

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen verlautbart wie folgt:

SVS-Satzung 2020

Inhaltsverzeichnis

Erster Teil	Allgemeine Bestimmungen	
	Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	§ 1
	Sprachliche Gleichbehandlung	§ 2
Zweiter Teil	Organisation	
	Verfügungen des Obmannes	§ 3
	Form rechtsverbindlicher Akte	§ 4
	Kundmachungen	§ 5
	Informationsveranstaltungen	§ 6
Dritter Teil	Krankenversicherung	
	Abschnitt I	
	Versicherte und Angehörige nach dem GSVG	
	Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner	§ 7
	Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung bzw. in ein Optionsmodell nach § 30	§ 8
	Beiträge zur Zusatzversicherung	§ 9
	Wartezeit bei freiwilligen Leistungen	§ 10
	Art der Leistungserbringung	§ 11
	Umsatzsteuer	§ 12
	Kostenanteil	§ 13
	Befreiung vom Kostenanteil	§ 14
	Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze	§ 15
	Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 16
	Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen	§ 17
	Zahnersatz	§ 18
	Kieferregulierungen (§ 94 GSVG)	§ 19
	Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 94a GSVG)	§ 20
	Kostenersatz bei Erbringung von Leistungen nach § 94a Abs. 3 GSVG	§ 21
	Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung (§ 94a Abs. 4 GSVG)	§ 22
	Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege	§ 23
	Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden	§ 24
	Kostenanteil bei Krankenbehandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden	§ 25
	Zuschüsse für tagesklinische Leistungen	§ 26
	Kostenersatz bei Organtransplantationen	§ 27
	Kostenersätze bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 85 Abs. 4a GSVG)	§ 28
	Reise(Fahrt-) und Transportkosten im Inland	§ 29
	Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte	§ 30
	Rückwirkende Gewährung und Ruhen einer Unterstützungsleistung	§ 31
	Krankengeld bei Bestand einer Zusatzversicherung	§ 32
	Abschnitt II	
	Versicherte und Angehörige nach dem BSVG	
	Anspruchsberechtigung für Angehörige	§ 33
	Umsatzsteuer	§ 34
	Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 35
	Reise(Fahrt-) und Transportkosten	§ 36
	Kostenanteil für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden	§ 37

Satzung - Neufassung

Heilbehilfe	§ 38
Gruppenpraxis und Wahl-Gruppenpraxis	§ 39
Kostenzuschuss bei ärztlicher Hilfe durch Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen und Wahltherapeuten	§ 40
Kostenzuschüsse bei Erster Hilfe	§ 41
Kostenersatz bei Organtransplantationen für die Anmelde- und Registrierungskosten	§ 42
Zahnersatz	§ 43
Kostenzuschuss zu Mundhygiene	§ 44
Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlungen)	§ 45
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 95a BSVG)	§ 46
Hilfsmittel	§ 47
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über einen Fonds finanziert wird	§ 48
Übergangsbestimmungen bei Fehlen von vertraglichen Regelungen	§ 49
Kostenzuschuss für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 50
Vierter Teil	
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Krankheitsverhütung, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation	
Abschnitt I	
Versicherte und Angehörige nach dem GSVG	
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge	§ 51
Maßnahmen zur Krankheitsverhütung	§ 52
Rehabilitation	§ 53
Abschnitt II	
Versicherte und Angehörige nach dem BSVG	
Übernahme der Reise(Fahrt)- und Transportkosten bei medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit u. a.	§ 54
Fünfter Teil	
Unfallversicherung	
Abschnitt I	
Melde- Versicherungs- und Beitragsrecht	
Meldung und Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung	§ 55
Meldung nur unfallversicherter Personen (§ 37 ASVG)	
Beitragsgrundlage und Beitragssatz für teilversicherte Personen gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG (§ 74 Abs. 2 ASVG)	§ 56
Vorschreibung, Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge für teilversicherte Personen in der Unfallversicherung nach dem ASVG (§ 55, 58 Abs. 7 ASVG)	§ 57
Vorschreibung und Fälligkeit der Beiträge für nur unfallversicherte Personen nach dem BSVG (§ 33 Abs. 1 BSVG)	§ 58
Beitragsgrundlage, Beitrag bzw. Beitragseinziehung für persönlich haftende Gesellschafter einer offenen Gesellschaft (OG) bzw. einer Kommanditgesellschaft (KG) in der Unfallversicherung (§ 30 Abs. 6 BSVG)	§ 59
Form des Beitrittes, Beitragsgrundlage und Beitragssatz in der Selbstversicherung (§§ 76b Abs. 1, 77 Abs. 3 ASVG bzw. § 30 Abs. 7 BSVG)	§ 60
Fälligkeit der Beiträge zur Selbstversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG (§ 78 Abs. 1 ASVG)	§ 61
Anmeldung zur Höherversicherung sowie Beginn und Ende der Höherversicherung (§§ 20 Abs. 1, 37 ASVG)	§ 62
Dauer der Beitragspflicht, Vorschreibung, Fälligkeit und Entrichtung der Beiträge zur Höherversicherung (§ 78 Abs. 2 ASVG)	§ 63
Abschnitt II	
Leistungsrecht	
1. Unterabschnitt	
Gemeinsame Bestimmungen für versicherte Personen nach ASVG und BSVG	
Kostenersatz anstelle von Unfallheilbehandlung (§ 194a ASVG bzw. 148t BSVG)	§ 64
2. Unterabschnitt	
Versicherte Personen nach dem ASVG	
Unfallheilbehandlung (§ 192 ASVG)	§ 65
Reise- (Fahrt-) und Transportkosten (§ 189 Abs. 2 ASVG)	§ 66
Anfall der Versehrtenrente für teilversicherte selbständig erwerbstätige und für selbstversicher-	§ 67

Satzung - Neufassung

te Personen (§ 204 Abs. 3 ASVG)	
Auszahlung des Familien- und Taggeldes sowie des Versehrtengeldes nach § 212 Abs. 1 ASVG (§ 104 Abs. 1 ASVG)	§ 68

3. Unterabschnitt

Versicherte Personen nach dem BSVG

Zahnersatz infolge eines Arbeitsunfalles (§ 148p Abs. 3 BSVG)	§ 69
Teilersatz der Ersatzarbeitskräfte (§ 148u BSVG)	§ 70

Sechster Teil

Schlussbestimmungen

Übergangsbestimmung für die Reduktion des Kostenanteils auf 5 Prozent	§ 71
Inkrafttreten	§ 72

Anhang

Anlage 1	Vergütungstarif für ärztliche Hilfe nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG
Anlage 2	Vergütungstarif für ärztliche Hilfe nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG
Anlage 3	Vergütungstarif für ärztliche Hilfe nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG
Anlage 4	Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG
Anlage 5	Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG
Anlage 6	Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG
Anlage 7	Kostenersatz für Kieferregulierungen nach § 85 Abs. 2 lit. b GSVG im Zusammenhalt mit § 94a GSVG
Anlage 8	Vergütungstarif für Leistungen der Anstaltspflege im Falle der Inanspruchnahme einer höheren Gebührenklasse nach § 96 Abs. 2 GSVG im Zusammenhang mit § 85 Abs. 2 lit. c GSVG
Anlage 9	Zuschüsse für tagesklinische Leistungen nach § 26 der Satzung
Anlage 10	Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 13 Abs. 3 Z. 1 der Satzung
Anlage 11	Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 19 Abs. 1 bzw. § 45 Abs. 1 der Satzung
Anlage 12	Kieferorthopädische Beratung, interzeptive kieferorthopädische Behandlung und kieferorthopädische Hauptbehandlung (§ 46 der Satzung)

Erster Teil

Allgemeine Bestimmungen

Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

§ 1. Der in den folgenden Bestimmungen verwendete Ausdruck „SVS“ bezieht sich auf die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen.

Sprachliche Gleichbehandlung

§ 2. Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form zu verwenden.

Zweiter Teil

Organisation

Verfügungen des Obmannes

§ 3. Der Obmann hat Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Hauptversammlung oder des Verwaltungsrates fallen, bei Gefahr im Verzug zur Abwendung eines der SVS drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines der SVS ansonsten entgehenden Vorteiles vorläufig durch Verfügung zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann. Die Verfügungen sind im Einvernehmen mit dem Stellvertreter des Obmannes zu treffen, bei dessen Abwesenheit oder dessen Verhinderung auch ohne dessen Mitwirkung. Der Obmann hat in allen diesen Fällen vom zuständigen Verwaltungskörper die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Form rechtsverbindlicher Akte

§ 4. (1) Schriftliche Ausfertigungen der SVS in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung

- der Hauptversammlung oder
- des Verwaltungsrates

bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden jenes Verwaltungskörpers, dem die Beschlussfassung in der jeweiligen Angelegenheit übertragen ist, als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

Satzung - Neufassung

(2) Schreiben in grundsätzlichen Angelegenheiten an die Bundesministerien, den Dachverband der Sozialversicherungsträger und die für das gesamte Bundesgebiet zuständigen gesetzlichen Interessenvertretungen müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der SVS in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung eines Landesstellenausschusses bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden des Landesstellenausschusses als auch vom Direktor der Landesstelle oder in dessen Abwesenheit von einem vom Direktor der Landesstelle beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der SVS in allen Angelegenheiten, in denen der Verwaltungsrat einzelne seiner Obliegenheiten dem Obmann übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(5) Schriftliche Ausfertigungen der SVS in allen Angelegenheiten, in denen ein Landesstellenausschuss einzelne seiner Obliegenheiten seinem Vorsitzenden übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden des Landesstellenausschusses als auch vom Direktor der Landesstelle oder in dessen Abwesenheit von einem vom Direktor der Landesstelle beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein.

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

(7) Schriftliche Ausfertigungen der SVS in allen Angelegenheiten, in denen ein Landesstellenausschuss die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der SVS übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom leitenden Angestellten oder einem vom leitenden Angestellten beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird.

Kundmachungen

§ 5. Amtliche Verlautbarungen der SVS erfolgen im Internet.

Informationsveranstaltungen

§ 6. Die SVS hält in regelmäßigen Abständen Informationsveranstaltungen für die bei ihr versicherten Personen ab. Dabei können die Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden. Auf Rechtslagenänderungen ist Bedacht zu nehmen. Die Teilnahme an den Informationsveranstaltungen durch die versicherten Personen erfolgt unentgeltlich.

**Dritter Teil
Krankenversicherung
Abschnitt I****Versicherte und Angehörige nach dem GSVG****Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner**

§ 7. Pflichtversicherte und Weiterversicherte können nach §§ 10 Abs. 1 sowie 11a GSVG unter den im § 10 Abs. 2 GSVG genannten Voraussetzungen für folgende Personen eine Familienversicherung abschließen:

1. den Ehegatten oder eingetragenen Partner, soweit es sich um Personen handelt, die nach § 83 Abs. 6 GSVG nicht als Angehörige gelten;
2. Verwandte in auf- und absteigender Linie (ausgenommen Kinder, die nach § 83 Abs. 2 GSVG anspruchsberechtigt sind), in der Seitenlinie bis zum zweiten Grad;
3. mit dem Versicherten verschwägte Personen gleichen Grades;
4. eine mit dem Versicherten nicht verwandte bzw. verschwägte Person, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt und für die nicht schon eine Anspruchsvoraussetzung nach § 83 Abs. 8 GSVG besteht, wenn weiters ein im gemeinsamen Haushalt lebender arbeitsfähiger Ehegatte oder eingetragener Partner nicht vorhanden ist.

Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung bzw. in ein Optionsmodell nach § 30

§ 8. Eine Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung oder in den Kreis der Optionsberechtigten nach § 30 ist im Falle des Ausschlusses nach § 11 Abs. 1 GSVG unter folgenden Voraussetzungen möglich:

1. Antrag auf Wiederaufnahme binnen drei Wochen nach Erhalt der Verständigung über den Ausschluss aus der Versicherung oder von der Berechtigung im Sinne des § 30 und
2. Zahlung der rückständigen Beiträge einschließlich des Beitrages für den laufenden Beitragszeitraum oder eine entsprechende Zahlungsvereinbarung.

Beiträge zur Zusatzversicherung

§ 9. Der Beitrag zur Zusatzversicherung beträgt 2,5 Prozent der jeweils anzuwendenden vorläufigen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 25a GSVG) bzw. Neuzugangsgrundlage in der Krankenversicherung nach § 25a Abs. 4 GSVG, jedoch mindestens 30,77 €.

Wartezeit bei freiwilligen Leistungen

§ 10. Freiwillige Leistungen für freiwillig Versicherte werden erst nach Zurücklegung einer Versicherungszeit von sechs Monaten in der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung gewährt.

Art der Leistungserbringung

§ 11. (1) Gemäß § 85 Abs. 2 lit. c GSVG wird Versicherten,

1. die ausschließlich nach dem GSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert sind (§ 85 Abs. 3 GSVG) und deren Einkommen das Zwölfwache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 GSVG) erreicht bzw. übersteigt,

2. die in der Krankenversicherung nach dem GSVG weiterversichert sind und Beiträge nach § 30 Abs. 1 GSVG entrichten,

3. deren Pension nach dem GSVG oder die Summe aus Pension und Einkommen das Zwölfwache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 GSVG) erreicht bzw. übersteigt,

a) ärztliche Hilfe durch niedergelassene Ärzte nach Maßgabe der Anlage 1, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 nach Maßgabe der Anlage 2 oder bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 oder Abs. 5 nach Maßgabe der Anlage 3

b) Zahnbehandlung, ausgenommen Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 20, und Zahnersatz durch niedergelassene Zahnärzte nach Maßgabe der Anlage 4, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 nach Maßgabe der Anlage 5 oder bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 13 Abs. 4 oder Abs. 5 nach Maßgabe der Anlage 6

in Form von Geldleistungen gewährt.

Der Anspruch auf Sachleistungen nach § 85 Abs. 5 GSVG bleibt unberührt.

(2) Als Einkommen im Sinne des Abs. 1 gilt

1. bei Versicherten der Betrag, der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 25a GSVG maßgebend ist, bzw. die Neuzuganggrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 25a Abs. 4 GSVG;

2. bei Pensionisten die Pension nach dem GSVG;

3. bei Pensionisten, die gleichzeitig als Erwerbstätige versichert sind, die Summe der unter Z 1 und 2 bezeichneten Beträge.

(3) Das Vorliegen der Geldleistungsberechtigung im Sinne des Abs. 1 ist jeweils zum Zeitpunkt des Entstehens des Leistungsanspruches gemäß § 54 GSVG zu prüfen.

Umsatzsteuer

§ 12. (1) Soweit auf Grundlage dieser Satzung Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse für Leistungen, die von einem umsatzsteuerpflichtigen Unternehmer im Rahmen seines Unternehmens erbracht worden sind, gebühren, sind diese um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen.

(2) Unterliegt ein Kostenersatz bzw. Kostenzuschuss einer gesetzlich oder satzungsmäßig vorgegebenen Höchstgrenze, darf dieselbe auch in Anwendung des Abs. 1 nicht überschritten werden.

Kostenanteil

§ 13. (1) Die Höhe des Kostenanteiles, den der Versicherte nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG zu entrichten hat, wird, soweit in den folgenden Absätzen sowie § 14 nichts anderes bestimmt ist, mit 20 Prozent der der SVS erwachsenden Kosten festgesetzt.

(2) Der Versicherte hat eine Zuzahlung im nachfolgenden Ausmaß der mit den Vertragszahnbehandlern (Vertrags-einrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze bei Inanspruchnahme von Sachleistungen zu leisten:

1. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen: 25 Prozent

2. für Voll-Metallkronen an Klammerzähnen sowie für Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen: 25 Prozent

3. für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr: 30 Prozent

4. für Reparaturen an Leistungen nach Z. 3: 30 Prozent

(3) Über schriftlichen Antrag des Versicherten reduziert sich der Kostenanteil gemäß § 86 Abs. 1 und 2 GSVG, ausgenommen für Leistungen nach § 86 Abs. 1 Satz 3 und 4 GSVG, auf eine Höhe von 10 Prozent für

1. Versicherte,

a) die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz für die Dauer von 36 Monaten bzw.

b) die das 40. Lebensjahr vollendet haben, bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz für die Dauer von 24 Monaten,

Satzung - Neufassung

wenn sie alle fünf sich aus dem Gesundheitsstatus ergebenden Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach Maßgabe der Anlage 10 erreicht haben.

Das Gesamtziel kann frühestens nach 6 Monaten erreicht werden, nachdem der Gesundheitsstatus nach der Anlage 10 festgestellt wurde. Die Kostenanteilsreduzierung beginnt nach Erreichen des Gesamtziels mit dem Ersten des Kalendermonats nach Antragstellung.

Das Gesamtziel kann auch bei Nichterreicherung der Gesundheits-Teilziele A., B. und/oder C. des Gesamtziels nach Anlage 10 bei Erreichung aller anderen Gesundheits-Teilziele im Einzelfall dennoch als erfüllt gelten, wenn sie aus medizinischen Gründen (Schwangerschaft, Knochenbruch etc.) nicht erreicht werden. Der Versicherte hat bei Antragstellung eine ärztliche Bestätigung über das Bestehen berücksichtigungswürdiger medizinischer Gründe vorzulegen.

2. Versicherte bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe sowie für Zahnbehandlung und Zahnersatz für die Dauer der Teilnahme an „Disease Management-Diabetes“ – Projekten, die von der SVS finanziert werden oder an denen sich die SVS beteiligt. Die Kostenanteilsreduzierung beginnt mit dem Ersten des Kalendermonats nach Antragstellung.

(4) Über schriftlichen Antrag des Versicherten beträgt nach Ablauf der unter Abs. 3 Z 1 lit. a bzw. b festgelegten Dauer der reduzierte Kostenanteil für die in Abs. 3 Z 1 lit. a bzw. b genannte Dauer 5 Prozent, wenn der Versicherte neuerlich alle Gesundheits-Teilziele erreicht hat. Die Kostenanteilsreduktion auf 5 Prozent beginnt mit dem Ersten des Kalendermonats nach Antragstellung. Abs. 3 Z 1 letzter Absatz gilt entsprechend.

Diese Bestimmung ist auf Versicherte nach Abs. 3 Z 2 nicht anzuwenden.

(5) Über schriftlichen Antrag reduziert sich der in Abs. 3 erster Satz beschriebene Kostenanteil für Versicherte nach Abs. 3 Z 1 lit. a oder b, die die Voraussetzungen einer Kostenanteilreduktion auf 10 Prozent nach Abs. 3 erfüllen („Anwerber“), für die Dauer ihrer verbleibenden Gesamtlaufzeit auf eine Höhe von 5 Prozent, wenn sie Versicherte, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Kostenanteilsreduktion nach Abs. 3 erfüllen („Angeworbene“), für das Vorsorgeprogramm „Selbständig Gesund“ anwerben.

Die Kostenanteilsreduktion des Anwerbers (5 Prozent) und des Angeworbenen (10 Prozent) beginnt nach Erreichen des Gesamtziels durch den Angeworbenen mit dem Ersten des Kalendermonats nach der schriftlichen Antragsstellung durch den Angeworbenen.

Diese Bestimmung ist auf Versicherte nach Abs. 3 Z 2 nicht anzuwenden.

(6) Die Übernahme des Kostenanteils durch Dritte ist möglich.

Befreiung vom Kostenanteil

§ 14. (1) Ein Kostenanteil nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG wird bei folgenden Leistungen nicht festgesetzt:

1. endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, falls erforderlich des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie);
2. endoskopische Untersuchung des Magens, falls erforderlich des Duodenums, mittels Fiberglasinstruments (Gastroskopie, Duodenumskopie);
3. endoskopische Untersuchung des Dickdarms (Koloskopie) exklusive und inklusive Polypenabtragung
4. ärztliche Hilfe nach § 91 GSVG, soweit die Leistungen im Rahmen von oder im Zusammenhang mit „Disease Management – Diabetes“ – Projekten, die von der SVS finanziert werden oder an denen sich die SVS beteiligt, erbracht werden.

5. Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 20.

(2) Über Antrag wird ein Kostenanteil nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 13 Abs. 2, für Versicherte nicht festgesetzt,

1. für die Dauer einer Dialysebehandlung infolge einer Nierenerkrankung, die von der behandelnden Dialysestation bestätigt wird;
2. für die Dauer einer Strahlen- oder Chemotherapie;
3. bei denen eine Organtransplantation mit der Notwendigkeit einer lebenslangen Unterdrückung der immunologischen Abstoßungsreaktion durchgeführt worden ist (Organempfänger);
4. bei denen zu Zwecken der Organtransplantation eine Niere entnommen wird (Organspender);
5. deren Grad der Behinderung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit laut Behindertenpass mindestens 50 Prozent beträgt;
6. die als Bezieher einer (mehrerer) Versehrtenrente(n) mit einem Hundertsatz der Versehrtenrente (der Summe der Versehrtenrenten) von mindestens 50 Prozent nach § 205 Abs. 4 ASVG als Schwerversehrte gelten.

Die Befreiung gilt ab Antrag, frühestens jedoch ab dem Vorliegen der Voraussetzungen. In den Fällen der Z 1 und 2 ist die Befreiung rückwirkend ab dem Beginn der Behandlung festzustellen. Die Befreiung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen. Liegen die Voraussetzungen bei mitversicherten Familienangehörigen (§ 10 GSVG) bzw. Angehörigen (§ 83 GSVG) vor, gilt dies nur bei Leistungen für diese.

(3) Ein Kostenanteil nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG wird weiters für folgende Personen nicht festgesetzt:

1. Versicherte, die nach § 3 Abs. 1 Z 1 GSVG ausschließlich als Bezieher einer Waisenpension (§ 138 GSVG) in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 13 Abs. 2 Z 3;

2. Kinder nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6 GSVG, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 13 Abs. 2 Z 3.

Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze

§ 15. (1) Versicherte, deren Kostenanteile fünf Prozent ihres Jahreseinkommens (Kostenanteilsobergrenze) erreichen, sind von über diese Grenze hinausgehenden Kostenanteilen befreit. Als Betrachtungszeitraum gilt das Kalenderjahr.

(2) Als Kostenanteile im Sinne des Abs. 1 gelten ausschließlich Kostenanteile nach § 86 Abs. 1 GSVG

1. für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 91 GSVG),

2. für ständig benötigte Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen (§ 93 Abs. 3 GSVG),

3. für Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94 GSVG), mit Ausnahme von Zuzahlungen zu Leistungen im Sinne des § 13 Abs. 2.

Die Reduzierung des Kostenanteils gemäß § 13 Abs. 3 bis Abs. 5 hat hinsichtlich der Erreichung der Kostenanteilsobergrenze außer Betracht zu bleiben.

(3) Als Jahreseinkommen im Sinne des Abs. 1 gilt

1. bei Erwerbstätigen das Zwölfwache der vorläufigen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 25a GSVG),

2. bei Beziehern von laufenden Geldleistungen aus der Pensionsversicherung die monatliche Beitragsgrundlage, hochgerechnet auf ein Jahr,

3. bei Versicherten nach den §§ 14a und 14b GSVG das Zwölfwache der Beitragsgrundlage nach § 14e GSVG,

4. bei Beziehern ausländischer Renten das Zwölfwache der ausländischen Rente nach § 29a GSVG,

5. bei Weiterversicherten das Zwölfwache der Beitragsgrundlage nach § 30 GSVG,

die mit Beginn eines Kalenderjahres festgestellt wurde. Ist die Feststellung zu Beginn des Kalenderjahres nicht möglich, ist jener Zeitpunkt maßgeblich, zu dem erstmals ein Betrag nach Z 1 bis 5 festgestellt werden kann.

Die in den Z 1 bis 5 angeführten Beträge sind zum Feststellungszeitpunkt zusammenzurechnen.

(4) Kann ein Jahreseinkommen nach Abs. 3 nicht festgestellt werden oder überschreitet das nach Abs. 3 ermittelte Jahreseinkommen nicht das Zwölfwache des Betrages nach § 25 Abs. 4 GSVG, ist das Zwölfwache dieses Betrages als Jahreseinkommen heranzuziehen.

(5) Kostenanteile für mitversicherte Angehörige sind dem Versicherten anzurechnen, von dem die Leistung in Anspruch genommen wurde.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 16. Zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühlingsmeningo-Enzephalitis wird nach Maßgabe der Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 22. März 1983, BGBl. Nr. 217/1983, ein Zuschuss in der Höhe von 4,00 € gewährt.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 17. (1) Die Kosten inklusive Umsatzsteuer für die notwendigen Heilbehelfe und Hilfsmittel werden nach § 93 Abs. 5 GSVG auf Rechnung der SVS bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) übernommen. Der Zuschuss für Krankenfahrräder beträgt höchstens das Zwanzigfache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Übersteigen die Kosten des Heilbehelfes bzw. des Hilfsmittels (inklusive Umsatzsteuer) den jeweiligen Höchstbetrag, ist der Differenzbetrag vom Versicherten als Zuzahlung zu entrichten. Die Kosten für Dreistärkengläser (Gleitsicht- und Trifokalgläser) werden nicht übernommen.

(2) Für Heilbehelfe und Hilfsmittel gilt eine Gebrauchsdauer, wie sie sich bei ordnungsgemäßer Verwendung durch Abnutzung ergibt, es sei denn, dass sich die Wiedergewährung von Heilbehelfen oder Hilfsmitteln bereits vor Ablauf dieser Gebrauchsdauer als medizinisch notwendig erweist. Die Gebrauchsdauer für Brillen darf drei Jahre nicht unterschreiten.

(3) Die SVS übernimmt die Kosten für Kontaktlinsen höchstens bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) unter Berücksichtigung der Mindestgebrauchsdauer, 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,

Satzung - Neufassung

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.

(4) Heilbehelfe und Hilfsmittel im Sinne des § 93 Abs. 7 GSVG werden auch leihweise durch die SVS bzw. durch Vertragsstellen zur Verfügung gestellt. Insoweit Vertragsstellen nicht zur Verfügung stehen, werden angefallene Leihgebühren abzüglich des vom Versicherten zu tragenden Kostenanteils nach § 13 Abs. 1 vergütet.

Zahnersatz

§ 18. (1) Als Leistungen des Zahnersatzes werden im Einzelnen gewährt:

Zahnprothesen einschließlich der notwendigen Reparaturen und Zahnbrücken, das sind festsitzende technische Zahnarbeiten mit Kronen, Klammern und Brückenpfeilern, einschließlich der notwendigen Reparaturen, oder Kronen, Stiftzähne und andere Leistungen ähnlicher Art sowie in besonderer Ausführung.

(2) Hat die SVS als Leistung eine totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, eine Metallgerüstprothese oder eine Verblend-Metall-Keramikkrone 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.

(3) Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die SVS vor Ablauf der in Abs. 2 genannten Frist keinen Ersatz.

Kieferregulierungen (§ 94 GSVG)

§ 19. (1) Die SVS erbringt Kieferregulierungen im Umfang der Anlagen 4, 5 und 6, jeweils 5. Abschnitt

- a) bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
- b) jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anlage 11,

sofern nicht die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 20, § 21 oder § 22 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 5h,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
4. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 4f,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5a und 4a,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in Z. 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen, insbesondere jegliche Grade von IOTN 4 und 5 sowie die in Z. 1 bis 9 genannten Indikationen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen nach § 13 Abs. 2 Z. 3 zu entrichten.

(2) Wird an Stelle der kieferorthopädischen Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte eine Behandlung auf Basis festsitzender Geräte erbracht, beträgt der Zuschuss der SVS:

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

der mit den Vertragszahnbehandlern (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze auf Basis der abnehmbaren Geräte.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen oder andere Fehlstellungen durch einfache kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behand-

lung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kieferregulierung eine Leistung für diese einfachen kieferorthopädischen Behelfe nach den Anlagen 4, 5 und 6, jeweils 7. Abschnitt gewährt.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche

(§ 94a GSVG)

§ 20. (1) Die SVS erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang der Anlage 7 als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Die SVS erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang der Anlage 7 als Sachleistungen durch Vertragspartner, 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 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 SVS erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 19 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 begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung 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 in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,

2. vor Behandlungsbeginn 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 folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden:

a) Ausbildung zum Fachzahnarzt 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. Ausland

und 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.

Wird auf Wunsch des Patienten 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 SVS keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 19 erhält. Abweichend davon gewährt die SVS 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 Anspruchsberechtigte die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Absätzen 4 oder 5 erfüllt und der 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 erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten 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 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 nicht möglich, und

2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Kostenersatz bei Erbringung von Leistungen nach § 94a Abs. 3 GSVG

§ 21. (1) Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung im Umfang der Anlage 7 durch Wahlzahnärzte, Wahlkieferorthopäden, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen, Zahnärzte in Wahl-Gruppenpraxen, Wahleinrichtungen (Institute) sowie für die kieferorthopädische Hauptbehandlung im Umfang der Anlage 7 durch Kieferorthopäden, die in keinem Vertragsverhältnis zur SVS stehen, Kieferorthopäden in Wahl-Gruppenpraxen, Wahleinrichtungen (Institute) werden die Kosten laut Gesetz in Anwendung von § 94a Abs. 3 i.V.m § 85 GSVG erstattet.

(2) Kosten für Behandlungen nach Abs. 1 werden erst nach Abschluss der Behandlung erstattet. Die SVS erbringt für die kieferorthopädische Hauptbehandlung maximal folgende Teilbeträge des Erstattungsbetrags vor Abschluss der Behandlung, wenn die Behandlung von der SVS aufgrund einer plausiblen Erfolgsannahme unter Vorlage des Behandlungsplanes samt IOTN-Feststellung genehmigt wurde, und der Anspruchsberechtigte eine saldierte Honorarnote (Rechnung) über die erbrachten Leistungen vorgelegt hat:

1. 45 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn fällt;

2. 25 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist;

3. 30 % des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende fällt.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung (§ 94a Abs. 4 GSVG)

§ 22. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 20 Abs. 2 Z. 3 (Kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der SVS zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die SVS für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss gemäß § 19 Abs. 2, wenn der Versicherte einen Kieferorthopäden in Anspruch genommen hat, der die in § 20 Abs. 5 Z. 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die SVS erbringt den Kostenzuschuss gemäß § 19 Abs. 2 am Ende des Behandlungsjahres, wenn die SVS durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde die Voraussetzungen nach § 20 Abs. 5 Z. 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 20 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.

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 23. Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG erhalten, werden im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl der Sonderklasse Leistungen nach Maßgabe der Anlage 8 gewährt.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden

§ 24. Hat der Versicherte Anstaltspflege in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung nach § 149 Abs. 3 ASVG iVm. § 98a GSVG besteht, erbringt die SVS einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 266,87 € pro Tag, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die SVS keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

Kostenanteil bei Krankenbehandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 25. Hat der Versicherte Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die über Landesfonds finanziert wird, berechnet sich der Kostenanteil in Höhe von 20 Prozent eines pro Kalendervierteljahr, Krankenhaus und Versicherten festgelegten Pauschalbetrages in Höhe von 132,14 €.

Zuschüsse für tagesklinische Leistungen

§ 26. Für tagesklinische Leistungen in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht, werden Zuschüsse nach Maßgabe der Anlage 9 der Satzung gewährt. Dies gilt entsprechend für tagesklinische Leistungen in einer ausländischen Krankenanstalt.

Kostenersatz bei Organtransplantationen

§ 27. Für notwendige Organtransplantationen ersetzt die SVS die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung nach § 96a GSVG hat der Antragsteller eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Kostenersätze bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 85 Abs. 4a GSVG)

§ 28. (1) Stehen Vertragspartner für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der SVS nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die SVS Kostenersätze nach den Regelungen der Abs. 2 bis 5.

(2) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die SVS einen Kostenersatz in Höhe von 18.649,59 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von begründeten 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 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.

Satzung - Neufassung

(3) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Kohlenstoffionen leistet die SVS einen Kostenersatz in Höhe von 14.628,47 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(4) Mit der Leistung des Kostenersatzes nach den Abs. 1 bis 3 sind sämtliche mit dieser ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Leistungen abgegolten. Falls eine derartige Therapie nicht abgeschlossen wird, ist der Kostenersatz entsprechend den tatsächlich erbrachten Therapieeinheiten zu aliquotieren.

(5) Bei Unterbleiben der von der SVS bewilligten punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen leistet die SVS für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden erbrachten medizinischen Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenersatz in Höhe von 511,32 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

Reise(Fahrt-) und Transportkosten im Inland

§ 29. (1) Die SVS ersetzt Reise(Fahrt)kosten für Fahrten

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen, § 103 Abs. 2 Z. 1 GSVG),
2. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 103 Abs. 2 Z. 1 GSVG),
3. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt (§ 103 Abs. 2 Z. 1 GSVG),
4. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln (§ 103 Abs. 2 Z. 2 GSVG),
5. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 99a Abs. 2 GSVG, § 160 GSVG, § 169 Abs. 2 Z. 2 GSVG),
6. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 88 Abs. 3 GSVG),
7. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 89 Abs. 2 GSVG),
8. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 89a Abs. 2 GSVG),
9. im Zusammenhang mit den notwendigen Beratungen bei der SVS im Rahmen des Case Managements bei Bezug von Übergangsgeld,
10. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in der Hebammenordination (§ 103 Abs. 2 Z. 1 GSVG).

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

1. für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes und
2. wenn die Entfernung zwischen Wohnort und Behandlungsstelle (Abs. 4) 40 km übersteigt.

(3) Die SVS ersetzt Reise(Fahrt)kosten nach Abs. 1 auch für eine Begleitperson

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 nächsterreichbaren Vertragspartner desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung heranzuziehen.

(5) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt unabhängig davon, welche Verkehrsmittel der Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Angehörige tatsächlich benützt. Höhere als die dem Versicherten (dem Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

(6) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten gebührt für Hin- sowie Rückfahrten. Dieser beträgt pauschal für Fahrtstrecken von mehr als 40 km bis 60 km 6,00 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 9,00 €. Bei Fahrten von mehr als 60 km erfolgt die Gewährung des Kostenersatzes auf Basis der tatsächlichen zurückgelegten Kilometer, wobei der Kilometersatz 0,12 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 0,18 € beträgt.

(7) Die SVS ersetzt ohne Bedachtnahme auf die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien über 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 Rehabilitanden sowie zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln.

(8) Wenn ein Transport nach Abs. 11 erfolgt ist, ersetzt die SVS keine Reise(Fahrt)kosten.

(9) Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines Wahlzahnarztes, einer Wahlrichtung oder eines Wahlpartners zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die

Abs. 1 bis 7 mit der Einschränkung, dass Reise(Fahrt)kosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

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

zu ersetzen gewesen wäre.

(10) Transporte für Beförderungen im Inland nach § 103 Abs. 3 und 4 GSVG können mit Krankenwagen von Krankentransporteinrichtungen durchgeführt werden. Ist der gehunfähige Anspruchsberechtigte ohne Schaden für seine Gesundheit in der Lage, ein Taxi oder ein sonstiges geeignetes privates Kraftfahrzeug zu benutzen, können notwendige Transporte auch von konzessionierten Taxi- oder Transportunternehmen, gegebenenfalls auch von Privatpersonen durchgeführt werden.

(11) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankentransport

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

oder

2. Krankentransport

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

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

oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten, 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 Sanitäter, der nicht gleichzeitig Einsatzfahrer ist;

oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten, 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 jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist. Der Versicherte (Angehörige) ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen Sanitäter und einen Notarzt, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer sind.

(12) Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die SVS Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

(13) Ein Kostenersatz wird in den Fällen des Abs. 10 und 12 nur gewährt, wenn die medizinische Notwendigkeit des Transportes ärztlich bestätigt und die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle nachgewiesen wird. Die jeweilige Art des Transportes ist aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes des Erkrankten ärztlich zu bescheinigen.

(14) Ist wegen des Zustandes des Erkrankten oder wegen der Dringlichkeit des Falles eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten, so werden die notwendigen Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit dieser Beförderungsart durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und nachträglich vom Chef(Landesstellen)arzt anerkannt worden ist. Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der SVS mit dem Rechtsträger der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarifsatz. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, erstattet die SVS dem Versicherten Kosten nach Maßgabe der Anlage 1.

Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte

§ 30. (1) Versicherte, die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen Anspruch auf Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz GSVG haben, sind berechtigt, über Antrag gegen Entrichtung eines Zusatzbeitrages

1. Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 GSVG (§ 23) oder
2. Geldleistungen nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG und § 96 Abs. 2 GSVG (§ 23) in Anspruch zu nehmen.

(2) Versicherte, für die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen anstelle der Sachleistung bare Leistungen nach § 85 Abs. 3 zweiter Satz GSVG (§ 11) gewährt werden, sind berechtigt, über Antrag Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz GSVG unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 GSVG (§ 23) in Anspruch zu nehmen.

(3) Der Zusatzbeitrag beträgt für die Option

1. nach Abs. 1 Z 1 88,52 € monatlich
2. nach Abs. 1 Z 2 110,63 € monatlich.

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47 GSVG) vervielfachten Beträge.

Rückwirkende Gewährung und Ruhen einer Unterstützungsleistung

§ 31. (1) Die Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG wird bei nicht rechtzeitiger Meldung der Arbeitsunfähigkeit für die zurückliegende Zeit gewährt, wenn persönliche Verhältnisse des Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe die nicht rechtzeitige Meldung gerechtfertigt erscheinen lassen.

(2) Die Unterstützungsleistung ruht für die Dauer von vier Wochen zur Gänze, wenn der Versicherte

1. einer Ladung zum Chef(Vertrauens)arzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder
2. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat.

Das Ruhen tritt in allen diesen Fällen nur dann ein, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich aufmerksam gemacht wurde.

Krankengeld bei Bestand einer Zusatzversicherung

§ 32. (1) Die Höchstdauer der Leistungsgewährung beträgt 26 Wochen.

(2) Das tägliche Krankengeld nach § 106 GSVG beträgt 60 Prozent der jeweiligen vorläufigen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 25a GSVG) bzw. der Neuzuganggrundlage in der Krankenversicherung nach § 25a Abs. 4 GSVG, geteilt durch 30.

(3) Die Bestimmungen des § 31 gelten sinngemäß.

Abschnitt II

Versicherte und Angehörige nach dem BSVG

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 33. Den im § 78 Abs. 2 BSVG genannten Angehörigen ist eine Person gleichgestellt, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag des Betriebes bestreitet und hauptberuflich keiner Beschäftigung außerhalb des Betriebes nachgeht, oder die von einem gemäß § 4 Z 1 BSVG Pflichtversicherten überwiegend erhalten wird, sofern und solange kein Ausschlussgrund gemäß § 78 Abs. 6 und 8 BSVG vorliegt.

Umsatzsteuer

§ 34. § 12 gilt sinngemäß.

Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

§ 35. Zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühsommermeningoencephalitis wird nach Maßgabe der Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 22. März 1983, BGBl. Nr. 217/1983, ein Zuschuss von 16,00 € gewährt, höchstens jedoch 80 % der tatsächlich erwachsenen Kosten. Die Zuschüsse können auch in der Form geleistet werden, dass die SVS das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

Reise(Fahrt)- und Transportkosten

§ 36. (1) Reise(Fahrt)kosten werden nach Maßgabe des § 80 BSVG für nachstehende Fahrten ersetzt:

- a) im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen,
- b) im Zusammenhang mit Vorsorgeuntersuchungen,
- c) im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit.

