

Satzung der Österreichischen Gesundheitskasse 2020 Satzung OEGK 2020

Hinweis: Beim vorliegenden Dokument handelt es sich um eine konsolidierte Fassung. Konsolidierung bedeutet, dass in einer Rechtsvorschrift sämtliche kundgemachten Änderungen und Berichtigungen eingearbeitet wurden. Dieses Dokument dient lediglich der Information, ist also rechtlich unverbindlich. Die rechtlich verbindliche Fassung finden Sie unter www.ris.bka.gv.at/Avsv/:

Stammfassung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 34/2020](#))

1. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 110/2020](#))
2. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 15/2021](#))
3. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 56/2021](#))
4. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 83/2021](#))
5. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 46/2022](#))
6. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 101/2022](#))
7. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 28/2023](#))
8. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 91/2023](#))
9. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 33/2024](#))
10. Änderung der Satzung 2020 ([avsv Nr. 59/2024](#))

Inhaltsverzeichnis

1. Abschnitt	Organisation
§ 1	Geltungsbereich
§ 2	Sitz und Rechtsgrundlage
§ 3	Organe, Geschäftsführung und Vertretung
§ 4	Informationsveranstaltungen
§ 5	Verlautbarungen
§ 6	Vorläufige Verfügung der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates
§ 7	Büro
§ 8	Form rechtsverbindlicher Akte
§ 9	<i>aufgehoben</i>
§ 10	<i>aufgehoben</i>
§ 11	<i>aufgehoben</i>
§ 12	One-stop-shop der österreichischen Sozialversicherung
2. Abschnitt	Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen
§ 13	Meldefrist
§ 14	<i>aufgehoben</i>
§ 15	Beitragsvorschreibung für bestimmte Gruppen
§ 16	<i>aufgehoben</i>
§ 17	Fälligkeit der Sonderbeiträge
§ 18	Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG
3. Abschnitt	Leistungsrecht
§ 19	Wartezeit für Selbstversicherte
§ 20	Angehörige
§ 21	Bemessungsgrundlage
§ 22	Bestätigung des Dienstgebers/der Dienstgeberin über das Entgelt

- § 23 Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege
- § 24 Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit
- § 25 Erste Hilfeleistung
- § 26 Kostenersatz für Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen
- § 27 *aufgehoben*
- § 28 Heilbehelfe
- § 29 Satzungsmäßiges Krankengeld
- § 30 Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt
- § 31 Umfang von Zahnbehandlung und Zahnersatz
- § 32 Konservierend-, chirurgische Zahnbehandlung
- § 33 Kieferregulierungen
- § 34 Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche
- § 35 Zahnersatz
- § 36 Kostenerstattung im vertragslosen Zustand
- § 37 Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung
- § 38 Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
- § 39 Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung
- § 40 Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen
- § 41 Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird
- § 42 Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird
- § 43 Hilfsmittel
- § 44 Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit
- § 44a Maßnahmen zur Krankheitsverhütung
- § 45 Berücksichtigung der Sonderzahlungen bei der Bemessung des Wochengeldes
- § 46 Reise(Fahrt)kosten
- § 47 Transportkosten
- § 48 Auszahlung von Leistungen
- 4. Abschnitt** *aufgehoben – Sonderbestimmungen*
- § 49 *aufgehoben*
- § 50 *aufgehoben*
- § 51 *aufgehoben*
- § 52 *aufgehoben*
- 5. Abschnitt** **Schlussbestimmungen**
- § 53 Wirksamkeitsbeginn
- § 54 Inkrafttreten der 1. Änderung
- § 55 Inkrafttreten der 2. Änderung
- § 56 Inkrafttreten der 3. Änderung
- § 57 Inkrafttreten der 4. Änderung
- § 58 Inkrafttreten der 5. Änderung
- § 59 Inkrafttreten der 6. Änderung
- § 60 Inkrafttreten der 7. Änderung
- § 61 Inkrafttreten der 8. Änderung
- § 62 Inkrafttreten der 9. Änderung
- § 63 Inkrafttreten der 10. Änderung
- Anhänge**
- Anhang 1 Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung, Kieferorthopädische Behandlung, Prothetische Zahnbehandlung

Anhang 2	Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz in besonderen medizinischen Fällen nach § 153 ASVG
Anhang 3	Leistungen der Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie und des Zahnersatzes, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen gemäß § 31 Abs. 3 und § 35 Abs. 6
Anhang 4	Zuzahlungen bzw. Zuschüsse für Kieferregulierungen gemäß § 33 Abs. 1 und Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5
Anhang 5	Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3
Anhang 6	Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege gemäß § 38 Abs. 1
Anhang 7	Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen
Anhang 8	Kostenzuschuss nach § 39
Anhang 9	Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 33 Abs. 1 (§ 153, § 153a ASVG)
Anhang 10	Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen gemäß § 25 der Satzung
Anhang 11	Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Nichtvertragsinstituten für MR-Untersuchungen (MR-Wahlinstituten) gemäß § 131 Abs. 1 ASVG

1. Abschnitt – Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK).

Sitz und Rechtsgrundlage

§ 2. Sitz der Österreichischen Gesundheitskasse ist Wien. Die Österreichische Gesundheitskasse ist Träger der Krankenversicherung nach § 23 Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) für das ganze Bundesgebiet.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. (1) Der Aufbau der Verwaltung der Österreichischen Gesundheitskasse und ihre Organe sind insbesondere im 8. Teil Abschnitte I bis III des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt.

(2) Wenn in dieser Satzung, in anderen Rechtsvorschriften oder in Schriftstücken der Österreichischen Gesundheitskasse personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher oder weiblicher Form angeführt sind, gelten sie für Frauen, Männer und Personen alternativer Geschlechtsidentität in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische oder die von der betroffenen Person gewünschte Form zu verwenden.

(3) Obmann/Obfrau und deren Stellvertreter/Stellvertreterinnen werden als Synonyme für Vorsitzende/Vorsitzender des Verwaltungsrates und deren Stellvertreter/Stellvertreterinnen verwendet.

Informationsveranstaltungen

(§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 4. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse hält mehrmals pro Jahr Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber/Dienstgeberinnen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer/innen oder Arbeitgeber/Arbeitgeberinnen getrennt,
2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereichs der Österreichischen Gesundheitskasse oder
3. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen

(§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

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

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

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

**Vorläufige Verfügung der/des Vorsitzenden des Verwaltungsrates
(§ 453 Abs. 2 ASVG)**

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

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

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

(2) Als Schaden (Abs. 1 Z 1) gelten insbesondere

1. unzumutbarer finanzieller Aufwand,
2. unzumutbare administrative Erschwernisse,
3. Mehraufwendungen an Personal- und Sachkosten oder
4. eine schwer wiegende Beeinträchtigung des Ansehens der Österreichischen Gesundheitskasse in der Öffentlichkeit oder in ihren Vertragsbeziehungen.

(3) Vorteil (Abs. 1 Z 2) ist insbesondere nicht nur ein allgemeiner finanzieller Vorteil, sondern auch eine wesentliche Ersparnis an Verwaltungs-, Organisations-, Personal- oder Sachaufwand.

(4) Die Verfügungen sind von der/von dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates im Einvernehmen mit seinem/ihrer Stellvertreter/Stellvertreterin zu treffen, bei dessen Abwesenheit oder Verhinderung auch ohne ihre/seine Mitwirkung.

(5) In allen diesen Fällen hat die/der Vorsitzende/r des Verwaltungsrates die zuständigen Verwaltungskörper einzuberufen und von ihnen die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

§ 7. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der Österreichischen Gesundheitskasse obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Verwaltungsrates. Die grundlegende Organisation des Büros ist durch die Büroordnung festgelegt, Detailregelungen erfolgen durch Dienstanweisung, Arbeitsanleitungen und interne Richtlinien.

(2) Der/Die Leitende Angestellte (Generaldirektor/Generaldirektorin) im Sinn des § 460 ASVG hat für die ordnungsgemäße Durchführung der Bürogeschäfte, Beschlüsse und Weisungen (Abs. 1) durch die Dienstnehmer/Dienstnehmerinnen der Österreichischen Gesundheitskasse zu sorgen.

(3) Der/Die Leitende Angestellte und dessen/deren Stellvertreter/Stellvertreterinnen sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper mit beratender Stimme 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/die Vorsitzenden des Verwaltungsrates zu wenden. Kann eine Weisung des zuständigen Verwaltungskörpers oder eine Verfügung des/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates bzw. seines Stellvertreters/seiner Stellvertreterin/ihrer Stellvertreterin nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der/die Leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Österreichischen Gesundheitskasse unumgänglich notwendig ist. Er/Sie hat darüber dem/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates unverzüglich zu berichten.

(5) Der/Die Leitende Angestellte und die von ihm/ihr darüber hinaus dazu ermächtigten Personen sind berechtigt, alle an die Österreichische Gesundheitskasse gerichteten Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der Leitenden Angestellten gehen dessen/deren Rechte und Pflichten auf seine/ihre Stellvertreter/Stellvertreterinnen über. Der Verwaltungsrat kann die Aufgaben des/der Leitenden Angestellten und seiner Stellvertreter/Stellvertreterinnen zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

(7) Die Aufgaben des chef-(kontroll-)ärztlichen Dienstes, wie insbesondere die ärztlichen Bewilligungen werden durch den medizinischen Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse unter der Leitung des Leitenden Arztes/der Leitenden Ärztin und seiner/ihrer Stellvertreter/Stellvertreterinnen nach § 460 ASVG wahrgenommen. Abs. 2 ist anzuwenden. Der vorbehaltene Tätigkeitsbereich hinsichtlich des zahnärztlichen Berufs nach § 4 Abs. 3 des Zahnärztegesetzes ist zu berücksichtigen.

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

§ 8. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Österreichischen Gesundheitskasse in allen Angelegenheiten, die

1. von der Hauptversammlung,
2. vom Verwaltungsrat,
3. von einem Landesstellenausschuss

beschlossen wurden, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden /von der Vorsitzenden des beschließenden Verwaltungskörpers als auch vom/von der Leitenden Angestellten unterzeichnet sein. Als Schriftform gilt auch die elektronische Form mit Amtssignatur (§ 19 E-Government-Gesetz, E-GovG). Mündliche Ausfertigungen sind in solchen Angelegenheiten nicht vorhanden.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Österreichischen Gesundheitskasse in allen Angelegenheiten, in denen der Verwaltungsrat einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann/der Obfrau übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom/von der Obmann/Obfrau als auch vom/von der Leitenden Angestellten unterzeichnet sein, als Schriftform gilt auch die elektronische Form mit Amtssignatur (§ 19 E-GovG).

