,37	2,37
040	Alpha-Amylase (Diastase) quant.i.S. (photometrisch)	1,32	1,23	1,23
041	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	2,54	2,37	2,37
042	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	2,54	2,37	2,37
043	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant.i.S.	2,54	2,37	2,37
044	Alkalische Phosphatase quant.i.S. (UV-Test)	2,54	2,37	2,37
045	CK (Creatin-Kinase) (UV-Test)	2,17	2,02	2,02
046	Gamma-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	3,10	2,90	2,90
050	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	2,64	2,46	2,46
055	Blutsenkung (einschließlich Abnahme)	1,69	1,58	1,58
056	Mikrosenkung (einschließlich Abnahme)	1,69	1,58	1,58
060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	1,23	1,14	1,14
061	Sediment nativ	0,66	0,62	0,62
062	Harn auf Eiweiß; ST	0,56	0,53	0,53
063	Harn auf Zucker; ST	0,56	0,53	0,53
064	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	0,56	0,53	0,53
065	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	1,13	1,05	1,05
066	Harn auf Blut qual.; ST	0,38	0,35	0,35
070	Sputum komplett: Makroskopische Beschreibung, Nativpräparat, Gram, Ziehl-Neelson oder Auraminfärbung o.Ä. mit Anreicherung	0,56	0,53	0,53
080	Stuhl nativ und auf Blut	0,85	0,79	0,79
081	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	0,85	0,79	0,79
085	Spezifisches Gewicht	0,28	0,26	0,26
086	Rivalta	0,28	0,26	0,26
090	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	1,22	1,14	1,14
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,20	1,33	1,33
102	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern unter 6 Jahren (nur für Einsendungen)	1,78	1,98	1,98
103	Blutentnahme aus der Vene (Punktion der Vene am Krankenbett, nur für	2,27	2,52	2,52

	Einsendungen)			
104	Aderlass mit Skalpell oder Nadel	2,99	3,33	3,33
106	i.v.-Injektion	1,40	1,55	1,55
108	i.m.-Injektion	1,22	1,35	1,35
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal); 1. Injektion	3,83	4,25	
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. Bis 5. Injektion je	2,51	2,80	
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion			4,25
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je			2,80
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	1,52	1,70	1,70
116	CRP (C-reaktives Protein - Schnelltest)	—	1,27	1,27
117	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal) 1. Injektion			4,25
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je			2,80
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	3,95	4,39	4,39
125	Punktion des Schleimbeutels, Hydrocele, kalt. Abszess	7,42	8,25	8,25
126	Gelenkspunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	10,37	11,52	11,52
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen; max. 6 x pro Patient/Patientin und Quartal ohne Begründung und max. weitere 4 x pro Patient/Patientin und Quartal mit besonderer Begründung	6,60	7,33	7,33
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,22	1,35	1,35
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patientin 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	3,36	3,73	3,73
135	Leitungsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,99	3,33	3,33
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,05	2,27	2,27
141	Rektale Untersuchung	1,45	1,60	1,60
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	2,40	1,99	1,99
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	2,02	1,50	1,50
170	Entfernung einfacher Hornhautfremdkörper	5,79	6,44	6,44
171	Entfernung tiefer gelegener Hornhautfremdkörper	—	16,97	16,97
210 +	Operative Wundversorgung bis 5 Nähte	14,62	16,25	16,25
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	14,23	15,82	15,82
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	—	8,55	8,55
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	16,44	18,27	18,27
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabriksbinden, ausgenommen elastische Binden	4,74	5,28	5,28
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände	2,84	3,61	—
283	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel	2,77	3,08	
303	Epicutan- und Intracutantest 5 – 7 Stoffe	6,33	7,04	7,04
307	Kleine Lungenfunktionsprüfung, das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert vor einem Bronchodilatator	13,52	—	—
342	Abstrich-Abnahme zur zytologischen Untersuchung (nur für Einsendungen)	2,29	2,55	2,55
410	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich	1,66	1,85	1,85

	Cerumen (je Ohr)			
433	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr) bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	3,28	—	—
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	3,04	3,38	3,38
491	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen, dystrophischen sowie bei Ekzemkindern, bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Ernährungsplanes ist der Abrechnung beizuschließen	7,17	—	—
500	Elektrokardiogramm, Ruhe	3,36	3,73	
501	Elektrokardiogramm, Ruhe und Belastung	—	5,11	
502	Elektrokardiogramm (Thoraxableitungen nach Wilson, mind. 6 Ableitungen)	4,10	4,57	
505	Unipolare Extremitätenableitungen	1,87	2,08	
508	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)			10,79
519	24-Stunden Blutdruckmonitoring	22,24	21,77	21,77
530	Dezimeter-Mikrowelle	1,95	2,17	2,17
531	Faradisation	1,34	1,49	1,49
532	Galvanisation (Quergalvanisation), Schwellstrom	1,34	1,49	1,49
533	Jontophorese	1,52	1,70	1,70
535	Anwendung von Wärmebestrahlungslampen (Sollux-, Vitalux-, Profunduslampen)	—	1,35	1,35
536	Chromotherapie (Rot-Blaulicht)	1,22	1,35	1,35
538	Heißluft – Teil(Kopf)lichtbad	1,22	1,35	1,35
539	Manuelle Massage	3,04	3,38	3,38
542	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	1,52	1,70	1,70
544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	1,82	2,03	2,03
545	Therapeutischer Ultraschall (Mindesttherapiedauer 10 Minuten)	2,90	3,23	3,23