(2) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt mit einem Kilometersatz von 0,10 € auf Basis der kürzesten Straßenentfernung vom Wohnort zum nächsterreichbaren Vertragspartner und zwar ungeachtet der allfälligen Benutzung eines teureren öffentlichen Verkehrsmittels oder eines sonstigen Fahrzeuges durch den Versicherten (Angehörigen).

Satzung - Neufassung

(3) Bei Entfernungen zwischen Wohnort und maßgeblicher Behandlungsstelle von weniger als 20 km in einer Fahrtrichtung gebührt kein Ersatz der entstandenen Reise(Fahrt)kosten.

(4) Gehunfähigen erkrankten Versicherten (Angehörigen) ist der Transport zur nächsterreichbaren Behandlungsstelle im Inland zu gewähren, wenn die Gehunfähigkeit sowie die medizinische Notwendigkeit eines solchen Transportes durch einen ärztlichen Transportauftrag bescheinigt werden. Als gehunfähig gilt hierbei, wer infolge seiner Erkrankung bzw. Behinderung selbst mit Unterstützung und Hilfe durch eine Begleitperson objektiv nicht in der Lage ist, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen. Die besondere Beschwerlichkeit eines Weges vermag für sich alleine noch keine Gehunfähigkeit zu begründen.

Den Gehunfähigen sind darüber hinaus nachstehende Personengruppen gleichzuhalten:

- a) Dialysepatienten, soweit die Fahrt mit der Dialysebehandlung im Zusammenhang steht,
- b) Chemo- und Strahlentherapiepatienten, soweit die Fahrt mit der Therapie im Zusammenhang steht,
- c) Rollstuhlfahrer sowie diesen gleichzuhaltende Personen,
- d) beidseitig Arm- oder Beinamputierte,
- e) psychisch Kranke mit ständigem Aufsichtserfordernis,
- f) Blinde und faktisch Blinde.

(5) Die Gewährung der Transportleistung im Sinne des Abs. 4 erfolgt durch Kostenzuschuss oder als Sachleistung. Der Kostenzuschuss gebührt in Höhe des amtlichen Kilometergeldes auf Basis der kürzesten Straßenentfernung zur nächsterreichbaren Behandlungsstelle (Abs. 2). Insoweit der Versicherte eine Kostenbeteiligung gemäß § 80 Abs. 2 BSVG zu leisten hat, beträgt der Kostenersatz 80 % des ermittelten Betrages. Höhere als 80 % der dem Versicherten (Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

(6) Transportkosten für Beförderungen im Inland werden weiters unter den Voraussetzungen des Abs. 4 bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt gewährt. Hält sich der Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem Wohnsitz auf, werden die Kosten eines Transportes in der Höhe der Kosten eines solchen von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt ersetzt.

(7) Ist wegen des Zustandes des Erkrankten oder wegen der Dringlichkeit des Falles eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten, werden die notwendigen Kosten der Beförderung mit einem Luftfahrzeug im Inland übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit dieser Beförderungsart durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und nachträglich vom chefärztlichen Dienst der SVS anerkannt worden ist. Bei Ereignissen im Zusammenhang mit Sport und Touristik erstreckt sich die Kostenübernahme nur insoweit auf die Beförderung ins Tal, als der Flugtransport auch vom Tal aus erforderlich gewesen wäre. Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der SVS mit dem Rechtsträger der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif.

Gibt es keine vertraglich vereinbarten Tarife, leistet die SVS einen Kostenzuschuss in folgender Höhe, höchstens jedoch 80 % der tatsächlich erwachsenden Kosten:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 1.821,97 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 2.125,00 €;
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 948,27 €,
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €;
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 894,93 €.

Abs. 5 gilt entsprechend.

(8) Die SVS übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) nach den Bestimmungen der Absätze 4 bis 7 zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die SVS entweder nach inländischem Recht oder aufgrund zwischenstaatlicher Regelungen die Kosten der Anstaltspflege im Ausland zu übernehmen hat.

Kostenanteil für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden

§ 37. Der Versicherte hat für ambulante Leistungen, die durch Zahlungen der Landesfonds abgegolten werden, für sich bzw. seine anspruchsberechtigten Angehörigen einen Kostenanteil pro Behandlungsfall im Quartal im Ausmaß von 20 % von 77,04 € zu leisten. Der derart errechnete Betrag ist auf zehn Cent zu runden.

Heilbehelfe

§ 38. (1) Kosten für notwendige Heilbehelfe werden nur übernommen, wenn sie höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Das Ausmaß der übernommenen Kosten darf das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage nicht übersteigen.

(2) Die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe werden unter Bedachtnahme auf § 83 Abs. 2 BSVG übernommen, wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist. Abs. 1 gilt entsprechend.

Gruppenpraxis und Wahl-Gruppenpraxis

§ 39. Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, ist die Behandlung durch einen an einer Vertrags-Gruppenpraxis beteiligten Arzt der Behandlung durch einen Vertragsarzt ebenso gleichzuhalten wie die Behandlung durch einen beteiligten Arzt an einer Wahl-Gruppenpraxis der Behandlung durch einen Wahlarzt.

Kostenzuschuss bei ärztlicher Hilfe durch Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen und Wahltherapeuten

§ 40. Kostenzuschüsse bei ärztlicher Hilfe durch Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen und Wahltherapeuten erfolgen nach Maßgabe des § 88 Abs. 1 BSVG.

Kostenzuschüsse bei Erster Hilfe

§ 41. (1) In den Fällen des § 88 Abs. 3 BSVG wird für die Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes bzw. eines beteiligten Arztes an einer Wahl-Gruppenpraxis ein Kostenzuschuss im doppelten Ausmaß des sich nach § 40 ergebenden Betrages gewährt. Für die Inanspruchnahme eines sonstigen Nichtvertragspartners gebührt der Kostenzuschuss in der Höhe der mit den in Betracht kommenden Vertragspartnern bzw. Vertragseinrichtungen vereinbarten Tarife. Der Kostenzuschuss darf 80 % der tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen.

(2) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefärztliche Bewilligung auf Rechnung der SVS verschreibbar sind, werden in der tatsächlich erwachsenden Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

Kostenersatz bei Organtransplantationen für die Anmelde- und Registrierungskosten

§ 42. Für notwendige Organtransplantationen ersetzt die SVS die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung nach § 93a BSVG hat der Antragsteller eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Zahnersatz

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

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

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

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

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

(4) Wird unentbehrlicher Zahnersatz durch Vertragszahnärzte, Vertragsdentisten oder in Vertragseinrichtungen gewährt, hat der Versicherte zu den tariflichen Kosten Zuzahlungen im nachstehenden Ausmaß eines Hundertsatzes der vertraglich festgelegten Tarife zu leisten:

1. abnehmbarer Zahnersatz:

- | | |
|---|------|
| a) bei totaler Kunststoffprothese als Dauerversorgung | 25 % |
| b) bei Neuherstellung von Kunststoffprothesen – Platten, Zähnen, Klammern und Saugern (gleichgültig, ob die letztgenannten Leistungen im Zusammenhang mit Kunststoff- oder Metallgerüstprothesen erbracht werden) | 25 % |
| c) bei Reparaturen von Kunststoffprothesen bzw. Reparaturen von Metallgerüstprothesen im Kunststoffbereich | 25 % |
| d) bei Neuherstellung von Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern | 25 % |
| e) bei Reparaturen von Metallgerüstprothesen im Metallbereich | 25 % |
| f) bei Vollmetallkrone an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskrone und Bandkrone mit gegossener Kaufläche) | 25 % |
| g) bei Verblendmetallkeramikkrone an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen | 25 % |

2. festsitzender Zahnersatz:

- | | |
|--|------|
| a) Keramikfacierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich | 25 % |
| b) Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich | 25 % |
| c) Vollgusskrone (Metallkrone) | 25 % |
| d) Brückenglied Metall (Vollguss) | 25 % |
| e) Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker, u.a.) | 25 % |

f) Implantat 25 %

(5) Kosten werden von der SVS nur für Arbeiten in allgemein körperverträglichem Material und einwandfreier Ausführung übernommen. Muss aus medizinischen Gründen (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen ein Verträglichkeitsmaterial) für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die SVS in diesen Fällen für die Differenzkosten auf das höherwertige Material einen Zuschuss im nachstehenden Ausmaß:

1. Differenzzuschuss bei Metallgerüstprothesen für anders geeignetes Material (Titan) 29,07 €
2. Differenzzuschuss bei Kunststoffprothesen für anders geeignetes Material (methacrylatfreier Kunststoff) 23,62 €

(6) Bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten betragen die Kostenzuschüsse für unentbehrlichen Zahnersatz in Form des festsitzenden:

- | | |
|--|----------|
| a) Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich | 156,25 € |
| b) Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich | 130,81 € |
| c) Vollgusskrone (Metallkrone) | 94,47 € |
| d) Brückenglied Metall (Vollguss) | 79,94 € |
| e) Funktionell notwendiges Halteelement für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg, Druckknopf, Anker, u.a.) | 34,88 € |

(7) § 34 gilt entsprechend.

Kostenzuschuss zu Mundhygiene

§ 44. Zu den Kosten für Maßnahmen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und der Kiefer einschließlich der dazugehörigen Gewebe wird dem Versicherten für sich und seine Angehörigen (§ 78 BSVG) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ein Kostenzuschuss in der Höhe von 35,00 € pro Kalenderjahr für Mundhygiene und – bei Vorliegen von Parodontose oder Parodontitis – maximal zweimal pro Kalenderjahr in der Höhe von 40,00 € für Parodontalbehandlung gewährt.

Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlungen)

§ 45. (1) Kieferregulierungen werden erbracht

- a) bei nachstehenden Fehlbildungen sowie
- b) jedenfalls bei nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gem. Anlage 11,

sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen gem. § 46 oder § 50 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen sowie IOTN-Grad 5p,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer; insbesondere IOTN-Grad 5h,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer, insbesondere IOTN-Grad 4x,
4. totale Nonokklusion, insbesondere IOTN-Grad 4l,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 4c, 3c und 2c,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet, insbesondere IOTN-Grad 4f,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren, insbesondere IOTN-Grade 4e und 3e,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5m, 4m, 4b, 3b und 2b,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss, insbesondere IOTN-Grade 5a und 4a,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen, insbesondere jegliche Grade von IOTN 4 und 5 sowie die in Z 1 bis 9 genannten Indikationen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei hat der Versicherte zu den tariflichen Kosten pro Behandlungsjahr auf Basis abnehmbarer Geräte eine Zuzahlung in der Höhe von 30 % zu leisten.

Wird an Stelle der kieferorthopädischen Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte eine Behandlung auf Basis festsitzender Geräte erbracht, beträgt der Kostenzuschuss pro Behandlungsjahr bzw. Reparaturen 70 % der mit Vertragszahnbehandlern vereinbarten Tarifsätze für Behandlungen auf Basis abnehmbarer Geräte.

(2) Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern nicht möglich ist, betragen die Kostenzuschüsse für

1. Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlungen) 80 % des Rechnungsbetrages, höchstens pro Behandlungsjahr 661,50 €
2. Reparaturkosten an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaturen

Satzung - Neufassung

- a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes35,70 €
- b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates45,50 €
- c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube54,60 €

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen gem. Abs. 1 Z 1 bis 11 oder andere Fehlstellungen durch kleine kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kieferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss in folgender Höhe erbracht:

1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundvorhofplatte inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen wird 49,05 €
2. Positioner/Aligner inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr 72,67 €
3. individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung 49,05 €
4. Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene 50,00 €

(4) § 34 gilt entsprechend.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 95a BSVG)

§ 46. (1) Die kieferorthopädische Beratung wird im Umfang der Anlage 12 Punkt I. als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt, frühestens, wenn beim Patienten die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang der Anlage 12 Punkt II. werden als Sachleistungen durch Vertragspartner oder in Eigenen Einrichtungen erbracht, 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 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. Diese Leistungen werden nicht erbracht, wenn IOTN 1 oder 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 45 und Abs. 2 Z 1 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN Grades mit der Behandlung gem. Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung 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 oder 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.

Satzung - Neufassung

- 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 in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn 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,
5. der Leistungserbringer folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden:
 - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland oder 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. Ausland
 und 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 alle diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

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

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 45 erhält. Abweichend davon werden für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommende Leistungen nach den Abs. 4 oder 5 gewährt, wenn der Anspruchsberechtigte die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Abs. 4 oder 5 erfüllt und der 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 erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten 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 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 nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

(8) Der Kostenzuschuss für Behandlungen nach Abs. 4 und 5 gebührt dem Versicherten bei Erfüllung der Voraussetzungen der Bestimmung über den Kostenzuschuss bei Erbringung von Leistungen nach § 95a Abs. 3 BSVG in der Höhe von 80 % der vertraglich festgelegten Tarife zum Zeitpunkt des Behandlungsendes, maximal in der Höhe von 80 % des Rechnungsbetrages. Der Kostenzuschuss wird grundsätzlich erst nach Abschluss der Behandlung und Nachweis des Behandlungserfolges gem. Abs. 7 Z 1 und 2 gewährt. Die SVS gewährt für die Leistungen nach Abs. 5 nach Vorlage von Teilrechnungen von Wahlkieferorthopäden durch den Versicherten maximal folgende Teilbeträge des Erstattungsbetrages vor Abschluss der Behandlung, wenn eine Vorabgenehmigung vorliegt:

1. 45% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn fällt;
2. 25% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist;

Satzung - Neufassung

3. 30% des Vertragstarifes für die kieferorthopädische Hauptbehandlung für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende fällt.

Hilfsmittel

§ 47. (1) Das Ausmaß des Zuschusses darf bei

1. Körperersatzstücken und Krankenfahrstühlen das 20fache,
2. sonstigen Hilfsmitteln das 8fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) nicht übersteigen.

(2) Bei der Anschaffung von orthopädischen Schuhen werden von den Kosten des nichtorthopädischen Teiles nur 50 % übernommen, es sei denn, es handelt sich um eine in § 87 Abs. 4 lit.a BSVG genannte Person. Das Ausmaß der Kostenübernahme sowohl für den orthopädischen Teil als auch für den nichtorthopädischen Teil bestimmt sich nach dem jeweils zwischen der Wirtschaftskammer Österreich, Bundesinnung der Schuhmacher und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger vereinbarten Tarif, wobei der Zuschuss insgesamt den Höchstbetrag gemäß Abs. 1 Z 2 nicht übersteigen darf.

(3) Werden Hilfsmittel leihweise zur Verfügung gestellt, gebührt bei Selbstbeschaffung dieser Hilfsmittel durch den Versicherten kein Kostenzuschuss, falls die leihweise Benützung eines gleichwertigen Hilfsmittels durch die SVS nachweislich angeboten wurde.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über einen Fonds finanziert wird

§ 48. Hat der Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über einen Landesfonds bzw. einen sonstigen Fonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung besteht, erbringt die SVS pro Verpflegstag einen Pflegekostenzuschuss im Ausmaß von 90 % von 266,87 €. Für die Inanspruchnahme einer Tages- bzw. Nachtambulanz beträgt der Kostenzuschuss 45 % des Tagespauschalsatzes.

Übergangsbestimmungen bei Fehlen von vertraglichen Regelungen

§ 49. (1) Solange und soweit vertragliche Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Vertragspartner nicht bestehen, wird ein Kostenzuschuss im Ausmaß von 80 % jener Tarifposition gewährt, die sich aus dem Gesamtvertrag mit den niedergelassenen Ärzten ergibt und die mit der erbrachten Leistung von der Art und dem Aufwand in personeller und medizintechnischer Hinsicht am ehesten vergleichbar ist. Ausgenommen davon sind die kieferorthopädische Hauptbehandlung (§ 50) sowie die in der Anlage 1 unter „Tarif für sonstige Leistungen der ärztlichen Hilfe“ gelisteten Leistungen.

(2) Die Kostenzuschüsse für ärztliche Hilfe bzw. dieser gleichgestellte Leistungen werden jedoch nur bis zu folgenden Höchstsätzen, maximal aber in Höhe von 80 % der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten, gewährt:

Für nichtärztliche Psychotherapie

Für die Behandlung durch einen nichtärztlichen Psychotherapeuten wird ein Zuschuss in folgender Höhe geleistet:

für eine Einzelsitzung ab 50 Min. 40,00 €

für eine Einzelsitzung ab 25 Min. 23,34 €

für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Min. pro Person. 13,34 €

für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Min. pro Person. 9,34 €

Die Rechnungen haben die verwendete Therapieart und eine Begründung für die Behandlung zu enthalten.

Für Krankenbehandlung durch freiberufliche Heilmasseure (§ 46 MMHmG)**Massagetherapie**

Manuelle Heilmassage pro Sitzung Mindestdauer: 15 Minuten 5,31 €

Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären 15,47 €

Lymphödemen bzw. Phlebödem mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten 9,29 €

Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Mindestdauer 30 Minuten 4,02 €

Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten) Mindestdauer: 45 Minuten 5,41 €

Unterwasserdruckstrahlmassage Mindestdauer: 10 Minuten 15,47 €

Bindegewebsmassage

Elektrophysikalische Behandlung

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer Strom Mindestdauer: 10 Minuten 1,98 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie Mindestdauer: 20 Minuten 1,98 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom Mindestdauer: 20 Minuten 1,98 €

Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation) Mindestdauer: 20 Minuten 1,98 €

Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation Mindestdauer: 20 Minuten 1,98 €

Niederfrequenztherapie: 2,49 €

Zweizellenbad Mindestdauer: 20 Minuten

Satzung - Neufassung

Vierzellenbad; Mindestdauer: 20 Minuten	3,19 €
Hydroelektrisches Vollbad	
Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,85 €
Mittelfrequenztherapie: z. B. sterodyn. Strom Interferenzstrom, Nemectrodyn, Wymoton	
Mindestdauer: 15 Minuten	1,98 €
Hochfrequenz-, Ultraschall-, Phototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle Mindestdauer: 10 Minuten	1,98 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer: 5 Minuten pro Region; mehr als 2 Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung	2,22 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer: 10 Minuten	1,14 €
Heißluft Mindestdauer: 10 Minuten	2,22 €
Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Paraffin, Fango, Parafango Mindestdauer: 20 Minuten	5,75 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit Mindestdauer: 20 Minuten	1,72 €
Munaripackung Mindestdauer: 20 Minuten	5,75 €
Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole, Schwefel Mindestdauer: 20 Minuten	4,61 €
Moorschwebstoffbad Mindestdauer: 20 Minuten	4,61 €
Kohlensäurebad Mindestdauer: 20 Minuten	4,61 €
Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	14,17 €

(3) Für nach Maßgabe des § 94 BSVG erbrachte Leistungen aus der medizinischen Hauskrankenpflege werden für die Dauer des Fehlens einer vertraglich sichergestellten Beistellung durch den Versicherungsträger bzw. für die Dauer des Fehlens eines Vertragsverhältnisses im Sinne des Sechsten Teiles des ASVG bzw. eines Vertrages mit einer entsprechenden Einrichtung, zu deren Aufgaben u.a. die Erbringung von Leistungen aus der medizinischen Hauskrankenpflege zählt, Kostenzuschüsse im nachstehenden Ausmaß gewährt:

1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten 8,64 €
2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um 2,88 €
3. Als Wegegebühr je gefahrenen Kilometer 80 % des jeweiligen amtlichen Kilometergeldes. Der Kostenzuschuss darf 80 % der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen.

(4) Die Kostenzuschüsse für Leistungen anderer Vertragspartner im Sinne der §§ 338 ff ASVG werden, soweit die Satzung nichts anderes bestimmt, in der Höhe des Betrages geleistet, der sich nach den vom Dachverband für die betreffenden Vertragspartner abgeschlossenen Tarifvereinbarungen ergibt.

