

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung

Österreichische Gesundheitskasse

Die Österreichische Gesundheitskasse verlautbart gemäß § 453 Abs. 1 ASVG:

6. Änderung der Satzung 2020

Die Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse, verlautbart unter avsv Nr. 34/2020, am 10. März 2020, zuletzt geändert durch avsv Nr. 46/2022, am 2. Mai 2022, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 58 folgender § 59 eingefügt:

„§ 59 Inkrafttreten der 6. Änderung“

2. In § 29 wird nach Abs. 4 folgender Abs. 5 eingefügt:

„(5) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2023 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 2023 entsteht, sofern der Bemessungszeitraum im vorangegangenen Jahr liegt.“

3. In § 38 Abs. 3 erster Satz wird der Ausdruck „19.270,06“ durch den Ausdruck „20.965,90“ ersetzt.

4. In § 38 Abs. 4 wird der Ausdruck „15.115,16“ durch den Ausdruck „16.445,30“ ersetzt.

5. In § 38 Abs. 6 wird der Ausdruck „528,33“ durch den Ausdruck „574,90“ ersetzt.

6. In § 41 Abs. 1 und Abs. 2 Z 2 wird der Ausdruck „348,29“ jeweils durch den Ausdruck „363,67“ ersetzt.

7. In § 42 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „69,49“ durch den Ausdruck „72,56“ ersetzt.

8. In § 44 Abs. 1 erster Satz wird der Ausdruck „4,13“ durch den Ausdruck „4,50“ ersetzt.

9. In § 46 Abs. 5 zweiter Satz wird der Ausdruck „6,20“ durch den Ausdruck „6,75“ sowie der Ausdruck „9,30“ durch den Ausdruck „10,12“ und im dritten Satz der Ausdruck „0,19“ durch „0,20“ ersetzt.

10. In § 47 Abs. 6 Z 1 lit. a wird der Ausdruck „1.882,59“ durch den Ausdruck „2.048,30“ ersetzt.

11. In § 47 Abs. 6 Z 1 lit. b wird der Ausdruck „2.195,70“ durch den Ausdruck „2.389,00“ ersetzt.

12. In § 47 Abs. 6 Z 2 lit. a wird der Ausdruck „979,82“ durch den Ausdruck „1.066,10“ ersetzt.

13. In § 47 Abs. 6 Z 2 lit. b wird der Ausdruck „1.317,42“ durch den Ausdruck „1.433,40“ ersetzt.

14. In § 47 Abs. 6 Z 3 wird der Ausdruck „924,70“ durch den Ausdruck „1.006,10“ ersetzt.

15. In § 53 Abs. 2 wird der Ausdruck „31. Dezember 2022“ durch den Ausdruck „31. Dezember 2023“ ersetzt.

16. Anhang 2 wird geändert wie folgt:

„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 Ver- tragsmaterialien	
a) Einflächenfüllung	179,00 €
b) Zweiflächenfüllung	241,10 €
c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung	251,00 €

6. Änderung der Satzung

2. Onlay aus Gold oder Keramik (Höckerdeckung) bei z. B. nachgewiesenen Allergien gegen Vertragsmaterialien	254,60 €
3. Einmalige Versorgung eines stark zerstörten Milchmolaren (bis zum Zahnwechsel) mit konfektionierter Edeldstahlkrone einschließlich Entfernung der kariösen Zahnschicht und Pulpenüberkappung	30,40 €
4. Digitale Volumetomographie (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	30,40 €
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	60,80 €
b) von mindestens 6 Zähnen unabhängig von deren Lage in einem Kiefer	121,50 €
c) von mindestens 11 Zähnen unabhängig von deren Lage in einem Kiefer	182,20 €
6. Bruxismus(Tiefzieh)Schiene inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	83,40 €
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	170,40 €

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

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. Titan) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	46,80 €
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anderes geeignetes Material (z. B. methacrylatfreier Kunststoff) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	38,10 €
3. Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker u. a.) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	56,20 €