(3) Schriftliche Ausfertigungen der Österreichischen Gesundheitskasse in allen Angelegenheiten, deren Besorgung dem Büro übertragen wurde, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der Leitenden Angestellten oder einem von diesem/dieser damit beauftragten Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Die persönliche Unterzeichnung der in den Abs. 1 bis 3 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.

Beirat
(§§ 440 ff, § 453 Abs. 1 Z 4 ASVG)

§ 9.aufgehoben

Anmeldung zum Beirat
(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

§ 10.aufgehoben

Vertreter/innen der Vereine im Beirat

§ 11.aufgehoben

One-stop-shop der österreichischen Sozialversicherung
(§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 12. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern und der Versorgungsanstalt des österreichischen Notariates (§ 102 Abs. 1 NVG 2020) bei der Organisation eines one-stop-shop (Kundenservice, einheitliche Einbringungs- und Beratungsorganisation) der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

(2) Anträge, Meldungen und Mitteilungen an die Österreichische Gesundheitskasse können innerhalb der in der Erreichbarkeitskundmachung (§ 13 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes, § 1a Abs. 2 E-GovG) angegebenen Zeiten und Rahmenbedingungen fristwährend

1. bei jeder dafür eingerichteten Stelle der Österreichischen Gesundheitskasse einschließlich ihres Kontaktangebotes „meineSV“ im Internet, über einen elektronischen Zustelldienst und jedenfalls persönlich bei allen Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse oder
2. unter den Voraussetzungen des § 321 ASVG, § 119 B-KUVG, § 171 BSVG, § 183 GSVG, § 102 NVG 2020 und des § 361 Abs. 4 ASVG auch
 - a) bei anderen Versicherungsträgern,
 - b) Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung oder
 - c) Gemeinden

eingetragen werden.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwährend Anträge, Meldungen und Mitteilungen für andere Sozialversicherungsträger oder den Dachverband entgegen.

2. Abschnitt – Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist (§ 33 Abs. 3 ASVG)

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

Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. *aufgehoben*

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

§ 15. Rechtsträgern von Einrichtungen, die Zivildienstleistende im Sinne des Zivildienstgesetzes 1986, BGBl. Nr. 679/1986 beschäftigen, werden die Beiträge für diese durch die Österreichischen Gesundheitskasse vorgeschrieben.

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

§ 16. *aufgehoben*

Fälligkeit der Sonderbeiträge (§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde. Wird die Sonderzahlung vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt, sind die Sonderbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung ausgezahlt worden ist.

(2) Werden die Sonderbeiträge von der Österreichischen Gesundheitskasse vorgeschrieben, sind sie mit Ablauf des zweiten Werktages nach

1. a) der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post oder
b) der Freigabe zur Abholung in einem Zustelldienst oder
2. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe der Österreichischen Gesundheitskasse fällig.

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

§ 18. Die Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG (Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung) sind zu Beginn des Kalendermonates fällig.

3. Abschnitt – Leistungsrecht

Wartezeit für Selbstversicherte (§ 124 Abs. 1 ASVG)

§ 19. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Kassenleistungen. Dies gilt nicht

1. für die Personen, die in § 16 Abs. 2 ASVG genannt sind, wenn ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz ASVG (begünstigte Beitragsgrundlage für Studenten/Studentinnen) berechnet werden,
2. für die in § 16 Abs. 2a und 2b ASVG bezeichneten Personen sowie
3. für Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

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

§ 20. Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

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

**Bemessungsgrundlage
(§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)**

§ 21. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist für folgende Gruppe von Versicherten ein anderer Beitragszeitraum als jener nach § 125 Abs. 1 ASVG heranzuziehen: Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat. Kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat.

(2) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %. Der Zuschlag darf ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

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

§ 22. (1) Der/Die Dienstgeber/Dienstgeberin hat für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltbestätigung“ 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 die Art der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben;
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

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

**Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege
(§§ 131 Abs. 1 und 2, 151 Abs. 4 ASVG)**

§ 23. (1) Die Berechnung der Erstattung von Kosten für Leistungen der ärztlichen Hilfe, für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind sowie für medizinische Hauskrankenpflege (§§ 131 Abs. 1 und 2, 151 Abs. 4 ASVG) erfolgt hinsichtlich der Höhe, Methodik und Voraussetzungen

1. nach Maßgabe der zum 31. Dezember 2019 in Geltung gestandenen Satzungsbestimmungen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, sowie
2. auf Basis der bestehenden (regionalen) vertraglichen Regelungen, solange diese nach § 718 Abs. 6 ASVG weiterhin in Geltung stehen.

Die anzuwendenden Satzungsbestimmungen und vertraglichen Regelungen ergeben sich für Versicherte und deren Angehörige nach dem Beschäftigungsort des/der Versicherten bzw. in Ermangelung eines solchen nach dem Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort des/der Leistungsberechtigten. Die maßgeblichen Satzungsbestimmungen nach Z 1 sowie die anzuwenden (gesamt)vertraglichen Regelungen nach Z 2 sind auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse veröffentlicht.

(2) Die Österreichische Gesundheitskasse erstattet diese Kosten nur, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

(3) Sofern von den Gebietskrankenkassen bis 31. Dezember 2019 keine Valorisierungen der Kosten-erstattungen mit Wirksamkeit 1. Jänner 2020 beschlossen wurden, kann die Hauptversammlung Valorisierungen rückwirkend mit 1. Jänner 2020 vornehmen.

**Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit
(§ 131 Abs. 2 ASVG)**

§ 24. Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin (Wahlzahnarzt/Wahlzahnärztin) oder eine Wahl-Gruppenpraxis behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/die Wahlärztin (Wahlzahnarzt/Wahlzahnärztin) oder die Wahl-Gruppenpraxis, sondern durch einen von der Österreichische Gesundheitskasse bestimmten Arzt (Zahnarzt)/eine von der Österreichische Gesundheitskasse bestimmte Ärztin (Zahnärztin) (Medizinischer Dienst, Vertragsärzte/Vertragsärztinnen, Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen, etc.) festgestellt. Der Anspruch des/der Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahl(zahn)arztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der Österreichische Gesundheitskasse bestimmte Arzt/Ärztin (Zahnarzt/Zahnärztin) ein Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin) oder ein Arzt/eine Ärztin (Zahnarzt/Zahnärztin) in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

**Erste Hilfeleistung
(§ 131 Abs. 3 ASVG)**

§ 25. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Österreichische Gesundheitskasse nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Österreichische Gesundheitskasse die tatsächlich erwachsenen Kosten der Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin, einen Zahnarzt/eine Zahnärztin, eine Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze, auf Basis der regional geltenden Verträge unter sinngemäßer Anwendung des § 23 Abs. 1, für die Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, einen Vertragszahnarzt/eine Vertragszahnärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 41 geleistet.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden, regional vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine derartige vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen regionalen Tarife bzw. leistet die Österreichische Gesundheitskasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 10 zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 47 Abs. 5 und 6. § 23 Abs. 1 ist sinngemäß anzuwenden.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne ärztliche Bewilligung durch den medizinischen Dienst auf Rechnung der Österreichische Gesundheitskasse abgebar sind, werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

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

§ 26. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Österreichische Gesundheitskasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/Antragstellerin eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

**Kostenerstattung für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind
sowie für medizinische Hauskrankenpflege
(§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)**

§ 27. aufgehoben

**Heilbehelfe
(§ 137 ASVG)**

§ 28. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe in der Höhe des Achtfachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlichen Kosten.

(2) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe in der Höhe des Achtfachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlichen Kosten.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt die Kosten für Kontaktlinsen in der Höhe des Achtfachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) unter Berücksichtigung der Mindestgebrauchsdauer gem. § 32 der Krankenordnung, sofern keine Direktverrechnung aufgrund von vertraglichen Regelungen erfolgen kann, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlichen Kosten, bei Vorliegen folgender Indikationen:

1. Anisometropie ab 3 Dioptrien bei nachweislich vorhandenem Binokularsehen,
2. Regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien,
3. Irregulärer Astigmatismus,
4. Keratokonus,
5. Hochgradige Myopie ab 6 Dioptrien,
6. Hypermetropie ab 6 Dioptrien,
7. Aphakie,
8. bei Erosion oder rezidivierender Erosion (nicht als Dauerversorgung),
9. nach Nasenbeinoperationen (postoperativ bis zu 12 Wochen),
10. Progrediente Myopie bei nachweislicher Dioptrienzunahme von mindestens einer Dioptrie pro Jahr bei Kindern und Jugendlichen bei Behandlung mit peripher Defokus modifizierten Kontaktlinsen oder Orthokeratologie-Linsen.

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

§ 29. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit – ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 ASVG Anspruchsberechtigten – bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der/die Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

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

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

(4) Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld um 10 % der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1 ASVG iVm § 21 der Satzung) erhöht, wenn mindestens ein Angehöriger/eine Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6oder Abs. 4 ASVG ohne eigenes Einkommen vorhanden ist und der/die Versicherte Alleinerzieher/Alleinerzieherin ist oder bei einer Ehe (Lebensgemeinschaft) der Ehegatte/die Ehegattin (der Lebensgefährte/die Lebensgefährtin) kein eigenes Einkommen hat. Besteht über den 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit hinaus Anspruch auf Entgeltfortzahlung, so wird das Krankengeld erst ab dem Tag des gänzlichen Wegfalls des Entgeltanspruches erhöht. Es gilt § 35 der Krankenordnung.

(5) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2024 wird die Bemessungsgrundlage für das Krankengeld für jene Personen, die zu diesem Zeitpunkt einen Anspruch auf eine solche Leistung haben, ausgenommen das Krankengeld nach § 141 Abs. 5 ASVG und § 41 Abs. 1 AIVG, mit dem Anpassungsfaktor entsprechend § 108i Abs. 1 ASVG vervielfacht, sofern der Bemessungszeitraum im vorangegangenen Jahr liegt. Dies gilt auch für jene Personen, bei denen der Anspruch auf eine solche Leistung nach dem 1. Jänner 2024 entsteht, sofern der Bemessungszeitraum im vorangegangenen Jahr liegt.

Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt
(§ 139 Abs. 2b ASVG)

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

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

Umfang von Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 ASVG)

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

(2) Die Zahnbehandlung umfasst die konservierend, chirurgische Zahnbehandlung und die Kieferregulierung. Letztere, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsstörungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig ist. Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Dies ist insbesondere der Fall bei

1. Patienten/Patientinnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Tumorpatienten/Tumorpatientinnen in der postoperativen Rehabilitation,
3. Patienten/Patientinnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
4. Patienten/Patientinnen mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, extreme Atrophie des Kieferkammes im zahnlosen Kiefer oder sonstige Formen der extremen Atrophie im Zusammenhang mit Fällen nach Z 1 bis 3) sowie
5. Aplasie im Bereich der Zähne 1 bis 5 im Ober- bzw. Unterkiefer.

Für festsitzenden Zahnersatz ohne diese medizinische Notwendigkeit übernimmt die Österreichische Gesundheitskasse keine Kosten.

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

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

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

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Österreichische Gesundheitskasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch eine/n Wahlzahnärztin/Wahlzahnarzt, eine Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung die Zuschüsse in der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

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

Konservierend, chirurgische Zahnbehandlung (§ 153 ASVG)

§ 32. (1) Konservierend, chirurgische Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhanges 1, Teil A als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung im Anhang 1, Teil A der Art nach vorgesehen, verlangt der/die Versicherte (Angehörige) aber die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials (z. B. aus kosmetischen Gründen), hat der/die Versicherte (Angehörige) die Leistung selbst zu zahlen und die Österreichische Gesundheitskasse leistet einen Zuschuss im Ausmaß von 80 % des Vertragstarifes für die entsprechende Leistung nach Anhang 1, Teil A.

(2) Stehen in medizinisch begründeten Einzelfällen Leistungen nach Anhang 1, Teil A nicht zur Verfügung, gewährt die Österreichische Gesundheitskasse für die im Anhang 2, Teil A genannten Leistungen den entsprechenden Kostenzuschuss.

(3) Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1, Teil A und 2, Teil A hinausgehen, werden von der Österreichischen Gesundheitskasse gem. Anhang 3, Teil A erbracht. Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Österreichische Gesundheitskasse dafür eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertrags- tarifes, wenn der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin die im Anhang 3, Teil A jeweils genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllt. § 23 Abs. 1 ist hinsichtlich des anzuwendenden Vertrages sinngemäß anzuwenden.

Kieferregulierungen (§ 153 ASVG)

§ 33. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse erbringt Kieferregulierungen als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) im Umfang des Anhangs 1, Teil B

1. bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
2. jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anhang 9,

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

- a. Hemmungsmissbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
- b. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer; insbesondere IOTN-Grad 5h,
- c. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
- d. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,
- e. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
- f. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 3f und 4f,
- g. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
- h. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwer- tem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
- i. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 3a, 4a und 5a,
- j. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für die zu Behandelnde/den zu Behandelnden den in lit. a bis i genannten Anomalien entsprechen, insbesondere jegliche Grade von IOTN 4 und 5 sowie die in lit. a bis i genannten Indikationen,
- k. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals- Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 4, Teil A festgesetzten Höhe zu entrichten. Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnärzten/Zahn- ärztinnen nicht möglich ist, leistet die Österreichische Gesundheitskasse einen Zuschuss nach Maßgabe der Bestimmungen des Anhangs 4, Teil A. Therapien mit Alignern sind keine dem § 153 ASVG gleichzuhal- tende Leistungen.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der Kostenerstattung ist vom Vertragstarif für die entsprechende Lei- stung nach Anhang 1, Teil B die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) nach Anhang 4, Teil A abzuziehen; die Kostenerstattung für den/die Versicherten/Versicherte (Angehörigen/Angehörige) beträgt dann 80 % dieses Betrages.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen nach Abs. 1 lit. a bis k oder gleichwertige Fehlstellun- gen durch kleine kieferorthopädische Behelfe vermieden oder behoben werden oder kann dadurch der Er- folg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kie- ferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss nach Anhang 5 erbracht.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)

§ 34. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhangs 1, Teil A, Pos. Nr. 1a als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Le- bensjahres, frühestens, wenn beim Patienten/bei der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schnei- dezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus

medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

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

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

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

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung (Anhang 1, Teil C, Punkt 2) ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien,
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,
 - c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
 - d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
 - e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
 - f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
 - g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
 - h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen,
 - i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,
 - j) Platzmangel in Stützzone größer als 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
 - k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
 - l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
 - m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur).

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

(5) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung (Anhang 1, Teil C, Punkt 3) in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,

4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der Österreichische Gesundheitskasse gegenüber nachgewiesen wurden:
 - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
 - b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
 - c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
 - d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
 - e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
 - f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
 - g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Auslandund 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70 % nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein. Nimmt die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer während der dreijährigen Frist eine Elternkarenz in Anspruch, so wird der relevante Betrachtungszeitraum um diese Dauer entsprechend verlängert.

Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter ausschließlich kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen), werden für die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit von der Österreichische Gesundheitskasse keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 33 erhält. Abweichend davon gewährt die Österreichische Gesundheitskasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Abs. 4 oder 5 erfüllt und der/die Anspruchsberechtigte einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

(7) Als Behandlungsbeginn bei Leistungen nach den Abs. 4 und 5 gilt das Datum, zu dem erstmals durch den Kieferorthopäden/die Kieferorthopädin die erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 4 als beendet, wenn die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 5 als beendet, sobald

1. eine Verbesserung des Ausgangszustandes von zumindest 70 % nach dem PAR-Index erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Zahnersatz (§ 153 Abs. 2 ASVG)

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

1. aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
2. nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957,
3. nach dem Heeresversorgungsgesetz oder Heeresentschädigungsgesetz,
4. nach dem Opferfürsorgegesetz,
5. nach dem Verbrechenopfergesetz,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz

besteht.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz wird im Umfang des Anhanges 1, Teil D 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 Österreichische Gesundheitskasse für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2, Teil B, Punkt 1. bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Österreichische Gesundheitskasse für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Österreichische Gesundheitskasse als Leistung eine totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, eine Metallgerüstprothese oder eine Verblend-Metallkeramikkrone erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren, bei sonstigen Prothesen frühestens nach vier Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

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

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4, Teil B, Abs. 1 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz (§ 31 Abs. 3 zweiter und dritter Satz) leistet die Österreichische Gesundheitskasse Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2, Teil B, Punkt 2 bestimmt wird, sofern kein Anspruch nach Abs. 6 besteht.

(6) Leistungen des Zahnersatzes, die über den Leistungsumfang des Anhangs 1, Teil D hinausgehen, werden von der Österreichische Gesundheitskasse in den Fällen des § 31 Abs. 3 zweiter und dritter Satz gemäß Anhang 3, Teil B erbracht. Werden solche Leistungen außerhalb einer Vertragseinrichtung erbracht, leistet die Österreichische Gesundheitskasse Kostenerstattung in der Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin die im Anhang 3, Teil B genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllt. § 23 Abs. 1 ist hinsichtlich des anzuwendenden Vertrages sinngemäß anzuwenden.

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG)

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

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

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

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

§ 38. (1) Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für

1. einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe,
2. die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG),
3. die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),
4. den Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 159 ASVG),
5. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln

auf Rechnung der Österreichische Gesundheitskasse nicht zur Verfügung, weil ein regional anzuwendender Vertrag (§ 718 Abs. 6 ASVG) nicht zustande gekommen ist oder einzelne Leistungen nicht vorsieht, leistet die Österreichische Gesundheitskasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen in den Anhängen 6 und 7. § 23 Abs. 1 ist hinsichtlich des regional anzuwendenden Vertrages sinngemäß anzuwenden.

(2) Stehen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der Österreichische Gesundheitskasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Österreichische Gesundheitskasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 3 bis 6.

(3) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die Österreichische Gesundheitskasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 22.370,70 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von besonderen Einzelfällen für die Behandlung folgender Erkrankungen:

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten oder Patientinnen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres sowie
5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

(4) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Kohlenstoffionen leistet die Österreichische Gesundheitskasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 17.547,20 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(5) Mit der Leistung des Kostenzuschusses nach den Abs. 2 bis 4 sind sämtliche mit dieser ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Leistungen abgegolten. Falls eine derartige Therapie nicht abgeschlossen wird, ist der Kostenzuschuss entsprechend den tatsächlich erbrachten Therapieeinheiten zu aliquotieren.

(6) Bei Unterbleiben der von der Österreichische Gesundheitskasse bewilligten punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen leistet die Österreichische Gesundheitskasse für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden erbrachten medizinischen Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenzuschuss in Höhe von 613,50 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

**Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung
(§ 153a Abs. 6 ASVG)**

§ 39. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Österreichischen Gesundheitskasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Österreichische Gesundheitskasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhangs 8, wenn der/die Versicherte (Angehörige) einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 34 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Österreichischen Gesundheitskasse gegenüber nachgewiesen wurden.

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

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

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

**Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen
(§ 131b ASVG)**

§ 40. Stehen Vertragspartner/innen zur Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen aufgrund des Fehlens von Verträgen mit den Gruppenpraxen nicht zur Verfügung, hat die Österreichische Gesundheitskasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der Honorarordnung für eine/n vergleichbare/n Vertragsärztin/Vertragsarzt vorgesehenen Vergütung zu erbringen. § 23 Abs. 1 ist hinsichtlich der anzuwendenden Vertragsbestimmungen sinngemäß anzuwenden.

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

§ 41. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt stationär in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG iVm. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Österreichische Gesundheitskasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 399,97 € pro Tag in einer Krankenanstalt.

(2) Hat der/die Versicherte (Angehörige) tagesklinische Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG iVm. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Österreichische Gesundheitskasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe

1. der in den Anhängen der zum 31. Dezember 2019 in Geltung gestandenen Satzungsbestimmungen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse angeführten Pauschalbeträge für tagesklinische Leistungen oder
2. des Pauschalbetrages von 399,97 € pro Tag in einer Krankenanstalt, wenn Z 1 nicht zur Anwendung kommt,

jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(3) Die Pauschalbeträge nach Abs. 1 und 2 verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 4 ASVG davon abzusehen ist. § 23 Abs. 1 gilt hinsichtlich der anzuwendenden Satzungs- und Vertragsbestimmungen sinngemäß.

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

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

§ 42. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht, und besteht auch keine vertragliche Regelung mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt, erbringt die Österreichische Gesundheitskasse einen Ambulanzkostenzuschuss in Höhe von 80 % der zum 31. Dezember 1996 regional anwendbaren Ambulanztarife mit der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt, mindestens jedoch 79,80 € pro Versicherungsfall, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. § 23 Abs. 1 ist hinsichtlich des regional anzuwendenden Vertrages sinngemäß anzuwenden. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

(2) Die zum 31. Dezember 1996 regional geltenden Ambulanztarife sind für das in Betracht kommende Kalenderjahr mit dem Betrag aufzuwerten, um den die Vertragstarife für private Krankenanstalten für stationäre Pflege erhöht werden. Der Ambulanzkostenzuschuss ist jährlich analog § 150 Abs. 2 ASVG zu valorisieren.

