

1087/AB XXI.GP

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Pittermann, Reitsamer und GenossInnen, betreffend Aufwendungen und Selbstbehalte bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, Nr.1109/J**, wie folgt:

Ich habe die gegenständliche parlamentarische Anfrage dem genannten Versicherungsträger zur Stellungnahme übermittelt. Die diesbezüglich ergangene Antwort liegt bei.

Ergänzend dazu darf ich darauf hinweisen, dass bei den Versicherungsträgern nur jene Daten aufliegen, die unmittelbar für den Vollzug der Sozialversicherungsgesetze von Bedeutung sind. Dies erklärt, dass nicht alle gestellten Fragen überhaupt oder in dem erwünschten Umfang beantwortet werden können.

Meinem Ressort stehen darüber hinausgehende Unterlagen zur Anfragebeantwortung nicht zur Verfügung.

Insbesondere **zu den Fragen 17 bis 19**, ist aus meiner Sicht noch festzuhalten, dass gemäß dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 i.V.m. der Anlage 2 der Verordnung betreffend die Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich, BGBl. Nr. 783/1996 in der

Fassung des BGBl. II Nr.473/1998, die Krankenanstalten pro stationärem Fall zwar den jeweiligen Kostenträger, also etwa den zuständigen Krankenversicherungs - träger, zu dokumentieren haben, nicht aber, ob es sich um einem Versichertem oder anspruchsberechtigte/n Angehörige/n handelt. Diese Unterscheidung ist für die Frage des Kostenträgers unerheblich.

Daher stehen meinem Ressort auch zur Beantwortung dieser Fragen keine bzw. keine ausreichend differenzierten Datengrundlagen zur Verfügung.

BEILAGEN

Bezug nehmend auf oa Schreiben wird die im Betreff angeführte parlamentarische Anfrage seitens der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse wie folgt beantwortet:

Einleitend wird bemerkt, dass versucht wurde, nach Möglichkeit alle an uns gerichteten Fragen zu beantworten. In einigen Fällen sind jedoch die erforderlichen Daten ohne zusätzlichen Programmieraufwand nicht zu eruieren. So stehen z.B. nur dort Auswertungen, getrennt nach Versicherten und Angehörigen zur Verfügung, wo diese auch schon in der Vergangenheit benötigt wurden.

In der für die Stellungnahme zur Verfügung stehenden Zeit war es uns leider mit den vorhandenen Personalressourcen nicht möglich, die für die Beantwortung aller Fragen erforderlichen Programme zu erstellen. Diese Fragen wurden mit „derzeit nicht möglich“ beantwortet.

zu Frage 1)

- a) Rezeptgebühr gemäß § 136 Abs. 3 ASVG
- b) Krankenscheingebühr gemäß § 135 Abs. 3 ASVG

- c) Selbstbehalte bzw. Kostenanteile bei Heilbehelfen und Hilfsmittel (§ 137 (2) ASVG) gem. § 30 und 41 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (siehe Beilage 1).
- d) Selbstbehalt bei Transportkosten gem. § 45 Abs. 4, 5 und 9 der Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (siehe Beilage 2)
- e) Gemäß § 153 ASVG werden die Leistungen „Zahnbehandlung und Zahnersatz“ sowie „Kieferregulierungen“ nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung gewährt. Diesen Bereich regelt die Satzung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in den §§ 32 - 35 sowie in den Anhängen 1 - 5 (siehe Beilage 3)
- f) Kostenbeitrag für Angehörige bei Anstaltspflege gem. § 447 f Abs. 6 ASVG
- g) Kostenbeitrag bei Kuraufenthalten gem. § 155 Abs. 3 ASVG
- h) Kostenbeitrag bei Rehab - Aufenthalten gem. § 154 a Abs. 7 ASVG

zu Frage 2)

derzeit nicht möglich

zu Frage 3)

Krankenscheingebühr:	S 87.136.667,98
Rezeptgebühr:	S 337.773.596,--
Krankentransporte:	S 2.459.821,--
Neuerstellung und Reparaturen von Zahnersatz:	S 140.993.516,--
Kieferregulierungen und Reparaturen:	S 67.639.095,--

zu Frage 4)

