

Satzung 2020

in der Fassung der 11. Änderung

mit

Wirksamkeitsbeginn 1.1.2025

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau verlautbart gemäß § 158 B-KUVG iVm § 455 ASVG:

Satzung 2020

Inhaltsverzeichnis

Präambel

1. Abschnitt: Organisation

- § 1. Geltungsbereich
- § 2. Sitz
- § 3. Organe, Geschäftsführung und Vertretung
- § 4. Verlautbarungen
- § 5. Vorläufige Verfügungen des Obmannes/der Obfrau
- § 6. Büro
- § 7. Form rechtsverbindlicher Akte
- § 8. One-stop-shop der österreichischen Sozialversicherung

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
- § 15a. Mundhygiene
- § 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
- § 21a. Kieferorthopädische Beratung
- § 21b. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung
- § 21c. Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses
- § 21d. Kieferorthopädische Behandlung in anderen Fällen
- § 21e. Behandlung mit kieferorthopädischen Behelfen
- § 22. Zahnersatz
- § 23. Abnehmbarer Zahnersatz
Reise-(Fahrt-) und Transportkosten
- § 24. Allgemeines
- § 25. Reise-(Fahrt-)kosten
- § 26. Transport-(Beförderungs-)kosten
- § 27. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld
- § 28. Wochen- und Sonderwochengeld
- § 29. Auszahlung der laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung
- § 30. Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

4. Abschnitt: Sonstige Bestimmungen

- § 31. Informationsveranstaltungen

5. Abschnitt: Besondere Bestimmungen der Pensionsversicherung

- § 32. Reise- und Transportkosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge

6. Abschnitt: Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 33. Wirksamkeitsbeginn
- § 34. Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung
- § 35. Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 36.	Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung
§ 37.	Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung
§ 37a.	Valorisierungen für das Kalenderjahr 2023
§ 37b.	Valorisierung für das Kalenderjahr 2024
§ 38.	Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung
§ 39.	Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung
§ 40.	Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung
§ 41.	Wirksamkeitsbeginn der 8. Änderung
§ 42.	Wirksamkeitsbeginn der 9. Änderung
§ 43.	Wirksamkeitsbeginn der 10. Änderung
§ 44.	Wirksamkeitsbeginn der 11. Änderung
Anhang 1	Kostenerstattung für Anstaltspflege (§ 11)
Anhang 2	Kostenzuschüsse
Anhang 3	Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel (§ 17 Abs. 2)
Anhang 4	Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (§ 20)
Anhang 5	Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 21d Abs. 1

Präambel

Diese Satzung regelt die Tätigkeit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (im folgenden kurz BVAEB 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

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, im Folgenden als „BVAEB“ bezeichnet. Zusatzbezeichnungen legt der Verwaltungsrat fest.

Sitz

§ 2. Sitz der BVAEB ist Wien.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der BVAEB und ihre Organe sind insbesondere im 4. Teil Abschnitt I und II Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B- KUVG) und 8. Teil Abschnitt IX des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geregelt.

Verlautbarungen

(§ 158 B-KUVG, § 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 4.(1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Verwaltungsrates (§ 456a Abs. 3 ASVG) und ihre Änderungen werden gemäß § 158 B-KUVG in Verbindung mit § 455 ff ASVG im Rechtsinformationssystem des Bundes RIS im Internet verlaublich.

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

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

Vorläufige Verfügung des Obmannes/der Obfrau

(§ 158 B-KUVG, § 453 Abs. 2 ASVG)

§ 5. (1) Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Hauptversammlung oder des Verwaltungsrates fallen, sind bei Gefahr im Verzug

1. zur Abwendung eines der BVAEB drohenden Schadens oder
2. zur Sicherung eines der BVAEB 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 dem/der Stellvertreter/Stellvertreterin zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne Mitwirkung dieser Personen. In allen diesen Fällen hat der Obmann/die Obfrau vom jeweils zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen

Büro

§ 6. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der BVAEB obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Verwaltungsrates.

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

(3) Der/Die leitende Angestellte und dessen/deren ständiger/ständige Stellvertreter/in 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 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/die Obfrau zu wenden. Kann eine Weisung des Verwaltungsrates oder eine Verfügung des Obmannes/der Obfrau nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der/die leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der BVAEB 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 BVAEB einlangenden Sendungen entgegenzunehmen und entsprechende Empfangsvollmachten (Postvollmachten) zu erteilen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der leitenden Angestellten gehen seine/ihre Rechte und Pflichten auf dessen/deren Stellvertreter/in bzw. auf die Bereichsleiter/innen in der vom Obmann/von der Obfrau zu bestimmenden Reihenfolge über. In diesen Fällen kann der Verwaltungsrat die Aufgaben des/der leitenden Angestellten, dessen/deren Stellvertreter/in sowie der Bereichsleiter/innen zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

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

§ 7. (1) Schriftliche Ausfertigungen der BVAEB in allen Angelegenheiten, die von

1. der Hauptversammlung oder
2. dem Verwaltungsrat

beschlossen wurden, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau bei dessen/deren Verhinderung durch den Obmannstellvertreter/Obfraustellvertreter/Obmannstellvertreterin/Obfraustellvertreterin, in Gemeinschaft mit dem leitenden Angestellten/der leitenden Angestellten, bei dessen/deren Verhinderung durch seine/ihre Stellvertreter/Stellvertreterinnen, unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der BVAEB in allen Angelegenheiten, in denen der Verwaltungsrat einzelne seiner Obliegenheiten 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.

