Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter 2016
Satzung BVA 2016

Inhaltsverzeichnis

Präambel

1. Abschnitt: Organisation

§ 1. Verlautbarungen
§ 2. Form rechtsverbindlicher Akte
§ 3. Obmann-/Obfrauverfügung bei Gefahr in Verzug
§ 4. Büro
§ 5. Beirat
§ 6. Bestellung der Mitglieder des Beirates
§ 7. Vertreter/Vertreterinnen der Vereine im Beirat
§ 8. Anhörung des Beirates und Sitzungsteilnahme

2. Abschnitt: Beiträge zur Unfallversicherung

§ 9.

3. Abschnitt: Leistungen der Krankenversicherung

§ 10. Allgemeines
§ 11. Kostenerstattung für Anstaltspflege
§ 12. Besondere Leistungen im Ausland
§ 13. Erste Hilfe
§ 14. Fehlen von vertraglichen Regelungen
§ 15. Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit
§ 16. Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe
§ 17. Heilbehelfe und Hilfsmittel
§ 18. Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen
Zahnbehandlung und Zahnersatz
§ 19. Allgemeine Bestimmung
§ 20. Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung
§ 21. Kieferorthopädische Behandlung
§ 22. Zahnersatz
§ 23. Abnehmbarer Zahnersatz
§ 24. Reise-(Fahrt-) und Transportkosten
Allgemeines
§ 25. Reise-(Fahrt-)kosten
§ 26. Transport-(Beförderungs-)kosten
§ 27. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld
§ 28. Wochengeld
§ 29. Auszahlung der laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung
§ 30. Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

4. Abschnitt: Sonstige Bestimmungen

§ 31. Informationsveranstaltungen
§ 32. Allspartenservice

5. Abschnitt: Schlussbestimmungen

§ 33. Wirksamkeitsbeginn
§ 34. Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

Anhang 1 Kostenzuschüsse
Anhang 2 Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel (§ 17 Abs. 2)
Anhang 3 Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (§ 20)
Anhang 4 Kostenerstattung für Anstaltspflege (§ 11)

Präambel

Diese Satzung regelt die Tätigkeit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (im folgenden kurz BVA genannt), soweit dies in den dafür maßgeblichen Vorschriften des B-KUVG und des ASVG vorgesehen ist (insbesondere § 158 B-KUVG i.V.m. Abschnitt VII des Achten Teiles des ASVG).

1. Abschnitt: Organisation

Verlautbarungen

§ 1. (1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstandes und ihre Änderungen werden gemäß § 158 B-KUVG in Verbindung mit § 455 ff ASVG im Internet verlautbart.

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

Form rechtsverbindlicher Akte

§ 2. (1) Alle schriftlichen Ausfertigungen der Hauptstelle, die nicht regelmäßig wiederkehrende Geschäfte betreffen, insbesondere alle Schriftstücke in Angelegenheiten, die eine Verbindlichkeit der BVA beinhalten oder der Beschlussfassung der Generalversammlung oder des Vorstandes vorbehalten sind, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom Obmann/Obfrau (Präsident/Präsidentin), in dessen/deren Verhinderung durch einen Obmannstellvertreter/Obfraustellvertreter/Obmannstellvertreterin/Obfraustellverteterin, in Gemeinschaft mit dem leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten, bei dessen/deren Verhinderung durch seinen/ihren Stellvertreter/Stellvertreterin, unterzeichnet sein.

(2) Alle schriftlichen Ausfertigungen der Hauptstelle, die nicht regelmäßig wiederkehrende Geschäfte betreffen und sowohl der Beschlussfassung eines vom Vorstand eingesetzten Ausschusses bedürfen als auch eine Verbindlichkeit der BVA beinhalten, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der Vorsitzenden des Ausschusses, in dessen/deren Verhinderung von seinem/ihrer Stellvertreter/Stellvertreterin, in Gemeinschaft mit dem leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten, bei dessen/deren Verhinderung durch seinen/ihren Stellvertreter/ seine/ihre Stellvertreterin, unterzeichnet sein.

(3) Alle schriftlichen Ausfertigungen der Landesstellen, die über die in den Sitzungen des Landesstellenausschusses gefassten Beschlüsse ergehen, unterzeichnet der Vorsitzende/die Vorsitzende, bei dessen/deren Verhinderung dessen/deren Stellvertreter/Stellvertreterin, gemeinsam mit dem leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten der Landesstelle oder dem mit dessen/deren Vertretung im Einzelfall betrauten Angestellten bzw. seinem/ihrem Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin.

(4) Schriftliche Ausfertigungen in den dem Büro der BVA übertragenen Angelegenheiten werden vom leitenden Angestellten/von der leitenden Angestellten der BVA oder von seinem/ihrem Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin unterzeichnet.

(5) Ist die Zeichnungsbefugnis an sonstige Bedienstete, insbesondere an Leiter/Leiterinnen von Organisationseinheiten, übertragen, so haben diese im Auftrag des leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten mit dem Zusatz i.A. zu unterzeichnen.

(6) Schriftliche Ausfertigungen in den dem Büro einer Landesstelle zugewiesenen Angelegenheiten werden vom leitenden Angestellten/von der leitenden Angestellten der Landesstelle oder sonstigen Beauftragten gezeichnet.

(7) Ist die Zeichnungsbefugnis an sonstige Bedienstete der Landesstelle, insbesondere an Leiter/Leiterinnen von Organisationseinheiten, übertragen, so haben diese im Auftrag des leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten der Landesstelle mit dem Zusatz i.A. zu unterzeichnen.

(8) Schriftliche Ausfertigungen, die auf Beschlüssen der Kontrollversammlung beruhen, müssen vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden der Kontrollversammlung oder dessen/deren Stellvertreter/Stellvertreterin unterzeichnet sein.

Obmann-/Obfrauverfügung bei Gefahr in Verzug

§ 3. Der Obmann/die Obfrau hat im Einvernehmen mit seinen/ihren Stellvertretern/Stellvertreterinnen, im Falle ihrer Abwesenheit oder Verhinderung auch ohne ihre Mitwirkung, Angelegenheiten, die in den Wirkungskreis der Generalversammlung oder des Vorstandes (der von ihm eingesetzten Ausschüsse) fallen, bei Gefahr in Verzug soweit selbst zu besorgen, als dies notwendig ist, um einen der BVA drohenden Schaden abzuwehren oder einen ihr sonst entgehenden Vorteil zu sichern. Der Obmann/die Obfrau hat in solchen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper bzw. Ausschuss die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

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

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

(3) Der leitende Angestellte/Die leitende Angestellte und sein/ihr Stellvertreter/seine/ihre Stellvertreterin sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme ihre Person betreffende Angelegenheiten für ihren Zuständigkeitsbereich berechtigt, an Prüfungen der Kontrollversammlung teilzunehmen.

(4) Der leitende Angestellte/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr in Verzug zunächst an den Obmann/die Obfrau zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes/der Obfrau bzw. seines/ihres Stellvertreters/seiner/ihrer Stellvertreterin nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der leitende Angestellte/die leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der BVA unumgänglich notwendig ist. Er/Sie hat darüber dem Obmann/der Obfrau unverzüglich zu berichten.