Gesonderte Selbstbehalte für Kinder bestehen nicht.

zu Frage 5)

Als gesonderter Selbstbehalt für Angehörige besteht gem. § 447 f Abs. 6 ASVG der Kostenbeitrag bei Anstaltspflege.

zu Frage 6)

Zum Stichtag 31.12.1999 waren bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 587.019 Personen versichert.

zu Frage 7)

Die Erfassung der Angehörigen unserer Versicherten ist derzeit im Gange, jedoch noch nicht abgeschlossen. Für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wird jedoch mit rund 300.000 anspruchsberechtigten Angehörigen zu rechnen sein.

zu Frage 8) und 9)

Eine händische Erfassung der uns von den Vertragsärzten auf den Behandlungsscheinen übermittelten Diagnosen wird aufgrund des dafür notwendigen enormen Aufwandes nicht durchgeführt. Ebenso ist eine Speicherung und Auswertung der uns von den EDV - Abrechnern auf den Datenträgern übermittelten Diagnosedaten nicht zweckmäßig, weil die Meldung in einer standardisierten Form (z.B. ICD 10) seitens der Vertragsärzteschaft bisher immer abgelehnt wurde. Die Auswertung nicht standardisierter Diagnoseangaben besitzt keine Aussagekraft.

zu Frage 10)

Durchschnittliche Krankenstandsdauer 1999

	MÄNNER	FRAUEN	GESAMT
TAGE	12,36	11,63	12,06

zu Frage 11)

DIAGNOSE	MÄNNER	FRAUEN	GESAMT
Krankheiten der oberen Luftwege	86.076	67.859	153.935
Krankheiten des Skeletts, Bewegungs - und Stützapparates	37.094	19.547	56.641
Sonstige Krankheiten der Atmungs - organe	18.550	14.204	32.754
Darminfektionen	17.487	12.812	30.299
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Ver - giftungen)	20.622	4.272	24.894
nicht Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	16.156	7.019	23.175
Symptome und schlecht bez. Affektionen	5.210	5.475	10.685
Krankheiten des Magen - Darmtraktes	5.837	3.745	9.582
Sportunfälle	5.248	1.207	6.455
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	3.457	2.824	6.281
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	3.722	2.380	6.102
Diagnose nicht feststellbar	3.303	2.516	5.819
Krankheiten des Nervensystems	2.327	2.667	4.994
Psychiatrische Krankheiten	2.279	2.605	4.884
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	3.130	1.666	4.796
Krankheiten der Harnorgane	1.284	3.285	4.569
Krankheiten des Ohres	2.318	1.630	3.948
Krankheiten der weibl. Geschlechts - organe		3.362	3.362
Krankheiten der Venen u. Lymphgefäße	1.462	1.687	3.149
Sonstige Kreislaufkrankheiten	926	1.581	2.507

zu Frage 12)

Diese Frage kann nur von Pensionsversicherungsträgern beantwortet werden.

zu Frage 13)

Aufzeichnungen über Berufskrankheiten werden nicht von den Gebietskrankenkassen sondern von Unfallversicherungsträgern geführt.

zu Frage 14)

Wie eingangs erwähnt, ist es uns derzeit in den meisten Fällen nicht möglich, die gewünschten Angaben getrennt für Versicherte und Mitversicherte, sondern nur gesamt für Versicherte und Mitversicherte zu tätigen.

Die ärztlichen Ordinationen wurden im Jahr 1999 7.816.221 mal aufgesucht.