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

(4) 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/ihrer Stellvertreter/seiner/ihrer Stellvertreterin.

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

(6) Die persönliche Unterzeichnung der in den Abs. 1 bis 5 genannten Personen kann

1. durch eine elektronische Signatur der jeweiligen Person oder
2. durch Ausfertigung mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen

ersetzt werden, wenn die dabei eindeutige Identität (§ 2 Z 2 E-GovG) der Unterzeichnenden auch auf der Basis von Ausdrucken eindeutig ermittelt werden kann.“

One-stop-shop der österreichischen Sozialversicherung

§ 8. (1) Die BVAEB arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern und der Versorgungsanstalt des österreichischen Notariates (§ 102 Abs. 1 NVG 2020) bei der Organisation eines one-stop-shop (Allspartenservice, einheitliche Antragseinbringungs- und Beratungsorganisation) der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

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

1. bei jeder dafür eingerichteten Stelle der BVAEB einschließlich des Angebotes „meineSV“ im Internet, über einen elektronischen Zustelldienst und jedenfalls persönlich bei allen Landesstellen des Versicherungsträgers innerhalb der in der Erreichbarkeitskundmachung angegebenen Zeiten oder
2. unter den Voraussetzungen des § 321 ASVG, § 119 B-KUVG, § 171 BSVG, § 183 GSVG, § 13 SVSG, § 102 NVG 2020 und des § 361 Abs. 4 ASVG auch
 - a) bei anderen Versicherungsträgern,
 - b) Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder

c) Gemeinden
eingebracht werden.

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

2. Abschnitt: Beiträge zur Unfallversicherung

§ 9. Für jede/n in § 26 B-KUVG genannte/n Versicherte/n ist, sofern sich aus § 26d oder § 26e B-KUVG nicht etwas anderes ergibt, ein Unfallversicherungsbeitrag in Höhe von 0,47 % der Beitragsgrundlage zu entrichten.

3. Abschnitt:

Leistungen der Krankenversicherung

Allgemeines

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

Kostenerstattung für Anstaltspflege

§ 11. Die BVAEB erstattet die Kosten einer Anstaltspflege nach Maßgabe von Anhang 1, 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 BVAEB 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 BVAEB 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 BVAEB nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten, ersetzt die BVAEB 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 BVAEB zu den tatsächlichen Kosten einer notwendigen und zweckmäßigen Pflichtleistung einen Zuschuss bis zu dem in besonderen Bestimmungen oder in Anhang 2 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 BVAEB leistet bei einer Impfung (aktiven Immunisierung) gegen Frühsommermeningoenzephalitis einen Zuschuss von 19,60 Euro je Teilimpfung. Der Zuschuss kann in der Weise geleistet werden, dass die BVAEB das Impferum zu einem um diesen Betrag verminderten Preis zur Verfügung stellt.

Mundhygiene

§ 15a.(1) Die BVAEB erbringt Mundhygiene als freiwillige Leistung der Krankheitsverhütung

1. als Sachleistung durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen an Anspruchsberechtigte zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr, und zwar

- a) während einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten nach § 21 Abs. 1 Z 3 oder 4 maximal zwei Mal innerhalb eines Jahres, wobei die Leistungen mindestens sechs Monate auseinander zu liegen haben;
 - b) in anderen Fällen einmal innerhalb eines Jahres.
2. als Zuschuss in Höhe von 42,60 Euro, und zwar
- a) an Anspruchsberechtigte zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres jedenfalls nur – und zwar frühestens sechs Monate – nach einer Leistung nach Z 1 lit. b;
 - b) an Anspruchsberechtigte über dem vollendeten 18. Lebensjahr zweimal innerhalb eines Jahres, wobei die Leistungen mindestens sechs Monate auseinander zu liegen haben.
- (2) Mundhygiene 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.

Behandlungsbeitrag bei ärztlicher Hilfe

§ 16. (1) Der/Die Versicherte hat bei der Inanspruchnahme von Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen im Rahmen der ärztlichen Hilfe oder gleichgestellter Leistungen einen Behandlungsbeitrag im Ausmaß von 10 % des Vertragshonorars 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 oder klinisch-psychologische Behandlung;
- 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, Z 5 und Z 6, Abs. 3 und 4 B-KUVG genannten Angehörigen;
- 3. Leistungen im Sinn des § 53a Abs. 1 B-KUVG.