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

1. Stiftverankerung pulpal gegossen – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	111,30 €
2. Keramikfacettierte Krone (VMK) – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	337,30 €
3. Brückenglied Keramik verblendet – Haltbarkeit mindestens 6 Jahre	275,50 €
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	505,90 €

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.“

17. Anhang 5 wird geändert wie folgt:

„Anhang 5**Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe gemäß § 33 Abs. 3**

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

6. Änderung der Satzung

- | | |
|---|----------|
| 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. | 109,10 € |
| 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. | 170,40 € |
| 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 | 112,00 € |
| 4. individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) 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 | 75,60 € |

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

18. In Anhang 6 Z 1 wird der Ausdruck „8,93“ durch den Ausdruck „9,80“ ersetzt.

19. In Anhang 6 Z 2 wird der Ausdruck „2,98“ durch den Ausdruck „3,30“ ersetzt.

20. Anhang 7 wird geändert wie folgt:

„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 | 18,00 € |
| 2. Einzelsitzung | 60 Minuten | 31,50 € |
| 3. Gruppensitzung (maximal 10 Personen) | 45 Minuten | 7,90 € |
| 4. Gruppensitzung (maximal 10 Personen) | 90 Minuten | 11,30 € |
| 5. Gruppensitzung (maximal 10 Personen) | 135 Minuten | 19,20 € |
| 6. Familiensitzung
(mindestens 3 Personen) | 75 Minuten | 40,00 € |
| 7. Familiensitzung
(mindestens 3 Personen) | 100 Minuten | 56,30 € |
| 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 | 21,30 € |
| III. Für die Behandlung durch eine/n Heilmasseur/Heilmasseurin: | | |
| 1. Manuelle Heilmassage | 10 Minuten | 5,00 € |
| | 20 Minuten | 9,90 € |
| 2. Bindegewebsmassage | 20 Minuten | 4,50 € |
| 3. Manuelle Lymphdrainage | 30 Minuten | 10,50 € |
| bei primären und sekundären
Lymphödemen | 45 Minuten | 15,80 € |
| 4. ärztlich verordneter Hausbesuch (pauschaler Zuschlag) | | 19,80 € |

6. Änderung der Satzung

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	9,10 €
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	15,10 €
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	24,60 €
8. Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen	zur Entstauungstherapie der Extremitäten	45 Minuten	4,00 €
9. Unterwasserdruckstrahlmassage		10 Minuten	2,90 €
10. Ultraschalltherapie bzw. Phonophorese		5 Minuten	2,20 €
11. Niederfrequenztherapie (0 – 1000 Hertz) ausgenommen Zellenbäder		10 Minuten 20 Minuten	1,20 € 1,70 €
12. Mittelfrequenztherapie (1000 – 100 000 Hertz)		15 Minuten	1,70 €
13. Hochfrequenztherapie (ab 100 000 Hertz)		10 Minuten	2,00 €
14. Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)		3 x 5 bis 7 Minuten	4,80 €
15. Schwebstoffbad		20 Minuten	3,60 €
16. Kohlensäurebad		20 Minuten	3,60 €
17. Moorpackung oder Parafango bzw. Schlamm-packung		20 Minuten	2,30 €
18. Lokale Kältetherapie (Kryopack, Coldback, Cryojet)		20 Minuten	1,70 €
19. Trockene Wärmebehandlung		10 Minuten	1,20 €
20. Iontophorese mit medizinischer Beistellung		15 Minuten	2,00 €
21. Zwei-, Vierzellenbad		10 Minuten 15 Minuten	3,00 € 3,20 €

6. Änderung der Satzung

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

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

6. Änderung der Satzung

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

VII. Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern:

1. pro Besuch	bei Tag	13,10 €
2. pro Besuch	bei Nacht, an Sonn- und Feiertagen	25,40 €

Es sind maximal 10 Besuche verrechenbar.

