

Richtlinien für die Gewährung von Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen aus dem Unterstützungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse

RUF 2020

Zweck des Unterstützungsfonds

§ 1 Aus den Mitteln des Unterstützungsfonds können, sofern das Unterstützungsbegehren im grundsätzlichen Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung steht, in berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere unter Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Unterstützungswerbers/der Unterstützungswerberin und der mit ihm/ihr im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen, Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen erbracht werden.

Voraussetzungen für die Gewährung von Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen

§ 2 (1) Leistungen aus dem Unterstützungsfonds können gemäß § 84 Abs. 6 ASVG nach Maßgabe der vorhandenen Mittel Anspruchsberechtigten der Österreichischen Gesundheitskasse gewährt werden, wenn die Kosten zumindest € 40,00 betragen und entsprechend den gesetzlichen oder satzungsmäßigen Bestimmungen nicht oder nicht in ausreichendem Maße erbracht werden können, sofern das Begehren auf Unterstützung im grundsätzlichen Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung steht und der Antragsteller/die Antragstellerin besonders berücksichtigungswürdige wirtschaftliche und soziale Verhältnisse nachweist.

(2) Die mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang stehenden Leistungen nach § 2 Abs. 1 ergeben sich insbesondere nach Anhang 1.

(3) Auf diese Unterstützungen besteht kein Rechtsanspruch.

Ausmaß der Unterstützung in Form von finanziellen Zuschüssen

§ 3 (1) Das Ausmaß der Unterstützung ist im Einzelfall bei Vorliegen der Voraussetzungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Unterstützungswerbers/der Unterstützungswerberin und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen festzusetzen.

(2) Als Basis für die Unterstützung sind vergleichbare Tarife in der Sozialversicherung heranzuziehen.

(3) Durch den finanziellen Zuschuss dürfen die dem Antragsteller/der Antragstellerin tatsächlich erwachsenden Kosten nicht überschritten werden. Dabei werden Geld- und Sachleistungen anderer Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen berücksichtigt.

(4) In besonderen Härtefällen, insbesondere im Falle seltener Erkrankungen, bei hoher medizinischer Komplexität oder bei einem krassen Missverhältnis von Aufwand und Aufwandsersatz, kann abweichend von § 5 Abs. 1 vom Landesstellenausschuss eine Unterstützung gewährt werden. Dem Verwaltungsrat ist vierteljährlich darüber zu berichten.

(4a) Darüber hinaus kann in den Fällen des Abs. 4 (besondere medizinische Härtefälle) in berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere bei Vorliegen des Bezugs einer erhöhten Familienbeihilfe oder dem Nachweis eines Grades der Behinderung von 50 Prozent, vom Landesstellenausschuss auch ohne Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse eine Unterstützung gewährt werden. Dem Verwaltungsrat ist vierteljährlich darüber zu berichten.

(5) Die Höhe des Zuschusses sowie die Höhe der zumutbaren Eigenleistung richtet sich nach dem Nettoeinkommen des Unterstützungswerbers/der Unterstützungswerberin gemäß § 4 und berücksichtigt auch die Anzahl und das Nettoeinkommen jener Personen, die im gemeinsamen Haushalt mit dem Unterstützungswerber/der Unterstützungswerberin leben, nach den Regeln des § 4 Abs. 5 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr.

(6) Für die Ermittlung der konkreten Zuschussleistung bzw. der konkreten Eigenleistung pro Kalenderjahr kommt die Einkommens- und Zuschusstabelle nach Anhang 2 zur Anwendung, deren Methodik und Berechnung in Anhang 3 festgelegt ist. Die Einkommens- und Zuschusstabelle nach Anhang 2 ist für jedes Kalenderjahr vom Verwaltungsrat festzulegen.