**Hilfsmittel
(§ 154 ASVG)**

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

1. allgemein das Achtfache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. das Zwanzigfache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Hilfsmittel, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen,

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

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

(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 Achtfache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

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

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

(5) Der Zuschuss für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen beträgt pro Quartal höchstens das Achtfache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 4 erfolgen kann.

(6) Der Zuschuss für Perücken, die bei einem mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Haarausfall, wie insbesondere bei onkologischer Behandlung, in Anspruch genommen werden, beträgt höchstens das Achtfache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern keine Direktverrechnung gem. Abs. 4 erfolgen kann.

(7) Der Zuschuss für Orthopädische Maßschuhe verringert sich um € 58,14 pro Paar bzw. € 29,07 pro Stück für alle Versicherten (Angehörigen). Für Kinder, für die unabhängig von der Angehörigeneigenschaft die Voraussetzungen nach § 123 Abs. 4 ASVG vorliegen sowie für die ohne Rücksicht auf das Lebensalter Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht, wird kein Eigenkostenanteil eingehoben.

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

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

§ 44. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss von 4,80 € zu Impfungen (aktive Immunisierung) gegen Frühsommer-Meningoencephalitis. Der Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Österreichische Gesundheitskasse das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

(2) Über den Gesetzeswortlaut und die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 20. Mai 1981 über vordringliche Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (§ 156 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 44a. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet in Verbindung mit § 32 für Versicherte (Angehörige) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung (Anhang 1, Teil A, Pos. Nr. 65). Diese umfasst:

1. bedarfsorientierte Information und Aufklärung über Zahn- und Zahnfleischerkrankungen und deren Vermeidung, Ernährungsberatung/-lenkung – Kurzintervention
2. bedarfsorientierte Motivation bzw. Remotivation (Nutzenfindung für die Patientin/den Patienten)
3. bedarfsorientierte Evaluierung der Putztechnik und der Interdentalraumreinigung inkl. Plaque- bzw. Biofilmfärbung
4. bedarfsorientierte Instruktion zur effektiven häuslichen Zahnpflege, Demonstration von Putztechniken und deren Schwachstellen und der Interdentalraumreinigung
5. professionelle, bedarfsorientierte Zahnreinigung (Entfernung aller supragingivaler Zahnbeläge mit entsprechender Methode)
6. medizinisch notwendige Fluoridierung und Spülung

Versicherten (Angehörigen) zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr, die sich einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten unterziehen, leistet die Österreichische Gesundheitskasse maximal zwei Mal innerhalb eines Jahres Mundhygiene als Sachleistung, wobei die Leistungen mindestens sechs Monate auseinander zu liegen haben.

(2) Die Österreichische Gesundheitskasse leistet über den Anwendungsbereich des Abs. 1 hinaus einen Zuschuss nach Anhang 2, Teil A, Ziffer 8 zur Mundhygiene in Form von professioneller, bedarfsorientierter Zahnreinigung sowie Entfernung aller supragingivaler Zahnbeläge, sofern die Mundgesundheit besonders gefährdet ist und über die häusliche Mundhygiene hinaus weitere professionelle zahnärztliche Hygienemaßnahmen zum Erhalt der Zahngesundheit erforderlich sind, bei Vorliegen folgender Indikationen:

1. Hypophosphatämie (Phosphatdiabetes)
2. Ektodermale Dysplasie

Diese Leistung kann auch als Sachleistung (ohne Zuzahlung) in den Zahngesundheitszentren der Österreichischen Gesundheitskasse gewährt werden.

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

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

1. bei Sonderzahlungen bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw. von 4 1/3 Wochenbe- zügen um 14 %
2. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 4 1/3 Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 2/3 Wochenbezügen um 17 %
3. bei Sonderzahlungen
 - a) von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.
 - b) von mehr als 8 2/3 Wochenbezügen um 21 %
4. bei Sonderzahlungen von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten um 17 %

**Reise(Fahrt)kosten
(§ 135 Abs. 4 ASVG)**

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

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

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

1. für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes und
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 4) 20 Kilometer übersteigt.

(3) Die Österreichische Gesundheitskasse ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Be- gleitperson

1. für Kinder unter 15 Jahren,
2. für Personen, bei denen dies aufgrund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist.

(4) Für die Ermittlung des Reise(Fahrt)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum/zur nächsterreichbaren Vertragspartner/in desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medi- zinischen Einrichtung heranzuziehen. Die Ermittlung hat über den auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse abrufbaren „Distanzanzeiger“ der Sozialversicherung zu erfolgen.

(5) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten gebührt für Hin- sowie Rückfahrten. Dieser beträgt pauschal für Fahrtstrecken von mehr als 20 km bis 50 km 7,20 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 10,80 €. Bei

Fahrten von mehr als 50 km erfolgt die Gewährung des Kostenersatzes auf Basis der gem. Abs. 4 ermittelten Kilometer, wobei der Kilometersatz 0,13 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 0,22 € beträgt. Der Kostenersatz wird unabhängig davon gewährt, welches Verkehrsmittel der/die Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt hat. Höhere als die dem/der Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden nicht ersetzt.

(6) Die Österreichische Gesundheitskasse ersetzt ohne Bedachtnahme auf die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr Reise(Fahrt)kosten für Fahrten

1. zur Durchführung einer Dialyse,
2. zur Durchführung einer Chemo- oder Strahlentherapie aufgrund einer onkologischen Erkrankung,
3. im Zusammenhang mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation die Kosten für die Beförderung in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin sowie zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln.

(7) Wenn ein Transport nach § 47 Abs. 3 erfolgt ist, ersetzt die Österreichische Gesundheitskasse keine Reise(Fahrt)kosten.

(8) Bei Inanspruchnahme eines/einer Wahlarztes/Wahlärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines/einer Wahlzahnarztes/Wahlzahnärztin, einer Wahleinrichtung oder eines/einer Wahlpartners/Wahlpartnerin zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Absätze 1 bis 7 mit der Einschränkung, dass Reise(Fahrt)kosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

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

zu ersetzen gewesen wäre.

Transportkosten

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

§ 47. (1) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige aufgrund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

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

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

(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenförderung

Befördert werden Versicherte (Angehörige), die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann

- a) mit einem Privat-PKW bzw. mit einem entsprechend ausgestatteten Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden oder
- b) durch die unter a) angeführten Unternehmen liegend oder sitzend in einem Tragesessel befördert werden, sofern landesgesetzlich zulässig oder

2. Krankentransport

Transportiert werden Versicherte (Angehörige), die keine Notfallpatienten/Notfallpatientinnen sind und entweder

- a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der/die Sanitäter/Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist (einfacher Krankentransport), oder
- b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragesessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (qualifizierter Krankentransport);

oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist;

oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. Lebensgefahr ist anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin sind.

Die jeweilige Art des Transportes ist aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen.

(4) Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Österreichische Gesundheitskasse Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes. Die Ermittlung hat über den Distanzanzeiger der Sozialversicherung zu erfolgen, der über die Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse aufgerufen werden kann.

(5) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

1. eine Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden, wegen der Dringlichkeit des Falles auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und
2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes
 - a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
 - b) diese Notwendigkeit von der Österreichische Gesundheitskasse anerkannt worden ist.

Lebensgefahr ist anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist.

(6) Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Österreichische Gesundheitskasse mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Österreichische Gesundheitskasse dem/der Versicherten (Angehörigen) Kosten in folgender Höhe:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 2.185,60 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 2.549,10 €;
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 1.137,60 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.529,50 €;
3. für Flugtransporte (Primärtransporte) nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte: pauschal 1.073,60 €;

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

1. der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
2. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
3. des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes/Vertragsärztin (Vertragszahnarztes/Vertragszahnärztin) oder
4. der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis

zu ersetzen gewesen wäre.

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

(9) Die Österreichische Gesundheitskasse übernimmt im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Transportkosten

1. in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Rehabilitanden/Rehabilitandin, wenn die Österreichische Gesundheitskasse Kostenträgerin dieser medizinischen Maßnahme der Rehabilitation ist,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife.

Auszahlung von Leistungen (§ 104 ASVG)

§ 48. (1) Folgende Geldleistungen werden alle vier Wochen im Nachhinein ausgezahlt:

1. Krankengeld
2. Wochengeld

(2) Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) und Wiedereingliederungsgeld (§ 143d ASVG) werden monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats ausgezahlt. Fällt der Auszahlungstermin der genannten Leistung auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so wird diese Leistung so zeitgerecht angewiesen, dass sie an dem diesen Tagen vorhergehenden Werktag dem Leistungsbezieher bzw. der Leistungsbezieherin zur Verfügung steht.

4. Abschnitt – Sonderbestimmungen

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

§ 49. *aufgehoben*

**Beiträge für unständig Beschäftigte
(§ 466 ASVG)**

§ 50.aufgehoben

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

§ 51.aufgehoben

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

§ 52.aufgehoben

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 53. (1) Diese Satzung tritt gemäß § 30a Abs. 5 ASVG rückwirkend mit 1. Jänner 2020 in Kraft.

(2) § 23 tritt mit 31. Dezember 2024 außer Kraft.

(3) Ist der Gesamtvertrag über die zahnmedizinische Versorgung nach § 343d ASVG regional (§ 718 Abs. 6 ASVG) nicht anwendbar, sind die zum Zeitpunkt 31. Dezember 2019 bestehenden Abrechnungsübereinkommen zur Erbringung der Sachleistung gem. §§ 32 bis 35 iVm Anhang 1 weiterhin anzuwenden. Für die Kostenerstattung gem. § 31 Abs. 7 und die Festsetzung der Höhe der Kostenbeteiligungen gem. Anhang 4 sind diesbezüglich die mit der Österreichischen Zahnärztekammer jeweils vereinbarten Tarifsätze heranzuziehen.

(4) Diese Satzung gilt für Sachverhalte, die sich nach ihrem Inkrafttreten verwirklichen. Für Sachverhalte, die sich vor dem Inkrafttreten verwirklichen, ist die Satzungs- und Vertragslage der bisher örtlich zuständigen Gebietskrankenkassen anzuwenden.