(5) Der leitende Angestellte/Die leitende Angestellte ist berechtigt, alle für die BVA einlangenden Sendungen zu übernehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten gehen seine/ihre Rechte und Pflichten auf seinen/ihren Stellvertreter/seine/ihre Stellvertreterin, ist auch dieser/diese abwesend oder verhindert, auf die gemäß § 37g Z 2 DO.A betrauten Angestellten in der vom Obmann/von der Obfrau zu bestimmenden Reihenfolge über. Der Vorstand kann die Aufgaben des leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten, seines/ihres Stellvertreters/seine/ihre Stellvertreterin sowie der gemäß § 37g Z 2 DO.A betrauten Angestellten zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

Beirat

§ 5. (1) Zur Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen der Versicherten und Leistungsbezieher/Leistungsbezieherinnen wird am Sitz der BVA ein Beirat gemäß § 149a ff B-KUVG errichtet.

(2) Der Beirat besteht aus achtzehn Mitgliedern.

Bestellung der Mitglieder des Beirates

§ 6. (1) Die Mitglieder des Beirates gemäß § 5 werden über Vorschlag eines gemäß § 149d Abs. 2 B-KUVG in Betracht kommenden Vereines, der sich bei der BVA angemeldet hat und der Generalversammlung glaubhaft macht, dass er durch die Zahl seiner Mitglieder und durch die Qualität seiner Vereinstätigkeit die Interessen des von ihm vertretenen Personenkreises (§ 149d Abs. 2 Z 1 bis 3 B-KUVG) wirksam vertreten kann, für die Amtsdauer der Verwaltungskörper bestellt. Bei der Bestellung der Beiratsmitglieder ist für jede der im Beirat vertretenen Gruppen (§ 149b Abs. 1 B-KUVG) im Verhältnis der Zahl der den Vereinen angehörenden Mitgliedern nach dem System d'Hondt vorzugehen.

(2) Die in Betracht kommenden 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 Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine oder Mitgliedsvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der BVA 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/Vertreterinnen für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter/Vertreterinnen 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 BVA mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der BVA an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Vertreter/Vertreterinnen der Vereine im Beirat

§ 7. (1) Der Verein hat der BVA 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 Stellvertreter/eine Stellvertreterin bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines Vertreters/einer Stellvertreterin in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung erfolgt.

Anhörung des Beirates und Sitzungsteilnahme

§ 8. Der Vorsitzende/Die Vorsitzende des Beirates und sein/ihr Stellvertreter/seine/ihre Stellvertreterin sind berechtigt, an den Sitzungen der Generalversammlung und des Vorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen; die schriftlichen Unterlagen für die Sitzung dieser Verwaltungskörper sind ihnen in gleicher Weise wie den Versicherungsvertretern/Versicherungsvertreterinnen zur Verfügung zu stellen.

2. Abschnitt: Beiträge zur Unfallversicherung

§ 9. Der Versicherungsbeitrag in der Unfallversicherung wird mit 0,47 % der Beitragsgrundlage festgesetzt.

3. Abschnitt:

Leistungen der Krankenversicherung

Allgemeines

§ 10. Die BVA leistet Kostenerstattungen und Kostenzuschüsse nur, wenn die beanspruchte Leistung dieselben Kriterien erfüllt, die die BVA von einem Vertragspartner/einer Vertragspartnerin verlangt.

Kostenerstattung für Anstaltspflege

§ 11. Die BVA erstattet die Kosten einer Anstaltspflege nach Maßgabe von Anhang 4, soweit § 12 dieser Satzung, § 58 B-KUVG, § 7b SV-EG, ein Staatsvertrag oder eine Verordnung des Rates der Europäischen Union nichts anderes vorsieht.

Besondere Leistungen im Ausland

§ 12. Die BVA übernimmt die notwendigen tatsächlichen Kosten von notwendiger und zweckmäßiger ärztlicher Hilfe oder Anstaltspflege, wenn sich der Patient/die Patientin zu ihrer Inanspruchnahme ins Ausland begeben muss, weil diese oder eine gleichwertige Leistung im Inland nicht oder nicht zeitgerecht erhältlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Untersuchung oder Behandlung im Rahmen der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe aufgrund eines Staatsvertrages oder einer Verordnung des Rates der Europäischen Union erbracht werden könnte. Die Kostenerstattung wird um jenen Betrag vermindert, der bei Inanspruchnahme eines/einer vergleichbaren Vertragspartners/Vertragspartnerin im Inland als Behandlungsbeitrag bezahlt werden müsste. Unbeschadet dieser Ansprüche erstattet die BVA im Fall des § 7b Abs. 4 SV-EG mindestens den sich aus Abs. 6 dieser Bestimmung ergebenden Betrag.

Erste Hilfe

§ 13. Tritt ein Unfall, eine plötzliche Erkrankung oder ein ähnliches Ereignis im Inland ein, und kann ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der BVA nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten, ersetzt die BVA die tatsächlichen Kosten dringend notwendiger Leistungen, und zwar

1. von ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung oder Zahnersatz bis zu 180 % des Tarifes des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartners/Vertragspartnerin für nicht dringliche Leistungen;

2. von Heilmitteln ohne Rücksicht auf eine allfällige Bewilligungspflicht, wobei die Rezeptgebühr abgezogen wird;
3. von Anstaltspflege sowie einer Fahrt oder eines Transportes nach den allgemeinen Bestimmungen.

Fehlen von vertraglichen Regelungen

§ 14. Hat für eine Berufsgruppe noch nie ein Vertrag bestanden, oder ist eine Leistung vertraglich noch nie sichergestellt gewesen, leistet die BVA zu den tatsächlichen Kosten einer notwendigen und zweckmäßigen Pflichtleistung einen Zuschuss bis zu dem in besonderen Bestimmungen oder in Anhang 1 genannten Betrag. Ist für die Leistung ein Zuschuss nicht ausdrücklich vorgesehen, werden je Behandlung oder Untersuchung 60 % der notwendigen tatsächlichen Kosten ersetzt; dieser Zuschuss beträgt höchstens 7,5 % der Höchstbeitragsgrundlage, die für den Monat der Behandlung oder Untersuchung gilt. Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein anderer Sozialversicherungsträger oder eine Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2, § 3 Z 2 B-KUVG) in Anspruch genommen wurde.

Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 15. Die BVA leistet bei einer Impfung (aktiven Immunisierung) gegen Frühsommermeningoenzephalitis einen Zuschuss von 16,00 Euro je Teilimpfung. Der Zuschuss kann in der Weise geleistet werden, dass die BVA das Impfserum zu einem um diesen Betrag verminderten Preis zur Verfügung stellt.

Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe

§ 16. (1) Ein Behandlungsbeitrag im Ausmaß von 10 % des Vertragshonorars ist bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen vom Versicherten/von der Versicherten zu entrichten:

1. für ein mit der Konsultation des Vertragspartners/der Vertragspartnerin verbundenes, von konkreten Verrichtungen unabhängiges Grundhonorar;
2. für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche;
3. für bildgebende Diagnoseverfahren (z. B. Röntgen, Sonographie, Computertomographie);
4. für Laboruntersuchungen;
5. für Physiotherapie;
6. für Psychotherapie;
7. für elektrokardiografische Untersuchungen (EKG);
8. für ergometrische Untersuchungen.

(2) Von der Anwendung des Abs. 1 ausgenommen sind

1. Leistungen in Zusammenhang mit der Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten;
2. Leistungen für
   a) Bezieher/Bezieherinnen einer Waisenpension oder eines Waisenversorgungsgenusses;
   b) die in § 56 Abs. 2 Z 2 bis 6, Abs. 3 und 4 B-KUVG genannten Angehörigen.

(3) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag im Regelfall im Nachhinein vor. Sie kann jedoch aus Gründen der Zweckmäßigkeit den Vertragspartner/die Vertragspartnerin oder die eigene Einrichtung damit betrauen, den Behandlungsbeitrag anlässlich der Inanspruchnahme der Leistung einzuheben.