(7) Für die Berechnung der Höhe von Zuschüssen können für einzelne Leistungen Richtsätze in Form von Höchstgrenzen für die konkrete Berücksichtigung der eingereichten Rechnungen festgelegt werden. Die Richtsätze in Form von Höchstgrenzen in Anhang 4 Punkt IV. Z 2., Z 5., Punkt V. Z 3.1., Z 7., Z 8.1. und Z 8.2. werden jährlich zum 1. Jänner eines Jahres um den durch den Dachverband der Sozialversicherungsträger bekanntgegebenen Zahnbehandlerfaktor aufgewertet, in Anhang 4 dieser Richtlinie angepasst und gem. § 7 Abs. 4 auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse veröffentlicht. Der Zahnbehandlerfaktor ergibt sich aus § 2 Abs. 2 der Gesamtvertraglichen Vereinbarungen vom 6. Dezember 1973, in der Fassung vom 21. September 1992, abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der seinerzeitigen Interessensvertretung der Zahnärzte und Dentisten (nunmehr Österreichische Zahnärztekammer). Dem Verwaltungsrat ist die Anpassung des Anhangs 4 bis längstens 31. März eines jeden Jahres zu berichten.

Beurteilung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse

§ 4 (1) Die Einkommensermittlung zur Beurteilung der wirtschaftlichen Verhältnisse erfolgt gemäß § 292 Abs. 2 bis 14 ASVG in Verbindung mit § 294 ASVG, wobei aktuelle Unterhaltsverpflichtungen einkommensreduzierend zu berücksichtigen sind.

(2) Die Beurteilung der Angehörigeneigenschaft erfolgt gemäß § 123 ASVG.

(3) Für die Beurteilung der wirtschaftlichen und persönlichen Lage sind in Anwendung des § 4 Abs. 5 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr die Einkünfte von allen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen im letzten Kalendermonat vor Antragstellung heranzuziehen.

(4) Für Personen, die

1. gemäß des 2. Teiles der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit sind sowie für solche, die
2. eine bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen

ist bei der Beurteilung der Einkommensgrenze nach Anhang 2 (wirtschaftliche Verhältnisse) jedenfalls von einer Schutzbedürftigkeit auszugehen.

Ausschließungsgründe

§ 5 (1) Unterstützungen sind in der Regel nicht zu gewähren,

1. bei einem Anspruch nach anderen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen oder einer Verpflichtung von anderer Seite.
2. wenn die Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin, einer Vertrags- oder eigenen Einrichtung zumutbar ist.
3. für Leistungen, die nicht den Kriterien des § 133 Abs. 2 ASVG entsprechen.

(2) Unterstützungen sind einzustellen, wenn die Voraussetzungen für ihre Gewährung weggefallen sind.

(3) Unterstützungen, die auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben gewährt oder zugesagt wurden, sind zurückzufordern oder zu widerrufen.

Form der Inanspruchnahme und Erledigung der Anträge

§ 6 (1) Anträge auf Unterstützungen sind schriftlich bis längstens 24 Monate nach der Leistungsanspruchnahme vom Antragsteller/von der Antragstellerin bei der Österreichischen Gesundheitskasse einzubringen.

(2) Nach Prüfung der Voraussetzungen durch das Büro sind die Anträge dem Landesstellenausschuss zur Beschlussfassung vorzulegen.

(3) Das Büro wird mit Ausnahme von Unterstützungsansuchen gemäß § 3 Abs. 4 ermächtigt, Anträge mit einer Beihilfe bis zur Höhe von € 500,00 zu bewilligen. Dem Landesstellenausschuss ist in der nächsten Sitzung darüber zu berichten.

(4) Das Büro wird ermächtigt, Ablehnungen vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen gemäß § 2 nicht gegeben sind oder Ausschließungsgründe gemäß § 5 Abs. 1 vorliegen. Diese sind dem Landesstellenausschuss vierteljährlich unter Angabe des Unterstützungswerbers/der Unterstützungswerberin, der Kategorie, der Antragshöhe sowie des Ablehnungsgrundes zu berichten.

(5) Der Unterstützungswerber/Die Unterstützungswerberin ist von der Entscheidung über seinen/ihren Antrag schriftlich zu verständigen.

(6) Die Unterstützung ist an den Unterstützungswerber/die Unterstützungswerberin auszuführen. In Ausnahmefällen kann die Auszahlung auch an andere Personen bzw. den Leistungserbringer/die Leistungserbringerin erfolgen.