(5) Die von den Gebietskrankenkassen bis zum 31. Dezember 2019 ausgestellten Bewilligungen gelten in deren Umfang weiter.

(6) Wurden Versicherten (Angehörigen) medizinische Leistungen aufgrund bis zum 31. Dezember 2019 in Geltung gestandenen Satzungs- und Vertragsbestimmungen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse gewährt, so können diese bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall personenbezogen weiterhin durch die Österreichische Gesundheitskasse geleistet werden.

Inkrafttreten der 1. Änderung

§ 54. Die 1. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Inkrafttreten der 2. Änderung

§ 55. (1) Die 2. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. April 2021 in Kraft.

(2) Abweichend von Abs. 1 tritt § 42 Abs. 1 in der Fassung der 2. Änderung rückwirkend mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Inkrafttreten der 3. Änderung

§ 56. Die 3. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. August 2021 in Kraft.

Inkrafttreten der 4. Änderung

§ 57. Die 4. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2022 in Kraft.

Inkrafttreten der 5. Änderung

§ 58. Die 5. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Inkrafttreten der 6. Änderung

§ 59. (1) Die 6. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2023 in Kraft.

(2) § 29 Abs. 5 tritt mit 31. Dezember 2024 außer Kraft.

Inkrafttreten der 7. Änderung

§ 60. Die 7. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

Inkrafttreten der 8. Änderung

§ 61. (1) Die 8. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) Der Kostenzuschuss gem. Anhang 2 Teil A Z 8 ist mit 1. Jänner eines jeden Jahres mit dem Zahnbehandlerfaktor zu valorisieren.

Inkrafttreten der 9. Änderung

§ 62. Die 9. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

Inkrafttreten der 10. Änderung

§ 63. Die 10. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse tritt rückwirkend mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

Anhänge

Anhang 1

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung, Kieferorthopädische Behandlung, Prothetische Zahnbehandlung

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

Teil A

Konservierend, chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 1

Pos. Nr.

- 1 Beratung
- 1a Kieferorthopädische Beratung gemäß § 34 Abs. 1
Diese umfasst folgende Leistungen:
 - a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung,
 - b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung,
 - c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin,
 - d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.
- 2 Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 3 Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung
- 4 Visite
- 5 Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps
- 6 Einflächefüllung (einschließlich Unterlage)
- 7 Zweiflächefüllung (einschließlich Unterlage)
- 8 Dreiflächen- oder Mehrflächefüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)
- 9 Aufbau mit Höckerdeckung
- 61 Einflächefüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 71 Zweiflächefüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 81 Dreiflächen- oder Mehrflächefüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
- 10 Ecken- bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn
- 11 Stiftverankerung
- 12 WB-Amputation
- 13 WB-Exstirpation einkanalig

- 14 WB-Exstirpation zweikanalig
- 15 WB-Exstirpation dreikanalig
- 16 WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
- 17 Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
- 18 Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
- 19 Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
- 20 Zahnsteinentfernung
- 21 Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
- 22 Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)
- 23 Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
- 24 Zahnröntgen
- 25 Panoramaröntgen
- 26 Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
- 27 Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 28 Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 29 Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 30 Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 31 Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
- 32 Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 33 Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 34 Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 35 Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in derselben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
- 36 Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 37 Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 38 Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 39 Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
- 40 Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
- 41 Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei)
- 65 Mundhygiene nach § 44a
- 62 Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich
- 72 Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich
- 82 Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich
- 92 Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich

Teil B

Kieferregulierung gemäß § 33 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr
2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten
 - a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes
 - b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates
 - c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube

Teil C

Kieferorthopädie gemäß § 34 Abs. 2

1. Feststellung des Grades nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN Grad) gemäß § 34 Abs. 2 Z 1

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

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

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

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

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

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

A. Diagnostische Leistungen; dies sind:

- a) Behandlungsplanung,
- b) die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
- c) Panoramaröntgen,
- d) laterales Fernröntgen,
- e) Fotos intra- und extraoral,
- f) Modelle,
- g) Bissregistrator,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

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

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

Teil D

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 – Neuherstellung einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)
5. Reparaturen an Metallgerüst-Prothesen
- a) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe
 - b) Zwei Leistungen gemäß a), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer
 - c) Mehr als zwei Leistungen gemäß a) oder b), Erweiterung der Metallbasis
6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen
7. Voll-Metallkrone (VG) an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

Anhang 2**Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen
im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz
in besonderen medizinischen Fällen nach § 153 ASVG**

Für nachstehende Leistungen leistet die Österreichische Gesundheitskasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

Teil A**Konservierend, chirurgische Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2**

1. Inlays aus Gold oder Keramik bei z. B. nachgewiesenen Allergien gegen Vertragsmaterialien	
a) Einflächenerfüllung	191,00 €
b) Zweiflächerfüllung	257,30 €
c) Dreiflächen- oder Mehrflächenerfüllung	267,90 €
2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung) bei z. B. nachgewiesenen Allergien gegen Vertragsmaterialien	271,70 €
3. Einmalige Versorgung eines stark zerstörten Milchmolaren (bis zum Zahnwechsel) mit konfektionierter Edelstahlkrone einschließlich Entfernung der kariösen Zahnschicht und Pulpenüberkappung	32,50 €
4. Digitale Volumentomographie (DVT), in zahnmedizinisch begründeten Einzelfällen chirurgischer Interventionen, in denen ein (Panorama-) Röntgen keine ausreichende Beurteilung ermöglicht, höchstens einmal alle zwei Jahre und nicht im Zusammenhang mit einer Privatleistung	32,50 €
5. Parodontale Initialtherapie zur Vor- oder Akutbehandlung einer Zahnfleischerkrankung bei Grad 3 oder 4 der parodontalen Grunduntersuchung (PGU) laut ÖGP (Befundblatt). Der Zuschuss gebührt, sofern vor Beginn der Behandlung eine entsprechende Bewilligung durch den zahnmedizinischen Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse erteilt wurde, bei Behandlung	
a) von bis zu 5 Zähnen unabhängig von deren Lage in einem Kiefer	64,90 €
b) von mindestens 6 Zähnen unabhängig von deren Lage in einem Kiefer	129,70 €
c) von mindestens 11 Zähnen unabhängig von deren Lage in einem Kiefer	194,50 €
6. Bruxismus(Tiefzieh)Schiene inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	89,00 €
7. Aufbisschiene mit individueller Kauflächengestaltung (gnathologische Schiene); Indikation: bei Kiefergelenksproblematiken, Bisshebung, bzw. als notwendige Vorbereitung im Zusammenhang mit einer prothetischen Versorgung; inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	181,90 €
8. Professionelle, bedarfsorientierte Zahnreinigung gem. § 44a Abs. 2, sofern unter Vorlage ausreichender Nachweise zur Notwendigkeit eine entsprechende Bewilligung durch den zahnmedizinischen Dienst der Österreichischen Gesundheitskasse erteilt wurde, bis zu 4 Mal innerhalb von 12 Monaten. Erbrachte Sachleistungen nach § 44a Abs. 1 sind auf die Anzahl der Behandlungen anzurechnen.	60,60 € (2023)

Teil B**1. Unentbehrlicher Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 2**

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	50,00 €
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	40,70 €
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	60,00 €

2. Festsitzender Zahnersatz in medizinischen Sonderfällen gemäß § 35 Abs. 5

1. Stiftverankerung pulpal gegossen – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	118,80 €
2. Keramikfacettierte Krone (VMK) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	359,90 €
3. Brückenglied Keramik verblendet – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	294,00 €
4. Implantat jeweils aller diagnostischen und therapeutischen Vor- und Nebenleistungen (ausgenommen CT oder DVT) im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz – Haltbarkeit mindestens 10 Jahre	539,80 €

Der Zuschuss gebührt je Einheit

- in den Fällen des § 31 Abs. 3 Z 1 bis 3, sowie bei Nichtanlage von bleibenden Frontzähnen und Prämolaren bei unversehrten Nebenzähnen nach Abschluss des Kieferwachstums.
- im zahnlosen Kiefer bei ausgeprägter Atrophie des Kieferkammes in Kombination mit einer Totalprothese im Oberkiefer maximal 4 Einheiten, im Unterkiefer maximal 2 Einheiten.
- in zahnmedizinisch besonders begründeten Einzelfällen maximal 4 Einheiten im Unterkiefer.

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

Anhang 3

**Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gemäß § 32 Abs. 3
und des Zahnersatzes gemäß § 35 Abs. 6**

Teil A

- Allgemeine Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen
Erfolgt die Leistungserbringung außerhalb einer Vertragseinrichtung, hat der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung zu erfüllen. Folgende Leistungen sind umfasst:
 - Probeexcision
 - Kiefergelenksluxation; konservative (unblutige) Reposition
 - Fibrinklebung, der Fibrinkleber ist zum Apothekeneinstandspreis zusätzlich verrechenbar, bei mehr als 0,5 ml Verbrauch pro Zahneinheit ist eine zusätzliche Begründung anzugeben
 - Verblockung pro Quadrant bei Parodontalbehandlung durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen mit einer durch die ÖGP für Parodontologie anerkannten Ausbildung
 - Schienung (z. B. Drahtschienenverband od. vom Zeitaufwand vergleichbares) eines einzelnen traumatisch subluxierten Zahnes inkl. Lokalanästhesie, je Kiefer
 - Schienung (z. B. Drahtschienenverband od. vom Zeitaufwand vergleichbares) von zwei oder drei traumatisch subluxierten Zähnen inkl. Lokalanästhesie, je Kiefer
 - Schienung (z. B. Drahtschienenverband od. vom Zeitaufwand vergleichbares) von mehr als drei traumatische subluxierten Zähne inkl. Lokalanästhesie, je Kiefer
 - Verschiebelappenoperation, Flapoperation durch Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen mit einer durch die ÖGP für Parodontologie anerkannten Ausbildung; pro Sextant
 - Chirurgische Fremdkörperentfernung
 - Wurzelrestentfernung
 - Replantation eines traumatisch luxierten Zahnes mit Schienung
 - Vestibulumplastik pro Kiefer
 - Stiftverankerung parapulpär, mehrere Stifte pro Zahn
 - Retrograde Wurzelfüllung (nicht in Kombination mit Pos. 12, 13, 14 und 15 nach Anhang 1 Teil A) wenn die Wurzelkanalaufbereitung retrograd unter optischer Vergrößerung (Mikroskop, Lupe) durchgeführt wird.
 - Schleimcystenoperation