(3) Die BVAEB 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 BVAEB 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 BVAEB, bemisst die BVAEB den Behandlungsbeitrag nach dem Tarif dieses/dieser Vertragspartners/Vertragspartnerin. Lässt sich im Fall einer Pauschalhonorierung die tatsächlich konsumierte Leistung nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand ermitteln, schreibt die BVAEB 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 BVAEB 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 BVAEB 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 Abnutzung die weitere Verwendbarkeit des Behelfes nicht mehr angenommen werden kann. Bei den im Anhang 3 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 BVAEB 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 BVAEB erbringt Zahnbehandlung und Zahnersatz als Sachleistung durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen, in eigenen Einrichtungen oder im Wege der Kostenerstattung. Sie übernimmt Kosten nur für medizinisch und technisch einwandfreie und mit körperverschleißfähigem Material ausgeführte Arbeiten. Können die in den Verträgen vorgesehenen Materialien aus zwingenden medizinischen Gründen nicht verwendet werden, leistet die BVAEB den in Anhang 2 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 BVAEB 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 BVAEB 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 BVAEB als konservierende oder chirurgische Zahnbehandlung im Fall der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erbringt, sind in Anhang 4 genannt.

Kieferorthopädische Behandlung

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

1. kieferorthopädische Beratung (§ 21a),
2. interzeptive kieferorthopädische Behandlung (§ 21b),
3. kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses (§ 21c),
4. kieferorthopädische Behandlung in anderen Fällen (§ 21d),
5. Behandlung mit kieferorthopädischen Behelfen (§ 21e).

(2) 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 § 21b oder § 21d, 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 § 21c, 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.

(3) 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 BVAEB nicht bezahlt.

Kieferorthopädische Beratung

§ 21a. (1) 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.

- (2) Die kieferorthopädische 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.

Interzeptive kieferorthopädische Behandlung

§ 21b. (1) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung 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.

- (2) 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.

Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses

§ 21c. (1) Diese kieferorthopädische Hauptbehandlung 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 bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt, sofern nicht ein triftiger medizinischer Grund für eine frühere Behandlung spricht.

(2) 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,
 - Bissregistrator,

- 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.

(3) 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 (§ 21 Abs. 2) 45 %,
- zum Ende des ersten Behandlungsjahres 25 % und
- nach Behandlungsende (§ 21 Abs. 2) 30 % des Gesamtpauschales.

(4) Ist die Kostenerstattung nach Vertragstarif mangels flächendeckender Sachleistungsversorgung ausgeschlossen (§ 69a Abs. 3 B-KUVG), leistet die BVAEB für eine Hauptbehandlung, die nach Kundmachung dieses Umstandes im Internet (§ 343e Abs. 4 ASVG) beginnt, den in Anhang 2 genannten Zuschuss, falls die Voraussetzungen der Abs. 1 und 2 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.

Kieferorthopädische Behandlung in anderen Fällen

§ 21d. (1) Sofern die Voraussetzungen der §§ 21b, 21c und 21e nicht erfüllt sind, leistet die BVAEB kieferorthopädische Behandlung bei nachstehenden Fehlbildungen (Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need nach Anhang 5):

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 den/die zu Behandelnden/Behandelnde 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 Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

(2) Lässt sich der/die Anspruchsberechtigte mit im Vertrag nicht vorgesehenen Geräten behandeln, leistet die BVAEB den in Anhang 2 genannten Zuschuss unter den dort genannten Bedingungen.

Behandlung mit kieferorthopädischen Behelfen

§ 21e. Die BVAEB leistet die Behandlung mit den im Anhang 2 genannten kieferorthopädischen Behelfen, wenn durch sie

1. eine kieferorthopädische Fehlstellung im Sinn des § 21d kurzfristig behoben werden kann oder
2. der Erfolg einer vorangegangenen Behandlung nach § 21c oder § 21d sichergestellt werden kann.

Ist diese Behandlung nicht vertraglich geregelt und nicht in der Hauptbehandlung inkludiert, leistet die BVAEB den in Anhang 2 genannten Zuschuss.

Zahnersatz

§ 22. (1) Die BVAEB 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).
5. bei Patienten/Patientinnen mit Aplasie im Bereich der Zähne 1 bis 7 im Ober- und Unterkiefer.

(3) Die BVAEB übernimmt keine Kosten

1. für den Ersatz von Weisheitszähnen;
2. für Zahnersatz für hierfür 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 BVAEB, 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 abnehmbaren Zahnersatz leistet die BVAEB Total- oder Teilprothesen aus Kunststoff oder Metallgerüstprothesen.