- a) Für die Versicherten/Mitversicherten kamen im Jahr 1999 insgesamt 2.602.681 Behandlungsfälle zur Abrechnung. Auf wieviele Versicherte/Mitversicherte sich diese Behandlungsfälle verteilen, kann nicht gesagt werden.
- b) Die gesamten Ordinationskosten betragen S 671.065.068,--.
- c) Die durchschnittlichen Kosten für Ordinationen pro Versicherten/Mitversicherten betragen S 756,54 (Kopfquote).
- d) Die Kosten pro Ordination (ohne Sonderleistungen) betragen S 85,86.
- e) Der Aufwand für Medikamente pro Versicherten/Mitversicherten betrug im Jahr 1999 S 2.932,43.
- f) derzeit nicht möglich

zu Frage 15)

- a) Im Jahr 1999 wurden von Ärzten für Allgemeinmedizin insgesamt 789.513 Besuche durchgeführt.
- b) Die Gesamtkosten für Hausbesuche durch Ärzte für Allgemeinmedizin betragen S 192.201.642,40.
- c) Pro Versicherten und Mitversicherten betragen die Kosten für Hausbesuche durch Ärzte für Allgemeinmedizin S 216,68 (Kopfquote).
- d) Die durchschnittlichen Kosten je Hausbesuch betragen S 243,44.

zu Frage 16)

Von Fachärzten wurden im Jahr 1999 insgesamt 2.375.948 Ordinationen in Rechnung gestellt.

- a) Insgesamt wurden 837.407 Behandlungsfälle zur Verrechnung eingesandt.
- b) Die gesamten Ordinationskosten betragen S 257.419.279,20.
- c) Die Ordinationskosten pro Versicherten/Mitversicherten betragen S 290,21 (Kopfquote).
- d) Die durchschnittlichen Ordinationskosten (ohne Sonderleistungen) betragen S 108,34 je Ordination.

zu Frage 17)

Seit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung erfolgt die Ambulanzabrechnung nicht mehr über die Sozialversicherungsträger, sondern diese wird über den jeweiligen Landesfonds abgewickelt.

Aus diesem Grund stehen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse die für die Beantwortung erforderlichen Daten nicht zur Verfügung.

zu Frage 18)

Insgesamt befanden sich 183.304 Patienten (= Fälle und nicht auf den Versicherten bezogen - ein und derselbe Versicherte/Mitversicherte könnte auch mehrmals im Jahr Spitalspflege beansprucht haben. Eine Trennung nach Versicherten und Mitversicherten ist nicht möglich.

- a) durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Versicherte/Mitversicherte 8,5 Tage
- b) derzeit nicht möglich
- c) derzeit nicht möglich
- d) derzeit nicht möglich
- e) derzeit nicht möglich

zu Frage 19)

Insgesamt befanden sich 38.379 Patienten (= Fälle und nicht auf den Versicherten bezogen - ein und derselbe Versicherte/Mitversicherte könnte auch mehrmals im Jahr Spitalspflege beansprucht haben. Eine Trennung nach Versicherten und Mitversicherten ist nicht möglich.

- a) durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Versicherte/Mitversicherte 8,7 Tage; eine Trennung nach Versicherten und Mitversicherten ist nicht möglich.
- b) derzeit nicht möglich
- c) derzeit nicht möglich

zu Frage 20)

Die Gesamtkosten für Medikamente betragen im Jahr 1999 S 2.601.121.982,09 (inkl. MWSt.).

- a) derzeit nicht möglich
- b) Die Kosten pro Behandlungsfall betragen im Jahr 1999 S 591,88 (Kopfquote siehe Frage 14 e).
- c) Die durchschnittlichen Kosten pro Medikament betragen S 235,65.
- d) derzeit nicht möglich
- e) derzeit nicht möglich

zu Frage 21)

43 Versicherte	
252 Angehörige	
295 Versicherte/Angehörige	
a) Kosten Versicherte	S 815.357,80
Kosten Angehörige	S 4.645.892,02
Kosten Versicherte/Angehörige	S 5.461.254,82
b) derzeit nicht möglich	
c) derzeit nicht möglich	

zu Frage 22)

In stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden von

282 Versicherten
 239 Angehörigen
 521 Versicherten und Mitversicherten Leistungen in Anspruch genommen.

a) Kosten Versicherte	S 13.671.123,50
Kosten Mitversicherte	S 9.767.215,50
Kosten Versicherte und Mitversicherte	S 23.438.339,--
b) derzeit nicht möglich	
c) derzeit nicht möglich	

zu Frage 23)