(4) Die BVA schreibt den Behandlungsbeitrag in derselben Höhe vor wie bei Inanspruchnahme derselben Leistung bei einem/einer niedergelassenen Vertragsarzt/Vertragsärztin, wenn sie Leistungen nach Abs. 1 pauschal honoriert. Ist die Leistung im Tarif der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen nicht enthalten, wohl aber im Tarif eines/einer anderen Vertragspartners/Vertragspartnerin der BVA, bemisst die BVA den Behandlungsbeitrag nach dem Tarif dieses/dieser Vertragspartners/Vertragspartnerin. Lässt sich im Fall einer Pauschalhonorierung die tatsächlich konsumierte Leistung nicht oder nur mit unvertretbar hohem Aufwand ermitteln, schreibt die BVA einen Behandlungsbeitrag von 3,20 Euro je Versicherungsfall, Kalendervierteljahr und in Anspruch genommener Einrichtung des/der Vertragspartners/Vertragspartnerin vor.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

§ 17. (1) Der Höchstbetrag, bis zu dem die BVA die Kosten für die Beistellung oder Instandsetzung eines Heilbehelfes oder eines Hilfsmittels, das nicht als medizinische Maßnahme der Rehabilitation zu betrachten ist, als Sachleistung oder Zuschuss (§ 14) übernimmt, wird festgesetzt

1. für Hilfsmittel, die geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen, und für Krankenfahrstühle mit der 20fachen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG,
2. für andere Heilbehelfe und Hilfsmittel mit der 8fachen Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG.

(2) Soll ein Heilbehelf oder Hilfsmittel durch einen vergleichbaren Behelf ersetzt werden, übernimmt die BVA Kosten nur, wenn die Neubeistellung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, oder wenn seit der Vorleistung ein angemessener Zeitraum vergangen ist, nach dessen Ablauf auch bei ordnungsgemäßem Gebrauch wegen der damit verbundenen Abnützung die weitere Verwendbarkeit des Behelfes nicht mehr angenommen werden kann. Bei den im Anhang 2 angeführten Behelfen ist dies der dort angegebene Zeitraum. Als Vorleistung gilt auch die Leistung eines anderen Sozialversicherungsträgers oder einer Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2, § 3 Z 2 B-KUVG).

Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen

§ 18. Die BVA übernimmt die Anmelde- und Registrierungskosten für eine notwendige Organtransplantation in der Höhe des Betrages, den die Institution, die die Anmeldung entgegennimmt, oder die die Registrierung vornimmt, dafür in Rechnung stellt.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Allgemeine Bestimmung

§ 19. (1) Die BVA erbringt Zahnbehandlung und Zahnersatz als Sachleistung durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen oder Kostenerstattung. Sie übernimmt Kosten nur für medizinisch und technisch einwandfreie und mit körperverträglichem Material ausgeführte Arbeiten. Können die in den Verträgen vorgesehenen Materialien aus zwingenden medizinischen Gründen nicht verwendet werden, leistet die BVA den in Anhang 1 genannten Zuschuss bis zur Höhe der tatsächlichen Kosten. Werden andere Materialien nicht aus solchen Gründen verwendet, hat der Anspruchsberechtigte/die Anspruchsberechtigte die Leistung selbst zu bezahlen; die BVA leistet dann einen Zuschuss in Höhe von 90 % des Tarifes der notwendigen Vertragsleistung.

(2) Der Versicherte/Die Versicherte hat einen Behandlungsbeitrag zu entrichten, und zwar

a) für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung und Zahnersatz im Ausmaß von 10% des Vertragshonorars,
b) für kieferorthopädische Behandlungen im Sinn des § 21 Abs. 1 Z 4 und 5 im Ausmaß von 20 % des Vertragshonorars.

Lit. a ist auf Leistungen für Anspruchsberechtigte im Sinn des § 16 Abs. 2 Z 2 nicht anzuwenden.

(3) Honoriert die BVA Leistungen der Zahnbehandlung oder des Zahnersatzes pauschal, gilt § 16 Abs. 4 sinngemäß. Der Behandlungsbeitrag wird nach § 16 Abs. 3 eingehoben.

Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung

§ 20. Die Leistungen, die die BVA als konservierende oder chirurgische Zahnbehandlung im Fall der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erbringt, sind in Anhang 3 genannt.

Kieferorthopädische Behandlung

§ 21. (1) Die BVA erbringt folgende Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung:

1. Kieferorthopädische Beratung (Abs. 2),
2. interzeptive kieferorthopädische Behandlung (Abs. 3),
3. kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses (Abs. 4),
4. kieferorthopädische Behandlung in anderen Fällen (Abs. 5),
5. Behandlung mit kieferorthopädischen Behelfen (Abs. 6).

(2) Der/Die Anspruchsberechtigte erhält kieferorthopädische Beratung vor Vollendung des 18. Lebensjahres, und zwar einmal und frühestens, wenn 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. Diese Beratung umfasst folgende Leistungen:

a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der kieferorthopädischen Behandlung,
b) Information über den Ablauf einer Behandlung,
c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin,

d) Information über Vor- und Nachteile einer Behandlung.

(3) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung (Abs. 1 Z 2) ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Diese Behandlung wird in der Regel (d. h. bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres erbracht, sofern eine der folgenden Indikationen des Grades 4 oder 5 nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN) vorliegt:

1. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien;
2. skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne;
3. seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne;
4. ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss;
5. frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss);
6. bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig);
7. progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe;
8. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen;
9. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm;
10. Platzmangel in der Stützzone größer 4 mm.

    Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie)

    - ein außerhalb des Zahnbogens durchgebrochener Zahn sich in den Zahnbogen einstellt oder
    - ein noch nicht durchgebrochener Zahn spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
11. Unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren;
12. Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt;
13. verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase alleine oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei noch keine Indikation für eine interzeptive Behandlung dar.

Die interzeptive Behandlung umfasst:

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

(4) Eine kieferorthopädische Hauptbehandlung nach Abs. 1 Z 3 wird erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung von Grad 4 oder 5 nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN) gegeben ist,
3. die Behandlung in der späten Phase des Wechselgebisses zu einem Zeitpunkt beginnt, zu dem die hinteren Molaren („Siebener“) bereits eingegliedert sind oder erwartungsgemäß bei Behandlungsabschluss regulär eingegliedert sein werden und
4. der Abschluss einer interzeptiven Behandlung (Abs. 3) bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt, sofern nicht ein triftiger medizinischer Grund für eine frühere Behandlung spricht.

Diese Hauptbehandlung umfasst:

a) Diagnostische Leistungen; dies sind:
    - Behandlungsplanung,
    - klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
    - Panoramaröntgen,
    - laterales Fernröntgen,
    - Fotos intra- und extraoral,
    - Modelle,

- Bissregistrat,
- Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

b) Therapeutische Leistungen; dies sind:

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

(5) Sofern die Voraussetzungen der Abs. 3 und 4 nicht erfüllt sind, leistet die BVA vorbehaltlich des Abs. 6 kieferorthopädische Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte bei nachstehenden Fehlbildungen:

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

Lässt sich der/die Anspruchsberechtigte mit im Vertrag nicht vorgesehenen Geräten behandeln, leistet die BVA den in Anhang 1 genannten Zuschuss unter den dort genannten Bedingungen.

(6) Die BVA leistet die Behandlung mit den im Anhang 1 genannten kieferorthopädischen Behelfen, wenn durch sie

1. eine kieferorthopädische Fehlstellung nach Abs. 5 kurzfristig behoben werden kann oder
2. der Erfolg einer vorangegangenen Behandlung nach Abs. 4 oder 5 sichergestellt werden kann.