(2) Als Sofortzahnersatz vor Anfertigung der prothetischen Dauerversorgung leistet die BVAEB eine Kunststoffprothese. Wird diese Leistung in Anspruch genommen, übernimmt die BVAEB 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 BVAEB leistet zu den Kosten eines vertraglich nicht geregelten festsitzenden Zahnersatzes den in Anhang 2 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 BVAEB 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 der nächstgelegenen geeigneten 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 BVAEB ersetzt Reise-(Fahrt-)kosten bis zum Betrag von 0,16 Euro je Kilometer, bei Fahrten mit einer Begleitperson (Abs. 2) bis zum Betrag von 0,22 Euro je Kilometer für beide Personen. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel tatsächlich benützt wird.

- (2) Die BVAEB 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 BVAEB 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 BVAEB übernimmt Transportkosten, wenn der/die Anspruchsberechtigte auf Grund seines/ihrer 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 Behelfs Krankentransportwagen (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 BVAEB übernimmt die Kosten eines Transportes von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete nur dann, 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 ersetzt die BVAEB in der notwendigen Höhe. Bei Benützung eines privaten Kraftfahrzeuges leistet sie 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 übernimmt sie Transportkosten in Höhe der Vertragstarife. Im Fall eines vertragslosen Zustandes leistet die BVAEB zu den tatsächlichen Kosten einen Zuschuss in Höhe des zuletzt geltenden Tarifes, sofern Anhang 2 nichts anderes vorsieht.

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Krankengeld

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

(2) Die BVAEB leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit für Anspruchsberechtigte - ausgenommen die nach § 84 B-KUVG iVm § 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 aber nur längstens bis zum Ende des Kalendermonates erbracht, in welchem dem/der Versicherten 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/die Versicherte die Tätigkeit, aufgrund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, leistet die BVAEB das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonates, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Bescheidzustellung folgenden Kalendermonates.

(3) Abweichend von Abs. 2 gilt für die nach § 84 Abs. 4 B-KUVG anspruchsberechtigten Personen, dass über die Dauer von 26 Wochen hinaus Krankengeld längstens bis zur Versetzung in den dauernden bzw. zeitlichen Ruhestand geleistet wird. Der/Die Dienstgeber/in ist verpflichtet, der BVAEB diesen Zeitpunkt unverzüglich mitzuteilen.

Wochen- und Sonderwochengeld

§ 28. Die BVAEB berücksichtigt die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. auf die letzte volle Beitragsgrundlage entfallenden Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes bzw. Sonderwochengeldes, in dem sie den nach § 84 B-KUVG iVm § 162 Abs. 3 ASVG bzw. § 163 ASVG ermittelten Nettoarbeitsverdienst um 17 % erhöht.

Auszahlung der laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung

§ 29. Die BVAEB zahlt Rehabilitationsgeld und Wiedereingliederungsgeld monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats aus. Andere wiederkehrende Geldleistungen der Krankenversicherung zahlt sie alle vier Wochen im Nachhinein aus.

Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

§ 30. (1) Der/Die Dienstgeber/in hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit eines/einer Versicherten im Sinn des § 84 Abs. 1, 4 und 5 B-KUVG diesem/dieser oder der BVAEB 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; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben,
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass statt des Betrages nach Z 6 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft (§ 84 B-KUVG iVm § 120 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

4. Abschnitt: Sonstige Bestimmungen

Informationsveranstaltungen

§ 31. (1) Die BVAEB hält Informationsveranstaltungen ab; hierzu lädt sie Versicherte und Dienstgeber/Dienstgeberinnen im Wege entsprechender Bekanntmachung ein.

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

5. Abschnitt – Besondere Bestimmungen der Pensionsversicherung

Reise- und Transportkosten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge (§ 301 Abs. 2 ASVG, § 302 Abs. 1 ASVG, § 307d Abs. 2 ASVG)

§ 32. (1) Im Rahmen von Leistungen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation übernimmt die Anstalt Reise- und Transportkosten bei Leistungen gemäß § 302 Abs. 1 Z 1 bis Z 3 ASVG sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln. Bei einer Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, werden Reise- und Transportkosten auch für die Angehörigen eines/einer Versicherten oder eines Pensionisten/einer Pensionistin oder eines Beziehers/einer Bezieherin von Waisenpension, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, nach Maßgabe der Bestimmungen der § 25 und § 26 unter der Voraussetzung übernommen, dass ohne diese Maßnahme dem/der Versicherten (Pensionisten/Pensionistin, Bezieher/Bezieherin von Waisenpension) Auslagen erwachsen, die seine/ihre wirtschaftlichen Verhältnisse übersteigen.

(2) Im Rahmen der Gewährung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge übernimmt die Anstalt

1. die Reisekosten bei Leistungen nach § 307d Abs. 2 Z 1 und Z 2 ASVG für Personen, deren Einkommen die in § 154a Abs 7 Z 2 ASVG genannte Einkommensgrenze nicht überschreitet. Die Höhe der Reisekosten wird gemäß § 25 bemessen und
2. Transportkosten nach Maßgabe des § 26.