Fachärzte/Fachärztinnen für Augenheilkunde und Optometrie

PosNr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	1,00	1,06	1,06
110	Retrobulbäre Injektion	2,53	2,90	2,90
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,24	2,57	2,57
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,61	1,64	1,64
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	1,09	5,93	5,93
150	Bestimmung des Astigmatismus (Javal)	4,01	4,60	4,60
151	Untersuchung mit der Spaltlampe (Biomikroskop)	3,20	3,68	3,68
152	Ophthalmoskopie, Untersuchung des Augenhintergrundes mit dem Augenspiegel (Fundus)	2,34	2,69	2,69
153	Tonometrie	1,67	1,92	1,92
154	Skiaskopie (wenn diese mit Pupillenerweiterung zur genauen, objektiven Refraktionsbestimmung durchgeführt werden muss)	6,00	6,89	6,89
155	Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden	10,66	12,24	12,24
157	Prüfung des Augenmuskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung, Doppelbilder, Schielwinkelmessung)	2,66	3,06	3,06
158	Gonioskopie, Kontaktglasuntersuchung bei Glaukom- und Netzhauterkrankungen	7,82	8,98	8,98
159	Orthoptik (Untersuchung und Behandlung des Binocularsehens)	6,33	7,27	7,27
160	Applanationstonometrie inkl. Spaltl.	5,66	6,50	6,50
161	Tränenfilmdiagnostik (Schirmertest)	1,98	2,29	2,29
162	Programmgesteuerte Hochleistungsperimetrie	20,16	23,23	23,23
170	Entfernung einfacher Hornhautfremdkörper	6,33	7,27	7,27
171	Entfernung tiefer gelegener Hornhautfremdkörper	16,68	19,16	19,16

172	Entfernung eines Tränensackabszesses	3,14	—	—
173 +	Epilation von Cilien (elektrolytisch od. diathermisch)	3,67	4,21	4,21
174 +	Entfernung von Geschwülsten der Lider (Chalazion usw.) ausschließlich Epilation und Probeexcision	33,35	38,31	38,31
175 +	Lidoperation (inkl. Nahtmaterial)	33,35	38,31	38,31
179	Spülung und Sondierung der Tränenwege (erstmalig)	9,98	11,47	11,47
180	Spülung und Sondierung der Tränenwege (weitere)	5,19	5,97	5,97
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	8,40	—	—

Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	2,10	2,05	2,05
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,31	1,91	1,91
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,49	1,59	1,59
106	i.v.-Injektion	1,74	1,85	1,85
108	i.m.-Injektion	1,51	1,62	1,62
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal); 1. Injektion	4,76	5,08	
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. Bis 5. Injektion je	3,13	3,34	
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion			5,08
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je			3,34
114	Intraarticuläre Injektion	13,66	14,58	14,58
117	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal) 1. Injektion			5,08
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je			3,34
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	4,91	5,24	5,24
126	Gelenkspunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	—	13,75	13,75
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen, max. 6 x pro Patient/Patientin und Quartal ohne Begründung und max. weitere 4 x pro Patient/Patientin und Quartal mit besonderer Begründung	8,20	—	—
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,51	1,62	1,62
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patientin 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	4,18	—	—
135	Leitungsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	3,72	3,97	3,97
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,55	2,71	2,71
141	Rektale Untersuchung	1,80	1,91	1,91
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,62	1,55	1,55
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,97	0,67	0,67
200	Rektoskopie	19,04	20,31	20,31
201	Gastroskopie	58,57	62,51	62,51
202	Coloskopie	155,33	165,79	165,79
206	Polypektomie (jeweils bis zu 2 Polypen)	29,98	32,00	32,00
221 +	Radikaloperation des eingewachsenen Großzehennagels	22,89	24,43	24,43
224 +	Probeexcision mit Naht	10,80	—	—
225 +	Verschorfung einer Analfisur, eines Nod. haemorr. einschl. Sphinct. Dehnung, Spaltung einer Analfistel; operative Entfernung eines Hämorrhoidal-	19,74	21,07	21,07

	knotens, Gummibandligatur			
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	17,68	18,88	18,88
227 +	Exstirpation größerer Neubildungen, tiefer Fremdkörper oder Sequester	18,99	20,26	20,26
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	9,55	—	—
231 +	Operation der Sehnenscheidenstenose	—	27,90	27,90
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	20,43	21,81	21,81
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabriksbinden, ausgenommen elastische Binden	5,90	6,30	6,30
280	Schaumgummiverband, pro Extremität und Quartal	—	9,24	9,24
281	Abnahme geschlossener Gipsverbände	3,50	—	—
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände	1,48	1,64	—
530	Dezimeter-Mikrowelle	—	2,59	2,59
539	Manuelle Massage	3,78	4,03	4,03
544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	—	2,42	2,42
590	Sonographie eines Organes	17,56	24,06	24,06
592	Sonographie von drei und mehr Organen	29,61	39,61	39,61

Fachärzte/Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	3,41	2,23	2,23
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,65	1,74	1,74
108	i.m.-Injektion	—	1,77	1,77
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal); 1. Injektion	5,28	5,58	
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. Bis 5. Injektion je	3,47	3,67	
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion			5,58
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je			3,67
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	2,10	2,23	2,23
117	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal) 1. Injektion			5,58
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je			3,67
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	5,45	5,75	5,75
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,68	1,77	1,77
135	Leitungsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	4,13	4,36	4,36
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,83	2,98	2,98
141	Rektale Untersuchung	2,00	—	—
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,67	1,73	1,73
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	3,18	6,31	6,31
156 +	Probeexcision mit Naht	8,73	9,23	9,23
174 +	Entfernung von Geschwülsten der Lider (Chalazion usw.) ausschließlich Epilation und Probeexcision	42,09	44,50	44,50
210 +	Operative Wundversorgung bis 5 Nähte	20,16	21,30	21,30
222 +	Implantation von Hormonkristallen	11,23	11,86	11,86
224 +	Probeexcision mit Naht	11,98	12,66	12,66