(5) Die Kostenzuschüsse für sonstige Leistungen der ärztlichen Hilfe werden für die Dauer des Fehlens vertraglicher Regelungen in folgender Höhe gewährt:

1. Sonderleistungen

Paravertebrale Nervenblockade	15,72 €
Plethysmographie	21,90 €
Rheographie	21,09 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion	36,59 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse	35,04 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittlereenergetischen Bereich (fokussierte ESWT)	192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58 €
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90 €
Radiosynoviorthese	136,80 €
Lasik-Behandlung	250,80 €
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)	54,50 €
Radiofrequenzablation der Schilddrüse	275,00 €
Osteopathie	16,34 €
Cataraktoperation/Kataraktoperation (einschl. Iridotomie)	840,94 €
Spiroergometrie	171,71 €
2. Physikalische Behandlungen

Satzung - Neufassung

2.1 Heilmassage	
Lymphdrainage	15,55 €
Bindegewebsmassage	15,55 €
Apparative Druckwellenmassage: z. B. Lymphapress (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie bei Lymphödemen der Extremitäten)	7,78 €
Intermittierende Druckmassage: z. B. Vasotrain	7,78 €
2.2 Heilgymnastik	
Spezialgymnastik (Neurophysiologische Bewegungsübungen): z. B. Bobath, PNF, Vojta	
pro Behandlung zu 30 Minuten	19,55 €
pro Behandlung zu 45 Minuten	27,25 €
2.3 Thermische Anwendung	
Kryotherapie: z. B. Kryogel, Coldpack	3,05 €
2.4 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie: Ultrareizstrom, diadynamischer Strom, Impulsgalvanisation, je	3,49 €
Niederfrequenztherapie: Niederfrequente Wechselströme, TNS (transkutane Nervenstimulation)	3,92 €
Mittelfrequenztherapie: Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom, Nemectrodyn, Wymoton	4,80 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes: z. B. Hochvolttherapie	3,49 €
2.5 Magnetfeldtherapie	
Magnetfeldtherapie	4,43 €
2.6 Hydrophysikalische Behandlung	
Unterwasserdruckstrahlmassage	7,05 €
Kohlensäurebad	7,05 €
Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,72 €
3. Laboruntersuchungen	
Lipidelektrophorese	34,81 €
Bence-Jones-Nachweis	4,36 €
PRIST (Gesamt-IgE)	27,47 €
RAST	15,12 €
Effektive-Thyroxine-Ration (ETR)	18,68 €
Extractible nuklear antigen (ENA)	12,86 €
Laktose-Intoleranz-Test	25,00 €

Kostenzuschuss für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung

§ 50. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 46 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der SVS zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrages nach § 343e ASVG), wird für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, ein Kostenzuschuss von 50 % des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 45 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer geleistet, wenn der Versicherte einen Kieferorthopäden in Anspruch genommen hat, der die in § 46 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Der Kostenzuschuss wird erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung erbracht. Die SVS erbringt Teilbeträge vor Abschluss der Behandlung, wenn die SVS durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde die Voraussetzungen nach § 46 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 46 Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

Diese Teilbeträge werden maximal in folgender Höhe erbracht:

- a) 45 % für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn fällt;
- b) 25 % für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist;
- c) 30 % für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende fällt.

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

Vierter Teil

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Krankheitsverhütung, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation

Abschnitt I

Versicherte und Angehörige nach dem GSVG

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge

§ 51. (1) Die Betriebshilfe nach § 100 Abs. 2 Z 4 GSVG kann auch durch eine Beteiligung der SVS an Einrichtungen, die Betriebshilfe durch Bereitstellung dafür geeigneter Personen betreiben, erbracht werden.

(2) Reisekosten im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit nach § 100 Abs. 2 Z. 1 und 2 GSVG sowie im Zusammenhang mit Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach § 169 Abs. 2 Z. 1 GSVG werden entsprechend § 29 Abs. 2 bis 6 dieser Satzung übernommen.

(3) Transportkosten werden im Zusammenhang mit der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach § 169 Abs. 2 Z. 1 GSVG für Personen übernommen, deren Einkommen das Zweifache der jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 GSVG) nicht übersteigt, wenn die medizinische Notwendigkeit des Transportes ärztlich bestätigt wird.

(4) Ist bei Benützung eines Privatfahrzeuges für den Transport die Erstellung einer Kostenrechnung nicht möglich, so wird der Kostenersatz nach dem amtlichen Kilometertarif gewährt.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung

§ 52. Reisekosten im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Krankheitsverhütung nach § 101 Abs. 1 Z 1 bis 3 GSVG werden entsprechend § 29 Abs. 2 bis 6 dieser Satzung übernommen.

Rehabilitation

§ 53. (1) Reisekosten werden im Zusammenhang mit der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pensionsversicherung entsprechend § 29 Abs. 2 bis 7 dieser Satzung gewährt.

(2) Transportkosten werden für Personen übernommen, deren Einkommen das Zweifache der jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 GSVG) nicht übersteigt, wenn der Versicherte (der Angehörige) infolge seines Gesundheitszustandes nicht imstande ist, allein oder mit einer Begleitperson öffentliche Verkehrsmittel zu benützen.

(3) Ist bei Benützung eines Privatfahrzeuges für den Transport die Erstellung einer Kostenrechnung nicht möglich, so wird der Kostenersatz nach dem amtlichen Kilometertarif gewährt.

Abschnitt II

Versicherte und Angehörige nach dem BSVG

Übernahme der Reise(Fahrt)- und Transportkosten bei medizinischen

Maßnahmen der Rehabilitation, Maßnahmen

zur Festigung der Gesundheit u. a.

§ 54. (1) Die im Zusammenhang mit der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation gemäß § 152 Abs. 1 Z 1 bis 3 BSVG, § 96a Abs. 2 Z 1 bis 3 BSVG und von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge gemäß § 161 Abs. 2 Z 1 und 2 BSVG entstandenen Transportkosten werden übernommen. Bei Transporten mit einem privaten Kraftfahrzeug gilt dies mit der Maßgabe, dass das monatliche Einkommen (Erwerbseinkommen gemäß § 56 Abs. 1 BSVG, Pension bzw. eine gleichgestellte Leistung) den sich jeweils gemäß § 96a Abs. 7 Z 2 letzter Halbsatz BSVG ergebenden Betrag nicht übersteigt. Die §§ 34 und 36 Abs. 4, 5 und 6 gelten entsprechend.

(2) Fahrt(Reise)kosten im Zusammenhang mit der Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gemäß § 100 Abs. 2 Z 1 und 2 BSVG und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge gemäß § 161 Abs. 2 Z 1 und 2 BSVG werden seitens der SVS nur für die gruppenweise organisierte Anreise von Kindern bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres übernommen.

Fünfter Teil

Unfallversicherung

Abschnitt I

Melde- Versicherungs- und Beitragsrecht

Meldungen und Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung

Meldung nur unfallversicherter Personen (§ 37 ASVG)

§ 55. (1) Die Meldungen sind

1. für die gemäß § 7 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten Personen von der versicherten Person selbst,
2. für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e ASVG teilversicherten Personen vom Büro der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen;
3. für die nach § 8 Abs. 1 Z 3 lit. g ASVG teilversicherten Einzelorgane und Mitglieder von Kollektivorganen durch die in Betracht kommende gesetzliche berufliche Vertretung (kollektivvertragsfähige Berufsvereinigung);
4. für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG teilversicherten Personen vom jeweils zuständigen Bundesministerium;

innen einem Monat bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu erstatten.

(2) Die An- und Abmeldung ist schriftlich zu erstatten und hat alle für die Durchführung der Versicherung wesentlichen Angaben zu enthalten.

Beitragsgrundlage und Beitragssatz

für teilversicherte Personen gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG

(§ 74 Abs. 2 ASVG)

§ 56. (1) Der Beitrag für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten Personen beträgt 0,5 von Hundert einer kalendertäglichen Beitragsgrundlage, die einheitlich für alle in Betracht kommenden versicherten Personen mit 29,69 € festgesetzt wird.

(2) Die Beitragsgrundlage nach Abs. 1 ist mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2021, unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) zu vervielfachen. Der vervielfachte Betrag ist auf Cent zu runden.

Vorschreibung, Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge

für teilversicherte Personen in der Unfallversicherung nach dem ASVG

(§§ 55, 58 Abs. 7 ASVG)

§ 57. (1) Die Beiträge für die gemäß § 7 Z 3 lit. c ASVG und § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, g und j ASVG teilversicherten Personen sind im Monat Oktober für das Kalenderjahr vorzuschreiben, mit Ablauf des Vorschreibemonats fällig und innerhalb eines Monats nach Fälligkeit zu entrichten.

(2) Die Beiträge nach Abs. 1 sind von folgenden Personen zu entrichten:

1. für die gemäß § 7 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten Personen von diesen selbst,
2. für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e ASVG teilversicherten Personen von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen,
3. für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. g ASVG teilversicherten Personen von der in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretung (kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung) und
4. für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG teilversicherten Personen vom Bund (zuständigen Bundesministerium).

(3) Die Beiträge für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten Personen, die in einer Einrichtung untergebracht sind, die der medizinischen Rehabilitation oder Gesundheitsvorsorge dient, sind spätestens im ersten Quartal des auf die Unterbringung folgenden Kalenderjahres vorzuschreiben, mit Ablauf des Vorschreibemonats fällig und innerhalb eines Monats nach Fälligkeit zu entrichten.

Vorschreibung und Fälligkeit

der Beiträge für nur unfallversicherte Personen nach dem BSVG

(§ 33 Abs. 1 BSVG)

§ 58. (1) Für gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 BSVG versicherte Personen, die nicht gleichzeitig der Pflichtversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung nach dem BSVG unterliegen, werden die Beiträge einmal jährlich vorgeschrieben. Die Beiträge sind im Monat April vorzuschreiben und mit dem Ablauf des Vorschreibemonats fällig.

(2) Die Beiträge für Personen, deren land/forstwirtschaftliche Tätigkeit in der Ausübung der sich aus einer Jagd- oder Fischereipachtung ergebenden Berechtigung besteht, sind im Monat Oktober vorzuschreiben und mit Ablauf des

Vorschreibemonats fällig. Sie sind zum Fälligkeitstermin zur Gänze von der versicherten Person (Betriebsinhaber) zu entrichten.

**Beitragsgrundlage, Beitrag bzw. Beitragseinziehung
für persönlich haftende Gesellschafter einer offenen Gesellschaft (OG)
bzw. einer Kommanditgesellschaft (KG) in der Unfallversicherung
(§ 30 Abs. 6 BSVG)**

§ 59. (1) Gemäß § 30 Abs. 6 BSVG wird die kalendertägliche Beitragsgrundlage für Personen, deren land/forstwirtschaftliche Tätigkeit in der Ausübung der sich aus einer Jagd- oder Fischereipachtung ergebenden Berechtigung besteht, sowie für gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 BSVG pflichtversicherte Gesellschafter einer OG und unbeschränkt haftende Gesellschafter einer KG, mit 25,14 € festgesetzt. Als Beitrag sind 2 % dieser Beitragsgrundlage zu entrichten.

(2) Die Beitragsgrundlage nach Abs. 1 ist mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2021, unter Bedachtnahme auf § 47 BSVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) zu vervielfachen. Der vervielfachte Betrag ist auf Cent zu runden.

(3) Für die Einziehung der Beiträge gelten, soweit nichts anderes bestimmt ist, die §§ 33 bis 40 BSVG entsprechend.

**Form des Beitrittes, Beitragsgrundlage
und Beitragssatz in der Selbstversicherung
(§§ 76b Abs. 1, 77 Abs. 3 ASVG bzw. § 30 Abs. 7 BSVG)**

§ 60. (1) Der Beitritt zur Selbstversicherung erfolgt durch schriftliche Erklärung, die alle für deren Durchführung wesentlichen Angaben, insbesondere die Bezeichnung der gewählten Beitragsgrundlage, enthält.

(2) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist nach Wahl der versicherten Person ein Betrag von 21,63 € oder 43,26 € oder 86,63 €.

(3) An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2021, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) vervielfachten und auf Cent gerundeten Beträge.

(4) Die Beitragsgrundlage nach Abs. 2 kann mit Wirkung ab Beginn des der Antragstellung folgenden Kalender- vierteljahres verändert werden.

(5) Der Beitragssatz beträgt 1,9 %.

**Fälligkeit der Beiträge zur Selbstversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG
(§ 78 Abs. 1 ASVG)**

§ 61. Für die Fälligkeit und die Einzahlung der Beiträge für die nach § 19 Abs. 1 Z. 1 und Z. 2 ASVG in der Unfallversicherung selbstversicherten Personen ist § 35 GSVG sinngemäß anzuwenden.

**Anmeldung zur Höherversicherung
sowie Beginn und Ende der Höherversicherung
(§§ 20 Abs. 1, 37 ASVG)**

§ 62. (1) Die Anmeldung, die Abmeldung und die Wahl der zusätzlichen Bemessungsgrundlage ist schriftlich zu erstatten.

(2) Die Höherversicherung beginnt mit dem auf die Antragstellung folgenden Tag.

(3) Die Höherversicherung endet mit dem Ende des Kalendermonats, in dem die Abmeldung eingelangt ist oder, wenn der fällige Beitrag nicht binnen einem Monat nach schriftlicher Mahnung vollständig gezahlt wurde, mit dem Ende des Monats, für den zuletzt ein Beitrag vollständig entrichtet wurde, spätestens jedoch mit dem Ende des Kalendermonats, in dem die der Höherversicherung zu Grunde liegende Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. a ASVG beendet wurde.

**Dauer der Beitragspflicht, Vorschreibung,
Fälligkeit und Entrichtung der Beiträge zur Höherversicherung
(§ 78 Abs. 2 ASVG)**

§ 63. (1) Beitragspflicht besteht für die Dauer der Höherversicherung. § 27 Abs. 3 GSVG ist sinngemäß anzuwenden. Bei unterjährigem Beginn bzw. Ende der Höherversicherung ist der Beitrag nach § 77 Abs. 4 ASVG aliquot vorzuschreiben.

(2) Die zusätzliche Bemessungsgrundlage nach § 77 Abs. 4 ASVG kann mit Wirkung ab Beginn des der Antragstellung folgenden Kalendervierteljahres verändert werden.

(3) Für die Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge ist § 35 GSVG sinngemäß anzuwenden.

Abschnitt II

Leistungsrecht

1. Unterabschnitt

Gemeinsame Bestimmungen für versicherte Personen nach ASVG und BSVG

Kostenersatz anstelle von Unfallheilbehandlung

(§§ 194a ASVG bzw. 148t BSVG)

§ 64. (1) Versehrten Personen ohne Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine anderweitige Behandlung in Anspruch genommen haben, welche den Erfordernissen einer Unfallheilbehandlung (§ 189 Abs. 1 ASVG, § 148p Abs. 1 BSVG) entspricht, gebührt ab Eintritt des Versicherungsfalles gegen Vorlage der saldierten Rechnung ein Kostenersatz bzw. Kostenzuschuss in jener Höhe, auf die krankenversicherte Personen bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen nach dem GSVG bzw. BSVG Anspruch haben.

(2) Begeben sich versehrte Personen im Sinne des Abs. 1 zu einer Unfallheilbehandlung ins Ausland, obwohl eine gleichwertige Leistung im Inland erhältlich gewesen wäre, ist der Ersatz dieser Behandlungskosten höchstens in dem Ausmaß zu leisten, das bei einer Inanspruchnahme einer vergleichbaren inländischen Einrichtung bezahlt werden müsste.

2. Unterabschnitt

Versicherte Personen nach dem ASVG

Unfallheilbehandlung

(§ 192 ASVG)

§ 65. Unfallheilbehandlung im Sinne der §§ 189 bis 193 ASVG wird in einem Unfallkrankenhaus der AUVA, in einem Rehabilitationszentrum der AUVA oder der SVS bzw. in Einrichtungen, an denen die SVS beteiligt ist oder in einer anderen Krankenanstalt, soweit diese mit der SVS in einem Vertragsverhältnis über Unfallheilbehandlung steht, ab dem Eintritt des Versicherungsfalles gewährt.

Reise- (Fahrt-) und Transportkosten

(§ 189 Abs. 2 ASVG)

§ 66. (1) Reise- (Fahrt-) und Transportkosten werden im Zusammenhang mit der Erbringung der Unfallheilbehandlung im Sinne des § 65 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln im jeweils notwendigen Ausmaß nach Maßgabe der folgenden Regelungen ersetzt.

(2) Versehrte, denen die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel unter Beachtung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes zumutbar ist, erhalten den Ersatz von Reise- (Fahrt-) Kosten zur Unfallheilbehandlung oder zur Anpassung von Hilfsmitteln gemäß Abs. 1

1. bei Vorlage von Belegen für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel in Höhe dieser Belege, bei Bahnfahrten begrenzt mit den Tarifen der zweiten Klasse,
2. anderenfalls erfolgt der Ersatz in Höhe von 0,14 € je Fahrkilometer.

(3) Für Begleitpersonen von Versehrten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder von Versehrten, denen die alleinige Benützung öffentlicher Verkehrsmittel unter Beachtung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes nicht zugemutet werden kann, erfolgt der Ersatz bei Vorlage von Belegen für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nach Z 1, andernfalls in Höhe von 0,05 € je Fahrkilometer.

(4) Für Versehrte, denen aufgrund ihres allgemeinen Gesundheitszustandes die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar ist, werden Transportkosten zur Unfallheilbehandlung oder zur Anpassung von Hilfsmitteln gemäß Abs. 1 wie folgt übernommen bzw. werden folgende Kosten ersetzt: Geleistet wird die medizinisch erforderliche Art des Transportes (sitzend oder liegend) mit einem dafür entsprechend ausgestatteten Beförderungsmittel.

(5) Bei Benützung eines privaten Personenkraftwagens durch Versehrte, denen die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar ist, erfolgt der Ersatz in Höhe von 0,42 € je Fahrkilometer, bei Benützung eines Taxis in Höhe der ortsüblichen Kosten. Im Übrigen werden Transportkosten in Höhe bestehender Vereinbarungen des Leistungserbringers mit dem Dachverband (den Sozialversicherungsträgern) übernommen. Bestehen keine solchen Vereinbarungen, ist hilfsweise der Tarif des Roten Kreuzes für Sozialversicherungsträger heranzuziehen.

(6) Der Transport zur Unfallheilbehandlung mit einem Luftfahrzeug im Inland wird übernommen, wenn wegen des Zustandes des Versehrten oder wegen der Dringlichkeit des Falles eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und dieser Umstand durch einen Arzt bescheinigt und von der SVS anerkannt wird. Die Kosten eines medizinisch notwendigen, vertraglich nicht geregelten Transportes mit einem Flächenflugzeug werden in der notwendigen Höhe ersetzt. Hubschraubertransporte werden bei medizinischer Notwendigkeit und in Höhe vereinbarter Tarife übernommen. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, werden Hubschraubertransporte nur bis zu folgender Höhe übernommen:

Satzung - Neufassung

1. Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

a) Primärtransporte pauschal:	1.821,97 €
b) Sekundärtransporte pauschal:	2.125,00 €

2. Für Flugtransporte nach sonstigen Arbeitsunfällen:

a) Primärtransporte pauschal:	948,27 €
b) Sekundärtransporte pauschal:	1.275,00 €

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

(7) Transportkosten zur Unfallheilbehandlung mit einem Luftfahrzeug aus dem Ausland werden nur dann übernommen, wenn der Rückholflug insbesondere im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden örtlichen Behandlungsmöglichkeiten medizinisch notwendig ist.