6. Abschnitt: Übergangs- und Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 33. (1) Die Satzung 2020 tritt mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(2) Auf Leistungen, die Versicherte nach § 1 Abs. 1 Z 37 B-KUVG und deren Angehörige bis einschließlich 31. Dezember 2024 in Anspruch nehmen, ist § 16 Abs. 1 nicht anzuwenden, soweit diese Versicherten am 31. Dezember 2019 bei der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe versichert waren.

(3) Hat ein Versicherter/eine Versicherte der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) oder der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe (BKK), der/die ab 1. Jänner 2020 nach dem B-KUVG krankenversichert ist, oder eine/r seiner/ihrer Angehörigen eine kieferorthopädische Behandlung im Sinn des § 21d Abs. 2 vor dem 1. Jänner 2020 begonnen und noch nicht beendet, leistet die BVAEB den Zuschuss nach Anhang 2 Punkt 3.2.2. unter Anrechnung der von VAEB bzw. BKK für diese Behandlung geleisteten Beträge. Wurde die gebührende Erstattung bis 31. Dezember 2019 noch nicht geleistet, wird sie von der BVAEB gemeinsam mit dem Zuschuss nach dieser Satzung ausbezahlt.

(4) Auf Versichertengruppen der BVAEB, für die bis 31. Dezember 2019 die VAEB die Krankenversicherung durchgeführt hat, ist diese Satzung mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. Versicherten, denen am 31. Dezember 2019 Krankengeld nach § 32 oder § 33 der Satzung der VAEB gebührte, leistet die BVAEB dieses für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit aus demselben Versicherungsfall nach denselben Bestimmungen weiter.
2. Anhang 1 Abs. 1 und Abs. 2 Z 2 dieser Satzung sind nicht anzuwenden, falls die Aufnahme in die Krankenanstalt vor dem 1. Juli 2020 erfolgt.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 34. Der geänderte § 33 Abs. 4 tritt mit 1.1.2021 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 35. Die 2. Änderung der Satzung 2020 tritt in Anwendung des § 158 B-KUVG in Verbindung mit § 453 Abs. 3 ASVG rückwirkend mit 1.1.2021 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 36. Die 3. Änderung der Satzung 2020 tritt mit 1.1.2022 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 37. Die 4. Änderung der Satzung 2020 tritt mit dem auf die Verlautbarung folgenden Monatsersten in Kraft. Die Änderung im Anhang 1 Abs. 2 Z. 1 tritt jedoch in Anwendung des § 158 B-KUVG in Verbindung mit § 453 Abs. 3 ASVG rückwirkend mit 1.1.2022 in Kraft.

Valorisierungen für das Kalenderjahr 2023

§ 37a. (1) Ansprüche auf Krankengeld werden mit 01.01.2023 gem. § 85b Abs. 2 B- KUVG angepasst.

(2) Die satzungsmäßig festgelegten Zuschussbeträge, ausgenommen Anhang 1 und Anhang 2 Punkt 3.1. bis 3.2.3. sowie Punkt 4., werden mit 01.01.2023 mit dem Anpassungsfaktor gemäß § 108 f ASVG vervielfacht.

Das Ergebnis der Aufwertung ist im Fall von § 25 auf die zweite Kommastelle, in den Fällen der §§15 und 15a, Anhang 2 Punkt 1.1. bis 1.7.2., Punkt 2. und Punkt 3.3. bis 3.3.4 auf die erste Kommastelle, in allen anderen Fällen auf den nächsten vollen Euro aufzurunden.

Valorisierung für das Kalenderjahr 2024

§ 37b. Ansprüche auf Krankengeld werden mit 01.01.2024 gem. § 85b Abs. 2 B- KUVG angepasst.

Wirksamkeitsbeginn der 5. Änderung

§ 38. Die 5. Änderung der Satzung 2020 tritt mit dem auf die Verlautbarung folgenden Monatsersten in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 6. Änderung

§ 39. Die 6. Änderung der Satzung 2020 tritt mit 1.1.2023 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 7. Änderung

§ 40. Die 7. Änderung der Satzung 2020 tritt mit 01.08.2023 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 8. Änderung

§ 41. Die 8. Änderung der Satzung 2020 tritt mit 01.01.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 9. Änderung

§ 42. Die 9. Änderung der Satzung 2020 tritt rückwirkend mit 01.01.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 10. Änderung

§ 43. Die 10. Änderung der Satzung 2020 tritt rückwirkend mit 01.04.2024 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 11. Änderung

§ 44. Die 11. Änderung der Satzung 2020 tritt mit 01.01.2025 in Kraft, mit Ausnahme der Regelung in § 28 die rückwirkend zum 01.09.2022 wirksam wird.

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 BVAEB – 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 BVAEB zuzüglich der anteiligen Umsatzsteuer

1. Pflegegebühren bis zum Pflegekostenzuschuss von 421,82 Euro je Tag notwendiger Anstaltspflege, sofern 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 Betrages.