226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	19,62	20,74	20,74
227 +	Exstirpation größerer Neubildungen, tiefer Fremdkörper oder Sequester	21,06	22,25	22,25
228	Excision von Fibroepitheliomen mit Anästhesie pro Sitzung	10,60	11,20	11,20
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	22,66	23,96	23,96
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabriksbinden, ausgenommen elastische Binden	6,54	6,92	6,92
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände	3,10	2,94	—
301	Exploration der Allergien	8,28	8,76	8,76
302	Pilzbefund einschließlich Kultur	14,35	15,17	15,17
303	Epicutan- und Intracutantest 5 – 7 Stoffe	8,73	9,23	9,23
304	Epicutan- und Intracutantest 8 – 14 Stoffe	15,82	16,72	16,72
305	Epicutan- und Intracutantest 15 – 30 Stoffe	29,85	31,54	31,54
312	Arterielle und/oder venöse Untersuchung nach Doppler, pro Sitzung	8,47	8,92	8,92
321	Entfernung von spitzen Condylomen	3,47	3,67	3,67
322	Kaustik der Haut pro Sitzung	7,29	7,69	7,69
323	Okklusivverband	1,80	1,90	1,90
328	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne und Pruritis 1. – 16. Therapie	6,74	7,13	7,13
329	Phototherapie (SUP) bei Psoriasis, Neurodermitis, Parapsoriasis, Akne und Pruritis ab der 17. Therapie	4,64	4,89	4,89
330	Auflichtuntersuchung/Dermatoskopie, Ganzkörperuntersuchung von pigmentierten und nicht pigmentierten Hauttumoren mittels Dermatoskop inkl. Dokumentation und Beratung für notwendige Therapie und Prophylaxe, pro suspekter Läsion, max. drei Läsionen pro Patient/Patientin und Jahr	0,83	0,50	0,50
533	Jontophorese	—	2,23	2,23
536	Chromotherapie (Rot-Blau) Licht	—	1,77	1,77

Fachärzte/Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
020	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Farbeindex, Differentialzählung	4,28	—	—
027	Hämatokrit-Bestimmung	1,90	—	—
031	Blutzucker-Belastungskurve oder -Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	7,77	8,32	8,32
060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	2,06	2,21	2,21
061	Sediment nativ	1,11	1,19	1,19
062	Harn auf Eiweiß; ST	0,95	1,02	1,02
064	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	0,95	1,02	1,02
090	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	2,06	2,21	2,21
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	1,77	1,98	1,98
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,62	1,71	1,71
106	i.v.-Injektion	1,89	1,99	1,99
108	i.m.-Injektion	1,65	1,74	1,74
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	5,35	—	—
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,65	1,74	1,74
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,78	2,92	2,92
141	Rektale Untersuchung	1,96	2,06	2,06
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Ge-	1,25	1,31	1,31

	spräch)			
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,73	2,90	2,90
224 +	Probeexcision mit Naht	11,76	—	—
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	19,25	20,33	20,33
227 +	Exstirpation größerer Neubildungen, tiefer Fremdkörper oder Sequester	20,67	—	—
232 +	Eröffnen und Verband von Abszessen, Panaritien, Phlegmonen und Karbunkeln	22,24	23,49	23,49
321	Entfernung von spitzen Condylomen	3,40	—	—
340	Kolposkopie	7,84	8,27	8,27
341	Anpassen, Einlegen, Wechsel des Pessars	1,76	1,86	1,86
342	Abstrich-Abnahme zur zytologischen Untersuchung (nur für Einsendungen)	3,10	3,28	3,28
343	Entfernung von Cervicalpolypen	5,70	6,02	6,02
344 +	Probeexcision in der Frauenheilkunde	18,17	19,19	19,19
345	Elektrokoagulation der Portio und Cervix	13,21	13,93	13,93
346	Skarifikation der Portio	13,75	14,51	14,51
347 +	Spaltung eines Bartholinischen Abszesses	—	16,39	16,39
348	Probecurettage (Strichabrasio)	24,10	25,45	25,45
352	Hysterosalpingographie bzw. Pertubation	61,10	—	—
353	Gynäkologischer Ultraschall	9,44	10,10	14,25
354	CTG – Cardiotokographie	20,67	21,81	21,81
450	Urethroskopie	14,37	—	—
451	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunktionsprüfung, erstmalig	25,80	—	—
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	4,12	4,34	4,34
595	Sonographie bei Schwangerschaft	25,36	26,52	26,52

Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,25	2,09	2,09
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,57	1,57	1,57
103	Blutentnahme aus der Vene (Punktion der Vene am Krankenbett, nur für Einsendungen)	2,97	—	—
104	Aderlass mit Skalpell oder Nadel	3,92	3,91	3,91
106	i.v.-Injektion	1,83	1,82	1,82
108	i.m.-Injektion	1,60	1,59	1,59
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal); 1. Injektion	5,02	5,00	
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. Bis 5. Injektion je	—	3,29	
111	Varizenverödung (höchstens 10 Injektionen pro Extremität und Quartal); 1. Injektion			5,00
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je			3,29
114	Intraarticuläre Injektion	14,41	14,37	14,37
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	2,00	2,00	2,00
117	Verödung eines Hämorrhoidalknotens (höchstens 5 Injektionen pro Quartal) 1. Injektion			5,00
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je			3,29
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	5,18	5,16	5,16
125	Punktion des Schleimbeutels, Hydrocele, kalt. Abszess	—	9,70	9,70
126	Gelenkspunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	13,59	13,55	13,55
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen; max. 6 x pro Patient/Patientin und Quartal ohne Begründung und max. weitere 4 x pro Patient/Patientin und Quartal mit besonderer Begründung	8,65	8,62	8,62