Gesamtkosten für Brillen

Versicherte	S 28.798.132,90
Mitversicherte	S 10.619.917,87
Versicherte und Mitversicherte	S 39.418.050,77

a) 45.985 Versicherte	
17.978 Mitversicherte	
63.963 Versicherte und Mitversicherte	
b) durchschnittliche Kosten für Brillen	
Versicherte	S 626,25
Mitversicherte	S 590,72
c) durchschnittliche Kosten für Brille	S 617,20

zu Frage 24)

Gesamtkosten für Kontaktlinsen	
Versicherte und Mitversicherte	S 24.723.292,16
a) derzeit keine getrennten Daten nach Versicherten und Mitversicherten vorhanden	
8.614 Versicherte und Mitversicherte	
b) Versicherte und Mitversicherte durchschnittlich	S 2.870,13
c) derzeit nicht möglich	

zu Frage 25)

Gesamtkosten für Prothesen inkl. Augenprothesen (*Rehabhilfsmittel)

Kosten Versicherte	S	5.744.084,06
Kosten Mitversicherte	S	222.774,87
Kosten Versicherte und Mitversicherte	S	5.966.858,93

a) 442 Versicherte

58 Mitversicherte

500 Versicherte und Mitversicherte

b) durchschnittliche Kosten für Prothesen (*Rehabhilfsmittel)

Versicherte S 12.995,67

Mitversicherte S 3.840,95

c) derzeit nicht möglich

zu Frage 26)

Gesamtkosten für orthopädische Schuhe (*Rehabhilfsmittel)

Kosten Versicherte	S	19.314.050,88
Kosten Mitversicherte	S	6.001.498,70
Kosten Versicherte und Mitversicherte	S	25.315.549,58

a) 2.069 Versicherte

1.061 Mitversicherte

3.130 Versicherte und Mitversicherte

b) durchschnittliche Kosten für orthopädische Schuhe (*Rehabhilfsmittel)

Versicherte S 9.334,97

Mitversicherte S 5.656,45

c) derzeit nicht möglich

zu Frage 27)

Gesamtkosten für Hörgeräte (*Rehabhilfsmittel)

Kosten Versicherte	S	35.923.764,31
Kosten Mitversicherte	S	4.661.567,08
Kosten Versicherte und Mitversicherte	S	40.585.331,39

a) 4.792 Versicherte

661 Mitversicherte

5.453 Versicherte und Mitversicherte

b) durchschnittliche Kosten für Hörgeräte (*Rehabhilfsmittel)

Versicherte S 7.496,61

Mitversicherte S 7.052,30

c) derzeit nicht möglich

* Rehabhilfsmittelaufwendungen ohne Berücksichtigung der Rückzahlungen durch PV - Träger

zu Frage 28)

Gesamtkosten für Bandagen und Orthesen (teilweise *Rehabhilfsmittel)

Versicherte und Mitversicherte S 26.645.67657

- a) derzeit nicht möglich
- b) derzeit nicht möglich
- c) derzeit nicht möglich

zu Frage 29)

Die Gesamtkosten für Heilmittel im Jahr 1999 betragen S 2.601.121.982,09 (inkl. MWSt.).

- a) derzeit nicht möglich
- b) Die Aufwendungen für Heilmittel pro Versicherten/Mitversicherten betragen S 2.932,43.
- c) Die durchschnittlichen Kosten pro Heilmittel betragen S 235,65.

zu Frage 30)

Der Verwaltungsaufwand der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse betrug im Jahr 1999 S 394.624.729,23.