Anfall der Versehrtenrente für teilversicherte selbständig erwerbstätige und für selbstversicherte Personen**(§ 204 Abs. 3 ASVG)**

§ 67. Den nach § 7 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten öffentlichen Verwaltern und den nach den §§ 8 und 19 ASVG Unfallversicherten, für die die SVS gemäß § 28 Z 2 ASVG sachlich zuständig ist, wird die Versehrtenrente oder an deren Stelle das Versehrtengeld ab dem 29. Tag nach dem Eintritt des Versicherungsfalles gewährt, wenn der Lebensunterhalt der versehrten Person gefährdet ist.

Auszahlung des Familien- und Taggeldes sowie des Versehrtengeldes nach § 212 Abs. 1 ASVG**(§ 104 Abs. 1 ASVG)**

§ 68. Das Familien- bzw. Taggeld aus der Unfallversicherung sowie das Versehrtengeld gemäß § 212 Abs. 1 ASVG werden für zwei Wochen im Nachhinein ausgezahlt.

3. Unterabschnitt**Versicherte Personen nach dem BSVG****Zahnersatz infolge eines Arbeitsunfalles****(§ 148p Abs. 3 BSVG)**

§ 69. Besteht Anspruch auf einen infolge eines Arbeitsunfalles erforderlichen Zahnersatz, erfolgt die Leistungserbringung in entsprechender Anwendung des § 43.

Teilersatz der Ersatzarbeitskräfte**(§ 148u BSVG)**

§ 70. (1) Der Teilersatz für Ersatzarbeitskräfte beschränkt sich auf unaufschiebbare und notwendige Betriebsarbeiten, die von der versehrten Person regelmäßig ausgeübt wurden, während einer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit oder für den Fall des durch einen Versicherungsfall verursachten Todes. Das Ausmaß des Ersatzes beträgt 9,50 € je Arbeitsstunde, bei Inanspruchnahme des Teilersatzes in pauschaler Form 34,00 € je Einsatztag. Er gebührt während der ersten 90 Einsatztage eines Versicherungsfalles bis zu 8 Stunden täglich, für weitere Einsätze bis zu 6 Stunden täglich. Er wird längstens für 6 Monate ab Einsatzbeginn, bei Inanspruchnahme des Teilersatzes in pauschaler Form frühestens ab dem 7. Einsatztag nach Einsatzbeginn, gewährt; bei einem Versicherungsfall mit tödlichem Ausgang bis zu 2 Jahre nach dem Todesfall für jährlich höchstens 140 Einsatztage. Der Teilersatz darf 80 % der dem Einsatzbetrieb erwachsenen Kosten nicht übersteigen. § 34 gilt entsprechend.

(2) Im Falle von vertraglichen Vereinbarungen mit Organisationen bzw. einzelnen selbständigen Betriebshelfern gilt Abs. 1 sinngemäß.

Sechster Teil**Schlussbestimmungen****Übergangsbestimmung für die Reduktion des Kostenanteils auf 5 Prozent**

§ 71. (1) Für Versicherte nach § 13 Abs. 3 Z 1, die bereits vor dem 1. April 2020 neuerlich alle Gesundheitsteilziele (§ 13 Abs. 3 Z 1 letzter Absatz der Satzung der SVS, avsv Nr. 153/2019) erreicht haben, tritt die Reduktion des Kostenanteils von Amts wegen mit 1. April 2020 für die Restdauer der noch offenen Reduktionsdauer nach § 13 Abs. 3 Z 1 lit. a oder b ein.

(2) Die Reduktion des Kostenanteils von Amts wegen unterbricht die Dauer nach § 13 Abs. 3 Z 1 lit. a oder b nicht.

Inkrafttreten der Satzung

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

(2) Abweichend zu Abs. 1 treten mit 1. April 2020 in Kraft: § 13 Abs. 4 und 5, § 49 Abs. 2, die Anlagen 1, 2 und 3 in der Fassung des 1. Zusatzprotokolles zum Gesamtvertrag mit der Österreichischen Ärztekammer sowie die Anlage 6

in der Fassung des 31. Zusatzprotokolles zum Verrechnungsübereinkommen mit der Österreichischen Zahnärztekammer.

(3) Bei bereits bis zum 31. März 2020 begonnenen Therapieserien kommt für die bis zum 31. Dezember 2021 durchgeführten Behandlungen § 49 Abs. 2 in der bis zum 31. März 2020 geltenden Fassung zur Anwendung.

Anlage 1

**Vergütungstarif für ärztliche Hilfe
nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG**

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Honorarnoten über geleistete ärztliche Hilfe werden Kostenersätze unter Zugrundelegung der im Rahmen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 1. Zusatzprotokolles erbracht, soweit nachstehend nicht andere Punktwerte oder Eurobeträge angeführt sind. Sofern die Leistungen durch eine Gruppenpraxis erbracht wurden, werden die Kostenersätze um 7 Prozent reduziert.

Im Falle der Inanspruchnahme von Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem im vorstehenden Absatz genannten Gesamtvertrag (in der Honorarordnung) nicht geregelt sind, erstattet die SVS je Behandlung bzw. Untersuchung 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

Der Punktwert für die einzelnen Leistungen beträgt:

a) für Grundleistungen (ausgenommen Pos. A1, A2, E11, E12, E3)	0,6627 €
b) für Pos. A1, A2, E11, E12 und E3	1,0476 €
c) für die übrigen Leistungen des Honorartarifes	0,6627 €

Ausnahmen:

Honorarabschnitt A	VIII. (34a-f)	0,5850 €
Honorarabschnitt A	Xb	1,0600 €
Honorarabschnitt A	XI.	0,5029 €
Honorarabschnitt A	XIII.	0,5552 €
Honorarabschnitt A	XIV	1,7480 €

Für folgende Leistungen beträgt der Punktwert: 1,2372 €

Pos. 12.01, 12.07, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Dermatologie in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 12.12, wenn die Leistung von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht wird.

Pos. 1.01, 4.20, 5.03, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01, 3.16, 4.20 und 7.02, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01 und 4.20, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Honorarabschnitt D		1,2372 €
Honorarabschnitt E	R1a, R1b	0,5871 €
	R3a – R5b	0,5552 €
	R9a – R18, R20a	0,5679 €
	R101 – R808	0,5460 €

Tarif für sonstige Leistungen der ärztlichen Hilfe:

1. Sonderleistungen		
Paravertebrale Nervenblockade		15,72 €
Plethysmographie		21,90 €
Rheographie		21,09 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion		36,59 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse		35,04 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittellenergetischen Bereich (fokussierte ESWT)		192,00 €

Satzung - Neufassung

Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58 €
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90 €
Radiosynoviorthese	136,80 €
Lasik-Behandlung	250,80 €
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)	54,50 €
Radiofrequenzablation der Schilddrüse	275,00 €
Osteopathie	16,34 €
Kataraktoperation/Kataraktoperation (einschl. Iridotomie)	840,94 €
Spiroergometrie	171,71 €
2. Physikalische Behandlungen	
2.1 Heilmassage	
Lymphdrainage	15,55 €
Bindegewebsmassage	15,55 €
Apparative Druckwellenmassage: z. B. Lymphapress (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie bei Lymphödemen der Extremitäten)	7,78 €
Intermittierende Druckmassage: z. B. Vasotrain	7,78 €
2.2 Heilgymnastik	
Spezialgymnastik (Neurophysiologische Bewegungsübungen): z. B. Bobath, PNF, Vojta	
pro Behandlung zu 30 Minuten	19,55 €
pro Behandlung zu 45 Minuten	27,25 €
2.3 Thermische Anwendung	
Kryotherapie: z. B. Kryogel, Coldpack	3,05 €
2.4 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie:	
Ultrareizstrom, diadynamischer Strom, Impulsgalvanisation, je	3,49 €
Niederfrequenztherapie:	
Niederfrequente Wechselströme, TNS (transkutane Nervenstimulation)	3,92 €
Mittelfrequenztherapie:	
Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton	4,80 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes: z. B. Hochvolttherapie	3,49 €
2.5 Magnetfeldtherapie	
Magnetfeldtherapie	4,43 €
2.6 Hydrophysikalische Behandlung	
Unterwasserdruckstrahlmassage	7,05 €
Kohlensäurebad	7,05 €
Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,72 €
3. Laboruntersuchungen	
Lipidelektrophorese	34,81 €
Bence-Jones-Nachweis	4,36 €
PRIST (Gesamt-IgE)	27,47 €
RAST	15,12 €
Effektive-Thyroxine-Ration (ETR)	18,68 €
Extractible nuklear antigen (ENA)	12,86 €
Laktose-Intoleranz-Test	25,00 €

Zuschüsse für der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten	40,00 €
b) für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten	23,34 €
c) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Minuten pro Person	13,34 €
d) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Minuten pro Person	9,34 €
2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur	
2.1 Manuelle Heilmassage	
Pro Sitzung; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,31 €

Satzung - Neufassung

Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödemen mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten	15,47 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Mindestdauer 30 Minuten	9,29 €
Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Mindestdauer 45 Minuten	4,02 €
Unterwasserdruckstrahlmassage Mindestdauer 10-15 Minuten	5,41 €
Bindegewebsmassage	15,47 €
2.2 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer Strom; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	2,49 €
Niederfrequenztherapie: Vierzellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	3,19 €
Hydroelektrisches Vollbad Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,85€
Mittelfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Mindestdauer 15 Minuten	1,98 €
2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,22 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,14 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,22 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,75 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,72 €
2.5 Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,61 €
2.6 Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	14,17 €

Zuschüsse für medizinische Hauskrankenpflege

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die SVS pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten 8,64 €
 2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um 2,88 €
 3. Als Wegegebühr je gefahrenen Kilometer 80 % des jeweiligen amtlichen Kilometersgeldes.
- Der Kostenzuschuss darf 80 % der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen.

Tarif für Flugrettungstransporte

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:	
Primärtransporte pauschal	1.821,97 €
Sekundärtransporte pauschal	2.125,00 €
Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:	
Primärtransporte pauschal	948,27 €
Sekundärtransporte pauschal	1.275,00 €
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	894,93 €

Anlage 2

Vergütungstarif für ärztliche Hilfe nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Honorarnoten über geleistete ärztliche Hilfe werden Kostenersätze unter Zugrundelegung der im Rahmen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 1. Zusatzprotokolles erbracht, soweit nachstehend nicht andere Punktwerte oder Eurobeträge angeführt sind. Sofern die Leistungen durch eine Gruppenpraxis erbracht wurden, werden die Kostenersätze um 7 Prozent reduziert.

Im Falle der Inanspruchnahme von Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem im vorstehenden Absatz genannten Gesamtvertrag (in der Honorarordnung) nicht geregelt sind, erstattet die SVS je Behandlung bzw. Untersuchung 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

Der Punktwert für die einzelnen Leistungen beträgt:

a) für Grundleistungen (ausgenommen Pos. A1, A2, E11, E12, E3)	0,7455 €
b) für Pos. A1, A2, E11, E12 und E3	1,1786 €
c) für die übrigen Leistungen des Honorartarifes	0,7455 €

Ausnahmen:

Honorarabschnitt A	VIII. (34a-f)	0,6581 €
Honorarabschnitt A	Xb	1,1925 €
Honorarabschnitt A	XI.	0,5658 €
Honorarabschnitt A	XIII.	0,6246 €
Honorarabschnitt A	XIV	1,9665 €

Für folgende Leistungen beträgt der Punktwert:

Pos. 12.01, 12.07, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Dermatologie in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 12.12, wenn die Leistung von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht wird.

Pos. 1.01, 4.20, 5.03, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01, 3.16, 4.20 und 7.02, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01 und 4.20, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Honorarabschnitt D		1,3918 €
Honorarabschnitt E	R1a – R1b	0,6605 €
	R3a – R5b	0,6246 €
	R9a – R18, R20a	0,6389 €
	R101 – R808	0,6143 €

Tarif für sonstige Leistungen der ärztlichen Hilfe:

1. Sonderleistungen

Satzung - Neufassung

Paravertebrale Nervenblockade	15,72 €
Plethysmographie	21,90 €
Rheographie	21,09 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion	36,59 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse	35,04 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittlereenergetischen Bereich (fokussierte ESWT)	192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58 €
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90 €
Radiosynoviorthese	136,80 €
Lasik-Behandlung	250,80 €
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)	54,50 €
Radiofrequenzablation der Schilddrüse	275,00 €
Osteopathie	16,34 €
Cataraktoperation/Kataraktoperation (einschl. Iridotomie)	840,94 €
Spiroergometrie	171,71 €
2. Physikalische Behandlungen	
2.1 Heilmassage	
Lymphdrainage	15,55 €
Bindegewebsmassage	15,55 €
Apparative Druckwellenmassage: z. B. Lymphapress (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie bei Lymphödemen der Extremitäten)	7,78 €
Intermittierende Druckmassage: z. B. Vasotrain	7,78 €
2.2 Heilgymnastik	
Spezialgymnastik (Neurophysiologische Bewegungsübungen): z. B. Bobath, PNF, Vojta	
pro Behandlung zu 30 Minuten	19,55 €
pro Behandlung zu 45 Minuten	27,25 €
2.3 Thermische Anwendung	
Kryotherapie: z. B. Kryogel, Coldpack	3,05 €
2.4 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie: Ultrareizstrom, diadynamischer Strom, Impulsgalvanisation, je	3,49 €
Niederfrequenztherapie: Niederfrequente Wechselströme, TNS (transkutane Nervenstimulation)	3,92 €
Mittelfrequenztherapie: Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom, Nemectrobyn, Wymoton	4,80 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes: z. B. Hochvolttherapie	3,49 €
2.5 Magnetfeldtherapie	
Magnetfeldtherapie	4,43 €
2.6 Hydrophysikalische Behandlung	
Unterwasserdruckstrahlmassage	7,05 €
Kohlensäurebad	7,05 €
Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,72 €
3. Laboruntersuchungen	
Lipidelektrophorese	34,81 €
Bence-Jones-Nachweis	4,36 €
PRIST (Gesamt-IgE)	27,47 €
RAST	15,12 €
Effektive-Thyroxine-Ration (ETR)	18,68 €
Extractible nuklear antigen (ENA)	12,86 €
Laktose-Intoleranz-Test	25,00 €

Zuschüsse für der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten	40,00 €
b) für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten	23,34 €

Satzung - Neufassung

c) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Minuten pro Person	13,34 €
d) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Minuten pro Person	9,34 €
2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur	
2.1 Manuelle Heilmassage	
Pro Sitzung; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,31€
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödemen mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten	15,47 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Mindestdauer 30 Minuten	9,29 €
Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Mindestdauer 45 Minuten	4,02 €
Unterwasserdruckstrahlmassage Mindestdauer 10-15 Minuten	5,41 €
Bindegewebssmassage	15,47 €
2.2 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer Strom; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	2,49 €
Vierzellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	3,19 €
Hydroelektrisches Vollbad Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,85 €
Mittelfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Mindestdauer 15 Minuten	1,98 €
2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,22 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,14 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,22 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,75 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,72 €
2.5 Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,61 €
2.6 Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	14,17 €

Zuschüsse für medizinische Hauskrankenpflege

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die SVS pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

Satzung - Neufassung

- | | |
|---|--------|
| 1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten | 8,64 € |
| 2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um | 2,88 € |
| 3. Als Wegegebühr je gefahrenen Kilometer 80 % des jeweiligen amtlichen Kilometergeldes.
Der Kostenzuschuss darf 80 % der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen. | |

Tarif für Flugrettungstransporte

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:	
Primärtransporte pauschal	1.821,97 €
Sekundärtransporte pauschal	2.125,00 €
Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:	
Primärtransporte pauschal	948,27 €
Sekundärtransporte pauschal	1.275,00 €
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	
	894,93 €

Anlage 3

**Vergütungstarif für ärztliche Hilfe
nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 91 GSVG**

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Honorarnoten über geleistete ärztliche Hilfe werden Kostenersätze unter Zugrundelegung der im Rahmen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 1. Zusatzprotokolles erbracht, soweit nachstehend nicht andere Punktwerte oder Eurobeträge angeführt sind. Sofern die Leistungen durch eine Gruppenpraxis erbracht wurden, werden die Kostenersätze um 7 Prozent reduziert.

Im Falle der Inanspruchnahme von Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem im vorstehenden Absatz genannten Gesamtvertrag (in der Honorarordnung) nicht geregelt sind, erstattet die SVS je Behandlung bzw. Untersuchung 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

Der Punktwert für die einzelnen Leistungen beträgt:

a) für Grundleistungen (ausgenommen Pos. A1, A2, E11, E12, E3)	0,7870 €
b) für Pos. A1, A2, E11, E12 und E3	1,2440 €
c) für die übrigen Leistungen des Honorartarif	0,7870 €

Ausnahmen:

Honorarabschnitt A	VIII. (34a-f)	0,6947 €
Honorarabschnitt A	Xb	1,2588 €
Honorarabschnitt A	XI.	0,5972 €
Honorarabschnitt A	XIII.	0,6593 €
Honorarabschnitt A	XIV	2,0758 €

Für folgende Leistungen beträgt der Punktwert: 1,4692 €

Pos. 12.01, 12.07, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Dermatologie in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 12.12, wenn die Leistung von Angehörigen des Fachgebietes Urologie in der eigenen Ordination erbracht wird.

Pos. 1.01, 4.20, 5.03, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Allgemeinmedizinern in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01, 3.16, 4.20 und 7.02, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Innere Medizin in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 4.07, 4.08, 7.02 und 12.93, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Kinder- und Jugendheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Pos. 1.01 und 4.20, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Lungenheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.

Honorarabschnitt D		1,4692 €
Honorarabschnitt E	R1a, R1b	0,6972 €
	R3a – R5b	0,6593 €
	R9a – R18, R20a	0,6744 €

R101 – R808

0,6484 €

Tarif für sonstige Leistungen der ärztlichen Hilfe:

1. Sonderleistungen	
Paravertebrale Nervenblockade	15,72 €
Plethysmographie	21,90 €
Rheographie	21,09 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion	36,59 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse	35,04 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittlereenergetischen Bereich (fokussierte ESWT)	192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niedereenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90
Radiosynoviorthese	136,80
Lasik-Behandlung	250,80
Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung)	54,50
Radiofrequenzablation der Schilddrüse	275,00
Osteopathie	16,34
Kataraktoperation/Kataraktoperation (einschl. Iridotomie)	840,94
Spiroergometrie	171,71
2. Physikalische Behandlungen	
2.1 Heilmassage	
Lymphdrainage	15,55 €
Bindegewebsmassage	15,55 €
Apparative Druckwellenmassage: z. B. Lymphapress (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie bei Lymphödemen der Extremitäten)	7,78 €
Intermittierende Druckmassage: z. B. Vasotrain	7,78 €
2.2 Heilgymnastik	
Spezialgymnastik (Neurophysiologische Bewegungsübungen):	
z. B. Bobath, PNF, Vojta	
pro Behandlung zu 30 Minuten	19,55 €
pro Behandlung zu 45 Minuten	27,25 €
2.3 Thermische Anwendung	
Kryotherapie: z. B. Kryogel, Coldpack	3,05 €
2.4 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie:	
Ultrareizstrom, diadynamischer Strom, Impulsgalvanisation, je	3,49 €
Niederfrequenztherapie:	
Niederfrequente Wechselströme, TNS (transkutane Nervenstimulation)	3,92 €
Mittelfrequenztherapie:	
Stereodynamischer Strom, Interferenzstrom, Nemectrobyn, Wymoton	4,80 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes: z. B. Hochvolttherapie	3,49 €
2.5 Magnetfeldtherapie	
Magnetfeldtherapie	4,43 €
2.6 Hydrophysikalische Behandlung	
Unterwasserdruckstrahlmassage	7,05 €
Kohlensäurebad	7,05 €
Hydroelektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,72 €
3. Laboruntersuchungen	
Lipidelektrophorese	34,81 €
Bence-Jones-Nachweis	4,36 €
PRIST (Gesamt-IgE)	27,47 €
RAST	15,12 €
Effektive-Thyroxine-Ration (ETR)	18,68 €
Extractible nuklear antigen (ENA)	12,86 €
Laktose-Intoleranz-Test	25,00 €

Zuschüsse für der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten	40,00 €
b) für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten	23,34 €
c) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Minuten pro Person	9,34 €
d) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Minuten pro Person	13,34 €
2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur	
2.1 Manuelle Heilmassage	
Pro Sitzung; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,31 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödem mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten	15,47 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Mindestdauer 30 Minuten	9,29 €
Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Mindestdauer 45 Minuten	4,02 €
Unterwasserdruckstrahlmassage Mindestdauer 10-15 Minuten	5,41 €
Bindegewebssmassage	15,47 €
2.2 Elektrophysikalische Behandlung	
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diodynamischer Strom; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Mindestdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	2,49 €
Vierzellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	3,19 €
Hydroelektrisches Vollbad	
Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,85 €
Mittelfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Mindestdauer 15 Minuten	1,98 €
2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwelle, Mikrowelle, Dezimeterwelle; Mindestdauer 10 Minuten	1,98 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,22 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,14 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,22 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,75 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,72 €
2.5 Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,61 €
2.6 Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	14,17 €

Zuschüsse für medizinische Hauskrankenpflege

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die SVS pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- 1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten 8,64 €
 - 2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um 2,88 €
 - 3. Als Wegegebühr je gefahrenen Kilometer 80 % des jeweiligen amtlichen Kilometergeldes.
- Der Kostenzuschuss darf 80 % der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen.