131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,60	1,59	1,59
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patient 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	4,41	4,39	4,39
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,69	2,67	2,67
137	Inhalations- oder Blutbahnarkose	10,03	10,01	10,01
141	Rektale Untersuchung	1,90	1,88	1,88
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	3,31	3,26	3,26
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,76	1,74	1,74
200	Rektoskopie	20,08	20,01	20,01
201	Gastroskopie	61,77	61,60	61,60
202	Coloskopie	163,82	163,37	163,37
206	Polypektomie (jeweils bis zu 2 Polypen)	31,62	31,53	31,53
225 +	Verschorfung einer Analfisur, eines Nod. haemorr. einschl. Sphinct. Dehnung, Spaltung einer Analfistel; operative Entfernung eines Hämorrhoidal-knotens, Gummibandligatur	20,82	20,76	20,76
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände	2,46	2,87	—
307	Kleine Lungenfunktionsprüfung, das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert vor einem Bronchodilatator	11,36	10,34	10,34
331	Kleine Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert nach einem Bronchodilatator – zweite Untersuchung bei einem Patienten/einer Patientin pro Tag	11,00	—	—
333	Lungenfunktionsprüfung – das ist Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) vor einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung	14,36	13,17	13,17
334	Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) nach einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung – zweite Untersuchung bei einem Patienten/einer Patientin pro Tag	10,24	12,77	12,77
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	—	3,97	3,97
500	Elektrokardiogramm, Ruhe	4,41	4,39	
502	Elektrokardiogramm (Thoraxableitungen nach Wilson, mind. 6 Ableitungen)	5,38	5,37	
503	Erweitertes Ruhe-Elektrokardiogramm Standardableitungen (I, II, III, V2-V5)	5,38	5,37	
504	Erweitertes Ruhe- und Arbeitselektrokardiogramm, Standardableitungen (I, II, III, V2-V5) in Ruhe, Standardableitungen (I, II, III) nach Arbeit	6,68	—	
505	Unipolare Extremitätenableitungen	2,45	2,44	
506	Ergometrie	36,81	37,94	37,94
507	Echokardiographie	23,53	22,85	22,85
508	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe mit 12 Ableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1-V6)			12,69
510	D-Dimer-Schnelltest	—	13,97	13,97
519	24-Stunden Blutdruckmonitoring	24,62	27,93	27,93
539	Manuelle Massage	3,99	3,97	3,97
544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	2,38	2,38	2,38
545	Therapeutischer Ultraschall (Mindesttherapiedauer 10 Minuten)	3,80	3,80	3,80
580	24-Stunden-EKG	41,93	43,03	43,03
583	Doppler-Echokardiographie inkl. eventuell erforderlicher Vitiumdiagnostik mit gepulstem und/oder CW-Doppler inkl. eventuell erforderlichem Color-Doppler Imaging (inkl. Befunderstellung und Bilddokumentation = Print	12,76	12,14	12,14

	und Messdaten)			
585	Duplexsonographie des Carotisvertebralisarteriensystems	28,89	24,99	24,99
586	Duplexsonographie der peripheren Gefäße	27,60	29,32	29,32
590	Sonographie eines Organes	19,06	24,39	24,39
591	Sonographie von zwei Organen	24,23	35,50	35,50
592	Sonographie von drei und mehr Organen	22,09	22,61	22,61
594	Sonographie der Schilddrüse	3,86	3,98	3,98
600	Kompletter Blutbefund: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex, Differentialzählung	2,77	2,67	2,67
601	Rotes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Messung des Hämoglobins in Gramm, Errechnung des HbE bzw. des Färbeindex	1,44	1,39	1,39
602	Retikulozytenzählung	0,92	0,89	0,89
603	Weißes Blutbild: Leukozyten- und Differentialzählung, Beurteilung	1,85	1,78	1,78
604	Leukozytenzählung	0,92	0,89	0,89
605	Hämatokrit-Bestimmung	1,23	1,19	1,19
610	Blutzucker-Bestimmung, quant., o-Toluidin oder enzymatisch; ST	1,64	1,58	1,58
611	Blutzucker-Belastungskurve oder Tagesprofil (mindestens drei Blutzucker- und Harnzuckerbestimmungen, qual. und quant., o-Toluidin oder enzymatisch)	5,02	4,85	4,85
612	Harnstoff-, Harnstoff-Stickstoff (BUN – Blood Urea Nitrogen) oder RN-(Reststickstoff)-Bestimmung, quant.i.S. (photometrisch)	1,84	1,78	1,78
613	Gesamteiweiß-Bestimmung quant.i.S. (refraktometrisch oder photometrisch)	2,36	2,28	2,28
614	Weltmann (Koagulationsband) (nicht zur Leberdiagnostik)	1,64	1,58	1,58
615	Thymoltrübungsreaktion	1,03	0,99	0,99
616	Kalium quant.i.S. (nicht kolorimetrisch)	1,64	1,58	1,58
617	Kalzium quant.i.S.	1,64	1,58	1,58
618	Phosphor anorganisch, quant. i.S. (photometrisch)	1,64	1,58	1,58
619	Gesamtbilirubin i.S.	1,12	1,09	1,09
620	Gesamtbilirubin und direktes-, Bestimmung des -s, qual. und quant. i.S.	1,84	1,78	1,78
621	Gesamtlipide quant. i.S.	2,77	2,67	2,67
622	Triglyceride (Neutralfett) quant.i.S.	3,28	3,17	3,17
623	Gesamtcholesterin quant. i.S.	2,77	2,67	2,67
624	Harnsäure	2,67	2,57	2,57
625	Kreatinin quant. i.S.	1,84	1,78	1,78
626	HBA 1c	5,23	5,05	5,05
628	HDL-Cholesterin und/oder LDL-Cholesterin (Berechnung)	2,77	2,67	2,67
640	Alpha-Amylase (Diastase) quant. i.S. (photometrisch)	1,44	1,39	1,39
641	GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase) (UV-Test)	2,77	2,67	2,67
642	GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) (UV-Test)	2,77	2,67	2,67
643	Saure Phosphatase, gesamt oder tartratgehemmt, quant. i.S.	2,77	2,67	2,67
644	Alkalische Phosphatase quant. i.S. (UV-Test)	2,77	2,67	2,67
645	CK (Creatin-Kinase) – UV-Test	2,36	2,28	2,28
646	Gamma GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)	3,38	3,27	3,27
650	Gerinnungszeitbestimmung	0,92	0,89	0,89
651	Blutungszeit-Bestimmung	0,61	0,59	0,59
652	Thrombozyten-(Kammer)-Zählung	0,72	0,69	0,69
653	Thrombotest oder Quicktest oder PTZ	2,87	2,77	2,77
660	Blutsenkung einschließlich Abnahme	1,84	1,78	1,78
661	Mikrosenkung einschließlich Abnahme	1,84	1,78	1,78
662	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	1,33	1,29	1,29
663	Sediment nativ	0,72	0,69	0,69
664	Harn auf Eiweiß; ST	0,61	0,59	0,59
665	Harn auf Zucker; ST	0,61	0,59	0,59
666	Harnzuckerkontrolle einschließlich Eiweißbestimmung qual. ev. quant., spez. Gewicht, Azeton; ST	0,61	0,59	0,59
667	Alpha-Amylase (Diastase) quant.	1,23	1,19	1,19
668	Harn auf Blut qual.; ST	0,41	0,40	0,40