Beilage 1**Heilbehelfe**

(§ 137 ASVG)

§ 30. (1) Die Kasse übernimmt die mit den Vertragspartnern vereinbarten Kosten für notwendige Heilbehelfe, höchstens jedoch das Dreifache des Messbetrages (§ 108b ASVG), bei Anti - Varus - und gleichartigen Schuhen das Eineinhalbfache des Messbetrages, bei Kontaktlinsen pro Stück das Eineinhalbfache des Messbetrages, jeweils gerundet auf volle Schilling. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

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

STGKK/Satzung 1999

(3) Die Kasse - übernimmt die mit den Vertragspartnern vereinbarten Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe - mit Ausnahme von Anti - Varus - und gleichartigen Schuhen - höchstens jedoch das Dreifache des Messbetrages, gerundet auf volle Schilling, wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

Hilfsmittel

(§ 154 ASVG)

§ 41 (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % des Messbetrages (§ 108b ASVG), gerundet auf volle Schilling. Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch allgemein das Viereinhalbfache des Messbetrages, bei Leuchtlupen höchstens das Einfache des Messbetrages, jeweils gerundet auf volle Schilling, wobei vom Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % des Messbetrages, gerundet auf volle Schilling; zu tragen sind. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das Viereinhalbfache des Messbetrages, gerundet auf volle Schilling. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

(3) Die Kasse übernimmt den Anteil des Versicherten (Angehörigen) gemäß Abs. 1 und 2, wenn die Voraussetzungen des § 137 Abs. 4 lit. 8 oder b ASVG zutreffen.

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

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

(6) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, höchstens jedoch das Viereinhalbfache des Messbetrages, sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % des Messbetrages, gerundet auf volle Schilling. Vom Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % des Messbetrages, gerundet auf volle Schilling, zu tragen. Für Betriebs- und Leuchtmittel leistet die Kasse keine Kostenzuschüsse. Die sich ergebenden Höchstbeträge sind inklusive Umsatzsteuer (Bruttobeträge) zu verstehen.

Beilage 2:**Transportkosten**

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

§ 45. (1) Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der Erkrankte aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
3. zur ambulanten Behandlung zum nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

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

(3) Transporte erfolgen

1. ohne der notwendigen Begleitung eines Sanitäters neben dem Fahrer (sitzend),

STGKK/Satzung 1999

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

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

(4) Der Versicherte (Angehörige) hat an den Transportkosten einen Kostenanteil pro Fahrtstrecke in Höhe der Rezeptgebühr (§ 136 Abs. 3 ASVG) zu tragen, wenn er nicht ausschließlich liegend (Abs. 3 Z 2) befördert werden muss.

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

1. eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten (Angehörigen) nach den Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt,
2. der Versicherte (Angehörige) zur Durchführung einer ambulanten Dialyse transportiert wird.

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

- wegen des Zustandes des Erkrankten oder
- wegen der Dringlichkeit des Falles

eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes

- durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
- von der Kasse anerkannt

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

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: S 22.900,00,
 - b) Sekundärtransporte je Flugminute: S 526,00;
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: S 11.919,00,
 - b) Sekundärtransporte je Flugminute: S 290,00;
3. für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und

STGKK/Satzung 1999

Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:

- a) Primärtransporte pauschal: S 11.248,00,
- b) Sekundärtransporte je Flugminute: S 290,00.

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

(7) Bei Inanspruchnahme einer Wahrkrankenanstalt, eines Wahrarztes oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 5 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

- der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
- der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
- des nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes

zu ersetzen gewesen wäre.

(8) Die Kasse übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse der Anstaltspflege im Ausland vorher zugestimmt hat. Abs. 4 ist nicht anzuwenden. Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen und unaufschiebbaren Anstaltspflege während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes ist Abs. 2 zweiter Satz sinngemäß anzuwenden.

(9) Die Kasse übernimmt im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Transportkosten für die Beförderung

1. in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Rehabilitanden,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife, wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten (Angehörigen) nach den Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr vorliegt. Liegt diese besondere soziale Schutzbedürftigkeit nicht vor, hat der Versicherte (Angehörige) pro Beförderung einen Kostenanteil in Höhe der Sachen Rezeptgebühr (§ 136 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

Beilage 3:**Zahnbehandlung und Zahnersatz**

(§153 ASVG)

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

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

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

- bei Patienten mit Lippen - Kiefer - Gaumenspalten,
- bei Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation,
- bei Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
- bei Patienten mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes),