Tarif für Flugrettungstransporte

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

- Primärtransporte pauschal 1.821,97 €
- Sekundärtransporte pauschal 2.125,00 €

Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:

- Primärtransporte pauschal 948,27 €
- Sekundärtransporte pauschal 1.275,00 €

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 894,93 €

Anlage 4

Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Rechnungen der Zahnbehandler (Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Dentisten) über in Anspruch genommene Leistungen gemäß § 94 Abs. 1 GSVG werden Kostenersätze unter Zugrundelegung des mit der Österreichischen Zahnärztekammer abgeschlossenen Verrechnungsübereinkommens vom 1. Februar 1974 in der Fassung des 31. Zusatzprotokolles erbracht, soweit in der Folge keine abweichenden Eurotarife festgelegt werden.

Im Falle der Inanspruchnahme von Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 GSVG, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem vorstehenden Absatz genannten Verrechnungsübereinkommen bzw. Gesamtvertrag nicht geregelt sind, erstattet die SVS je erbrachter Leistung

- a) 30 Prozent der nachgewiesenen Kosten, wenn es sich um Leistungen handelt, die den in § 13 Abs. 2 genannten vergleichbar sind,
- b) in allen anderen Fällen 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

**1. Abschnitt:
 Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 Abs. 1 GSVG, die nicht in den Abschnitten 2 bis 9 geregelt sind:**

Pos.Nr.	Leistungsart	
1	Beratung	13,60 €
1a	Kieferorthopädische Beratung	18,60 €
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	19,70 €
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	8,00 €
4	Visite	33,80 €
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	25,40 €
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	19,80 €
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	31,00 €
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)	46,10 €
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	38,80 €
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	50,10 €
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	65,80 €
9	Aufbau mit Höckerdeckung	70,20 €

Satzung - Neufassung

10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn	104,70 €
11	Stiftverankerung	14,30 €
12	WB-Amputation	32,70 €
13	WB-Extirpation einkanalg	57,00 €
14	WB-Extirpation zweikanalg	114,00 €
15	WB-Extirpation dreikanalg	171,00 €
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	13,00 €
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	8,00 €
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	8,70 €
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall	4,30 €
20	Zahnsteinentfernung	11,40 €
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	5,40 €
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)	11,70 €
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	4,10 €
24	Zahnrontgen	6,70 €
25	Panoramarontgen	39,00 €
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)	6,60 €
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	137,50 €
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch Alveole in Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	135,00 €
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	137,50 €
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	65,70 €
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	65,90 €
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	28,20 €
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	32,80 €
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	38,30 €
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)	25,90 €
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	53,80 €
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	145,70 €
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	60,50 €
39	Plastische Lippen-, Wangen- und Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	63,70 €
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel	20,70 €
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament)	4,40 €
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich	38,80 €
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich	50,10 €
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich	65,80 €
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich	104,70 €

Die Positionen 62, 72, 82, 92 sind nur anwendbar für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, Schwangere und stillende Mütter.

Satzung - Neufassung

65	Mundhygiene für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 10. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres, während kieferorthopädischer Behandlung zweimal innerhalb eines Jahres	54,80 €
IB	Interzeptive Behandlung	945,00 €
RI	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung	65,20 €

Für Samstags-, Sonn-, Feiertags- und Nachtbehandlung (20 bis 7 Uhr) gelangen die doppelten Tarife zur Anwendung.

Für die bei Pos.Nr. 41 verwendeten Arzneien ist der amtliche Taxpreis maßgebend.

**2. Abschnitt:
Kunststoffprothetik abnehmbarer Zahnersatz**

I. Prothesen-Neuerstellung:		
1. Platte (jeder Größe)		235,00 €
2. Zahn, pro Einheit		15,00 €
3. Klammer (eine mehrarmige Klammer, jedoch nur in einfacher Ausführung)		15,00 €
4. Sauger		15,00 €
II. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung		910,00 €
III. Reparatur von Zahnersatzstücken:		
a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer		72,00 €
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)		86,00 €
c) Leistung gemäß a) und b) gemeinsam bzw. Leistungen gemäß a) oder b)		115,00 €
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator		129,00 €
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke		149,00 €

Werden bei totaler Unterfütterung von Prothesenstücken auch Leistungen nach a), b) oder c) notwendig, sind diese gesondert zu vergüten.

**3. Abschnitt:
Metallprothetik abnehmbarer Zahnersatz**

I. Prothesen-Neuerstellung:		
1. Metallgerüstprothese einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrühen und Zahnklammern.		710,25 €
2. Zahn pro Einheit		11,25 €
II. Reparatur von Zahnersatzstücken:		
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe		78,00 €
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer		93,75 €
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis		105,75 €

Reparaturen im Kunststoffbereich an Metallgerüstprothesen werden nach dem 2. Abschnitt III a) bis d) abgegolten. Die unter x) bis z) angeführten Leistungen werden gesondert abgegolten.

**4. Abschnitt:
Kronen an Klammerzähnen**

1. Voll-Metallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen (darunter sind Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche zu verstehen)	259,50 €
2. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrühen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	426,75 €

Abgegolten werden nur Kronen an Klammerzähnen, die zur Abstützung und zum Halt einer Prothese notwendig und geeignet sind.

**5. Abschnitt:
Kieferorthopädische Behandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr**

661,50 €

**6. Abschnitt:
Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten**

1. Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	35,70 €
2. Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	45,50 €
3. Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	54,60 €

**7. Abschnitt:
Zuschüsse für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung
und kleine kieferorthopädische Behelfe**

Einzelkrone	100,00 €
-------------	----------

Satzung - Neufassung

Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €
Geschiebe	139,53 €
Schädel – Fernröntgen	34,88 €
Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte	
Mundvorhofplatte inklusive Anpassung und Nachkontrolle	49,05 €
Positionier inklusive Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	72,67 €
Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro	
Kiefer inklusive Anpassung und Nachkontrolle nach Abschluss	
einer kieferorthopädischen Behandlung	49,05 €
Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene	50,00 €
Mundhygiene – einmal pro Kalenderjahr	35,00 €
Parodontalbehandlung bei Vorliegen von Parodontose oder Parodontitis – maximal zweimal pro	
Kalenderjahr	40,00 €

8. Abschnitt:**Tarif für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung in medizinischen Sonderfällen**

Bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation, Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation, Patienten mit extremer Atrophie der Kiefer- oder Kieferrelationen, die eine normale prothetische Versorgung nicht zulassen:

Einzeitige Implantation	305,23 €
Zweizeitige Implantation	523,24 €
Krone in Verbindung mit Implantation	313,95 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	197,67 €
Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
Inlay Stift	23,26 €
Stiftverankerung parapulpal je Stelle	29,07 €
Entfernung eines Implantates	29,07 €
Anker	69,77 €
Druckknopf	139,53 €
Magnetverankerung	139,53 €
Riegel	139,53 €
Steg	203,48 €
Stegkappe	104,65 €
Konuskrone	331,39 €
Krone kunststoffverblendet	244,18 €
Ringteleskopkrone	331,39 €
Teleskopkrone	331,39 €
Anfertigung einer Marylandbrücke	209,30 €
Voll-Porzellankrone	209,30 €

Anlage 5**Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG**

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Rechnungen der Zahnbehandler (Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Dentisten) über in Anspruch genommene Leistungen gemäß § 94 Abs. 1 GSVG werden Kostenersätze unter Zugrundelegung des mit der Österreichischen Zahnärztekammer abgeschlossenen Verrechnungsübereinkommens vom 1. Februar 1974 in der Fassung des 31. Zusatzprotokoll erbracht, soweit in der Folge keine abweichenden Eurotarife festgelegt werden.

Im Falle der Inanspruchnahme von Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 GSVG, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem vorstehenden Absatz genannten Verrechnungsübereinkommen bzw. Gesamtvertrag nicht geregelt sind, erstattet die SVS je erbrachter Leistung

- 30 Prozent der nachgewiesenen Kosten, wenn es sich um Leistungen handelt, die den in § 13 Abs. 2 genannten vergleichbar sind,
- in allen anderen Fällen 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

1. Abschnitt:
**Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 Abs. 1 GSVG, die
nicht in den Abschnitten 2 bis 9 geregelt sind:**

Pos.Nr.	Leistungsart	
1	Beratung	15,30 €
1a	Kieferorthopädische Beratung	20,93 €
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	22,16 €
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	9,00 €
4	Visite	38,03 €
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	28,58 €
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	22,28 €
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	34,88 €
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)	51,86 €
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	43,65 €
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	56,36 €
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	74,03 €
9	Aufbau mit Höckerdeckung	78,98 €
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn	117,79 €
11	Stiftverankerung	16,09 €
12	WB-Amputation	36,79 €
13	WB-Extirpation einkanalg	64,13 €
14	WB-Extirpation zweikanalg	128,25 €
15	WB-Extirpation dreikanalg	192,38 €
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	14,63 €
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	9,00 €
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	9,79 €
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall	4,84 €
20	Zahnsteinentfernung	12,83 €
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	6,08 €
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)	13,16 €
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	4,61 €
24	Zahnrontgen	7,54 €
25	Panoramaröntgen	43,88 €
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)	7,43 €
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	154,69 €
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch Alveole in Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	151,88 €
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	154,69 €
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	73,91 €
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	74,14 €
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	31,73 €
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	36,90 €

Satzung - Neufassung

34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	43,09 €
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)	29,14 €
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	60,53 €
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	163,91 €
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	68,06 €
39	Plastische Lippen-, Wangen- und Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	71,66 €
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel	23,29 €
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament)	4,95 €
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich	43,65 €
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich	56,36 €
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich	74,03 €
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich	117,79 €

Die Positionen 62, 72, 82, 92 sind nur anwendbar für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, Schwangere und stillende Mütter.

65	Mundhygiene für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 10. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres, während kieferorthopädischer Behandlung zweimal innerhalb eines Jahres	61,65 €
IB	Interzeptive Behandlung	1.063,13 €
RI	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung	73,35 €

Für Samstags-, Sonn-, Feiertags- und Nachtbehandlung (20 bis 7 Uhr) gelangen die doppelten Tarife zur Anwendung.

Für die bei Pos.Nr. 41 verwendeten Arzneien ist der amtliche Taxpreis maßgebend.

**2. Abschnitt:
Kunststoffprothetik abnehmbarer Zahnersatz**

I. Prothesen-Neuherstellung:	
1. Platte (jeder Größe)	264,38 €
2. Zahn, pro Einheit	16,88 €
3. Klammer (eine mehrarmige Klammer, jedoch nur in einfacher Ausführung)	16,88 €
4. Sauger	16,88 €
II. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung 1.023,75 €	
III. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	81,00 €
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	96,75 €
c) Leistung gemäß a) und b) gemeinsam bzw. Leistungen gemäß a) oder b)	129,38 €
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	145,13 €
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	167,63 €

Werden bei totaler Unterfütterung von Prothesenstücken auch Leistungen nach a), b) oder c) notwendig, sind diese gesondert zu vergüten.

**3. Abschnitt:
Metallprothetik abnehmbarer Zahnersatz**

I. Prothesen-Neuherstellung:	
1. Metallgerüstprothese einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrühen und Zahnklammern.	710,25 €
2. Zahn pro Einheit	11,25 €
II. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufrühe	78,00 €
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	93,75 €
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	105,75 €

Reparaturen im Kunststoffbereich an Metallgerüstprothesen werden nach dem 2. Abschnitt III a) bis d) abgegolten. Die unter x) bis z) angeführten Leistungen werden gesondert abgegolten.

Satzung - Neufassung

4. Abschnitt:**Kronen an Klammerzähnen**

1. Voll-Metallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen (darunter sind Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche zu verstehen)	259,50 €
2. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	426,75 €

Abgegolten werden nur Kronen an Klammerzähnen, die zur Abstützung und zum Halt einer Prothese notwendig und geeignet sind.

5. Abschnitt:**Kieferorthopädische Behandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr**

661,50 €

6. Abschnitt:**Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten**

1. Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	35,70 €
2. Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	45,50 €
3. Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	54,60 €

7. Abschnitt:**Zuschüsse für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung und kleine kieferorthopädische Behelfe**

Einzelkrone	100,00 €
Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €
Geschiebe	139,53 €
Schädel – Fernröntgen	34,88 €
Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte	
Mundvorhofplatte inklusive Anpassung und Nachkontrolle	49,05 €
Positioner inklusive Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	72,67 €
Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro Kiefer inklusive Anpassung und Nachkontrolle nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung	49,05 €
Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene	50,00 €
Mundhygiene – einmal pro Kalenderjahr	30,00 €
Parodontalbehandlung bei Vorliegen von Parodontose oder Parodontitis – maximal zweimal pro Kalenderjahr	40,00 €

8. Abschnitt:**Tarif für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung in medizinischen Sonderfällen**

Bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation, Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation, Patienten mit extremer Atrophie der Kiefer- oder Kieferrelationen, die eine normale prothetische Versorgung nicht zulassen:

Einzeitige Implantation	305,23 €
Zweizeitige Implantation	523,24 €
Krone in Verbindung mit Implantation	313,95 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	197,67 €
Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
Inlay Stift	23,26 €
Stiftverankerung parapulpal je Stelle	29,07 €
Entfernung eines Implantates	29,07 €
Anker	69,77 €
Druckknopf	139,53 €
Magnetverankerung	139,53 €
Riegel	139,53 €
Steg	203,48 €
Stegkappe	104,65 €
Konuskrone	331,39 €
Krone kunststoffverblendet	244,18 €
Ringteleskopkrone	331,39 €
Teleskopkrone	331,39 €
Anfertigung einer Marylandbrücke	209,30 €
Voll-Porzellankrone	209,30 €

Anlage 6

**Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz
nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG**

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Rechnungen der Zahnbehandler (Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Dentisten) über in Anspruch genommene Leistungen gemäß § 94 Abs. 1 GSVG werden Kostenersätze unter Zugrundelegung des mit der Österreichischen Zahnärztekammer abgeschlossenen Verrechnungsübereinkommens vom 1. Februar 1974 in der Fassung des 31. Zusatzprotokolles erbracht, soweit in der Folge keine abweichenden Eurotarife festgelegt werden.

Im Falle der Inanspruchnahme von Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 GSVG, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem vorstehenden Absatz genannten Verrechnungsübereinkommen bzw. Gesamtvertrag nicht geregelt sind, erstattet die SVS je erbrachter Leistung

- a) 30 Prozent der nachgewiesenen Kosten, wenn es sich um Leistungen handelt, die den in § 13 Abs. 2 genannten vergleichbar sind,
- b) in allen anderen Fällen 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 €.

**1. Abschnitt:
Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 Abs. 1 GSVG, die
nicht in den Abschnitten 2 bis 9 geregelt sind:**

Pos.Nr.	Leistungsart	
1	Beratung	16,15 €
1a	Kieferorthopädische Beratung	22,09 €
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	23,39 €
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	9,50 €
4	Visite	40,14 €
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	30,16 €
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	23,51 €
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	36,81 €
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)	54,74 €
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	46,08 €
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	59,49 €
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	78,14 €
9	Aufbau mit Höckerdeckung	83,36 €
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn	124,33 €
11	Stiftverankerung	16,98 €
12	WB-Amputation	38,83 €
13	WB-Extirpation einkanalig	67,69 €
14	WB-Extirpation zweikanalig	135,38 €
15	WB-Extirpation dreikanalig	203,06 €
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	15,44 €
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	9,50 €
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	10,33 €
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall	5,11 €
20	Zahnsteinentfernung	13,54 €
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	6,41 €
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)	13,89 €
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	4,87 €
24	Zahnrontgen	7,96 €
25	Panoramaröntgen	46,31 €

Satzung - Neufassung

26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)	7,84 €
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	163,28 €
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenauskratzung durch Alveole in Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	160,31 €
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	163,28 €
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	78,02 €
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	78,26 €
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	33,49 €
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	38,95 €
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	45,48 €
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)	30,76 €
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	63,89 €
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	173,02 €
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	71,84 €
39	Plastische Lippen-, Wangen- und Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	75,64 €
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel	24,58 €
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament)	5,23 €
62	Amalgamersetzende Einflächenfüllung im Seitenzahnbereich	46,08 €
72	Amalgamersetzende Zweiflächenfüllung im Seitenzahnbereich	59,49 €
82	Amalgamersetzende Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang im Seitenzahnbereich	78,14 €
92	Amalgamersetzender Aufbau mit Höckerdeckung im Seitenzahnbereich	124,33 €

Die Positionen 62, 72, 82, 92 sind nur anwendbar für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, Schwangere und stillende Mütter.

65	Mundhygiene für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 10. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmal innerhalb eines Jahres, während kieferorthopädischer Behandlung zweimal innerhalb eines Jahres	65,08 €
IB	Interzeptive Behandlung	1.122,19 €
RI	Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung	77,43 €

Für Samstags-, Sonn-, Feiertags- und Nachtbehandlung (20 bis 7 Uhr) gelangen die doppelten Tarife zur Anwendung.

Für die bei Pos.Nr. 41 verwendeten Arzneien ist der amtliche Taxpreis maßgebend.

2. Abschnitt: Kunststoffprothetik abnehmbarer Zahnersatz

I. Prothesen-Neuerstellung:	
1. Platte (jeder Größe)	279,06 €
2. Zahn, pro Einheit	17,81 €
3. Klammer (eine mehrarmige Klammer, jedoch nur in einfacher Ausführung)	17,81 €
4. Sauger	17,81 €
II. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung	1.080,63 €
III. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	85,50 €
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	102,13 €
c) Leistung gemäß a) und b) gemeinsam bzw. Leistungen gemäß a) oder b)	136,56 €
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen	

Zahnersatzstückes, Obturator	153,19 €
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	176,94 €

Werden bei totaler Unterfütterung von Prothesenstücken auch Leistungen nach a), b) oder c) notwendig, sind diese gesondert zu vergüten.

3. Abschnitt: Metallprothetik abnehmbarer Zahnersatz

I. Prothesen-Neuerstellung:

1. Metallgerüstprothese einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhfen und Zahnklammern.	710,25 €
2. Zahn pro Einheit	11,25 €

II. Reparatur von Zahnersatzstücken:

x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	78,00 €
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	93,75 €
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	105,75 €

Reparaturen im Kunststoffbereich an Metallgerüstprothesen werden nach dem 2. Abschnitt III a) bis d) abgegolten. Die unter x) bis z) angeführten Leistungen werden gesondert abgegolten.