(7) Eine Leistung, für die auf Grund eines Kostenvoranschlags eine Unterstützung bewilligt wurde, ist bei sonstigem Verfall der Unterstützung binnen zwölf Monaten ab Verständigung über die Beihilfengewährung in Anspruch zu nehmen.

Wirksamkeitsbeginn

§ 7 (1) Diese Richtlinien treten mit 1. Jänner 2020 in Kraft und an die Stelle der bisherigen Richtlinien der Gebietskrankenkassen betreffend § 84 ASVG.

(2) Diese Richtlinien gelten für alle Fälle mit Antragstellung ab 1. Jänner 2020.

(3) Diese Richtlinien gelten ebenfalls für Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen, die bis zum 31. Dezember 2019 beantragt, aber noch nicht entschieden wurden, sofern die Bestimmungen dieser Richtlinie für Versicherte (Angehörige) günstiger sind als die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Bewilligung geltenden Richtlinien der Gebietskrankenkassen.

(4) Die Richtlinien für die Gewährung von Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen aus dem Unterstützungsfonds sind auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse zu veröffentlichen.

(5) Die Richtsätze in Form von Höchstgrenzen gemäß § 3 Abs. 7 sind vom Verwaltungsrat bis 31. März 2020 festzulegen. Bis dahin kommen die bisher in der Verwaltungspraxis der Gebietskrankenkassen verwendeten Regelungen zur Anwendung.

§ 8 Anhang 4 tritt mit 1. April 2020 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 9 Anhang 2 tritt mit 1. Mai 2020 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 10 Die 2. Änderung tritt mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 3. Änderung

§ 11 Die 3. Änderung tritt mit 1. Jänner 2022 in Kraft.

Wirksamkeitsbeginn der 4. Änderung

§ 12 Die 4. Änderung tritt mit 1. Jänner 2023 in Kraft.

Eine Unterstützung in Form von finanziellen Zuschüssen erfolgt für folgende Leistungen, sofern kein Ausschlussgrund nach § 5 Abs. 1 vorliegt, insbesondere für:

I. Ärztliche Hilfe und der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen nach § 135 ASVG

- | | |
|--|--|
| 1. Leistungen der ärztlichen Hilfe
z. B. <ul style="list-style-type: none">- Akupunktur- Open-MRT-Untersuchung- Wundbehandlung etc. | sofern Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin nicht zumutbar |
| 2. Physiotherapeutische Behandlungen
z. B. <ul style="list-style-type: none">- Hippotherapie- Adalithherapie etc. | sofern Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin nicht zumutbar |
| 3. Logopädisch-phoniatrisch-audiologische Behandlungen | sofern Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin nicht zumutbar |
| 4. Ergotherapeutische Behandlungen | sofern Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin nicht zumutbar |
| 5. Psychotherapeutische Behandlungen | sofern Inanspruchnahme eines Vertragspartners/einer Vertragspartnerin nicht zumutbar |
| 6. Behandlungen durch Heilmasseuse/Heilmasseurinnen | |
| 7. Privatleistungen beim Vertragsarzt/bei der Vertragsärztin | ausschließlich nach chefärztlicher Befürwortung |

II. Heilbehelfe und Hilfsmittel nach §§ 137, 154 ASVG

- | | |
|--|---|
| 1. Brillen und sonstige Sehbehelfe | ab 4 Dioptrien |
| 2. Kontaktlinsen | nach § 28 Abs. 3 der Satzung |
| 3. Fußhebersystem | |
| 4. Hebelifter | |
| 5. Hörgeräte | keine Berücksichtigung von Aufzahlungskosten |
| 6. Kommunikationsgeräte | |
| 7. Kommunikationsgeräte mit Augensteuerung | |
| 8. Kompressions-BH (Selbstbehalt) | nur dann, wenn keine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt |
| 9. Kompressionsstrümpfe (Selbstbehalt) | nur dann, wenn keine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt |
| 10. Kopforthesen | |
| 11. Lagerungsschalen | |
| 12. Motomed-Bewegungstrainer | |
| 13. Orthesen
z. B. <ul style="list-style-type: none">- Oberschenkel-/Unterschenkelorthese- Ringorthese etc. | |
| 14. Orthopädische Schuhe | |
| 15. Schuheinlagen, Maßeinlagen, sonstige Einlagen | |
| 16. Patientenlifter | |
| 17. Perücken | |
| 18. Rehabuggy | |
| 19. Rollstühle
z. B. <ul style="list-style-type: none">- Elektrorollstuhl- Aufrichterollstuhl- Multifunktionsrollstuhl etc. | |