Ist diese Behandlung nicht vertraglich geregelt und nicht in der Hauptbehandlung inkludiert, leistet die BVA den in Anhang 1 genannten Zuschuss.

(7) Als Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung gilt das Datum, an dem der Behandler/die Behandlerin die erforderlichen Geräte erstmals in den Mund des/der Anspruchsberechtigten einbringt. Die Behandlung gilt als beendet:

1. Bei einer Behandlung mit abnehmbaren Geräten nach Abs. 3 und 5, sobald die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind oder offenkundig wird, dass aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des/der Anspruchsberechtigten keine weitere Verbesserung möglich ist.
2. Bei einer Leistung nach Abs. 4, sobald eine Verbesserung des Ausgangszustands um zumindest 70 % nach dem Peer Assessment Rating (PAR) Index erreicht wurde oder offenkundig wird, dass aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des/der Anspruchsberechtigten keine weitere Verbesserung möglich ist, und die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

(8) Ist ein Pauschaltarif für die gesamte Hauptbehandlung vereinbart, gebührt dem/der Anspruchsberechtigten bei Inanspruchnahme eines Wahlkieferorthopäden/einer Wahlkieferorthopädin vorbehaltlich des § 69a Abs. 3 B-KUVG

- zu Behandlungsbeginn (Abs. 7) 45 %,
- zum Ende des ersten Behandlungsjahres 25 % und
- nach Behandlungsende (Abs. 7) 30 % des Gesamtpauschales.

(9) Ist die Kostenerstattung nach Vertragstarif mangels flächendeckender Sachleistungsversorgung ausgeschlossen (§ 69a Abs. 3 B-KUVG), leistet die BVA für eine Behandlung nach Abs. 1 Z 3, die nach Kundmachung dieses Umstandes im Internet (§ 343e Abs. 4 ASVG) beginnt, den in Anhang 1 genannten Zuschuss, falls die Voraussetzungen des Abs. 4 erfüllt sind und der behandelnde Wahlkieferorthopäde/die behandelnde Wahlkieferorthopädin folgende Ausbildung und Erfahrung hat:

1. Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
2. dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich Kieferorthopädie oder
3. Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
4. entsprechende postgraduale Ausbildung in der Kieferorthopädie (z. B. Master of Science) oder
5. Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie oder
6. Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom Kieferorthopädie der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
7. gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland und
8. Nachweis von 20 Multibracket-Behandlungsfällen, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70 % nach dem Peer Assessment Rating (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.

(10) Die Feststellung des IOTN-Grades ist – soweit vertraglich nicht anders geregelt – mit dem Behandlungspauschale abgegolten. Der Ersatz eines in Verlust geratenen kieferorthopädischen Apparates und Reparaturen, die nicht durch den normalen Gebrauch bedingt sind, werden von der BVA nicht bezahlt.

Zahnersatz

§ 22. (1) Die BVA leistet den unentbehrlichen Zahnersatz. Unentbehrlich ist jener Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch seine Reparatur, sofern sie durch den normalen Gebrauch erforderlich geworden ist.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz ist im Allgemeinen ein abnehmbarer Zahnersatz samt medizinisch-technisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkronen). Festsitzender Zahnersatz ist nur dann der unentbehrliche, wenn aus medizinischen Gründen, die eine andere prothetische Versorgung nicht zulassen, ein abnehmbarer Zahnersatz nicht eingegliedert werden kann; dies ist der Fall

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

(3) Kosten werden nicht übernommen

1. für den Ersatz von Weisheitszähnen;
2. für Zahnersatz für hiefür nicht sanierte Kiefer, insbesondere über nicht gezogene Wurzeln;
3. für allein kosmetisch motivierten Zahnersatz;
4. für Reservestücke;
5. für den Ersatz eines in Verlust geratenen oder nicht durch den normalen Gebrauch beschädigten Zahnersatzstückes;
6. für eine Neuherstellung eines Zahnersatzstückes innerhalb von sechs Jahren nach einer Leistung der BVA, eines anderen Sozialversicherungsträgers oder einer Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung (§ 2 Abs. 1 Z 2, § 3 Z 2 B-KUVG), es sei denn, sie ist wegen notwendiger Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund erforderlich.

Abnehmbarer Zahnersatz

§ 23. (1) Als abnehmbarer Zahnersatz werden Total- oder Teilprothesen aus Kunststoff oder Metallgerüstprothesen erbracht.

(2) Als Sofortzahnersatz vor Anfertigung der prothetischen Dauerversorgung wird eine Kunststoffprothese geleistet. Wird diese Leistung in Anspruch genommen, übernimmt die BVA keine Kosten für die Neuanfertigung oder Anpassung des bleibenden Zahnersatzstückes, wenn mit seiner Anfertigung nicht zwölf Wochen ab der letzten Extraktion zugewartet wird. Die Gebrauchsdauer des § 22 Abs. 3 Z 6 beginnt mit der Beistellung der Dauerversorgung.

(3) Die BVA leistet zu den Kosten eines vertraglich nicht geregelten festsitzenden Zahnersatzes den in Anhang 1 genannten Zuschuss. Kronen und Brücken einschließlich deren Verankerungen, gegossene Stiftaufbauten sowie notwendige Verankerungen für einen abnehmbaren Zahnersatz mit Ausnahme der vertraglich geregelten Klammerzahnkronen (§ 22 Abs. 2 1. Satz) gelten als festsitzender Zahnersatz.

Reise-(Fahrt-) und Transportkosten

Allgemeines

§ 24. (1) Die BVA übernimmt nach Maßgabe der §§ 25 und 26

1. Fahrtkosten aus Anlass der Inanspruchnahme einer Jugendlichenuntersuchung oder einer Vorsorge(Gesunden)untersuchung für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten und dem/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartner/Vertragspartnerin;
2. Reise-(Fahrt-) oder Transportkosten aus Anlass der Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe, Hebammenhilfe, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie aus Anlass der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Sinn des § 65 B-KUVG für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten und dem/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartner/Vertragspartnerin;
3. Fahrtkosten aus Anlass einer Impfung gegen Frühsommermeningoenzephalitis (§ 15) für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten und der nächstgelegenen Impfstelle;
4. Reise-(Fahrt-) oder Transportkosten bei Anstaltspflege oder aus Anlass einer Entbindung für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten und der nächstgelegenen geeigneten öffentlichen Krankenanstalt;
5. die Kosten des Transportes von der Unfallstelle zur nächstgelegenen Wohnung des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten nach einem Unfall im Inland;
6. aus Anlass der Einweisung in eine Krankenanstalt als medizinische Maßnahme der Rehabilitation für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten oder einer Krankenanstalt, in der er/sie sich zur Anstaltspflege befindet, und der Rehabilitationseinrichtung
   a) Reise- oder Transportkosten, wenn der/die Versicherte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit ist,
   b) sonst ausschließlich Transportkosten;
7. Reise- oder Transportkosten aus Anlass der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation für den Weg zwischen dem Wohnort des Anspruchsberechtigten/der Anspruchsberechtigten und dem/der nächstgelegenen geeigneten Vertragspartner/Vertragspartnerin;
8. Reise-(Fahrt-)kosten aus Anlass einer Maßnahme zur Festigung der Gesundheit für Wegstrecken im Inland, wenn der/die Versicherte wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit ist;
9. Reise- oder Transportkosten aus Anlass einer Maßnahme der erweiterten Rehabilitation im Sinne des § 70b B-KUVG;
10. Reisekosten bei Maßnahmen der Krankheitsverhütung im Sinne des § 72 Abs. 1 B-KUVG.