670	Fraktionierte Magensaftuntersuchung mit der Ph-Sonde: Nüchtern- und Reizsekret, einschließlich Ausheberung, mindestens sechs Fraktionen	3,79	3,66	3,66
671	Gallenblasenreflex, Prüfung des -es, A- und B-Galle auf Bilirubin direkt, Sediment nativ, Lamblien, Gramfärbung, einschließlich Einführung der Duodenalsonde	4,20	4,06	4,06
675	Stuhluntersuchung: Makroskopische Beschreibung, Nahrungsreste (Fett, Stärke; Muskelfasern), Blut, Parasiten	1,84	1,78	1,78
676	Stuhl nativ und auf Blut	0,92	0,89	0,89
677	Stuhl auf Würmer und Wurmeier mit Anreicherung	0,92	0,89	0,89
680	Bromsulphalein-(Bromthalein) Test	2,77	2,67	2,67
681	Phenolrotprobe (PSP-/Phenolsulphophtalein/-Test)	2,77	2,67	2,67
685	Spezifisches Gewicht	0,31	0,30	0,30
686	Rivalta	0,31	0,30	0,30
687	Sediment nativ	0,31	0,30	0,30

Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	1,79	1,86	1,86
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,27	—	—
102	Blutentnahme aus der Vene bei Kindern unter 6 Jahren (nur für Einsendungen)	1,88	—	—
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	1,61	—	—
116	CRP (C-reaktives Protein - Schnelltest)	—	1,34	2,64
141	Rektale Untersuchung	1,53	—	—
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	6,05	2,56	2,56
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	3,43	5,42	5,42
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	15,06	—	—
292	Spreizbehandlung von Hüftdysplasien pro Fall	33,55	—	—
303	Epicutan- und Intracutantest 5 – 7 Stoffe	6,70	—	—
304	Epicutan- und Intracutantest 8 – 14 Stoffe	12,14	—	—
305	Epicutan- und Intracutantest 15 – 30 Stoffe	22,91	—	—
307	Kleine Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert vor einem Bronchodilatator	—	15,12	15,12
333	Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) vor einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung	—	12,81	12,81
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	3,22	—	—
490	Behandlung der Enuresis für Kinder ab dem 3. Lebensjahr	5,07	—	—
491	Detaillierter schriftlicher Ernährungsplan bei Frühgeborenen, dyspeptischen, dystrophischen sowie bei Ekzemkindern bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen und bei allergischen Erkrankungen. Eine Durchschrift des Ernährungsplanes ist der Abrechnung beizuschließen	7,59	—	—
493	Denver-Development-Test bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	8,53	—	—
494	Behandlung des Nabelgranuloms (1- bis 5malige Touchierung des nässend granulierenden Nabelstumpfes mit eventuellem Puderverband)	3,38	—	—
495	Beratung bei kindlichen psychosomatischen Beschwerden	14,06	—	—
496	Motoskopische Untersuchung zur Erhebung des körperlichen und geistigen Entwicklungsstandes bei Kindern	12,34	—	—
590	Sonographie eines Organes	27,09	28,51	28,51
591	Sonographie von zwei Organen	37,32	—	—
592	Sonographie von drei und mehr Organen	45,71	48,64	48,64