- 20. Rollstuhlzubehör
z. B.
 - Schiebehilfe
 - Sitzschalenuntergestell etc.
- 21. Zweitversorgung Rollstühle
inkl. Reparaturen nur in Härtefällen
- 22. Aufrichtebehelfe
z. B.
 - Stehständer
 - Freistehbarren etc.
- 23. Skoliosemieder
- 24. Wechseldruckmatratzen
- 25. Zweitversorgung Arm-/Beinprothesen inkl. Reparaturen nur in Härtefällen

III. Heilmittel nach § 136 ASVG

- 1. Rezeptgebühren (Heimpatienten/Heimpatientinnen) nur dann, wenn keine Rezeptgebührenbefreiung vorliegt

IV. Kieferorthopädie nach §§ 153, 153a ASVG

- 1. Kieferregulierung festsitzend
- 2. Kieferregulierung abnehmbar
- 3. Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche nicht jedoch, wenn Anspruch gemäß § 153a ASVG besteht und die Versorgung bei einem Wahlzahnarzt/bei einer Wahlzahnärztin durchgeführt wird
- 4. Reparaturen
- 5. Bruximusschiene, Zahnschutzschiene

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 153 ASVG (sofern/wenn Vertragsleistungen, nur nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 der Richtlinie)

- 1. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Zahnersatz abnehmbar
z. B.
 - Immediatprothese
 - Metallgerüstprothese
 - Kunststoffprothese etc.
- 2. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Prothesenreparatur
- 3.1. Zahnersatz festsitzend Fixbetrag nach Anhang 2
z. B.
 - Implantate
 - Kronen
 - Brückenglieder
- 3.2. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Zahnersatz festsitzend in medizinischen Sonderfällen
- 4. Narkosebehandlung nach chefzahnärztlicher Befürwortung
- 5. Narkosebehandlung für Kinder und Jugendliche und Menschen mit Behinderung
- 6. Mundhygiene für Kinder und Jugendliche im Umfang des Vertrages

VI. Anstaltspflege nach § 144 ASVG

1. Kostenbeitrag für Angehörige in der Höhe von 10 % der täglichen Pflegegebühren
2. Kosten für Begleitperson

VII. Transportkosten nach § 135 Abs. 5 ASVG, § 144 Abs. 5 ASVG, § 153 Abs. 5 ASVG, § 154 Abs. 4 ASVG, § 154a Abs. 2 ASVG

1. Transportkosten nur in Härtefällen nach § 3 Abs. 4 der Richtlinien

VIII. Reise(Fahrt)kosten nach § 135 Abs. 4 ASVG

1. Reise(Fahrt)kosten nur in Härtefällen nach § 3 Abs. 4 der Richtlinien

IX. Sonstiges

1. Aufenthaltskosten bei ambulanter Protonentherapie
2. Hämo-Laser
3. IPL-Laser zur Haarentfernung
4. Mamillen-Tätowierung nach Brustkrebs
5. MAS (Alzheimerhilfe)
6. Permanent Makeup bei Alopezie
7. Petö-Therapie
8. privat gekaufte Heilmittel (ausgenommen von § 136 ASVG) bei schweren Erkrankungen und nach chefärztlicher Befürwortung bis höchstens zum Dreifachen der monatlichen Höchstbeitragsgrundlage
9. Programme zur Gewichtsreduktion
10. Tomatis-Therapie
11. Unterstützung in Notlage durch Krankheit für Re-
habilitationsgeldbezieher/innen einmalige Unterstützung in der Höhe von € 220,00 (ohne Berücksichtigung der Eigenleistung/Kalenderjahr)