16. Versorgung von Haut- und Schleimhautwunden bis 5 cm
17. Entfernung eines Speichelsteines
18. Drainage einer Kieferhöhle inkl. allenfalls notwendiger Spülung, (Verrechenbar je Kieferhöhle)
19. Endoskopie der Kieferhöhle
20. Freilegung eines retinierten Zahnes mit Anschlingen
21. Freilegung eines retinierten Zahnes
22. Gingivektomie pro Quadrant
23. Freies Schleimhauttransplantat
24. Entfernung von Osteosynthesematerial, pro Operationsstelle
25. Schienenabnahme pro Kiefer
26. Wiederanlegen einer gelösten Apparatur oder kleine Änderung, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten, nicht im Zusammenhang mit einer KFO-Behandlung
2. Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen nur in den Fällen des § 31 Abs. 3 zweiter und dritter Satz:

Erfolgt die Leistungserbringung außerhalb einer Vertragseinrichtung hat der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen (Ausbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung zu erfüllen. Folgende Leistungen sind umfasst:

 1. Neuro – Transposition
 2. Erste Röntgenaufnahme des Schädels (Fernröntgen), nicht im Zusammenhang mit einer Kieferregulierung
 3. Jede weitere Aufnahme des Schädels (Fernröntgen), nicht im Zusammenhang mit einer Kieferregulierung
 4. Transplantation eines Zahnes inkl. Schienung
 5. Entfernung eines Implantates
 6. temporäres Implantat
 7. Chirurgische Kronenverlängerung
 8. Augmentation oder Reduktion/Quadrant
 9. Augmentation oder Reduktion/Einzelzahn
 10. Osteotomie klein
 11. Osteotomie groß
 12. Implantoplastik
 13. Exstirpation größerer Weichteilgeschwülste (z. B. Tumore) im Mund-Kieferbereich
 14. Exstirpation größerer Weichteilgeschwülste im Mund-Kieferbereich mit Defektdeckung mittels Nahlappenplastik
 15. Dekortikation bei Ostitis
 16. Korrektur posttraumatischer Gesichts- und Halshautveränderungen mittels Hautplastik
 17. Revision der Kieferhöhle mit Antrotomie
3. Mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen

Erfolgt die Leistungserbringung außerhalb einer Vertragseinrichtung hat der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen und Organisationsform (Krankenanstalt) wie die Vertragseinrichtung zu erfüllen. Folgende Leistungen sind umfasst:

 1. Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie, inkl. Arznei
 2. Intraarticuläre Kiefgelenksinjektion
 3. Neuro – Anastomose
 4. Scanora Spiralthomographie 1. Bild (4 Schichten)
 5. Scanora Spiralthomographie maximal insgesamt 3 Aufnahmen à 4 Schichten (4 Schichten)
 6. Augmentation mit autologem Transplantat
 7. Jochbeinimplantate
 8. Jochbeinaufrichtung
 9. Reposition von Frakturen des Jochbogens, der Nase exkl. Schienenverband
 10. Reposition und Retention einer einfachen Fraktur des Ober- und Unterkiefers
 11. Exchhairese eines peripheren Trigeminusastes

12. Prognathieoperation nach Thoma
13. Chirurgische Gaumennahtsprengung bei Schmalkiefer
14. Caldwell-Luc-Operation
15. Caldwell-Luc-Operation mit Entfernung einer Wurzel aus der Kieferhöhle
16. Unvollständige Versorgung eines Zahnes, bis zu zwei Sitzung
17. Lippenbändchen (einfache Durchtrennung)
18. Speichelgangsondierung
19. Sialographie
20. Gipsmodell (z. B. bei Frakturen) pro Modell
21. Funktionsanalyse im Rahmen einer kieferchirurgischen Behandlung
22. Instrumentale Funktionsanalyse im Rahmen einer kieferchirurgischen Behandlung (Modell, Außenbogen Artikulator, Einschleiftherapie)
23. Diagnostisches Setup (pro Kiefer für med. Sonderfälle)
24. Funktionsstörungen des Kiefergelenks, einfache Befunderhebung und Therapie von Myopathien auf Basis abnehmbarer Geräte (3 Monate)
25. Diagnostisches Aufwachsen pro Kiefer
26. Axiographie
27. Kieferorthopädie festsitzend
28. KFO Halteschraube (Knochenschraube)
29. UDIPS im Zusammenhang mit Parodontalbehandlungen
30. UDIA im Zusammenhang mit technischen Versorgungsungen
31. Versorgung von Haut- und Schleimhautwunden über 5 cm
32. Narkose erste Stunde
33. Narkose weitere Stunde
34. Ambulante Inhalationsnarkose (inkl. Medikament)
35. Ambulante Inhalationsnarkose, i.v. (inkl. Medikament)
36. Erste Röntgenaufnahme des Schädels (Fernröntgen), nicht im Zusammenhang mit einer Kieferregulierung
37. Jede weitere Aufnahme des Schädels (Fernröntgen), nicht im Zusammenhang mit einer Kieferregulierung
38. Kiefergelenksröntgen
39. TMI-Tomographie, nicht, wenn im selben Behandlungsfall eine CT-Untersuchung erfolgt.
4. Heilbehelfe im Zusammenhang mit den in Teil A, Punkt 1. bis 3. genannten Leistungen:
(die Bestimmungen des § 137 ASVG sind zu beachten)
 1. Cystenobturator
 2. schiefe Ebene
 3. Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene
 4. Obere Platte, Dehnplatte, Aktivator, Kunststoffplattenschienung (bei Frakturen, Abdeckplatte bei LKG-Spalten)
 5. Kappenschiene, gegossene Greiferschiene
 6. Frakturversorgung (Drahtschienenverband inklusive Ottenhacken und intermaxilläre Fixation, Sauerschiene, Ivyligatur), Kopfgerüst jeder Art
 7. Bänder, Brackets (Klebung, Aufzementierung, Abnahme) nicht im Zusammenhang mit einer KFO-Behandlung
 8. Resektionskloß ohne Prothese
 9. Gesichtsepithesen
 10. Nasen-, Ohrepithesen, Mittelgesicht ein- oder doppelseitig jede Größe
 11. Kopf-, Kinnkappe, Mundvorhofplatte, Wangenschild, Platzhalter
 12. Protrusionsbehelf (Schnarchschiene)
 13. Trinkerplatte (Gaumenplatte bei LKG-Patienten/-Patientinnen bis zum Gaumenverschluss)

Teil B

Erfolgt die Leistungserbringung außerhalb einer Vertragseinrichtung hat der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin dieselben Qualitätsvoraussetzungen und Organisationsform (Krankenanstalt) wie die Vertragseinrichtung zu erfüllen. Folgende Leistungen sind umfasst:

1. Wurzelkappe mit Stiftverankerung pulpal individuell gefertigt
2. Stiftverankerung pulpal
3. Austausch Verschleißteile retentives Element in Überkonstruktion
4. Retentives Element für Zähne Locator
5. Retentives Element für Zähne Ball Attachment und Geschiebe
6. Retentives Element für Implantat Locator
7. Retentives Element für Implantat Ball Attachment und Geschiebe
8. Verbindung zu Implantat
9. Verbindung zu Implantat provisorisch
10. Brücke 12 Stellen auf vier Implantaten
11. Brücke 12 Stellen auf sechs Implantaten
12. Brücke 12 Stellen auf acht Implantaten
13. Brückenglied keramischer Werkstoff
14. Interimskrone Kunststoff
15. Interimsbrückenglied Kunststoff
16. Steg konfektioniert mit Reiter
17. Magnetverankerung, Druckknopf (auf Implantat)
18. Stegkappe auf Implantat
19. Vollgusskrone (Metallkrone)
20. Krone verblendet
21. Brückenglied verblendet
22. Innenteleskop
23. Klebebrücke, zwei Pfeiler und Zwischenglieder
24. Krone keramischer Werkstoff
25. Inlay eine Fläche aus Gold oder Keramik
26. Inlay zwei Flächen aus Gold oder Keramik
27. Inlay drei Flächen aus Gold oder Keramik
28. Onlay aus Gold oder Keramik
29. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz (einzeitige oder zweizeitige Implantation)
30. Reparatur von Implantaten
31. Immediatprothese, wenn diese nicht nach Anhang 1 Teil D – erbracht wird

Anhang 4

Teil A

Zuzahlungen bzw. Zuschüsse für Kieferregulierungen gemäß § 33 Abs. 1 und 2

(1) Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte gemäß § 33 Abs. 1 beträgt:

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

der mit den Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(2) Wird an Stelle der kieferorthopädischen Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte gemäß § 33 Abs. 1 eine Behandlung auf Basis festsitzender Geräte erbracht, beträgt der Zuschuss der Österreichische Gesundheitskasse:

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

der mit den Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze auf Basis der abnehmbaren Geräte.

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

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

der mit diesen Vertragseinrichtungen dazu vereinbarten Tarifsätzen.

Teil B

Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz gemäß § 35 Abs. 5

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

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

der mit den Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

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

Anhang 5

Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3

Für nachstehende Leistungen leistet die Österreichische Gesundheitskasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- | | |
|---|----------|
| 1. Kieferorthopädische Behelfe in der Art von z. B. Schiefe Ebene, Platzhalter pro Kiefer, Mundvorhofplatte; alle inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 33 Abs. 1 bzw. 34 Abs. 2 Z 2 oder 3 begonnen wird, für die die Österreichische Gesundheitskasse die Kosten übernimmt. | 116,50 € |
| 2. Aufbisschiene als Okklusionssperre mit individueller Kauflächengestaltung inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit der Kieferorthopädischen Behandlung nach § 33 Abs. 1 bzw. 34 Abs. 2 Z 2 oder 3 begonnen wird, für die die Österreichische Gesundheitskasse die Kosten übernimmt. | 181,90 € |
| 3. Positioner zum Erhalt der Zahnstellung als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss der Retentionsphase einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 33 Abs. 1 bzw. § 34 Abs. 2 Z 3, für die von der Österreichische Gesundheitskasse die Kosten übernommen wurden; inkl. Anpassung und Nachkontrolle, pro Kiefer | 119,50 € |
| 4. individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberetainer) pro Kiefer als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung nach § 33 Abs. 1, für die von der Österreichische Gesundheitskasse die Kosten übernommen wurden; inkl. Anpassung und Nachkontrolle | 80,70 € |

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

Anhang 6

Kostenzuschuss für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege gemäß § 38 Abs. 1

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege leistet die Österreichische Gesundheitskasse pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- | | |
|--|---------|
| 1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten | 10,50 € |
| 2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um | 3,60 € |

Anhang 7

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

Die Österreichische Gesundheitskasse erbringt bei Fehlen vertraglicher Regelungen folgende Kostenzuschüsse:

I. Für die Behandlung durch eine/n nicht-ärztliche/n freiberuflich tätige/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten:

1. Einzelsitzung	30 Minuten	19,30 €
2. Einzelsitzung	60 Minuten	33,70 €
3. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	45 Minuten	8,50 €
4. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	90 Minuten	12,10 €
5. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	135 Minuten	20,50 €
6. Familiensitzung (mindestens 3 Personen)	75 Minuten	42,70 €
7. Familiensitzung (mindestens 3 Personen)	100 Minuten	60,10 €

II. Für die physiotherapeutische Behandlung durch Personen, welche zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes berechtigt sind:

„(Z 1 – Z 26 entfällt)		
27. Manuelle Lymphdrainage (Z 28 entfällt)“	45 Minuten	22,80 €

III. Für die Behandlung durch eine/n Heilmasseur/Heilmasseurin:

1. Manuelle Heilmassage	10 Minuten	5,40 €	
2. Bindegewebsmassage	20 Minuten	10,60 €	
3. Manuelle Lymphdrainage	bei primären und sekundären Lymphödemen	30 Minuten	11,20 €
		45 Minuten	16,90 €
4. ärztlich verordneter Hausbesuch (pauschaler Zuschlag)			21,20 €
5. komplexe physikalische Entstauungstherapie	zur Nachbehandlung nach Operationen und Traumata (z. B. Contusio, Distorsio, Combustio) innerhalb von drei Monaten nach der Operation/Trauma; nur in Kombination mit Bewegungstherapie; Ausnahmen sind medizinisch zu begründen.	30 Minuten	9,80 €

6. komplexe physikalische Entstauungstherapie	sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei Zustand nach Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie ohne Extremitätenschwellung; Sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei Zustand nach Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, wenn Kontraindikationen gegen das Bandagieren bestehen, Combustio bei extremer Ausprägung ohne Extremitätenschwellung	50 Minuten	16,20 €
7. komplexe physikalische Entstauungstherapie, inklusive Anlegen des Kompressionsverbandes	primäre Lymphödeme, sekundäre Lymphödeme im Zusammenhang mit konservativ behandelten Karzinomerkrankungen sowie bei Zustand nach Karzinomoperationen mit Lymphadenektomie mit Extremitätenschwellung, Combustio bei extremer Ausprägung mit Extremitätenschwellung	70 Minuten	26,30 €
8. Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen	zur Entstauungstherapie der Extremitäten	45 Minuten	4,30 €
9. Unterwasserdruckstrahlmassage		10 Minuten	3,10 €
10. Ultraschalltherapie bzw. Phonophorese		5 Minuten	2,40 €
11. Niederfrequenztherapie (0 – 1000 Hertz) ausgenommen Zellenbäder		10 Minuten 20 Minuten	1,30 € 1,90 €
12. Mittelfrequenztherapie (1000 – 100 000 Hertz)		15 Minuten	1,90 €
13. Hochfrequenztherapie (ab 100 000 Hertz)		10 Minuten	2,20 €
14. Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)		3 x 5 bis 7 Minuten	5,20 €
15. Schwebstoffbad		20 Minuten	3,90 €
16. Kohlensäurebad		20 Minuten	3,90 €
17. Moorpackung oder Parafango bzw. Schlamm-packung		20 Minuten	2,50 €
18. Lokale Kältetherapie (Kryopack, Coldback, Cryojet)		20 Minuten	1,90 €
19. Trockene Wärmebehandlung		10 Minuten	1,30 €
20. Iontophorese mit medizinischer Beistellung		15 Minuten	2,20 €
21. Zwei-, Vierzellenbad		10 Minuten 15 Minuten	3,20 € 3,50 €
22. sonstige elektrophysikalische Therapie		10 Minuten	2,20 €

IV. Für die Behandlung durch eine/n niedergelassenen Facharzt/Fachärztin für physikalische Medizin:

1. Erste Ordination (Grundvergütung anteilmäßig) bis zu 3x, höchstens		12,70 €
2. Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache		8,60 €
3. Sc., ic., i.m. Injektionen		2,40 €
4. Intravenöse Injektion		2,90 €
5. Intravenöse Infusion		10,60 €
6. Manualtherapie		8,00 €
7. Diagnostische Sonographie des Bewegungsapparates (insbesondere Weichteile einer Schulter, Achillessehnen und Bakerzyste)		14,40 €
8. Untersuchungspauschale und Befundbericht (nur einmal pro Patient/Patientin und Quartal verrechenbar)		14,70 €
9. Befundbericht zur Weiterbehandlung durch andere Ärzte/Ärztinnen oder in Gesundheitseinrichtungen, pro Patient/Patientin und Quartal einmal verrechenbar		13,80 €
10. Funktioneller Muskeltest		11,40 €
11. Reizstromuntersuchung, ein Nervenmuskelkomplex		11,40 €
12. Reizstromuntersuchung, mehrere Nervenmuskelkomplexe		21,90 €
13. Oszillometrie, Oszillographie		11,40 €
14. Manuelle Heilmassage	10 bis 15 Minuten	7,70 €
15. Manuelle Lymphdrainage (nur nach Operationen)	30 Minuten	17,40 €
16. Bindegewebsmassage	30 Minuten	11,50 €
17. Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie	30 Minuten	18,10 €
	20 Minuten	12,10 €
18. Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie (maximal 6 Personen)	30 Minuten	4,70 €
19. Neurophysiologische Bewegungsübungen, z. B. Bobath, PNF, Vojta		19,70 €
20. Elektroextensionsbehandlung	15 Minuten	2,70 €
21. Elektro- Tischextension mit Heißluft	15 Minuten	2,70 €
22. Extensionsbehandlung	15 Minuten	2,70 €
23. Ischiasschnellkur ital.	15 Minuten	6,30 €
24. Schlammpackung (Teil- oder Ganz)	15 Minuten	6,30 €
25. Blau-, Rotlicht, Langwellenstrahler, Infrarotbehandlung	10 Minuten	1,90 €
26. Heißluft und Teillichtbad einschl. Abkühlung, Kopflicht	10 Minuten	1,90 €
27. Kryotherapie		3,20 €
28. Zellenbad	10 Minuten	4,20 €
29. Iontophorese	15 Minuten	3,50 €
30. Impulsgalvanisation, Exponentialstrom (FM), Schwellstrom	10 Minuten	3,50 €
31. Faradisation, Franklinisation, Galvanisation, Neodynator	10 Minuten	3,50 €
32. Kurzwellen	10 Minuten	2,20 €
33. Behandlung mit diodynamischen bzw. Interferenz-Strömen	10 Minuten	2,90 €
34. Kaltquarzlicht	10 Minuten	3,50 €
35. Ultraschall (pro Sitzung)	5 Minuten	3,90 €
36. Soleinhalation	10 Minuten	2,60 €
37. Inhalation mit sonstigen medizinischen Zusätzen	10 Minuten	2,60 €
38. 2. und jeder weitere Zusatz für Inhalation mit sonstigen Medizinischen Zusätzen	10 Minuten	2,60 €
39. Unterwasserdruckstrahlmassage	10 Minuten	11,80 €
40. Unterwasserheilgymnastik – Einzeltherapie	30 Minuten	19,70 €
41. Unterwasserheilgymnastik – Gruppentherapie (maximal 6 Personen)	30 Minuten	5,60 €
42. Medizinalbad mit Zusatz	15 Minuten	7,60 €
43. Medizinalbad Moorschwebstoff	15 Minuten	8,30 €
44. Kohlensäurebad	15 Minuten	8,50 €
45. Galvanisches Vollbad	15 Minuten	7,70 €
46. Oszillometrie, je obere und untere Extremitäten		6,30 €
47. Reizstromdiagnose (1 Nerven-Muskel-Komplex)		11,20 €
48. Reizstromdiagnose (mehrere Nerven-Muskel-Komplexe)		22,50 €

V. (Anm.: aufgehoben durch avsv Nr. 46/2022)

VI. (Anm.: aufgehoben durch avsv Nr. 15/2021)

VII. Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern:

1. pro Besuch	bei Tag	14,00 €
2. pro Besuch	bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen	27,10 €

Es sind maximal 10 Besuche verrechenbar.

VIII. Sonstige Therapien und Behandlungen:

1. MRT-Untersuchung	mit Feldstärke von weniger als 1 Tesla	72,10 €
2. MRT-Untersuchung	mit Feldstärke von weniger als 1 Tesla für jede weitere Untersuchung am selben Tag	36,10 €
3. CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration		130,20 €
4. CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration		116,00 €
5. CT-gesteuerte Nervenwurzel- und Facettengelenksinfiltration		137,30 €
6. Optische Kohärenztomografie (OCT) der hinteren Augenabschnitte		24,10 €

7. Akupunktur

Pro Fall und Quartal werden Kostenzuschüsse maximal für 10 Sitzungen unter folgenden Voraussetzungen gewährt: pro Sitzung 15,30 €

- a) Die Nadelakupunktur muss nach Kriterien erfolgen, die vom Obersten Sanitätsrat anerkannt sind.
- b) Über die erbrachten Akupunkturbehandlungen sind solche Aufzeichnungen zu führen, dass für die Österreichische Gesundheitskasse nachvollziehbar ist, ob die Indikationen des Obersten Sanitätsrates vorliegen. Die Diagnose muss den Indikationen entsprechen.
- c) Die Akupunkturbehandlung darf nicht durch Fachärzte/ Fachärztinnen für Augenheilkunde und Optometrie, Fachärzte/ Fachärztinnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzte/ Fachärztinnen für medizinische und chemische Labordiagnostik und Fachärzte/ Fachärztinnen für Radiologie erfolgen.
- d) Die Akupunktur muss ausschließlich mit Einmalnadeln erfolgen.
- e) Das Setzen der Nadeln darf ausschließlich vom ausgebildeten Arzt/von der ausgebildeten Ärztin durchgeführt werden. Während die Nadeln gesetzt sind, muss der Arzt/die Ärztin für den Patienten/die Patientin jederzeit erreichbar sein.
- f) Die gleichzeitige Anwendung von herkömmlichen Anwendungsmethoden, die zum selben Behandlungsergebnis wie die Akupunktur führen sollen, ist grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt auch für die medikamentöse Therapie.