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

Anhang 2

Kostenzuschüsse

1. Zuschüsse nach § 14

1.1.	für die Behandlung durch einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin oder klinisch-psychologische Behandlung durch einen klinischen Psychologen/eine klinische Psychologin	
1.1.1.	Einzelsitzung ab 25 Minuten	EUR 28,40
1.1.2.	Einzelsitzung ab 50 Minuten	EUR 48,80
1.1.3.	Einzelsitzung ab 100 Minuten	EUR 97,40
	Behandlungseinheiten unter 25 Minuten Dauer werden nicht vergütet.	
1.1.4.	Gruppensitzung ab 45 Minuten, je Anspruchsberechtigtem/Anspruchsberechtigter	EUR 11,50
1.1.5.	Gruppensitzung ab 90 Minuten, je Anspruchsberechtigtem/Anspruchsberechtigter	EUR 16,40
1.1.6.	Familiensitzung (mindestens 3 Personen) ab 50 Minuten	EUR 62,10
1.1.7.	Familiensitzung (mindestens 3 Personen) ab 100 Minuten	EUR 87,30
	Gruppentherapien unter 45 Minuten Dauer oder mit mehr als zehn Teilnehmern/Teilnehmerinnen werden nicht vergütet.	
1.2.	für den ärztlichen Beistand bei einer ambulanten Entbindung	EUR 242,90
1.3.	für den Beistand durch eine diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester der Betrag, den die BVAEB für die Inanspruchnahme einer Hebamme aufzuwenden hätte.	
1.4.	für ärztliche Leistungen	
1.4.1.	Akupunktur je Sitzung	EUR 18,40
1.4.2.	Chirotherapie je Sitzung	EUR 18,40
1.4.3.	Magnetresonanztomografie (MRT) mit Niederfeldgerät (Feldstärke unter 1 Tesla)	EUR 103,40
1.4.4.	Extrakorporale Stoßwellentherapie je Sitzung	EUR 76,80
1.4.5.	Radiofrequenzablation von Schilddrüsenknoten	EUR 1.569,00
1.4.6.	Antigentest für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 (Covid-19-Test) inkl. Abstrichentnahme für Versicherte/Anspruchsberechtigte, sofern sie medizinisch/wissenschaftlich anerkannte Risikofaktoren für die Entwicklung eines schweren Krankheitsverlaufs aufweisen, eine Therapie mit dafür zugelassenen Heilmitteln, deren Verordnung eine diagnostische Abklärung erfordert, somit grundsätzlich in Frage kommt, die Symptome seit weniger als fünf Tagen vorliegen und kein sonstiger Leistungsanspruch besteht, pro Versicherungsfall	EUR 5,30
1.5.	für die Behandlung durch einen Heilmasseur/eine Heilmasseurin	
1.5.1.	Massagetherapie:	
1.5.1.1.	Manuelle Heilmassage	
1.5.1.1.1.	Behandlungszeit mindestens 10 Minuten; je Sitzung	EUR 5,70
1.5.1.1.2.	Behandlungszeit mindestens 20 Minuten; je Sitzung	EUR 11,20
1.5.1.2.	Bingewebsmassage	EUR 5,30
1.5.1.3.	Manuelle Lymphdrainage bei primären oder sekundären Lymphödemen;	
1.5.1.3.1.	Behandlungszeit mindestens 30 Minuten	EUR 11,90
1.5.1.3.2.	Behandlungszeit mindestens 45 Minuten	EUR 17,70
1.5.1.4.	Pauschale für medizinisch notwendigen Hausbesuch	EUR 22,20
1.5.1.5.	Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Behandlungszeit mindestens 45 Minuten	EUR 4,50
1.5.1.6.	Unterwasserdruckstrahlmassage; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR 3,30
1.5.2.	Elektrophysikalische Behandlung:	

	Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten:	
1.5.2.1.	Ultrareizstrom, Faradisation, diodynamischer Strom; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR 2,20
1.5.2.2.	Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,20
1.5.2.3.	Exponentialstrom; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,20
1.5.2.4.	Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten (z. B. niederfrequente Wechselströme, transkutane Nervenstimulation (TENS)); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,20
	Niederfrequenztherapie:	
1.5.2.5.	Iontophorese, Galvanisation; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,20
1.5.2.6.	Zwei- oder Vierzellenbad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 3,60
1.5.2.7.	Hydroelektrisches Vollbad (Stanger-Bad); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 5,30
1.5.2.8.	Mittelfrequenztherapie (z. B. Stereodyn, Strom, Interferenzstrom, Nemecodyn, Wymoton); Behandlungszeit mindestens 15 Minuten	EUR 2,00
1.5.3.	Hochfrequenz-, Ultraschall- und Phototherapie:	
1.5.3.1.	Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR 2,20
1.5.3.2.	Ultraschalltherapie; Behandlungszeit mindestens 5 Minuten pro Region; mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung	EUR 2,70
1.5.3.3.	Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Heißluft; Behandlungszeit mindestens 10 Minuten	EUR 1,30
1.5.4.	Wärmeträger- und Kältetherapie:	
1.5.4.1.	Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,80
1.5.4.2.	Kryotherapie: Kryopackungen (z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 1,90
1.5.4.3.	Munaripackung; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 2,70
1.5.5.	Hydrotherapie:	
1.5.5.1.	Medizinalbad mit Zusatz (z. B. Sole, Schwefel); Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 4,10
1.5.5.2.	Moorschwebstoffbad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 4,10
1.5.5.3.	Kohlensäurebad; Behandlungszeit mindestens 20 Minuten	EUR 4,10
	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.	
1.6.	für medizinische Hauskrankenpflege	
1.6.1.	je Besuch bis zu einer Dauer von 45 Minuten einschließlich Wegzeiten und Wegegebühren (Grundbetrag)	EUR 10,60
1.6.2.	je weitere volle Viertelstunde eines länger dauernden Besuches	EUR 3,60
	Der Zuschuss (Summe der Beträge nach Punkt 1.6.1. und Punkt 1.6.2.) pro Tag der medizinischen Hauskrankenpflege ist mit der Höhe des täglichen Pflegekostenzuschusses (Anhang 1 Abs. 2 Z 1) begrenzt.	
1.7.	für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung	
1.7.1.	Fissurenversiegelung je Zahn	EUR 24,40
1.7.2.	Digitale Volumentomografie (DVT)	EUR 73,00
1.8.	für eine ambulante punktförmige Bestrahlung eines Tumors (§ 60a Abs. 2 B-KUVG)	
1.8.1.	mit Kohlenstoffionen, je Behandlungsserie	EUR 18.285,00
1.8.2.	mit Protonen, je Behandlungsserie	EUR 23.310,00
	Der Zuschuss nach Punkt 1.8.2. wird insbesondere bei folgenden Indikationen geleistet:	
	- Melanom am Auge, die nicht für die Brachytherapie mit Jod- oder Rutherfordium-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 1.8.1. und 1.8.2. sind sämtliche medizinischen Leistungen der Strahlentherapie-Einrichtung, die mit der Tumorbehandlung in Zusammenhang stehen, abgegolten. Wird die Therapie abgebrochen, leistet die BVAEB den aliquoten Teil des jeweils vorgesehenen Betrages.	
1.8.3.	Bei Unterbleiben der punktförmigen Bestrahlung leistet die BVAEB für allfällige mit der Behandlung in Zusammenhang stehende erbrachte medizinische Leistungen der Strahlentherapie-Einrichtung einen Kostenzuschuss in Höhe von	EUR 575,00
2.	Zuschüsse für besonderes Material nach § 19 Abs. 1	
2.1.	für ein Inlay aus Gold oder Keramik	
2.1.1.	Einflächenfüllung	EUR 106,00
2.1.2.	Zweiflächenfüllung	EUR 141,40
2.1.3.	Drei- oder Mehrflächenfüllung	EUR 155,50
2.2.	für ein Onlay (eine Höckerdeckung)	
2.2.1.	aus Gold oder Keramik	EUR 211,90
2.2.2.	aus Kunststoff	EUR 93,50
2.3.	für eine Stiftverankerung pulpal gegossen	EUR 84,90
2.4.	für die Mehrkosten einer Prothese für anderes geeignetes Material	
2.4.1.	bei einer Metallgerüstprothese (Titan)	EUR 35,40
2.4.2.	bei einer Kunststoffprothese (methacrylatfreier Kunststoff)	EUR 28,80
3.	Kieferorthopädische Behandlungen	
3.1.	Zuschuss bei fehlender Sachleistungsversorgung (§ 21c Abs. 4)	EUR 3.500,00
3.2.	Behandlung mit im Vertrag nicht vorgesehenen Geräten (§ 21d Abs. 2)	
3.2.1.	Gaumennahterweiterung mit abnehmbaren oder festsitzenden Geräten, einmalig	EUR 350,00
3.2.2.	Hauptbehandlung im Fall einer Zahn- oder Kieferfehlstellung von mindestens Grad 3 nach dem Index of Orthodontic Treatment (IOTN), je Behandlungsfall	EUR 3.500,00
3.2.3.	In anderen Fällen je Behandlungsjahr 80 % des Vertragstarifs für die Behandlung mit abnehmbaren Geräten.	
	Mit dem Zuschuss nach Punkt 3.2. sind alle diagnostischen und therapeutischen Behandlungsschritte sowie allfällige Reparaturen an den kieferorthopädischen Apparaten abgegolten, nicht aber die Extraktion von Zähnen und Heilmittel. Im Fall des Punktes 3.2.2. gelten § 21 Abs. 2 Z 2 und § 21c Abs. 1 Z 3 und 4 sowie Abs. 3 sinngemäß.	
3.3.	Kieferorthopädische Behelfe nach § 21e	
3.3.1.	Schiefe Ebene, Platzhalter oder individuell angefertigte Mundvorhofplatte, einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR 59,70
3.3.2.	Positionier einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR 88,30
3.3.3.	Individuell angefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) einschließlich Anpassung und Nachkontrolle, je Kiefer	EUR 59,70
3.3.4.	Retentionsplatte einschließlich Anpassung und Nachkontrolle	EUR 88,30
4.	Zuschüsse für festsitzenden Zahnersatz nach § 23 Abs. 3	
4.1.	Im Fall der Unentbehrlichkeit (§ 22 Abs. 2)	
4.1.1.	je Krone oder Brückenglied	EUR 450,00
4.1.2.	je Implantat	EUR 700,00
4.2.	Wenn anstelle des unentbehrlichen abnehmbaren ein festsitzender Zahnersatz angefertigt wird, auf den kein Anspruch nach § 22 Abs. 2 besteht,	
4.2.1.	je Krone oder Brückenglied	EUR 200,00
4.2.2.	je Implantat	EUR 350,00
	Mit dem Zuschuss nach Punkt 4.2. ist auch die Leistung nach Punkt 4.3. abgegolten.	
4.3.	Für einen gegossenen Stiftaufbau	EUR 100,00
4.4.	Bei notwendiger Verankerung eines abnehmbaren Zahnersatzes	
4.4.1.	je Implantat	EUR 700,00
4.4.2.	je funktionell notwendigem Halteelement (z. B. Steg, Druckknopf, Anker)	EUR 100,00
	Nach Punkt 4 werden die genannten Beträge, höchstens aber 90 % der tatsächlichen Kosten erstattet.	
5.	Zuschüsse nach § 26 Abs. 4	
5.1.	für Hubschraubertransporte	
5.1.1.	Primärtransport nach Verkehrsunfall, pauschal	EUR 2.214,00