Anhang 3

Ob ein Unterstützungswerber/eine Unterstützungswerberin Zuschüsse aus dem Unterstützungsfonds erhält und wie hoch diese Zuschüsse sind bzw. wie hoch die zumutbare Eigenleistung pro Kalenderjahr ist, richtet sich nach dem Nettoeinkommen des Unterstützungswerbers/der Unterstützungswerberin gemäß § 292 Abs. 2 bis 14 ASVG in Verbindung mit § 294 ASVG bzw. nach Anzahl und Nettoeinkommen jener Personen, die in dem gemeinsamen Haushalt mit dem Antragsteller/der Antragstellerin leben (in Anwendung des § 4 Abs. 5 der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr). Personen, deren Einkommen zu 12,5 % berücksichtigt wird, bleiben in der Einkommens- und Zuschusstabelle außer Betracht.

Für die Ermittlung der konkreten Zuschussleistung bzw. des konkreten Eigenanteiles kommt die Einkommens- und Zuschusstabelle zur Anwendung.

Diese errechnet sich jährlich wie folgt:

- Die Grenze für die niedrigste Einkommensstufe berechnet sich nach den um 30 % erhöhten Richtsätzen der Ausgleichszulage für alleinstehende Pensionsbezieher/Pensionsbezieherinnen bzw. für Ehepaare (§ 293 Abs. 1 lit. aa und bb ASVG).
- Die Grenze für die höchste Einkommensstufe (Stufe 7) bei Einpersonenhaushalten berechnet sich nach 60 % der monatlichen Höchstbeitragsgrundlage.
- Die übrigen Einkommensstufen (Stufen 2 bis 6) ergeben sich aus sechs gleichen Teilen aus der Differenz zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgrenze. Die niedrigste Einkommensstufe und die darauffolgenden Beträge werden dadurch linear erhöht.
- Ab der 3. Person wird auf den davorliegenden Betrag jeweils ein um 30 % erhöhter Steigerungsbetrag der Ausgleichszulage für Kinder hinzugerechnet (§ 293 Abs. 1 ASVG).
- Die zumutbaren Eigenleistungen der jeweiligen Einkommensstufen sind prozentual gestaffelt und orientieren sich an der jeweiligen Einkommensgrenze, wobei eine Deckelung mit der zumutbaren Eigenleistung der Einkommensstufe 4 besteht. Die Eigenleistung wird einmal pro Kalenderjahr in Abzug gebracht.
- Darüber hinaus werden folgende Unterstützungswerberinnen/Unterstützungswerber in der Einkommens- und Zuschusstabelle in der niedrigsten Stufe (Stufe 1, Eigenleistung € 0,00) eingereiht:
 - Personen, die von der Rezeptgebühr nach dem 2. Teil der Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr befreit sind
 - Bezieher/Bezieherinnen einer bedarfsorientierten Mindestsicherung
- Die in der Einkommens- und Zuschusstabelle angeführten Richtsätze sind gemäß den Richtsätzen für die Ausgleichszulage (§ 108 ASVG) jährlich zu erhöhen.
- Die Einkommensgrenzen sind auf volle € 10,00 aufzurunden.
- Für den feststehenden Zahnersatz werden je nach Einkommensstufe fixe Zuschüsse (ohne Berücksichtigung der Eigenleistung) vorgesehen. Diese Zuschüsse dürfen die Höhe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlage pro Person und Kalenderjahr nicht überschreiten.

Festlegung von Richtsätzen in Form von Höchstgrenzen gem. § 3 Abs. 7

Richtsätze für einzelne Leistungen nach Anhang 1:

I. Ärztliche Hilfe und der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen nach § 135 ASVG

Leistung	Richtsatz netto max.
1.1. Akupunktur pro Sitzung	60,00 €
1.2. Open-MRT-Untersuchung	200,00 €
1.3. Wundbehandlung	bis höchstens zur monatlichen Höchstbeitragsgrundlage
2.1. Physiotherapeutische Behandlungen	
30 Minuten	30,00 €
45 Minuten	45,00 €
60 Minuten	60,00 €
2.2. Hippotherapie 60 Minuten	90,00 €
3. Logopädisch-phoniatriisch-audiologische Behandlungen	
Erstuntersuchung	80,00 €
30 Minuten	40,00 €
60 Minuten	80,00 €
4. Ergotherapeutische Behandlungen 60 Minuten	80,00 €
5. Psychotherapeutische Behandlungen 60 Minuten	80,00 €
6. Behandlungen durch Heilmasseure/Heilmasseurinnen 30 Minuten	20,00 €