(2) Auf die Übernahme von Reise-(Fahrt-)kosten besteht kein Rechtsanspruch; dies gilt auch für die Übernahme der Kosten von Transporten nach Abs. 1 Z 2, 6, 7 und 9.

(3) Die Kostenübernahme erfolgt für die kürzest mögliche zumutbare Fahrt-(Beförderungs-)strecke zwischen den jeweils in Abs. 1 angegebenen Punkten, unabhängig davon, ob diese tatsächlich Ausgangspunkt oder Ziel der Fahrt (des Transportes) sind; Abs. 1 Z 5 bleibt dadurch unberührt. Sie ist jedenfalls auf den tatsächlich zurückgelegten Weg und mit den tatsächlich entstandenen Kosten begrenzt.

Reise-(Fahrt-)kosten

§ 25. (1) Die BVA ersetzt Reise-(Fahrt-)kosten bis zum Betrag von 0,09 Euro je Kilometer, bei Fahrten mit einer Begleitperson (Abs. 2) bis zum Betrag von 0,14 Euro je Kilometer für beide Personen. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel tatsächlich benützt wird.

(2) Die BVA ersetzt unter Anwendung des Abs. 1 Reise-(Fahrt-)kosten auch für eine Begleitperson

1. eines Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und
2. einer Person, die auf Grund ihres körperlichen oder geistigen Zustandes einer Begleitperson bedarf, und dies ärztlich bestätigt ist.

(3) Die BVA übernimmt Reise-(Fahrt-)kosten nicht

1. für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb des Stadt-(Orts-)gebietes und
2. für Fahrten bis zu 20 km Entfernung.

Transport-(Beförderungs-)kosten

§ 26. (1) Die BVA übernimmt Transportkosten, wenn der/die Anspruchsberechtigte auf Grund seines/ihres körperlichen oder geistigen Zustandes oder wegen der zurückzulegenden Entfernung ein öffentliches Verkehrsmittel auch mit einer Begleitperson nicht benützen kann, und dies ärztlich bescheinigt wird. Geleistet wird die medizinisch unbedingt erforderliche Art des bodengebundenen Transportes mit einem dafür ausgestatteten Kraftfahrzeug (Abs. 2) oder – falls die Beförderung eines Notfallpatienten/einer Notfallpatientin (Abs. 2 Z 5) auf dem Landweg wegen der Dringlichkeit des Falles nicht zu verantworten wäre – der Transport mit einem dafür ausgestatteten Luftfahrzeug.

(2) Ein bodengebundener Transport erfolgt als:

1. Krankenbeförderung:

   Befördert wird ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte, der/die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug keiner Unterstützung durch einen Sanitäter/eine Sanitäterin bedarf. Der/Die Anspruchsberechtigte kann mit einem privaten Kraftfahrzeug oder einem Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagen) befördert werden.
2. Einfacher Krankentransport:

   Transportiert wird ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte, der/die kein Notfallpatient/keine Notfallpatientin ist und der/die auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen Sanitäter/eine Sanitäterin bedarf und/oder bei dem/der die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Anspruchsberechtigte kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der Sanitäter/die Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist.
3. Qualifizierter Krankentransport:

   Transportiert wird ein Anspruchsberechtigter/eine Anspruchsberechtigte, der/die kein Notfallpatient/keine Notfallpatientin ist und der/die während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen ist. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen Sanitäter/eine Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Anspruchsberechtigte wird liegend oder sitzend in einem Tragsessel oder Rollstuhl mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert.
4. Rettungstransport:

   Transportiert wird ein Notfallpatient/eine Notfallpatientin, der/die sich nicht in Lebensgefahr befindet, 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 Sanitäter/eine Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist.
5. Notarzttransport:

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

(3) Die Kosten eines Transportes von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete werden nur übernommen, wenn die abgebende Krankenanstalt nicht zur weiteren Untersuchung oder Behandlung des/der Anspruchsberechtigten geeignet ist, und ihr Rechtsträger nicht verpflichtet ist, diese Kosten zu tragen.

(4) Die Kosten eines medizinisch unumgänglich notwendigen, vertraglich nicht geregelten Transportes mit einem Flächenflugzeug werden in der notwendigen Höhe ersetzt. Bei Benützung eines privaten Kraftfahrzeuges leistet die BVA je Fahrkilometer die Hälfte der besonderen Entschädigung, die in der Reisegebührenvorschrift des Bundes (BGBl. Nr. 133/1955 in der jeweils geltenden Fassung) für Fahrten mit Personen- und Kombinationskraftwagen vorgesehen ist. Im Übrigen werden Transportkosten in Höhe der Vertragstarife übernommen. Im Fall eines vertragslosen Zustandes leistet die BVA zu den tatsächlichen Kosten einen Zuschuss in Höhe des zuletzt geltenden Tarifes, sofern Anhang 1 nichts anderes vorsieht.

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld

§ 27. (1) Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/die Wahlärztin, sondern durch einen/eine von der BVA bestimmten Arzt/Ärztin festgestellt. Der Anspruch auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der BVA bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin ist.

(2) Die BVA leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für Anspruchsberechtigte ausgenommen die nach § 84 B-KUVG in Verbindung mit § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 ASVG Anspruchsberechtigten – Krankengeld bis zur Höchstdauer von 78 Wochen. Für ein und denselben Versicherungsfall wird über die Dauer von 26 Wochen hinaus Krankengeld nur längstens bis zum Ende des Kalendermonates erbracht, in dem ein Bescheid über die Zuerkennung einer Pension aus eigener Pensionsversicherung zugestellt worden ist. Fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach der Bescheidzustellung an, weil der Versicherte/die Versicherte die Tätigkeit, aufgrund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonates geleistet, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Bescheidzustellung folgenden Kalendermonates.

Wochengeld

§ 28. Die BVA berücksichtigt die auf die letzten drei Kalendermonate entfallenden Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes, in dem sie den nach § 84 B-KUVG in Verbindung mit § 162 Abs. 3 ASVG ermittelten Nettoarbeitsverdienst um 17 % erhöht.

Auszahlung der laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung

§ 29. (1) Die BVA zahlt Krankengeld und Wochengeld alle vier Wochen im Nachhinein aus.

(2) Die BVA zahlt Rehabilitationsgeld monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats aus.

Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

§ 30. (1) Die bezugsanweisende Stelle des Dienstgebers/der Dienstgeberin hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit eines/einer bei der BVA versicherten Vertragsbediensteten diesem/dieser oder der BVA für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“ anzugeben:

1. die Personaldaten des Versicherten/der Versicherten (Vor- und Familienname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Tag und den Grund der Beendigung des Dienstverhältnisses,
5. die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung
   - in jenem Monat, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist, bzw.
   - im laufenden Monat, falls ein zuletzt vorangegangener Monat für den Versicherten/die Versicherte nicht in Betracht kommt,
6. für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
7. die Dienstgeberkontonummer.

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass zu melden ist:

1. statt des Betrages nach Z 5 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft (§ 84 B-KUVG in Verbindung mit § 120 Abs. 1 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, und

2. zusätzlich der Anspruch auf Sonderzahlungen.

4. Abschnitt: Sonstige Bestimmungen

Informationsveranstaltungen

§ 31. (1) Die BVA hält Informationsveranstaltungen ab; hierzu werden Versicherte und Dienstgeber/Dienstgeberinnen im Wege entsprechender Bekanntmachung eingeladen.