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

STGKK/Satzung 1999

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

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 35 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 33 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 33 Abs. 3 zweiter Satz müssen grundsätzlich vor Behandlungsbeginn von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

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

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahldentisten, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt (einen Wahldentisten, eine Wahleinrichtung) die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

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

STGKK/Satzung 1999

Konservierend - chirurgische Zahnbehandlung

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

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

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

Kieferregulierungen

(§ 153 ASVG)

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

1. Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet,

STGKK/Satzung 1999

7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals - , Nasen - und Ohrenheilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

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

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

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

Zahnersatz

(§ 153 ASVG)

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

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
- nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz - KOVG,
- nach dem Heeresversorgungsgesetz - HVG,
- nach dem Opferfürsorgegesetz - OFG,
- nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen - VOG,

STGKK/Satzung 1999

- nach dem Impfschadengesetz oder
- nach dem Strafvollzugsgesetz - StVG

besteht.

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

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

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

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen feststehenden Zahnersatz (§ 32 Abs. 3 zweiter Satz) leistet die Kasse Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2 bestimmt wird. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse, das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten und auf die Höhe der Zuzahlungen bei einer allfälligen Sachleistungserbringung Bedacht zu nehmen.

Anhang 1:

**Konservierend - chirurgische Zahnbehandlung
Kieferorthopädische Behandlung
Prothetische Zahnbehandlung**

Folgende Leistungen werden entsprechend der Honorarordnung für Vertrags-
fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Vertragsdentisten als Sachlei-
stung erbracht:

**I. Konservierend - chirurgische Zahnbehandlung
gemäß § 33 Abs. 1**

Pos. Nr.	
1	Beratung
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalam - Putation sowie in Ausnahme fällen mit Begründung
4	Visite
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
8	Dreiflächen - oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)
9	Aufbau mit Höckerdeckung
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säuread - häsiertechnik (einschließlich Unterlage)
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säuread - häsiertechnik (einschließlich Unterlage)
81	Dreiflächen - oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsiertechnik (einschließlich Unter - lage)
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front - und Eckzähnen, pro Zahn
11	Stiftverankerung
12	WB - Amputation
13	WB - Exstirpation einkanalg
14	WB - Exstirpation zweikanalg
15	WB - Exstirpation dreikanalg
16	WB - unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfer - nung, Wundbehandlung u.ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzun - gen pro Quadrant
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall

STGKK/Satzung 1999

20	Zahnsteinentfernung
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeiler - stelle)
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u.ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
24	Zahnrontgen
25	Panoramaröntgen
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektions - mittel
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und In - jektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektions - mittel
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersu - chung
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder Operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, in - klusive Anästhesie und Injektionsmittel
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtra - gung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
35	Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
39	Plastische Lippen - , Wangen - oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklu - sive Arznei)

STGKK/Satzung 1999

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 34 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

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

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

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung

2. Kunststoff - Prothesen - Neuherstellung

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

3. Reparaturen an Kunststoff - Prothesen

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

4. Metallgerüst - Prothesen - Neuerstellung

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

STGKK/Satzung 1999

5. Reparaturen an Metallgerüst - Prothesen

- x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe
- y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer
- z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y), Erweiterung der Metallbasis

6. Verblend - Metall - Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhern, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

7. Voll - Metallkrone (VG)

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

STGKK/Satzung 1999

Anhang 2:

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

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

**I. Konservierend - chirurgische Zahnbehandlung
gemäß § 33 Abs. 2**

1. Inlays aus Gold oder Keramik.....	
a) Einflächenfüllung.....	S 1.360,00
b) Zweiflächenfüllung.....	S 1.920,00
c) Dreiflächen - oder Mehrflächenfüllung.....	S 2.240,00
2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung).....	S 2.960,00
3. Stiftverankerung pulpal gegossen.....	S 1.360,00