Fachärzte/Fachärztinnen für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,63	3,21	3,21
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,18	1,36	1,36
106	i.v.-Injektion	—	1,58	1,58
108	i.m.-Injektion	1,20	—	—
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	1,50	1,74	1,74
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	3,89	4,49	4,49
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,20	1,38	1,38
135	Leitungsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,94	3,40	3,40
136	Infiltrationsanästhesie, darf nur in Verbindung mit einer Position verrechnet werden, die mit einem „+“ versehen ist	2,02	2,32	2,32
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,25	1,37	1,37
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	1,67	6,56	6,56
226 +	Exstirpation kleiner Neubildungen oder tiefer in der Unterhaut gelegener Fremdkörper (Warzen ausgeschlossen)	13,99	—	—
303	Epicutan- und Intracutantest 5 – 7 Stoffe	6,23	7,20	7,20
304	Epicutan- und Intracutantest 8 – 14 Stoffe	11,28	13,04	13,04
305	Epicutan- und Intracutantest 15 – 30 Stoffe	21,28	24,60	24,60
396	Vordere Nasentamponade	3,89	4,50	4,50
397	Überschwellige Audiometrie (SISI, Fowler, etc.) je Test	6,01	6,95	6,95
398	Medikamenteninstillation bei chronischer Laryngitis	—	1,74	1,74
399	Reinigung einer OP-Radikalhöhle	3,31	3,81	3,81
400 +	Endoskopie; beinhaltet Oesophagoskopie, Bronchoskopie, Epipharyngoskopie mit Epipharyngoskop und Endoskopie der Nasennebenhöhlen	20,40	23,58	23,58
401	Audiometrie	9,72	11,25	11,25
402	Cochlearis- oder Vestibularprüfung, je	6,01	6,95	6,95
403	Geruchs- und Geschmacksprüfung	4,45	5,15	5,15
404	Sprachaudiometrie	15,06	17,41	17,41
405 +	Probeexcision im HNO-Gebiet ausschließlich Kehlkopf	5,06	5,86	5,86
407 +	Endoskopie des Larynx und der Trachea	15,24	17,62	17,62
408	Pädaudiologische Untersuchung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	11,50	13,29	13,29
409	Otomikroskopie	3,09	3,22	4,28
410	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr)	1,63	1,89	1,89
411	Attikspülung	2,23	—	—
412	Tubenkatheter je Seite	1,28	—	—
414	Entfernung von Gehörgangsgeschwülsten oder Ohrenpolypen	—	5,86	5,86
416	Entfernung von Nasenpolypen, ein- oder doppelseitig	8,48	—	—
417 +	Locus Kiesselbach, je Seite	4,52	5,22	5,22
418 +	Punktion mit oder ohne Spülung der Kieferhöhle, je Seite, erstmalig	7,89	—	—
422	Paracentese einseitig oder Punktion der Paukenhöhle	6,23	—	—
433	Entfernung von Fremdkörpern aus Nase, Rachen oder Ohren einschließlich Cerumen (je Ohr) bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	3,23	3,73	3,73
434	Tympanometrie	7,20	8,33	8,33
436	Sonographie der Halsweichteile (z.B. Mundboden, Zunge, Lymphknoten, Speicheldrüsen, Kieferwinkel, Raumforderungen)	16,14	24,41	24,41
530	Dezimeter-Mikrowelle	—	2,22	2,22
533	Jontophorese	—	1,74	1,74
535	Anwendung von Wärmebestrahlungslampen (Sollux-, Vitalux-, Profunduslampen)	—	1,38	1,38

536	Chromotherapie (Rot-Blaulicht)	1,20	1,38	1,38
538	Heißluft – Teil(Kopf)lichtbad	1,20	1,38	1,38
542	Aerosolinhalation (ohne Medikament)	1,50	1,74	1,74

Fachärzte/Fachärztinnen für Lungenkrankheiten

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,36	2,35	2,35
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,08	1,16	1,16
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,49	1,09	1,09
315	Blutgasanalyse	3,06	2,93	2,93
331	Kleine Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) und Atemgrenzwert nach einem Bronchodilatator – zweite Untersuchung bei einem Patienten/einer Patientin pro Tag	7,55	5,58	5,58
334	Lungenfunktionsprüfung – das ist: Ruhespirographie, Prüfung der Vitalkapazität, Atemstoßtest (Tiffeneau) nach einem Bronchodilatator einschließlich Resistancemessung – zweite Untersuchung bei einem Patienten/einer Patientin pro Tag	10,10	10,34	10,34
335	Ambulante Schlafapnoeuntersuchung	—	32,74	32,74
336	Bodyplethysmographie	3,74	3,42	4,91
510	D-Dimer-Schnelltest	—	16,94	16,94

Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie

Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und Neurologie

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	3,16	3,21	3,21
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,15	1,44	1,44
106	i.v.-Injektion	1,17	—	—
108	i.m.-Injektion	1,17	1,46	1,46
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	3,80	4,74	4,74
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen; max. 10 x pro Patient/Patientin und Quartal	6,34	7,92	7,92
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,17	1,46	1,46
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patientin 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	3,23	4,03	4,03
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	2,41	3,40	3,40
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	1,62	2,34	2,34
155	Perimetrie-Skotometrie nach allen Methoden	9,39	11,72	11,72
157	Prüfung des Augenmuskelgleichgewichtes (Heterophoriebestimmung, Doppelbilder, Schielwinkelmessung)	2,34	2,93	2,93
296	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319) / neurologisch Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3) einmal pro Patient/Patientin und Quartal	15,43	19,28	19,28
297	Psychiatrische Skala, HAM-D-Scale oder gleichwertige Skala	13,80	12,55	12,55
313	EEG-Untersuchung	41,40	38,51	38,51
314	Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation (1 x pro Patient/Patientin und Halbjahr)	19,66	24,56	24,56
316	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung; höchstens 1 x	7,38	13,70	15,78

	pro Behandlungsfall und Quartal			
317	Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten	7,37	7,74	7,74
318	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), bei Exazerbation von psychiatrischen Erkrankungen (ausführliche Begründung erforderlich)	24,74	10,25	10,25
319	Betreuung einer Psychose, einmal im Quartal pro Patient/Patientin	21,95	27,43	27,43
402	Cochlearis- oder Vestibularprüfung je	5,88	7,35	7,35
525	Elektromyographie (EMG)	23,51	22,16	22,16
526	Elektroneurographie (ENG)	10,25	10,00	10,00
527	Minimental-Test zur Einleitung und Überprüfung der Therapie mit Antidementiva	—	10,91	10,91
847	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	29,75	24,88	24,88

Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie

Pos.Nr.		1.1.15	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	3,16	2,65	2,65
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	1,15	—	—
108	i.m.-Injektion	1,17	—	—
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	3,80	—	—
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen; max. 10 x pro Patient/Patientin und Quartal	6,34	—	—
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patientin 2 x pro Tag und Teilsegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	3,23	—	—
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	2,41	2,01	2,01
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	1,62	3,61	3,61
296	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319) / neurologisch Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3)	15,43	16,36	16,36
313	EEG-Untersuchung	41,40	45,67	45,67
314	Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation	19,66	27,17	27,17
316	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung	7,38	12,81	17,09
402	Cochlearis- oder Vestibularprüfung je	5,88	—	—
525	Elektromyographie (EMG)	23,51	14,80	14,80
526	Elektroneurographie (ENG)	10,25	11,52	11,52
527	Minimental-Test zur Einleitung und Überprüfung der Therapie mit Antidementiva	—	13,44	13,44
593	Bidirektionale dopplersonographische Untersuchung der intra- und extrakraniellen Arterien	—	29,37	29,37
847	Farbduplexsonographie der Carotis und des Vertebralis-Arteriensystems	29,75	33,03	33,03

Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,52	2,58	2,58
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	—	1,68	1,68
108	i.m.-Injektion	—	1,71	1,71
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	3,40	5,05	5,05
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,47	0,95	0,95
296	Ausführliche Fremdanamnese mit Bezugsperson im Zuge der Behandlung eines psychiatrisch Kranken (ICD VESKA Nr. 290 bis 319) / neurologisch	4,19	7,72	7,72

	Kranken (ICD VESKA Nr. 345, 347, 435, 780.0, 780.2, 780.3)			
297	Psychiatrische Skala, HAM-D-Skala oder gleichwertige Skala	13,34	15,80	15,80
314	Kompletter neurologischer Status inkl. eventuell notwendiger Geruchs- und Geschmacksprüfung, Sensibilitätsprüfung und Dokumentation	9,32	19,71	19,71
316	Eingehender psychischer Status bei seelischer Erkrankung	10,77	18,40	19,79
317	Verbale Intervention (syndrombezogene Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes) bei psychiatrischen Krankheiten	11,17	10,74	10,74
318	Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention), bei Exazerbation von psychiatrischen Erkrankungen (ausführliche Begründung erforderlich)	48,10	32,11	32,11
319	Betreuung einer Psychose	20,76	25,43	25,43
338	Psychotherapeutische Medizin in der Gruppe pro Patient/Patientin, Mindestaufwand 90 Minuten (max. 10 Patienten/Patientinnen pro Sitzung)	—	13,57	13,57

Fachärzte/Fachärztinnen für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	1,75	1,72	1,72
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	—	1,52	1,52
106	i.v. -Injektion	1,70	—	—
108	i.m.-Injektion	1,48	1,55	1,55
114	Intraarticuläre Injektion	13,40	13,97	13,97
115	Subcutane Injektion zur Hyposensibilisierung inkl. der medizinischen Überwachung des Patienten/der Patientin	—	1,94	1,94
120	Subcutane oder intravenöse Infusion	4,82	5,02	5,02
125	Punktion des Schleimbeutels, Hydrocele, kalt. Abszess	9,04	9,43	9,43
126	Gelenkspunktion (ausgenommen Injektionsbehandlung)	12,63	13,17	13,17
130	Paravertebrale Blockade durch Injektion an Nervenganglien oder an Nervenstämmen; max. 10 x pro Patient/Patientin und Quartal	8,04	8,38	8,38
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	1,48	1,55	1,55
132	Infiltration an tiefergelegenen paravertebralen Strukturen wie ligamentäre, muskuläre Insertionen sowie Wirbelgelenke; pro Patient/Patientin 2 x pro Tag und Teilssegment der Wirbelsäule (HWS, BWS, LWS) verrechenbar	4,10	4,27	4,27
136	Infiltrationsanästhesie	—	2,60	2,60
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,12	1,11	1,11
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	0,26	0,47	0,47
203	Ergänzende Untersuchung unter Berücksichtigung des orthopädischen Grundleidens	11,90	12,39	12,39
204	Chirodiagnostik und Chirotherapie, maximal drei Sitzungen pro Patient/Patientin und Quartal, je Sitzung	14,14	14,75	14,75
246	Diagnostisches Sonographiepauschale des Bewegungsapparates (Untersuchungsfelder: insbesondere Weichteile der Schulter, Achillessehne und Bakerzyste); 2 x pro Tag und Patient/Patientin, je	22,20	8,45	8,45
266	Anlegen eines Zinkleimverbandes (nur selbst aufgetragener Zinkleim, Fabrikbinden ausgenommen)	10,26	—	—
279	Anlegen fertiger Zinkleim- oder sonstiger selbstklebender Fabrikbinden, ausgenommen elastische Binden	5,78	6,03	6,03
282	Verbandanlage bzw. Verbandwechsel bei Ulcera oder großflächigen Exkorationen, Verbrennungen und bei operativ versorgten Wunden, ausgenommen kleine Pflasterverbände	1,48	1,47	—
290	Gipsabdrücke, Modelleinlagen für Plattfüße	13,94	14,52	14,52
530	Dezimeter-Mikrowelle	2,38	—	—
536	Chromotherapie (Rot-Blaulicht)	—	1,55	1,55
539	Manuelle Massage	3,71	3,86	3,86
541	Extensionsbehandlung			
	Quengeln	2,21	2,32	2,32
	Glissonscheibe	2,21	2,32	2,32