8. Langzeit-EKG	inkl. Anlegen des Gerätes mit 24 Stunden bis 36 Stunden Registrierung, kompletter Computerauswertung und Befunderstellung		57,20 €
9. ambulante Polygraphie (Schlafapnoescreening)			72,10 €
10. TRH-Test			13,40 €
11. TSH, FT4, FT3 (bei Bedarf)			9,40 €
12. TSH, FT4, FT3 + TPO + TRAK			18,70 €
13. DHEA-(DHEA-S) Untersuchungen			18,70 €
14. Helicobacter-Pylori- Atemtest	nur nach vorheriger Gastroskopie zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie (Ausnahme: Kinder bis zum 16. Lebensjahr). Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss entweder Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin oder Chirurgie sein.		24,10 €
15. Kohlehydrat-Intoleranztest (Fruktoseintoleranz und/oder Laktoseintoleranz) mittels Atemtest	Vergütung nur bei Leistungserbringern/ Leistungserbringerinnen mit Ausbildungsnachweis		24,10 €
16. Sonographie	Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss ein/e Facharzt/Fachärztin des jeweiligen Fachgebietes oder Facharzt/Fachärztin für Radiologie sein.		10,90 €
17. extrakorporale Stoßwellentherapie einschließlich allfälliger Anästhesie, je Sitzung und Lokalisation	Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss ein/e Facharzt/Fachärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie oder Physikalische Medizin sein. Nur für folgende Indikationen: Faszitis plantaris mit/ohne Fersensporn und Kalkschulter – Tendinosis calcarea Vorherige Einholung der chefärztlichen Bewilligung (unter Nachweis einer zumindest sechsmonatigen erfolglosen konservativen Behandlung durch Vorlage von Befunden mit Diagnose sowie der Angabe von Art, Anzahl und Frequenz der bisherigen Therapie). Der verwendete Gerätetyp ist anzugeben.	höchstens 5 Sitzungen innerhalb von 6 Monaten pro Krankheitsfall	58,00 €
18. Chiropraxis (manuelle Medizin)	Der/Die durchführende Arzt/Ärztin muss das ÖAK-Diplom für manuelle Medizin erworben haben.		12,10 €

19. Densitometrie (Knochen-dichtemessung)	Die Messung muss an Femur und LWS mittels DEXA oder axialem CT erfolgen. Für männliche Patienten vor Erreichen des 70. Lebensjahres bzw. für weibliche Patientinnen vor Erreichen des 65. Lebensjahres muss die Notwendigkeit der Untersuchung durch den Ärztlichen Dienst der Österreichische Gesundheitskasse festgestellt worden sein. Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss Facharzt/ Fachärztin für Radiologie und auf ärztliche Zuweisung in Anspruch genommen worden sein.	25,30 €
20. Urodynamische Abklärung bei Blasenfunktionsstörungen	Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss ein/e Facharzt/Fachärztin für Urologie sein.	35,80 €
21. Refraktive Augenchirurgie	Korrektur der Fehlsichtigkeit nach der LASIK-Methode Bei einer Kurz- oder Weitsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien und einer Unmöglichkeit der Korrektur mit Brillen oder CL. Eine allfällige Kontaktlinsenunverträglichkeit muss nachgewiesen werden durch z. B. objektivierbare Befunde wie Hornhautnarben nach Keratitis oder Ulkus, massive Gefäßeinsprossungen der Hornhaut, ausgeprägtes Sicca-Syndrom (Schirmer-Test, Tränenfilmaufrisszeit) und/ oder dokumentierte mehrfache Versuche der Anpassung verschiedenster CL Typen, sowohl weicher als auch formstabiler (harter) CL oder bei Vorliegen eines Unterschiedes in der Fehlsichtigkeit beider Augen von mindestens 3 Dioptrien und eine zusätzliche Kontaktlinsenunverträglichkeit (Nachweis siehe oben). PRK (Photorefraktive Keratomileusis) – Kriterien sind dieselben wie für LASIK. Bei Inanspruchnahme in Arztordination verringert sich der Zuschuss um 50 %.	pro Auge 369,10 €
22. Hippotherapie (nur mit Ausbildungsnachweis)	Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, z. B. infantile Cerebralparese, Multiple Sklerose, extrapyramidale Bewegungsstörungen, posttraumatische Bewegungsstörungen, Muskeldystrophie	30 Minuten 25,70 € 60 Minuten 51,30 €

23. Ambulante Radiofrequenz- ablation von Schilddrüsen- knoten	Indikationen: a) Durch Feinnadelpunktion gesi- cherte benigne solide oder solid- zystische Knoten mit lokalen Symptomen (Druckgefühl, Schluckbeschwerden) mit einer Größe peripher ≥ 3 cm, im Isth- mus Bereich ≥ 2 cm. b) Autonomes Adenom und gleichzeitig TSH Wert $\leq 0,4$. Ausbildungsvoraussetzungen der durchführenden Ärzte/Ärztinnen: a) Vorlage eines Ausbildungs- nachweises einer standardisierten RFA-Schulung an einem Refe- renzzentrum b) Teilnahme am Qualitätspro- gramm der AG-RFA	1.598,60 €
24. Antigentest für den Nach- weis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 (COVID-19-Test)	Antigentest für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 (COVID-19- Test) inkl. Abstrichentnahme für Versicherte/Anspruchsberech- tigte, sofern sie medizinisch/wis- senschaftlich anerkannte Risiko- faktoren für die Entwicklung ei- nes schweren Krankheitsverlaufs aufweisen, eine Therapie mit da- für zugelassenen Heilmitteln so- mit grundsätzlich in Frage kommt, die Symptome seit weni- ger als fünf Tagen vorliegen und kein sonstiger Leistungsanspruch besteht, pro Versicherungsfall	5,00 €

IX. Für die diagnostische Leistung durch eine/n klinische/n Psychologin/Psychologen:
1. Diagnose-Erstellung 17,50 €

X. Für die klinisch-psychologische Behandlung durch Klinische Psychologen/Psychologinnen (§ 25
Abs. 1 des Psychologengesetzes 2013):

1. Einzelsitzung	30 Minuten	19,30 €
2. Einzelsitzung	60 Minuten	33,70 €
3. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	45 Minuten	8,50 €
4. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	90 Minuten	12,10 €
5. Gruppensitzung (maximal 10 Personen)	135 Minuten	20,50 €
6. Familiensitzung (mindestens 3 Personen)	75 Minuten	42,70 €
7. Familiensitzung (mindestens 3 Personen)	100 Minuten	60,10 €

Anhang 8

Kostenzuschuss nach § 39

Die Österreichische Gesundheitskasse leistet für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 70 % des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 33 Abs. 1 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.

Anhang 9

Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) für Leistungen gemäß § 33 und § 34

1. IOTN 2b: Verkehrter Überbiss größer 0 mm, aber kleiner gleich 1 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 2b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 0 mm und weniger als/gleich 1 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
2. IOTN 2c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz kleiner gleich 1 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
3. IOTN 3a: Sagittale Stufe größer 3,5 mm aber kleiner gleich 6 mm mit inkompetentem Lippenchluss; Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 3a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm oder weniger als/gleich 6 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
4. IOTN 3b: Verkehrter Überbiss größer 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 3b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm und weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
5. IOTN 3c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz größer als 1 mm, aber kleiner gleich 2 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
6. 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.
7. IOTN 3f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) ohne traumatischen Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
8. 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.
9. IOTN 4b: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm ohne Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
10. IOTN 4c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen RKP (Retrale Kontaktposition) und IKP (Interkuspide Kontaktposition):

- a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
11. 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:
- a) Vertikale Verschiebungen in der Höhe
 - b) Lücken (auch nicht nach Zahnextraktionen), es sei denn, ein Zahn bzw. mehrere Zähne weichen vom Zahnbogen ab. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene; an den anatomischen Kontaktpunkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
12. 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.
13. IOTN 4f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
14. 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.
15. IOTN 4l: Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.
16. IOTN 4m: Verkehrter Überbiss größer als 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm mit Kaustörung und/oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm oder weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
17. 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.
18. IOTN 4x: Überzähliger bleibender Zahn bzw. überzählige bleibende Zähne, der/die eine Zahnentfernung notwendig macht/machen, gefolgt von einer kieferorthopädischen Behandlung zur Ausformung des Zahnbogens und/oder zum Lückenschluss.
Vorhandensein eines überzähligen bleibenden Zahnes bzw. überzählige bleibender Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Exzaktion (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).
19. 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.
20. 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.
21. IOTN 5i: Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
- a) Platzmangels:
 - aa) bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind

- bb) im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
- cc) im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
- b) Verlagerung:
 - aa) Liegt der Zahn außerhalb des Zahnbogens (ektopisch) und ist nicht durchgebrochen, wird er als impaktiert betrachtet (maximale Durchbruchshemmung). Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum spontanen Zahndurchbruch zu verstehen. Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe 5i nicht.
 - c) einem oder mehrerer überzähliger Zähne – wie etwa ein Mesiodens oder ein Odontom, die einen regelrechten Zahndurchbruch verhindern, und nach deren Entfernung eine kieferorthopädische Einreihung, Ausrichtung der Zähne bzw. ein Lückenschluss durchgeführt wird.
 - d) persistierender, ankylosierter oder retinierter Milchzähne, wenn der nachfolgende bleibende Zahn angelegt ist und keine Chance auf Spontandurchbruch nach Entfernung des retinierten Milchzahnes besteht. Anmerkung: Dies kann in der Regel erst nach einer Wartezeit von einem Jahr nach Entfernung des retinierten Milchzahnes unter Einbeziehung der Zahnwurzelentwicklung bewertet werden.
 - e) einer anderen pathologischen Ursache (z. B. Tumore).
Sobald der Zahn bzw. ein Teil des Zahnes im Mund sichtbar ist, ist 5 i nicht mehr zu geben.
- 22. IOTN 5m: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm mit Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 5m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
- 23. IOTN 5p: Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).
- 24. 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.

Anhang 10

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen gemäß § 25 der Satzung

1. Bei Fehlen vertraglicher Regelungen leistet die Österreichische Gesundheitskasse für Transporte einen Zuschuss in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes. Die Ermittlung hat über den Distanzanzeiger der Sozialversicherung zu erfolgen, der über die Homepage der österreichischen Gesundheitskasse aufgerufen werden kann.
2. Für Bergungskosten nach Unfällen, die nicht unter § 131 Abs. 4 ASVG fallen, leistet die Österreichische Gesundheitskasse einen Zuschuss in Höhe von € 86,50, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten.

Anhang 11

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Nichtvertragsinstituten für
MR-Untersuchungen (MR-Wahlinstituten) gemäß § 131 Abs. 1 ASVG**

MR-Untersuchung

140,37 €