**II. Unentbehrlicher Zahnersatz
gemäß § 35 Abs. 2**

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z.B. Titan).....	S 400,00
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff).....	S 325,00
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u.a.).....	S 480,00

gemäß § 35 Abs. 5

4. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich (= Zähne 1 bis 5 des Oberkiefers und Zähne 1 bis 5 des Unterkiefers).....	S 2.150,00
5. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich (= Zähne 1 bis 5 des Oberkiefers und Zähne 1 bis 5 des Unterkiefers).....	S 1.800,00
6. Vollgusskrone (Metallkrone).....	S 1.300,00

STGKK/Satzung 1999

7. Brückenglied Metall (Vollguss)..... S 1.100,00
8. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahn -
ersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen
feststehenden Zahnersatz..... S 2.150,00

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

STGKK/Satzung 1999

Anhang 3:**Mund - , kiefer - und gesichts - chirurgische Leistungen
gemäß § 33 Abs. 3**

Folgende Leistungen werden entsprechend dem Sondertarif der Universitäts -
zahnklinik Graz und Außenstationen LNKH Graz und LKH Hörgas - Enzenbach
erbracht:

Pos.Nr.	Leistungsart
71 A	Kiefergelenksluxation (Reposition des Kiefergelenkes)
72	Freilegung von Zähnen
73	Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, Verschluss einer Kieferhöhlenfistel
74	Caldwell - Luc - Operation
75	Caldwell - Luc - Operation im Zusammenhang mit Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle, halber Tarifsatz
76	Entfernung eines Speichelsteines
77	Jochbogenaufrichtung
78	Kieferbruchschiene
79	Kiefergelenksinjektionsbehandlung (Alkoholinjektion bei Trigeminusneuralgie, Injektion ins Kiefergelenk) exkl. Medikament
80	Ligatur traumatisch gelockerter Zähne, pro Quadrant
81 A	Unvollständige Versorgung eines Zahnes, bis zu zwei Sitzungen, pro Sitzung
82	Lippenbändchen (einfache Durchtrennung)
83	Platte als Heilbehelf (mit Kostenanteil)
84	Korrekturschiene (mit Kostenanteil)
85	Wundversorgung (große Rissquetschwunden im Gesicht)
86	Exstirpation von Geschwülsten
87	Erstmalige Spülung der Kieferhöhle, einseitig
88	Jede weitere Spülung der Kieferhöhle, einseitig
89	Erstmalige Spülung der Kieferhöhle, beidseitig
90	Jede weitere Spülung der Kieferhöhle, beidseitig

STGKK/Satzung 1999

Anhang 4:**I. Zuzahlungen für Kieferregulierungen
gemäß § 34 Abs. 1**

Die Zuzahlung des Versicherten (Angehörigen) für kieferorthopädische Behandlungen (Anhang 1, Punkt II Z 1 und 2) beträgt höchstens 50 % der mit den Vertragszahnbehndlern jeweils vereinbarten Tarifsätze. Der Kassenanteil beträgt jedenfalls 50 % der mit den Vertragszahnbehndlern vereinbarten Tarifsätze; diese Beträge sind um die Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

**II. Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz
gemäß § 35 Abs. 5**

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

- | | | |
|----|---|-------|
| 1. | für Kunststoffprothesen sowie Immediatprothesen (Anhang 1, Abschnitt III Z 2) und deren Reparaturen | 40 %, |
| 2. | für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrühen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen | 50 %, |
| 3. | für | |
| | - Voll - Metallkronen an Klammerzähnen | |
| | - Verblend - Metall - Keramikronen | |
| | bei Teilprothesen | 50 % |

der mit den Vertragszahnbehndlern jeweils vereinbarten Tarifsätze. Der Kassenanteil beträgt jedenfalls zu Z 1 60 %, zu Z 2 und Z 3 50 % der mit den Vertragszahnbehndlern jeweils vereinbarten Tarifsätze.

Diese Beträge sind um die Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

STGKK/Satzung 1999

Anhang 5:**Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe
gemäß § 34 Abs. 3**

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundvorhof -
platte, inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht
innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses
Behelfes mit der kieferorthopädischen Behandlung
begonnen wird.....S 675,00
2. Positioner inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr..... S 1.000,00
3. individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer)
pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige
zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen
Behandlung.....S 675,00.

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

STGKK/Satzung 1999