5.1.2.	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 1.087,00
5.1.3.	Primärtransport in anderen Fällen pauschal	EUR 1.153,00
5.1.4.	Sekundärtransport nach Verkehrsunfall, pauschal	EUR 2.582,00
5.1.5.	Sekundärtransport in anderen Fällen, pauschal	EUR 1.549,00

Anhang 3

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

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

Anhang 4

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. Zahnrontgen, Panoramaröntgen, Fernrontgen 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-, Tiefzieh-schiene) 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. Zystenobturateur;
81. Zystenoperation.

Anhang 5

Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 21d Abs. 1

- IOTN 2b Verkehrter Überbiss größer 0 mm, aber kleiner gleich 1 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 2b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 0 mm und weniger als/gleich 1 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- IOTN 2c Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz kleiner gleich 1 mm zwischen retraler und interkuspidaler Kontaktposition
Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn ein, zwei oder drei Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
- Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - Kreuzbiss.
- 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 vier 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.
- IOTN 3c Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz größer als 1 mm, aber kleiner gleich 2 mm zwischen retraler und interkuspidaler Kontaktposition
Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn ein, zwei oder drei Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
- Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - Kreuzbiss.
- IOTN 3e Seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer 2 mm, aber kleiner gleich 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene.
- 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.
- 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 vier 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.
- IOTN 4c Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen retraler und interkuspidaler Kontaktposition:
Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn ein, zwei oder drei Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
- Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - Kreuzbiss.
- IOTN 4d Ausgeprägte Kontaktpunktverschiebung von benachbarten bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Die Kontaktpunktverschiebung wird an den anatomischen Kontaktpunkten gemessen, wo Zähne von der Linie des Zahnbogens abweichen (rotierte Prämolaren werden nur berücksichtigt, wenn ein Kreuz- bzw. Kantbiss vorliegt). Generell nicht berücksichtigt werden:
- Vertikale Verschiebungen in der Höhe.
 - 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.

- IOTN 4e Extremer seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen. Messpunkte: Frontzahnbereich – Schneidekante-Schneidekante; Seitzahnbereich: Höckerspitze-Höckerspitze.
- IOTN 4f Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
- 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.
- IOTN 4l Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.
- 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 vier 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.
- 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.
- IOTN 4x Überzähliger bleibender Zahn bzw. überzählige bleibende Zähne, der/die eine Zahnentfernung notwendig macht/machen, gefolgt von einer kieferorthopädischen Behandlung zur Ausformung des Zahnbogens und/oder zum Lückenschluss.
Vorhandensein eines überzähligen bleibenden Zahnes bzw. überzählige bleibende Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Exzision (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Das Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).
- 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.
- 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.
- IOTN 5i Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
- a) Platzmangels
 - bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind.
 - im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - b) Verlagerung
 - 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) eines 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. Tumoren).
- Sobald der Zahn bzw. ein Teil des Zahnes im Mund sichtbar ist, liegt 5i nicht mehr vor.

- 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 vier 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.
- IOTN 5p Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).
- 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.