(2) Versicherten und Dienstgebern/Dienstgeberinnen wird bei diesen Informationsveranstaltungen Gelegenheit geboten, sich mit Fragen und Anliegen an die BVA zu wenden.

Allspartenservice

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

(2) Anträge, Meldungen und Mitteilungen an die BVA können fristwahrend eingebracht werden:

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

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

5. Abschnitt: Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 33. (1) Die Satzung 2016 tritt mit dem auf die Verlautbarung folgenden Monatsersten in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Satzung 2011 der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, kundgemacht im Internet unter www.ris.bka.gv.at/Avsv

- AVSV Nr. 86/2011 (Neufassung),

in den Fassungen der Änderungen

- AVSV Nr. 41/2012 (1. Änderung)
- AVSV Nr. 48/2013 (2. Änderung)
- AVSV Nr. 133/2012 (3. Änderung)
- AVSV Nr. 156/2013 (4. Änderung)
- AVSV Nr. 55/2014 (5. Änderung)
- AVSV Nr. 70/2014 (6. Änderung)
- AVSV Nr. 154/2014 (7. Änderung)
- AVSV Nr. 105/2015 (8. Änderung)
- AVSV Nr. 41/2016 (9. Änderung)

außer Kraft.

(3) Die Satzung 2011 ist auf Sachverhalte, die vor ihrem Außerkrafttreten verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden. Die Wartezeit nach § 27 Abs. 3 der Satzung 2011 muss nicht mehr erfüllt werden, wenn die 26. Woche des Krankengeldanspruchs am Tag vor Inkrafttreten der Neufassung der Satzung 2016 oder danach endet.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 34. (1) Abweichend von § 31 Abs. 9a ASVG tritt Anhang 4 Abs. 2 Z 1 in der Fassung der 1. Änderung rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(2) Anhang 4 Abs. 2 Z 1 in der Stammfassung ist auf Tage der Anstaltspflege im Zeitraum vom 1. September bis 31. Dezember 2016 weiterhin anzuwenden.

Anhänge

Anhang 1

Kostenzuschüsse

1. -

2.	**Zuschüsse nach § 14**		
2.1.	für die Behandlung durch einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin		
2.1.1.	Einzelsitzung ab 25 Minuten	EUR	23,34
2.1.2.	Einzelsitzung ab 50 Minuten	EUR	40,00
	Behandlungseinheiten unter 25 Minuten Dauer werden nicht vergütet.		
2.1.3.	Gruppensitzung ab 45 Minuten, je Anspruchsberechtigtem/Anspruchsberechtigter	EUR	9,34
2.1.4.	Gruppensitzung ab 90 Minuten, je Anspruchsberechtigtem/Anspruchsberechtigter	EUR	13,34
	Gruppentherapien unter 45 Minuten Dauer oder mit mehr als zehn Teilnehmern/Teilnehmerinnen werden nicht vergütet.		
2.2.	für den ärztlichen Beistand bei einer ambulanten Entbindung	EUR	200,00
2.3.	für den Beistand durch eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester der Betrag, den die BVA für die Inanspruchnahme einer Hebamme aufzuwenden hätte.		
2.4.	für ärztliche Leistungen		
2.4.1.	Akupunktur je Sitzung	EUR	15,00
2.4.2.	Chirotherapie je Sitzung	EUR	15,00
2.4.3.	Magnetresonanztomografie (MRT) mit Niederfeldgerät (Feldstärke unter 1 Tesla)	EUR	85,00
2.5.	für die Behandlung durch einen Heilmasseur/eine Heilmasseurin		
2.5.1.	Massagetherapie:		
2.5.1.1.	Manuelle Heilmassage; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten; je Sitzung	EUR	2,00
2.5.1.2.	Manuelle Lymphdrainage bei primären oder sekundären Lymphödemen; Behandlungszeit mindestens 45 Minuten	EUR	8,00
2.5.1.3.	Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Behandlungszeit mindestens 45 Minuten	EUR	3,50
2.5.1.4.	Unterwasserdruckstrahlmassage; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR	2,50
2.5.2.	Elektrophysikalische Behandlung:		
	Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten:		
2.5.2.1.	Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer Strom; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR	1,00
2.5.2.2.	Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
2.5.2.3.	Exponentialstrom; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
2.5.2.4.	Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten (z. B. niederfrequente Wechselströme, transkutane Nervenstimulation (TENS)); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
	Niederfrequenztherapie:		
2.5.2.5.	Iontophorese, Galvanisation; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
2.5.2.6.	Zwei- oder Vierzellenbad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
2.5.2.7.	Hydroelektrisches Vollbad (Stanger-Bad); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	4,20
2.5.2.8.	Mittelfrequenztherapie (z. B. Stereodyn, Strom, Interferenzstrom, Nemectodyn, Wymoton); Behandlungszeit mindestens 15 Minuten	EUR	1,50
2.5.3.	Hochfrequenz-, Ultraschall- und Phototherapie:		
2.5.3.1.	Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR	1,00
2.5.3.2.	Ultraschalltherapie; Behandlungszeit mindestens 5 Minuten pro Region; mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung	EUR	1,20
2.5.3.3.	Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Heißluft; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR	0,50
2.5.4.	Wärmeträger- und Kältetherapie:		
2.5.4.1.	Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	2,00

2.5.4.2.	Kryotherapie: Kryopackungen (z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	1,50
2.5.4.3.	Munaripackung; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	2,00
2.5.5.	Hydrotherapie:		
2.5.5.1.	Medizinalbad mit Zusatz (z. B. Sole, Schwefel); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	3,20
2.5.5.2.	Moorschwebstoffbad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	3,20
2.5.5.3.	Kohlensäurebad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR	3,20
	Für Behandlungen, die kürzer als die angegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird kein Zuschuss geleistet. Für Behandlungen, die länger als die angegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Betrag hinaus keine weitere Vergütung geleistet. Für Leistungen der Elektro-, Hydro- und Balneotherapie werden Zuschüsse nur erbracht, wenn der Heilmasseur/die Heilmasseurin über die entsprechende Spezialqualifikation nach § 60 MMHmG verfügt.		
2.6.	für medizinische Hauskrankenpflege		
2.6.1.	je Besuch bis zu einer Dauer von 45 Minuten einschließlich Wegzeiten und Wegegebühren (Grundbetrag)	EUR	8,64
2.6.2.	je weitere volle Viertelstunde eines länger dauernden Besuches	EUR	2,88
	Der Zuschuss (Summe der Beträge nach Punkt 2.6.1. und Punkt 2.6.2.) pro Tag der medizinischen Hauskrankenpflege ist mit der Höhe des täglichen Pflegekostenzuschusses (Anhang 4 Abs. 2 Z 1) begrenzt.		
2.7.	für Hebammenberatung gemäß § 7 Abs. 1 KBGG		
2.7.1.	Hebammenberatung bei der Schwangeren	EUR	35,70
2.7.2.	zuzüglich Kilometergeld pro Kilometer Fahrtweg der Hebamme zur Schwangeren	EUR	0,42
2.7.3.	Hebammenberatung in der Ordination der Hebamme	EUR	25,50
2.8.	für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung		
2.8.1.	Fissurenversiegelung je Zahn	EUR	20,00
2.8.2.	Digitale Volumentomografie (DVT)	EUR	60,00
2.9.	für eine ambulante punktförmige Bestrahlung eines Tumors (§ 60a Abs. 2 B-KUVG)		
2.9.1.	mit Kohlenstoffionen, je Behandlungsserie	EUR	18.285,00
2.9.2.	mit Protonen, je Behandlungsserie	EUR	23.310,00
	Der Zuschuss nach Punkt 2.9.2. wird insbesondere bei folgenden Indikationen geleistet: - Melanom am Auge, die nicht für die Brachytherapie mit Jod- oder Rhutenium-Applikatoren geeignet sind, - Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis, - Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation, - Pädiatrische Tumore bei Patienten oder Patientinnen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, - Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist. Mit den Zuschüssen gemäß den Punkten 2.9.1. und 2.9.2. sind sämtliche medizinischen Leistungen der Strahlentherapie-Einrichtung, die mit der Tumorbehandlung in Zusammenhang stehen, abgegolten. Wird die Therapie abgebrochen, leistet die BVA den aliquoten Teil des jeweils vorgesehenen Betrages.		
2.9.3.	Bei Unterbleiben der punktförmigen Bestrahlung leistet die BVA für allfällige mit der Behandlung in Zusammenhang stehende erbrachte medizinische Leistungen der Strahlentherapie-Einrichtung einen Kostenzuschuss in Höhe von	EUR	575,00
3.	**Zuschüsse für besonderes Material nach § 19 Abs. 1**		
3.1.	für ein Inlay aus Gold oder Keramik		
3.1.1.	Einflächenfüllung	EUR	87,21