II. Heilbehelfe und Hilfsmittel nach §§ 137, 154 ASVG

Leistungen	Richtsatz netto max.
1. Brillen ab 4 Dioptrien	300,00 €

IV. Kieferorthopädie nach §§ 153, 153a ASVG

Leistungen	Richtsatz netto max.
1.1. Kieferregulierung festsitzend Kinder pro Behandlungsjahr (keine Gratiszahnspange)	1.600,00 €
1.2. Kieferregulierung festsitzend Erwachsene pro Behandlungsjahr	1.600,00 €
2. Kieferregulierung abnehmbar	lt. Tarif Vertragspartner/innen 1.035,00 € (2023)
5. Bruxismus(Tiefzieh)schiene	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren 136,00 € (2023)
5. Aufbissschiene (Okklusion)	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren 233,00 € (2023)

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 153 ASVG (sofern/wenn Vertragsleistungen, nur nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 der Richtlinie)

Leistungen	Richtsatz netto max.
1. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Zahnersatz abnehmbar (inkl. VG's und VMK's als Halteelemente)	lt. Honorartarif für Vertragszahnärzte/-ärztinnen
2. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Prothesenreparatur	lt. Honorartarif für Vertragszahnärzte/-ärztinnen
3.1. Zahnersatz festsitzend	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren

Stiftaufbau gegossen	Stiftaufbau gegossen: 209,00 € (2023)
Stiftaufbau vorgefertigt (z. B. Glasfaser)	Glasfaser: 130,00 € (2023)
3.2. Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) für Zahnersatz festsitzend in medizinischen Sonderfällen:	
Implantate	1.000,00 €
Implantat mit Krone (z. B. Aplasie)	1.800,00 €
Kronen	800,00 €
Brückenglieder	800,00 €
Stiftaufbau gegossen	200,00 €
Halteelement für Implantate	600,00 €
4. Narkosebehandlung	nach chefnärztlicher Befürwortung max. 75 Prozent der Restkosten
5. Narkosebehandlung für Kinder und Jugendliche und Menschen mit Behinderung	max. 75 Prozent der Restkosten
7. Milchzahnkrone	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren 85,00 € (2023)
8.1. Parodontale Initialtherapie pro Zahn einwurzelig bei Grad 3 oder 4	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren 22,20 € (2023)
8.2. Parodontale Initialtherapie pro Zahn mehrwurzelig bei Grad 3 oder 4	lt. Tarif ÖGK-Zahngesundheitszentren 41,90 € (2023)

IX. Sonstiges – nach medizinischer Befürwortung (oder nach ärztlicher Befürwortung durch den Medizinischen Dienst)

Leistung	Richtsatz netto max.
1. Aufenthaltskosten bei ambulanter Protonentherapie pro Nächtigung des Patienten/der Patientin	140,00 €
2. Hämo-Laser	max. 75 Prozent der Restkosten
3. IPL-Laser zur Haarentfernung pro Sitzung	180,00 €
5. MAS (Alzheimerhilfe) für Therapie und Förderaufenthalt (14 Tage) für Alzheimer-Patienten/Patientinnen und ihre Angehörigen	2.690,00 €
6. Permanent Makeup bei Alopezie pro Behandlungszyklus	
Augenbrauen	540,00 €
Augenbrauen nachstechen	180,00 €
Lidstrich oben oder unten	180,00 €
Lidstrich oben oder unten nachstechen	90,00 €
7. Petö-Therapie pro Behandlung	50,00 €
9. Kassenunterstützte Programme zur Gewichtsreduktion	lt. Vereinbarungen im jeweiligen Bundesland
10. Tomatis-Therapie	max. 75 Prozent der Restkosten