4. Abschnitt: Kronen an Klammerzähnen

1. Voll-Metallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen (darunter sind Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche zu verstehen)	259,50 €
2. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufruhfen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	426,75 €

Abgegolten werden nur Kronen an Klammerzähnen, die zur Abstützung und zum Halt einer Prothese notwendig und geeignet sind.

5. Abschnitt: Kieferorthopädische Behandlung auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

661,50 €

6. Abschnitt: Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

1. Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	35,70 €
2. Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	45,50 €
3. Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	54,60 €

7. Abschnitt: Zuschüsse für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung und kleine kieferorthopädische Behelfe

Einzelkrone	100,00 €
Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €
Geschiebe	139,53 €
Schädel – Fernröntgen	34,88 €
Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte	
Mundvorhofplatte inklusive Anpassung und Nachkontrolle	49,05 €
Positioner inklusive Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	72,67 €
Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro	
Kiefer inklusive Anpassung und Nachkontrolle nach Abschluss	
einer kieferorthopädischen Behandlung	49,05 €
Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene	50,00 €
Mundhygiene – einmal pro Kalenderjahr	30,00 €
Parodontalbehandlung bei Vorliegen von Parodontose oder Parodontitis – maximal zweimal pro	
Kalenderjahr	40,00 €

8. Abschnitt: Tarif für sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung in medizinischen Sonderfällen

Bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation, Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation, Patienten mit extremer Atrophie der Kiefer- oder Kieferrelationen, die eine normale prothetische Versorgung nicht zulassen:

Einzeitige Implantation	305,23 €
Zweizeitige Implantation	523,24 €

Krone in Verbindung mit Implantation	313,95 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	197,67 €
Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
Inlay Stift	23,26 €
Stiftverankerung parapulpal je Stelle	29,07 €
Entfernung eines Implantates	29,07 €
Anker	69,77 €
Druckknopf	139,53 €
Magnetverankerung	139,53 €
Riegel	139,53 €
Steg	203,48 €
Stegkappe	104,65 €
Konuskrone	331,39 €
Krone kunststoffverblendet	244,18 €
Ringteleskopkrone	331,39 €
Teleskopkrone	331,39 €
Anfertigung einer Marylandbrücke	209,30 €
Voll-Porzellankrone	209,30 €

Anlage 7**Kostenersatz für Kieferregulierungen nach § 85 Abs. 2 lit b GSVG im
Zusammenhalt mit § 94a GSVG**

Folgende Leistungen gemäß § 94a GSVG werden entsprechend dem Gesamtvertrag Kieferorthopädie als Sachleistung oder als Kostenersatz nach § 85 Abs. 2 lit b GSVG erbracht, sofern sie von einem Kieferorthopäden erbracht wurden.

1. Kieferorthopädische Beratung gemäß § 20 Abs. 1 18,60 €

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. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 20 Abs. 2 Z. 2 945,00 €

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 gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

3. Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung 65,20 €
4. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 20 Abs. 2 Z. 3 3.803,00 €

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) Bissregistrat,
- 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 gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

Anlage 8

Vergütungstarif für Leistungen der Anstaltspflege im Falle der Inanspruchnahme einer höheren Gebührenklasse nach § 96 Abs. 2 GSVG im Zusammenhang mit § 85 Abs. 2 lit. c GSVG

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Krankenhausrechnungen werden Kostenersätze für Sondergebühren und Operationen im nachfolgenden Ausmaß erbracht:

1. 80 Prozent der im jeweiligen Landesgesetzblatt in der am 1. Mai 2003 geltenden Fassung vorgesehenen Pauschalien für die bessere Verpflegung und Unterbringung der Patienten der Sonderklasse in Mehrbettzimmern, maximal 254,35 € pro Tag.
2. Falls die Anstaltspflege in der Sonderklasse einer Krankenanstalt in Anspruch genommen wird, für die landesgesetzlich kein Pauschale festgelegt ist, gilt nach Punkt 1. das Pauschale des nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses.
3. Neben den Kostenersätzen nach Punkt 1. bzw. 2. ein Tagespauschale von 27,25 € für operative Fälle und 46,80 € für nicht operative Fälle.
4. Für Operationen zuzüglich Assistenz und Narkose nach Maßgabe der jeweils geltenden Direktverrechnungsvereinbarung medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlungen des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs mit der Ärztekammer für Wien (Operationsgruppenschema), wobei
 - a) bei besonderer Schwierigkeit einer Operation und entsprechender Begründung die nächsthöheren Gruppen für Operationen und Assistenz zu vergüten sind,
 - b) bei den Operationsgruppen 1 und 2 eine Assistenzgebühr nur dann zu vergüten ist, wenn die Notwendigkeit begründet ist,
 - c) bei gleichzeitiger Ausführung von mehreren Operationen eine Operation, die nach dem Operationsgruppenschema am höchsten eingestuft ist, mit 100 Prozent des Operationshonorars zu vergüten ist. Für jede weitere Operation (in der gleichen oder niedrigeren Operationsgruppe) sind 50 Prozent des für die jeweilige Operationsgruppe vorgesehenen Operationshonorars zu vergüten. Es darf aber höchstens nur das Zweifache der am höchsten eingestuft Operation vergütet werden.

Operationen:

Gruppe 1	60 Punkte
Gruppe 2	135 Punkte
Gruppe 3	235 Punkte
Gruppe 4	450 Punkte
Gruppe 5	765 Punkte
Gruppe 6	1.115 Punkte
Gruppe 7	1.800 Punkte
Gruppe 8	2.700 Punkte

1. Assistenz:

Gruppe 1	– Punkte
Gruppe 2	30 Punkte
Gruppe 3	45 Punkte
Gruppe 4	85 Punkte
Gruppe 5	140 Punkte
Gruppe 6	225 Punkte
Gruppe 7	360 Punkte
Gruppe 8	450 Punkte

2. Assistenz:

Gruppe 1	– Punkte
Gruppe 2	– Punkte
Gruppe 3	– Punkte
Gruppe 4	40 Punkte
Gruppe 5	70 Punkte
Gruppe 6	110 Punkte
Gruppe 7	180 Punkte
Gruppe 8	270 Punkte

Narkose

(außer durch Fachärzte für Anästhesiologie)

Gruppe 1	– Punkte
----------	----------

Satzung - Neufassung

Gruppe 2	30 Punkte
Gruppe 3	35 Punkte
Gruppe 4	70 Punkte
Gruppe 5	85 Punkte
Gruppe 6	115 Punkte
Gruppe 7	180 Punkte
Gruppe 8	270 Punkte
Narkose (durch Fachärzte für Anästhesiologie)	
Gruppe 1	– Punkte
Gruppe 2	30 Punkte
Gruppe 3	35 Punkte
Gruppe 4	70 Punkte
Gruppe 5	210 Punkte
Gruppe 6	280 Punkte
Gruppe 7	450 Punkte
Gruppe 8	675 Punkte

Der Punktwert für die einzelnen Leistungen beträgt 0,5730 €.

Die nach Punkt 1. bis 4. gewährten Leistungen dürfen 80 Prozent des für den Sonderklasseaufenthalt in Rechnung gestellten Gesamtbetrages nicht übersteigen.

Anlage 9

Zuschüsse für tagesklinische Leistungen nach § 26 der Satzung

Pos.Nr.	Leistung	Operationsgruppe
	A. Augenheilkunde	
1	Botulinus-Injektion bei Blepharospasmus	I
2	Chalazion-Operation	I
3	Entfernung von Corneal- und Corneoscleralnähten nach Cataractop., Verletzungen oder refraktiver Chirurgie	I
4	Excision eines Lidtumores	I
5	Kleinere operative Eingriffe am Auge bei Kindern bis 14 a in AN	I
6	Lid- oder Tränensackincision	I
7	Operative generative Astigmatismuskorrektur	I
8	Photokoagulation von Retinopathien und Netzhautdefekten ein Auge	I
9	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Haem. Knotens einschl. Naht l. Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Naevi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk., Cysten)	I
10	Operation am Tränenröhrchen	I
11	Sondierung oder Spülung der Tränenwege bei Kindern bis zu 14 Jahren unter Narkose	I
12	Einfache Operation gegen das Ektropium und Entropium (Snellen'sche Naht)	II
13	Retrobulbäre Alkoholinjektion	II
14	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffertu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od eines Hygroms)	II
15	Flügelelloperation (Pterygium)	II
16	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	II
17	Argon-Laserbehandlung	II
18	Blepharochalasisoperation ein Auge	II
19	Epikantusoperation	II
20	Keilexcision eines Lides	II
21	Narbenkorrektur	II
22	Narbenkorrektur nach Schieloperationen	II
23	Operation des Pterygiums mit Bindehautplastik (ein Auge)	II
24	Operative Versorgung von unkomplizierten Bindehautverletzungen	II

Satzung - Neufassung

25	Operative Versorgung von Lidverletzungen	II
26	Photokoagulation von Retinopathien und Netzhautdefekten beide Augen	II
27	Spaltung von Strikturen der Tränenwege	II
28	Symblepharon-Operation	II
29	Tarsorrhaphie	II
30	YAG-Laserbehandlung (Nachstarmembran, Kapselfibrose) nicht blutig	II
31	Abtragung oder Reposition des Irisprolapses	III
32	Discision bei Cataracta secundaria	III
33	Exstirpation des Tränensackes	III
34	Hornhautnaht mit Entfernung	III
35	Iridotomie	III
36	Trichiasisoperation	III
37	Blepharochalasisoperation beider Augen	IV
38	Einfache Ptosisoperation mit Friedwald'scher Naht	IV
39	Iridektomie	IV
40	Keilexcision beider Lider	IV
41	Licht-oder Laserkoagulation bei Ablatio retinae	IV
42	Revisionsoperation nach Schieloperation	IV
43	Trabekulektomie	IV
44	Zyclokryoapplikation bei Glaukom	IV
45	Cataract-Operation	V
46	Cyclokryokoagulation	V
47	Endonasale Tränensackop. oder Operation nach Toti	V
48	Enucleatio bulbi	V
49	Evisceratio bulbi	V
50	Excimerlaser	V
51	Glaukomoperation	V
52	Irisnaht	V
53	Komplizierte Ptosisoperation	V
54	Lidplastischer Eingriff, wenn nicht kosmetisch	V
55	Membranotomie (YAG-Laser)	V
56	Operation bei ablatio retinae (Kryopexie)	V
57	Plastische Operation im Bereich der Lider bei Lidlähmung	V
58	Trabekuloplastik	V
59	Vitrektomie	V
60	Zyklophotokoagulation	V
61	Ablatiooperation mittels episkleraler- oder Ballonplombe	VI
62	Cataract-Operation mit Implantation einer intraokularen Linse	VI
63	Enucleatio bulbi mit Plombeneinpflanzung	VI
64	Fadenoperation nach Küppers	VI
	B. Chirurgie	
1	Incision eines oder mehrerer oberfl. gelegener eitriger Prozesse (auch Paronychie, Panaritium subc.)	I
2	Thermokaustik einer Fissura ani einschließlich Sphinkterdehnung	I
3	Karbunkel, operat. Beh.; Incision oder Paquelinisierung eines Karbunkels	I
4	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Haem. Knotens einschl. Naht 1. Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Naevi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk., Cysten)	I
5	Operation eines Unguis incarnatus in AN (auch Kinder)	I
6	Sekundärnaht > 5 cm (10 cm	I
7	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-	II

Satzung - Neufassung

	Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	
8	Amputation oder Enucleation einer Phalanx	II
9	Colostomieeröffnung	II
10	Entfernung eines tiefen, nicht tastbaren, jedoch röntgenologisch lokalisierten Fremdkörpers, auch Entfernung von Schrittmachersonden, Nägeln, Drähten	II
11	Excision einer einfachen Fistel aus der Haut und Muskulatur	II
12	Extraktion von Finger- und/oder Zehennägeln mit Nagelbetttoilette von 5 – 20 Nägeln in AN	II
13	Fistelondierung und Fistelfüllung	II
14	Incision einer ausgedehnten Phlegmone, eines tiefen Abszesses mittels schichtweiser Präparation, Incision einer periproktischen Eiterung	II
15	Sekundärnaht (> 10 cm)	II
16	Sequestrotomie klein	II
17	Sphinktermanometrie	II
18	Offene Biopsie	II
19	Excision einf. Fisteln a. d. Haut u. Muskulatur	II
20	Incision e. Mastitis, Phlegmone, od. e. periprokt. Absz.; Incis. e. ausgedehnten Phlegmone, einer periprokt. Eiterung, eines tiefen Abszesses m. schichtw. Präparation (Situsangabe)	II
21	Choledochoskopie, Choledochographie	III
22	Excision einer Analfissur u. perkutane Sphinkterotomie	III
23	Kleine Plastik (Thiersche – oder Reverdin-Plastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.Ä.)	III
24	Laparoskopie	III
25	Resektion eines kleinen Gelenkes	III
26	Schrittmacherbatteriewechsel (ohne Aggregat)	III
27	Techn. einf. Wechsel d. Schrittmachergerätes	III
28	Schwierige Op. gr. Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Radikalop. e. Rektalpolypen od. e. Rektalpolypengruppe)	III
29	Adhaesiolyse	IV
30	Appendektomie	IV
31	Colostomie, Enterostomie, Gastrostomie, extraperitonealer Colostomieverschluss	IV
32	Operation wegen Nabelfisteln	IV
33	Radikaloperation der Analfistel mit Sphinkterbeteiligung	IV
34	Radikaloperation einer Fistula ani ohne Sphinkterbeteiligung	IV
35	Radikaloperation einer Hernie	IV
36	Skribner-Shunt (bzw. AV-Shunt für Hämodialyse)	IV
37	Venenstripping einseitig	IV
38	Exstirpation eines größeren Lymphknotenpaketes (> 5 LK od. > 50 mm)	IV
39	Spalthauttransplantat > 2 cm (insb. nach Tumorexcisionen, traumat. Läsionen, Verbrennungen, incl. Exstirpation	IV
40	Vollhauttransplantat > 2 cm (insb. nach Tumorexcisionen, traumat. Läsionen, Verbrennungen, incl. Exstirpation	IV
41	Gestielte Lappenplastik > 5 x 5 cm	V
42	Radikaloperation von Varizen pro Aufenthalt beidseitig	V
43	Subcutane Mastektomie	V
	C. Orthopädie und orthopädische Chirurgie	
1	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
2	Redressement in Narkose bei Fingern, Zehen	II

Satzung - Neufassung

3	Arthroskopische subacromiale Dekompression (mit operativer Intervention)	III
4	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	III
5	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenkluxation	III
6	Kleine Sequestrotomie	III
7	Offene Tenotomie	III
8	Rectussehnnennaht, Achillessehnnennaht, Patellarnaht, Naht des Ligamentum patellae proprium	III
9	Resektion kleiner Gelenke (Finger, Zehen)	III
10	Sehnenlösung (nicht für schnellenden Finger)	III
11	Arthroskopische Operation eines Meniskus	IV
12	Arthrotomie bzw. Arthroskopie inklusive Probeexcision, Bridenlösung, Knorpelglättung o.Ä.	IV
13	Arthrotomie großer Gelenke	IV
14	Drainage eines großen Gelenkes (Saug-Spüldrainage)	IV
15	Endoprothesen bzw. Spacer von Fingern und Zehen bzw. Entfernung solcher	IV
16	Entfernung kleiner Endoprothesen	IV
17	Erweiterte Operation nach Hohmann	IV
18	Exostosenabmeißelung an den Röhrenknochen	IV
19	Mobilisation der Schulterkontraktur in AN	IV
20	Offene Probeexcision aus Gelenken oder Knochen (bei Tumoren, Arthritis)	IV
21	Operation der Epicondylitis	IV
22	Operation der Luxatio acromio-clavicularis	IV
23	Operation des Calcaneustranges	IV
24	Operation des Hallux valgus oder des Hallux rigidus nach jeder Methode	IV
25	Operation des hohen Calcaneus	IV
26	Operation eines Calcaneussporns	IV
27	Operation eines Carpaltunnelsyndroms und des Caput ulnare-Syndroms	IV
28	Patellarelease, -Bohrung	IV
29	Redressement bei Kontraktur des Hüft- o. Kniegelenkes	IV
30	Subcutane Sehnenplastik im Bereich großer Gelenke	IV
31	Synovektomie eines kleinen Gelenkes	IV
32	Totalexstirpation von Carpal- oder Tarsalknochen	IV
33	Verpflanzung, Plastik einer Sehne (Muskel, Faszie) an kleinen Gelenken (Finger, Zehen)	IV
34	Meniskusoperation, Entfernung einer Gelenksmaus	IV
35	Arthroskopische Kreuzbandplastik	V
36	Meniskus: inklusive Operation einer Chondropathie	V
37	Nukleotomie	V
38	Offene Klumpfußoperation bei Säuglingen und Kleinkindern	V
39	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur (einschließlich einer allfälligen Hautplastik)	V
40	Operation einer Kahnbeinpseudoarthrose	V
41	Operation im Handgelenkskelett inklusive Straub'scher Stabilisation	V
42	Operative Behandlung der Chondropathie	V
43	Osteoklase großer Knochen	V
44	Osteoklase großer Knochen bei Kindern bis zu 6 Jahren	V
45	Patellektomie inklusive Gips	V
46	Schiefhalsoperation einschließlich Gipsverband	V
47	Arthroplastik des Daumensattelgelenkes nach jeder Art	VI
48	Ausräumung kleiner Knochenzysten mit Knochentransplantation (bis 10 mm)	VI
49	Hohl- und Knickfußoperationen	VI

Satzung - Neufassung

50	Operation der habituellen Patellaluxation inkl. Gips	VI
51	Operation des Klumpfußes, Sichelfußes	VI
52	Transplantation einer Beugesehne	VI
	D. Unfallchirurgie	
1	Anlegen einer Abduktionsschiene	I
2	Unblutige Einrichtung u. 1. Verband (auch Extensionsverb.) bei Frakturen am OA, UA, US, Schlüsselb., Schulterbl., Mittelfuß, Mittelhand, Knöchel, Finger, Zehengrundphal. und Bandrupturen an Knie- und Sprunggelenken	II
3	Excision mittlerer Wunden (Wundtoilette) (Ausdehnung der Verl. ist anzugeben)	II
4	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
5	Amputation o. Arthrodese e. Fingers, einer Zehe, eines Finger- oder Zehengliedes, Korrektur e. Hammerzehe; Amputation od. Enucleation von Phalangen einschl. Naht u. event. Plastik	II
6	Sehnenstenosenop. (schnellender Finger)	II
7	Unblutige Revision von alten Knochenbrüchen und Umgipsen in Allgemein-, Plexus- oder Spinalanaesthesie	II
8	Entfernung tiefer Fremdkörper in Röntgenlokalisation	II
9	Entfernung von Osteosynthesematerial, klein	II
10	Unblutige Korrektur von Knochenbrüchen und Umgipsen (auch bei Brüchen ohne Stellungskorrektur)	II
11	Nachamputation	III
12	Arthroskopie großer Gelenke (diagnostisch + therapeutisch)	III
13	Sehennaht (mehr als 2 Sehnen od. große Sehne)/Bandnaht (z. B. Talussubluxation, Kniegelenksseitenband)	III
14	Entfernung von Osteosynthesematerial groß	III
15	Entnahme von Transplantationsmaterial aus einer vom Operationsgebiet entfernten Körperregion	III
16	Bandnaht von kleinen Gelenken	III
17	Transcutane Stiftfixation	III
18	Mobilisation von Gelenken in Narkose	III
19	Sehnenlösung (nicht für schnellenden Finger)	III
20	Arthrotomie	III
21	Stumpfkorrektur klein	III
22	Offene Tenotomie (Z B. Achillessehne)	III
23	Transfixationsgipsverband (mit durch den Knochen gebohrten Kirschner-Drähten)	III
24	Wundausschneidung und Naht groß	III
25	Fingernervennaht	III
26	Sehnenverlagerung, Sehnentransplantation im Bereich der Hand oder des Fußes	III
27	Entfernung von Fremdkörpern oder freien Körpern aus kleinen Gelenken oder von tief gelegenen Fremdkörpern, die röntgenologisch nicht lokalisierbar sind bzw. eines Nagels nach Knochennagelung	III
28	Styloidektomie, Fibulaosteotomie oder –resektion	III
29	Blutige Reposition v. Frakt. kl. Knochen bzw. Gelenke; unblutige Repos. d. Ellenbogen- und Kniegelenkslux. inkl. Verband	IV
30	Resektion e. kl. Gelenkes	IV
31	Meniskus-Gelenksmausop.; Korrekturresektion am Knochen	IV
32	Denervierungsop. (z. B. am Handgelenk)	IV
33	Osteosynthese von kleinen Röhrenknochen (inkl. Osteosynthesematerial)	IV
34	Exostosenabmeißelung	IV
35	Ellenköpfchenresektion	IV