3.1.2.	Zweiflächenfüllung	EUR	116,28
3.1.3.	Drei- oder Mehrflächenfüllung	EUR	127,90
3.2.	für ein Onlay (eine Höckerdeckung)		
3.2.1.	aus Gold oder Keramik	EUR	174,41
3.2.2.	aus Kunststoff	EUR	76,88
3.3.	für eine Stiftverankerung pulpal gegossen	EUR	69,77
3.4.	für die Mehrkosten einer Prothese für anderes geeignetes Material		
3.4.1.	bei einer Metallgerüstprothese (Titan)	EUR	29,07
3.4.2.	bei einer Kunststoffprothese (methaacrylatfreier Kunststoff)	EUR	23,62
4.	**Kieferorthopädische Behandlungen**		
4.1.	Kieferorthopädische Behelfe nach § 21 Abs. 6		
4.1.1.	Schiefe Ebene, Platzhalter oder individuell angefertigte Mundvorhofplatte, einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR	49,05
4.1.2.	Positioner einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR	72,67
4.1.3.	Individuell angefertigter Retainer (insbesondere Kleberetainer) einschließlich Anpassung und Nachkontrolle, je Kiefer	EUR	49,05
4.1.4.	Retentionsplatte einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR	72,67
4.2.	Behandlung nach § 21 Abs. 5 mit im Vertrag nicht vorgesehenen Geräten		
4.2.1.	Gaumennahterweiterung mit abnehmbaren oder festsitzenden Geräten, einmalig	EUR	350,00
4.2.2.	Hauptbehandlung nach § 69 B-KUVG im Fall einer Zahn- oder Kieferfehlstellung von mindestens Grad 3 nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN) und bei Einhaltung von § 21 Abs. 4 Z 3 und 4 je Behandlungsfall § 21 Abs. 7 Z 2und Abs. 8 gilt sinngemäß.	EUR	3.500,00
4.2.3.	In anderen Fällen je Behandlungsjahr 80 % des Vertragstarifes für die Behandlung mit abnehmbaren Geräten nach § 21 Abs. 4. Mit dem Zuschuss nach Punkt 4.2. sind alle diagnostischen und therapeutischen Behandlungsschritte sowie allfällige Reparaturen an den kieferorthopädischen Apparaten abgegolten, nicht aber die Extraktion von Zähnen und Heilmittel.		
4.3.	Zuschuss bei fehlender Sachleistungsversorgung (§ 21 Abs. 9)		
4.3.1.	Kieferorthopädische Hauptbehandlung nach § 21 Abs. 4 § 21 Abs. 8 gilt sinngemäß.	EUR	3.500,00
5.	**Zuschüsse für festsitzenden Zahnersatz nach § 23 Abs. 3**		
5.1.	Im Fall der Unentbehrlichkeit (§ 22 Abs. 2)		
5.1.1.	je Krone oder Brückenglied	EUR	450,00
5.1.2.	je Implantat	EUR	700,00
5.2.	Wenn anstelle des unentbehrlichen abnehmbaren ein festsitzender Zahnersatz angefertigt wird, auf den kein Anspruch nach § 22 Abs. 2 besteht,		
5.2.1.	je Krone oder Brückenglied	EUR	200,00
5.2.2.	je Implantat Mit dem Zuschuss nach Punkt 5.2. ist auch die Leistung nach Punkt 5.3. abgegolten.	EUR	350,00
5.3.	Für einen gegossenen Stiftaufbau	EUR	100,00
5.4.	Bei notwendiger Verankerung eines abnehmbaren Zahnersatzes		
5.4.1.	je Implantat	EUR	700,00
5.4.2.	je funktionell notwendigem Halteelement (z. B. Steg, Druckknopf, Anker)	EUR	100,00
	Nach Punkt 5 werden die genannten Beträge, höchstens aber 90 % der tatsächlichen Kosten erstattet.		
6.	**Zuschüsse nach § 26 Abs. 4**		
6.1.	für Hubschraubertransporte		
6.1.1.	Primärtransport nach Verkehrsunfall, pauschal	EUR	1.821,97
6.1.2.	Primärtransport nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik, wenn die Verwendung eines Hubschraubers nicht ausschließlich aus bergungstechnischen, sondern auch aus medizinischen Gründen erforderlich ist, pauschal	EUR	894,93
6.1.3.	Primärtransport in anderen Fällen pauschal	EUR	948,27

6.1.4.	Sekundärtransport nach Verkehrsunfall, pauschal	EUR 2.125,00
6.1.5.	Sekundärtransport in anderen Fällen, pauschal	EUR 1.275,00

Anhang 2

Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel (§ 17 Abs. 2)

1.	Blutzuckermessgeräte	8 Jahre
2.	Hörgeräte	5 Jahre
3.	Kompressionsstrümpfe, -behelfe Besteht die notwendige Erstversorgung aus zwei Einheiten, kann die zweite Einheit innerhalb der sechs Monate nach der ersten Einheit auf Rechnung der BVA bezogen werden.	6 Monate
4.	Krankenfahrstühle	8 Jahre
5.	Orthopädische Maßschuhe; Zurichtung von Konfektionsschuhen	
5.1.	für Anspruchsberechtigte bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	6 Monate
5.2.	für Anspruchsberechtigte ab dem vollendeten 15. Lebensjahr Besteht die notwendige Erstversorgung aus zwei Paar Schuhen, kann das zweite Paar innerhalb der zwölf Monate nach dem ersten Paar auf Rechnung der BVA bezogen werden.	12 Monate
6.	Prothesen	
6.1.	Armprothesen	5 Jahre
6.2.	Augenprothesen	12 Monate
6.3.	Beinprothesen	5 Jahre
6.4.	Brustprothesen	2 Jahre
7.	Sehbehelfe	
7.1.	Brillen, Brillengläser, Brillenfassungen	3 Jahre
7.2.	Kontaktlinsen, hart	2 Jahre
7.3.	Kontaktlinsen, weich	12 Monate
8.	Stützapparate	
8.1.	der Extremitäten	5 Jahre
8.2.	des Rumpfes	4 Jahre

Anhang 3

Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (§ 20)