544	Mittelfrequenztherapie; Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom	2,21	—	—
-----	---	------	---	---

Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie

Pos.Nr.		1.4.14	1.1.17	1.1.19
060	Harnbefund: Eiweiß und Zucker qual. und quant., Urobilinogen und Sediment, Reaktion, spez. Gewicht, makroskopische Beschreibung; ev. Bilirubin, Blut, Indikan, Nitrite und Ketonkörper; ST	—	2,24	2,24
061	Sediment nativ	—	1,21	1,21
067	Uricult	—	3,09	3,09
090	Sekretabstrichuntersuchung auf Trichomonaden und Go, erste Stelle	—	2,24	2,24
100	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht	2,21	2,18	2,18
101	Blutentnahme aus der Vene (nur für Einsendungen)	—	1,73	1,73
106	i.v.-Injektion	—	2,01	2,01
108	i.m.-Injektion	—	1,76	1,76
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je	—	3,64	
112	Varizenverödung; 2. bis 10. Injektion je			3,64
118	Verödung eines Hämorrhoidalknotens; 2. bis 5. Injektion je			3,64
131	Intracutane Infiltration (bis zu 5 Quaddeln in einer Sitzung, gilt als eine Infiltration)	—	1,76	1,76
136	Infiltrationsanästhesie	—	2,95	2,95
141	Rektale Untersuchung	—	2,08	2,08
147	Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin als integrierter Therapiebestandteil (ärztliches Gespräch)	1,62	1,67	1,67
148	Ärztlicher Koordinationszuschlag (verrechenbar dreimal pro Fall und Quartal in jenen Fällen, die einer intensiven Koordination mit anderen Ärzten/Ärztinnen, Einrichtungen und sonstigen Leistungserbringern bedürfen)	3,73	2,21	2,21
222 +	Implantation von Hormonkristallen	—	11,76	11,76
225 +	Verschorfung einer Analfissur, eines Nod.haemorr.einschl.Sphinct.Dehnung, Spaltung einer Analfistel; operative Entfernung eines Hämorrhoidalknotens, Gummibandligatur	—	22,95	22,95
450	Urethroskopie	—	15,35	15,35
451	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunktionsprüfung, erstmalig	—	27,55	27,55
452	Cystoskopie mit oder ohne Nierenfunktionsprüfung, jede weitere	—	19,06	19,06
453	Probeexcision aus der Blase	—	14,09	14,09
454	Biopsie der Prostata (für die 1. und 2. Biopsie)	—	26,47	26,47
455	Uroflowmetrie	—	7,77	7,77
456	Urologische Ultraschalluntersuchung einschließlich transrektaler Ultraschall, maximal 2 Felder pro Patient/Patientin und Tag; pro Feld	8,70	8,72	10,75
457	Instillation von Zytostatika in die Blase (nur bei Neoplasma)	—	3,53	3,53
459	Biopsie der Prostata (ab der 3. Biopsie)	—	8,84	8,84
460	Blasenspülung bei Mann und Frau	—	1,89	1,89
461	Katheterismus, sofern er nicht im Rahmen einer anderen Sonderleistung durchgeführt wird	—	4,39	4,39
464	Behandlung einer Urethra-Strikture, pro Fall und Quartal	—	5,53	5,53
474	Urethrotomia interna (endourethrale Schlitzung zur Beseitigung einer Harnröhrenverengung)	—	37,62	37,62

Für Positionen, die nicht angeführt sind oder bei denen in der Jahresspalte ein Leerzeichen („—“) steht, wird der Nominertarif laut Honorarordnung herangezogen.

Pauschalbeträge für die Behandlungen in Physikalischen Instituten/Ambulatorien

GRUPPE 1: BEWEGUNGSTHERAPIE

Pos.	Leistung	Indikationen	Therapie- dauer	ab 1.1.2014 €	ab 1.1.2017 €	ab 1.1.2018 €
551 und 553	Bewegungstherapie – Gruppentherapie, Betrag pro Person je Gruppe, je Sitzung (Gruppengröße maximal 10 Personen) (siehe Punkt 2 und 4 der Sonderbestimmungen)	Bei allen Indikationen mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich, wie z.B.: Haltungsschwäche, Rückenschule, Osteoporose, Inkontinenz, Rheumatoide Arthritis, Bein und Fußfehlstellungen, muskuläre Dysbalancen, jeweils ohne akute Schmerzsymptomatik, wo eine Einzeltherapie medizinisch nicht notwendig ist	30 min	9,09	10,14	10,95
555 und 558	Bewegungstherapie – Gruppentherapie, Betrag pro Person je Gruppe, je Sitzung (Gruppengröße maximal 10 Personen) (siehe Punkt 2 und 4 der Sonderbestimmungen)	Bei allen Indikationen mit Funktionsverlust und/oder Schmerzen im muskuloskelettalen Bereich, wie z.B.: Haltungsschwäche, Rückenschule, Osteoporose, Inkontinenz, Rheumatoide Arthritis, Bein und Fußfehlstellungen, muskuläre Dysbalancen, jeweils ohne akute Schmerzsymptomatik, wo eine Einzeltherapie medizinisch nicht notwendig ist	60 min	-	20,28	21,90“

Anhang 10

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

1. IOTN 2b: Verkehrter Überbiss größer 0 mm, aber kleiner gleich 1 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 2b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 0 mm und weniger als/gleich 1 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
2. IOTN 2c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz kleiner gleich 1mm 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
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 1mm, 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 2mm, aber kleiner gleich 4mm. 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 4mm. 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 4mm. 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 bleibender Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Extraktion (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).
17. IOTN 5a: Sagittale Stufe größer 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 5a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
18. IOTN 5h: Ausgeprägte Zahnunterzahl (mehr als ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
19. IOTN 5i: Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
- a) Platzmangels:
 - aa) bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind
 - bb) im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - cc) im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - b) Verlagerung:
 - aa) Liegt der Zahn außerhalb des Zahnbogens (ektopisch) und ist nicht durchgebrochen, wird er als impaktiert betrachtet (maximale Durchbruchshemmung). Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum spontanen Zahndurchbruch zu verstehen. Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe 5i nicht.
 - c) einem oder mehrerer überzähliger Zähne – wie etwa ein Mesiodens oder ein Odontom, die einen regelrechten Zahndurchbruch verhindern, und nach deren Entfernung eine kieferorthopädische 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 5i nicht mehr zu geben.
20. IOTN 5m: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm mit Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 5m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
21. IOTN 5p: Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).
22. IOTN 5s: Infraokklusion eines Milchzahns wird nur dann erfasst, wenn nur zwei Höcker sichtbar verbleiben und/oder die benachbarten Zähne stark über diesem Milchzahn zueinander gekippt sind und dadurch der überdeckte Zahn in seinem vollständigen Durchbruch gehemmt wird.