Satzung - Neufassung

36	Plexusrevision	IV
37	Strecksehnenplastik	IV
38	Indicis proprius Plastik bei Rupt. der langen Daumenstrecksehne	IV
39	Freie Sehnentransplantation (freie Beugesehnenplastik)	IV
40	Neurolyse und Nervenverlagerung	IV
41	Dupuytren'sche Kontraktur, eine Extremität (Hand)	IV
42	Osteosynthese von großen Röhrenknochen (inkl. Osteosynthesematerial)	V
43	Kniegelenksarthroskopie mit therap. Intervention (z. B. Meniskusextraktion, Sharing)	V
44	Dupuytren'sche Kontraktur, beide Extremitäten (Hände)	V
45	Meniskuszyste	V
46	Sehnenplastik, Seitenbandplastik am Kniegelenk	V
47	blutige Reposition einer Fraktur oder traumatischen Luxation eines großen Knochens bzw. Gelenkes	V
	E. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	
1	Blockade des Nervus laryngeus superior	I
2	Entfernung eines Paukenröhrchens, ein- oder beidseitig in Narkose	I
3	Galvanokaustik der unteren und mittleren Nasenmuschel	I
4	Incision eines Peritonsillarabszesses in Narkose	I
5	Kieferhöhlenpunktion mittels Troikar und Legen einer Dauerdrainage	I
6	Parazentese in Allgemeinanästhesie	I
7	Reposition einer unkomplizierten Nasenbeinfraktur	I
8	Strukturdehnung der Speiseröhre in Allgemeinanästhesie	I
9	Abtragung von Polypen in Allgemeinanästhesie	I
10	Paracentese d. Trommelfelles oder Punktion bzw. Drainage der Paukenhöhle	I
11	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Haem. Knotens einschl. Naht 1. Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Naevi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk. Cysten)	I
12	Septumresektion nach Killian	I
13	Exstirpation kleiner Lymphknoten (LA oder Narkose)	II
14	Kleinere bis mittlere plastische Eingriffe im Gesichts-/Halsbereich mit Verschiebelappenplastik über 10 cm ² in Allgemeinanästhesie	II
15	Nasale Entfernung eines Choanenpolypen	II
16	Paukendrainage mit Absaugung und Einsetzen eines Paukenröhrchens in Allgemeinanästhesie	II
17	Reposition und Versorgung einer offenen Nasenbeinfraktur	II
18	Kleine plastische Operation	II
19	Abtragung von Polypen in Allgemeinanästhesie	II
20	Adenotomie; Entfernung von adenoiden Vegetationen	II
21	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
22	Endonasale Eröffnung der Kieferhöhle nach Mikulicz; Operative Eröffnung einer od. mehrerer Nasennebenhöhlen	II
23	Größere plastische Operationen, Korrektivplastik an den Ohren je Aufenthalt	III
24	Septumoperation nach Killian	III
25	Tonsillektomie bds., Chirurg. TE einseitig (doppelseitig 1 ½fach)	III
26	Abtragung von Gehörgangsexostosen unter dem OP-Mikroskop	IV
27	Direkte endolaryngeale operative Eingriffe	IV
28	Direkte Endoskopie der oberen Luftwege mit Probeexcision oder Fremdkörperextraktion	IV
29	Entfernung einer glandula submandibularis	IV
30	Entfernung einer medianen od. lateralen Halsfistel/Halszyste	IV

Satzung - Neufassung

31	Mikrochirurg. Eingriffe im Hypopharynx und Larynx	IV
32	Mikrolaryngoskopie mit Biopsieentnahme (Narkose)	IV
33	Operation einer Septumdeviation nach Cottle	IV
34	Endonasalendoskopische Nasennebenhöhlenoperation	V
35	Exstirpation einer praeaurikulären Fistel	V
36	Mikrochirurgische Operation am Larynx, Hypopharynx oder Trachea (mit Laser und OP-Mikroskop)	V
37	Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser, Abtragung von Tumoren und Decortikation (Narkose)	V
38	Otopexie	V
39	Plastische Operation der inneren oder äußeren Nase, Septumplastik in Allgemeinanästhesie	V
40	Tympanotomie oder Gehörgangsplastik	V
	F. Gynäkologie	
1	Abtragung ausgedehnter spitzer Kondylome in AN	I
2	Aufrichten des retroflektierten Uterus in Narkose	I
3	Elektrokauterisation der Portio	I
4	Incision eines oder mehrerer oberfl. gelegener eitriger Prozesse (auch Paronychie, Panaritium subc.)	I
5	Naht e. Dammrisses I. od. II. Grades oder Episiotomie einschließlich Naht	I
6	Exstirpation des Hymens	II
7	Exstirpation kleiner Geschwülste der Vagina und Vulva in AN	II
8	Abtragung eines Urethralpolypen	II
9	Exstirpation von Veränderungen der Vagina/Vulva mit Laser	II
10	Labienresektion	II
11	Operative Beendigung eines Abortus incompl. bis zum 2. Lunarmonat	II
12	Pertubation oder Hysterosalpingographie	II
13	Probeexcision aus der Portio, Vagina und Vulva (einschl. Naht oder Kauterisation) in AN	II
14	Vollständige Abrasio mucosae uteri (Vollcurettage)	II
15	Dammnaht II. Grades	II
16	Naht eines frischen Cervixrisses	III
17	Konisation	III
18	Amniocentese inkl. Ultraschalluntersuchung vor und nach der Punktion (inkl. Fremdlabor) und/oder Chorionzottenbiopsie	III
19	Cerclage nach Shirodkar	III
20	Douglaskopie	III
21	Exstirpation d. Bartholinischen Drüse	III
22	Gynäkologische Laparoskopie	III
23	Hysteroskopie mit therap. Eingriff	III
24	Kolpotomie	III
25	Mammaprobeexcision	III
26	Operative Beendigung eines Abortus incompl. nach dem 2. LM, Entfernung von Placentaresten post partum mit Curette	III
27	Pelviskopie (inkl. evtl. Tubendurchgangsprüfung)	III
28	Portioplastik	III
29	Punktion und Incision eines Douglasabszesses	III
30	Vaginale Incision eines tiefen Abszesses einschließlich vorheriger Probepunktion	III
31	Vakuumentextraktion	III
32	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	III
33	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung	IV

Satzung - Neufassung

34	Ein- oder beidseitige Tubenresektion, Tubenplastik oder Tubenunterbindung	IV
35	Laparoskopie mit Tubendurchtrennung (nur mit medizinischer Indikation)	IV
36	Pelviskopie mit Gewebsentnahme oder andere gynäkol. OP	IV
	G. Urologie	
1	Condylomabtragung in AN	I
2	Frenulotomie (Kinder)	I
3	Induratio penis plastica-Infiltration	I
4	Intravesicale Infiltration	I
5	Meatusplastik	I
6	Offene Hodenpunktion	I
7	Unterbindung oberflächlicher Arterien und Venen mit Präparation	I
8	Bougieurethrotomie bei der Frau	II
9	Circumcision	II
10	Cystoskopie und Biopsie der Blase	II
11	Cystoskopie und Splint und Pyelographie	II
12	Endourethrale Elektrokoagulation	II
13	Entfernung bzw. Wechsel eines Double-J. inkl. Kathetermaterial	II
14	Glans-Biopsie	II
15	Operation einer paraurethralen Cyste	II
16	Operation einer Urethalkarunkel	II
17	Otis-Urethrotomie	II
18	Perkutane Biopsie aus dem kleinen Becken od. Retroperitoneum	II
19	Prostatabiopsie in Narkose	II
20	Radikaloperation einer Phimose	II
21	Endovesicale Elektrokoagulation von Geschwüren	II
22	Exstirpation kleiner Harnröhrengeschwülste	II
23	Blasensteinertrümmerung kleiner Steine	III
24	Cystenpunktion und Verödung (Nierenzyste)	III
25	Cystotomie	III
26	Einlegen einer Harnleiterschleife (Double-J. aut simile)	III
27	Einlegen/Entfernen einer inneren Harnleiterschleife in Narkose	III
28	Entfernung eines Harnleitersteines mit Zeiß'scher Schlinge	III
29	Epididymektomie	III
30	Hodenbiopsie	III
31	Katheterismus und Sondierung beider Harnleiter oder beider Nierenbecken einschließlich Endoskopie	III
32	Nierencystenpunktion	III
33	Percutane Nephrostomie	III
34	Transurethrale Schlitzung eines Ureterenostiums	III
35	Transurethrale Entfernung von kleinen Steinen und Fremdkörpern	III
36	Transurethrale Ostienschlitzung	III
37	Ureteroskopie, Ureterorenoskopie	III
38	Urethrotomia interna	III
39	Anlegen einer Suprapubischen Harnableitung – Cystofix	III
40	Urethrotomia externa; Urethrotomia interna nach Sachse	III
41	Operation eines ringförmigen Urethralprolapses	III
42	Hodenpunktion mit Darstellung der Samenwege	IV
43	Implantation einer Hodenprothese (nicht bei Semikastratio)	IV
44	Nierenbiopsie	IV
45	Orchidopexie mit scrotalem Zugang	IV
46	Radikaloperation einer Hydrocele (auch Kinder)	IV

Satzung - Neufassung

47	Radikaloperation einer Varicocele	IV
48	Semikastratio	IV
49	Spermatozelen-Exstirpation	IV
50	Epididymo- oder Vasostomie – medizinische Begründung erforderlich (Zustand nach Vasektomie ausgeschlossen)	V
51	ESWL des kleinen Kelchsteines	V
52	Inguinale mikrochirurgische Plexusresektion des Plexus pampini formis bei Varicocele	V
53	Ligatur der vena spermatica interna	V
54	Operation eines Kryptorchismus	V
55	Operation eines Leistenhodens	V
56	Penisvenenresektion-Korrektur eines venösen Lecks	V
	H. Dermatologie	
1	Entfernung von Mollusca contagiosa in AN	I
2	Extraktion und Keilexcision eines Unguis incarnatus	I
3	Hautabszess-Incision in AN	I
4	Nageltrichophythie	I
5	Plantarwarzen	I
6	Unguis incarnatus in AN	I
7	Plantarwarze bei Kindern bis 14 a bzw. Op. in AN oder Lumbalanästhesie	I
8	Probeexcision mit Naht	I
9	Chirurg. Entfernung von Warzen in AN	I
10	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
11	Extraktion von Fingern- und/oder Zehennägeln mit Nagelbettoilette von 5 – 20 Nägeln in AN	II
12	Schwierige Op. gr. Geschwülste (Adenoma mammae, großes Lipom, Angiom, Radikalop. e. Rektalpolypen od.e. Rektalpolypengruppe)	III
13	Kleine Plastik (Thier'sche Plastik od. Reverdinplastik, Lippenspalte, Syndaktylie zweier Finger u.Ä.)	III
14	Gestielte Lappenplastik < 5 x 5 cm	IV
15	Spalthauttransplantat > 2 cm (insbesondere nach Tumorexcisionen, traumat. Läsionen, Verbrennungen, inkl. Exstirpation)	IV
16	Gestielte Lappenplastik > 5 x 5 cm	V
	I. Gefäßchirurgie	
1	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
2	Operation von Varizen, Excisionen, Crossectomie	III
3	Venenstripping pro Extremität (kein ausgedehnter Befund bzw. Weichteilschäden)	IV
4	Radikaloperation von Varizen (beide Extremitäten)	V
	J. Plastische und Wiederherstellungschirurgie sowie Neurochirurgie	
1	Nachfüllen einer Expanderprothese	I
2	Verbandwechsel in Vollnarkose (Säuglinge/Kleinkinder)	I
3	Operative Entfernung von Geschwülsten oder Abtragung e. Haem. Knotens einschl. Naht 1. Eingriff, Entf. kl. Geschw. (Warzen, Clavi, Naevi, kl. Ath. oder Fibrome, Fremdk., Cysten)	I
4	Entfernung tiefer Fremdkörper in Röntgenlokalisation	II
5	Offene Biopsie (insbesondere Muskelbiopsie)	II
6	Revision und/oder plastischer Verschluss kleinerer Wunden bis 2 cm	II
7	Dermabrasio bis 10 cm 2 nach Schreus	II

Satzung - Neufassung

8	Techn. einf. Op. größerer Geschw. (Gr. Fibrome, Atherome, Lipome, Schloffer-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
9	Op. Fremdkörperentfernung aus Weichteilen subcutan einschl. Naht; Entfernung von Fremdkörpern o. v. tiefgel. röntgenolog. nicht lokalisierten Fremdkörpern	III
10	Excision gr. Wunden u. Wundversorgung (Ausdehnung d. Verletzung ist anzugeben)	III
11	Fingernervennaht	III
12	Ohrmuschelkorrektur sowie andere plast. Operationen a. d. Ohrmuschel je Aufenthalt	III
13	Kleine Stiel- oder Schwenklappenplastik bis 5 cm	IV
14	Lidfeder-, Lidmagnetimplantation	IV
15	Neurolyse und Nervenlagerung	IV
16	Operation eines Carpaltunnelsyndroms und des Caput-Ulnare-Syndroms	IV
17	Partielle Fasciektomie bei Dupuytren'scher Kontraktur	IV
K. Lungenheilkunde		
1	Bronchoskopie (inkl. Biopsie)	I
2	Bronchoalveoläre Lavage (BAL)	II

Für die einzelnen Operationsgruppen werden folgende Kostenzuschüsse festgelegt:

OP-Gruppe I	23,11 €
OP-Gruppe II	46,30 €
OP-Gruppe III	79,81 €
OP-Gruppe IV	269,35 €
OP-Gruppe V	315,39 €
OP-Gruppe VI	369,17 €

Anlage 10

Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 13 Abs. 3 Z. 1 der Satzung

Als Gesundheits-Teilziele kommen ausschließlich in Betracht:

A. Bereich „Blutdruck“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Blutdruck normal (< 140 mmHg systolisch und < 90 mmHg diastolisch)	Blutdruck normal (< 140 mmHg systolisch und < 90 mmHg diastolisch)
Blutdruck erhöht (≥ 140 mmHg systolisch oder ≥ 90 mmHg diastolisch)	Blutdruck normal (< 140 mmHg systolisch und < 90 mmHg diastolisch)

B. Bereich „Gewicht“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Untergewicht (BMI < 18,5)	Normalgewicht (BMI 18,5 – 24,9)
Normalgewicht (BMI 18,5 – 24,9)	Normalgewicht (BMI 18,5 – 24,9)
(Prä-)Adipositas (BMI ≥ 25)	Gewichtsabnahme um mindestens 5 Prozent des Körpergewichts

C. Bereich „Bewegung“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Keine (kcal-Verbrauch < 1.000 kcal pro Woche)	Gelegentliche Bewegung im Ausmaß eines kcal-Verbrauchs von mindestens 1.000 kcal pro Woche
Gelegentlich (kcal-Verbrauch zwischen 1.000 kcal und 1.999 kcal pro Woche)	Regelmäßige Bewegung im Ausmaß eines kcal-Verbrauchs von mindestens 2.000 kcal pro Woche
Regelmäßig (kcal-Verbrauch ≥ 2.000 kcal pro Woche)	Regelmäßige Bewegung im Ausmaß eines kcal-Verbrauchs von mindestens 2.000 kcal pro Woche

D. Bereich „Alkoholkonsum“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Problematischer Alkoholkonsum laut Alkoholfragebogen nach dem Vorsorgeuntersuchungsgesamtvertrag: - bei Frauen ab 5 Audit-Punkten	- bei Frauen weniger als 5 Audit-Punkte - bei Männern weniger als 8 Audit-Punkte

Satzung - Neufassung

- bei Männern ab 8 Audit-Punkten
- Unproblematischer Alkoholkonsum laut Alkoholfragebogen nach dem Vorsorgeuntersuchung-Gesamtvertrag:
- bei Frauen weniger als 5 Audit-Punkte
- bei Männern weniger als 8 Audit-Punkte

E. Bereich „Tabakkonsum“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Raucher	Sicher Nichtraucher (kein Tabakkonsum)
Sicher Nichtraucher (kein Tabakkonsum)	Sicher Nichtraucher (kein Tabakkonsum)

Die genannten Bereiche Blutdruck, Gewicht (entspricht „BMI [kg/m²]“), Bewegung (entspricht „körperlicher Bewegung“), Alkoholkonsum und Tabakkonsum (entspricht „Rauchverhalten“) sind Teil der Vorsorgeuntersuchung nach dem Vorsorgeuntersuchung-Gesamtvertrag, Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet: www.avsv.at, Nr. 142/2010.

Anlage 11

**Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN)
gemäß § 19 Abs. 1 bzw. § 45 Abs. 1 der Satzung**

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 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.
4. 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
5. 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.
6. 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.
7. 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.

Satzung - Neufassung

8. IOTN 4c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen RKP (Retrale Kontaktposition) und IKP (Interkuspale 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
9. 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.
10. 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.
11. IOTN 4f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
12. 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.
13. IOTN 4l: Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.
14. 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.
15. 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.
16. 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 Extraktion (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).
17. 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.
18. 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.
19. 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:

Satzung - Neufassung

- 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.
- 20. 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.
 - 21. IOTN 5p: Bei Defekten wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten (mit Auswirkungen auf die Zahnstellung).
 - 22. 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.

Anlage 12**Kieferorthopädische Beratung, interzeptive kieferorthopädische Behandlung und kieferorthopädische Hauptbehandlung (§ 46 der Satzung)****I. Kieferorthopädische Beratung gem. § 46 Abs. 1:**

Diese umfasse 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.

II. Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche gem. § 46 Abs. 2 Z 1 und 2:**1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gem. § 46 Abs. 2 Z 2**

Diese 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 SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

2. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gem. § 46 Abs. 2 Z 3

Diese 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) Bissregistrat,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

Satzung - Neufassung

- 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 gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

*


Die SVS-Satzung 2020 wurde am 25.03.2020 von der Hauptversammlung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen beschlossen und vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit Bescheid vom 27.03.2020, GZ: 2020-0.203.540, genehmigt.

Der Vorsitzende der Hauptversammlung:

Kainz

Der leitende Angestellte:

Aubauer

Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert. Auch ein Ausdruck dieses Dokuments hat gemäß § 20 E-Government-Gesetz die Beweiskraft einer öffentlichen Urkunde.	
	Unterzeichner	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
	Datum/Zeit-UTC	2020-03-30T10:43:16+02:00
	Aussteller-Zertifikat	a-sign-corporate-05
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at . Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.sozialversicherung.at/verifikation/	