1. Abdeckplatte bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte;
2. Abnahme technischer Arbeiten;
3. Anästhesie (Narkose);
4. Aufbau mit Höckerdeckung;
5. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen;
6. Augmentationsplastik;
7. Behandlung empfindlicher Zahnhälse;
8. Beratung;
9. Beseitigung eines Schlotterkammes;
10. Bestrahlung bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen o. ä.;
11. Bildgebende Untersuchungen (z. B. Zahnröntgen, Panoramaröntgen, Fernröntgen des Schädels, Sialographie);
12. Blutstillung durch Tamponade oder Naht;
13. Drahtschienenverband einschließlich Ottenhacken und intermaxilliarer Fixierung;
14. Eckenaufbau;
15. Einschleifen des natürlichen Gebisses;
16. Endoskopie der Kieferhöhle;
17. Entfernung eines retinierten Zahnes;
18. Entfernung, operative, eines Zahnes;
19. Entfernung von Osteosynthesematerial;
20. Entfernung einer Zahnwurzel aus der Kieferhöhle;
21. Entfernung von Schleimhautwucherungen;
22. Entfernung eines Speichelsteines;
23. Entfernung von Zahnstein;
24. Epithesen;

25. Extraktion eines Zahnes;
26. Fibrinklebung;
27. Fissurenversiegelung;
28. Freilegen eines retinierten Zahnes;
29. Fremdkörperentfernung, chirurgische;
30. Gaumennahtsprengung, chirurgische, bei Schmalkiefer;
31. Gingivektomie;
32. Gleitflächen;
33. Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps;
34. Implantatstifte, Setzen und Entfernen;
35. Incision eines Abszesses;
36. Injektion, therapeutische;
37. Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie oder des Kiefergelenkes;
38. Ivyligatur;
39. Kieferkammkorrektur;
40. Laboruntersuchungen;
41. Lappenoperation, paradontale (Flapoperation);
42. Ligatur traumatisch gelockerter Zähne;
43. Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.);
44. Neuro-Anastomose;
45. Neuro-Transposition;
46. Obere Platte (bei Frakturen);
47. Operation einer Geschwulst;
48. Operation, plastische, des Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens;
49. Osteotomie;
50. Probeexcision;
51. Reduktionsplastik;
52. Replantation eines Zahnes mit Schienung;
53. Reposition einer Kiefergelenksluxation, konservativ (unblutig);
54. Reposition einer Kieferfraktur;
55. Resektion von Wurzelspitzen;
56. Resektion (Exhairese) eines peripheren Trigeminusastes;
57. Resektionskloß ohne Prothese;
58. Retention (Schienung) einer Kieferfraktur, allenfalls des Gegenkiefers;
59. Revision der Kieferhöhle mit Antrotomie;
60. Schienen (Aufbiss-, gegossene Greifer-, Heister-, Kappen-, Knirscher-, Miniplast-, Lingual-, Sauer-, Tiefziehschiene) einschließlich Anlegen und Abnahme;
61. Sequesterentfernung;
62. Spülung der Kieferhöhle;
63. Stiftverankerung;
64. Stomatitisbehandlung;
65. Taschenabtragung, chirurgische;
66. Thierschplatte;
67. Transplantation von Schleimhaut;
68. Transplantation eines Zahnes;
69. Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung);
70. Verblockung bei Paro
71. Verschluss einer Kieferhöhlenfistel;
72. Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik;
73. Versorgung von Haut- und Schleimhautwunden;
74. Vestibulumplastik;
75. Visite;
76. Wiedereinzementieren technischer Arbeiten;
77. Wundrevision, chirurgische, bei dolor post;
78. Wurzelbehandlung, Amputation oder Exstirpation, vollendet oder unvollendet;
79. Zahnfüllungen (ein-, zwei-, drei- oder mehrflächig) einschließlich Unterlage;
80. Zystenobturator;
81. Zystenoperation.

Anhang 4

Kostenerstattung für Anstaltspflege (§ 11)

(1) Wurde der/die Anspruchsberechtigte stationär in die Sonderklasse einer durch einen Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalt aufgenommen oder dort tagesklinisch behandelt, erstattet die BVA – soweit kein Vertrag über die Abgeltung solcher Leistungen mit dieser Krankenanstalt besteht – Anstaltsgebühren, ärztliche Honorare und vergleichbare Entgelte

1. in operativen Fällen bis zu einem Tagespauschale von 15,50 Euro je Tag der Anstaltspflege zuzüglich der Operationsvergütung gemäß Abs. 3;
2. in anderen Fällen bis zu einem Tagespauschale von 26,20 Euro je Tag der Anstaltspflege.

(2) Wurde der/die Anspruchsberechtigte in eine nicht durch einen Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalt aufgenommen, erstattet die BVA zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer

1. Pflegegebühren bis zum Pflegekostenzuschuss von 228,07 Euro je Tag notwendiger Anstaltspflege, soferne nicht der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds leistungszuständig ist,
2. den Anstaltsgebühren vergleichbare Entgelte und ärztliche Honorare unter Anwendung des Abs. 1.

(3) Zur Bemessung der Operationsvergütung werden die Operationen in das Operationsgruppenschema der jeweils geltenden Direktverrechnungsvereinbarung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs mit der Ärztekammer für Wien eingestuft. Der ermittelten Operationsgruppe entsprechend werden für Operation, Assistenz und Narkose höchstens die nachgenannten Beträge geleistet, wobei

- bei besonderer Schwierigkeit einer Operation und entsprechender Begründung die nächsthöhere Gruppe für Operation und Assistenz herangezogen wird,
- bei Operationsgruppe 1 und 2 eine Assistenz nur dann vergütet wird, wenn ihre Notwendigkeit begründet ist,
- bei gleichzeitiger Ausführung von mehreren Operationen 100 % der Vergütung für die nach dem Operationsgruppenschema am höchsten eingestufte Operation, für jede weitere Operation (in der gleichen oder niedrigeren Operationsgruppe) höchstens 50 % des für die jeweilige Operationsgruppe vorgesehenen Betrages geleistet wird, höchstens aber 200 % des für die am höchsten eingestufte Operation vorgesehenen Betrags.

Operation:		
Gruppe 1	EUR	40,43
Gruppe 2	EUR	80,86
Gruppe 3	EUR	139,67
Gruppe 4	EUR	249,93
Gruppe 5	EUR	485,17
Gruppe 6	EUR	690,99
Gruppe 7	EUR	977,68
Gruppe 8	EUR	1.257,02
1. Assistenz:		
Gruppe 1	EUR	13,23
Gruppe 2	EUR	16,91
Gruppe 3	EUR	21,32
Gruppe 4	EUR	41,17
Gruppe 5	EUR	96,30
Gruppe 6	EUR	117,62
Gruppe 7	EUR	193,33
Gruppe 8	EUR	248.46
2. Assistenz:		
Gruppe 1	EUR	0,00
Gruppe 2	EUR	0,00
Gruppe 3	EUR	0,00
Gruppe 4	EUR	21,32
Gruppe 5	EUR	41,17
Gruppe 6	EUR	55,13
Gruppe 7	EUR	96,30
Gruppe 8	EUR	124,23
Narkose (außer durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie)		

Gruppe 1	EUR	0,00
Gruppe 2	EUR	16,91
Gruppe 3	EUR	21,32
Gruppe 4	EUR	41,17
Gruppe 5	EUR	48,52
Gruppe 6	EUR	62,48
Gruppe 7	EUR	96,30
Gruppe 8	EUR	138,20
Narkose (durch Fachärzte/Fachärztinnen für Anästhesiologie)		
Gruppe 1	EUR	21,32
Gruppe 2	EUR	21,32
Gruppe 3	EUR	21,32
Gruppe 4	EUR	41,17
Gruppe 5	EUR	110,27
Gruppe 6	EUR	172,75
Gruppe 7	EUR	241,85
Gruppe 8	EUR	310,95