VIII. Sonstige Therapien und Behandlungen:

1. MRT-Untersuchung	mit Feldstärke von weniger als 1 Tesla	67,50 €
2. MRT-Untersuchung	mit Feldstärke von weniger als 1 Tesla für jede weitere Untersuchung am selben Tag	33,80 €
3. CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration		122,00 €
4. CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration		108,70 €
5. CT-gesteuerte Nervenwurzel- und Facettengelenksinfiltration		128,60 €
6. Optische Kohärenztomografie (OCT) der hinteren Augenabschnitte		22,50 €
7. Akupunktur	Pro Fall und Quartal werden Kostenzuschüsse maximal für 10 Sitzungen unter folgenden Voraussetzungen gewährt:	pro Sitzung 14,30 €

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.

6. Änderung der Satzung

	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	53,60 €
9. ambulante Polygraphie (Schlafapnoescreening)		67,50 €
10. TRH-Test		12,50 €
11. TSH, FT4, FT3 (bei Bedarf)		8,80 €
12. TSH, FT4, FT3 + TPO + TRAK		17,50 €
13. DHEA-(DHEA-S) Untersuchungen		17,50 €
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.	22,50 €
15. Kohlehydrat-Intoleranztest (Fruktoseintoleranz und/oder Laktoseintoleranz) mittels Atemtest	Vergütung nur bei Leistungserbringern/ Leistungserbringerinnen mit Ausbildungsnachweis	22,50 €
16. Sonographie	Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss ein/e Facharzt/Fachärztin des jeweiligen Fachgebietes oder Facharzt/Fachärztin für Radiologie sein.	10,20 €

6. Änderung der Satzung

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	54,30 €
18. Chiropraxis (manuelle Medizin)	Der/Die durchführende Arzt/Ärztin muss das ÖAK-Diplom für manuelle Medizin erworben haben.		11,30 €
19. Densitometrie (Knochendichtemessung)	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.		23,70 €
20. Urodynamische Abklärung bei Blasenfunktionsstörungen	Leistungserbringer/Leistungserbringerin muss ein/e Facharzt/Fachärztin für Urologie sein.		33,50 €

6. Änderung der Satzung

21. Refraktive Augen Chirurgie	<p>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 %.</p>	pro Auge	345,90 €
22. Hippotherapie (nur mit Ausbildungsnachweis)	Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, z. B. infantile Cerebralparese, Multiple Sklerose, extrapyramidale Bewegungsstörungen, posttraumatische Bewegungsstörungen, Muskeldystrophie	30 Minuten 60 Minuten	24,00 € 48,00 €
23. Ambulante Radiofrequenzablation von Schilddrüsenknoten	<p>Indikationen: a) Durch Feinnadelpunktion gesicherte benigne solide oder solid-zystische Knoten mit lokalen Symptomen (Druckgefühl, Schluckbeschwerden) mit einer Größe peripher ≥ 3 cm, im Isthmus Bereich ≥ 2 cm. b) Große autonome Adenome</p> <p>Ausbildungsvoraussetzungen der durchführenden Ärztinnen/Ärzten: a) Vorlage eines Ausbildungsnachweises einer standardisierten RFA-Schulung an einem Referenzzentrum b) Teilnahme am Qualitätsprogramm der AG-RFA</p>		1.498,20 €

IX. Für die diagnostische Leistung durch eine/n klinische/n Psychologin/Psychologen:

1. Diagnose-Erstellung 16,40 €^{cc}

21. In Anhang 10 Z 2 wird der Ausdruck „74,40“ durch den Ausdruck „81,00“ ersetzt.

6. Änderung der Satzung

22. Nach § 58 wird folgender § 59 samt Überschrift eingefügt:

„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 2023 außer Kraft.“

*

Die 6. Änderung der Satzung 2020 der Österreichischen Gesundheitskasse wurde von der Hauptversammlung am 13. Dezember 2022 beschlossen. Die Genehmigung durch den Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erfolgte mit Bescheid vom 16. Dezember 2022, GZ 2022-0.894.053.

Für die Österreichische Gesundheitskasse:

Mitterer

Hagenauer