



Tarife: Arzt, Labor, Physikalische Behandlung, Ambulante Operationen

Gesund ist, immer zu wissen, was gesünder macht.

Versicherte, deren Einkünfte einen bestimmten Betrag – die Sachleistungsgrenze – übersteigen, bzw. Versicherte, die eine entsprechende Option gewählt haben, sind geldleistungsberechtigt. Das heißt

- sie sind dem Arzt gegenüber **Privatpatient**,
- sie zahlen zunächst das Honorar des Arztes selbst,
- sie erhalten von der SVA nach Vorlage der saldierten **Arztrechnung eine tarifmäßige Vergütung, den „Kostenersatz“***. Bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten erhalten Sie eine um 10 % höhere Vergütung.

Beim Vergütungstarif handelt es sich um einen „Einzelleistungstarif“. Der Kostenersatz fällt daher höher aus, wenn die Leistungen einzeln angeführt werden. Es liegt also im Interesse des Versicherten, wenn die in Anspruch genommenen Leistungen auf der Honorarnote nach Anzahl, Art und Datum detailliert sind.

Der nebenstehende Tarifauszug gibt Aufschluss über die Höhe der Vergütungen für die in der Praxis häufigsten Leistungen eines Arztes, eines Labors, einer physikalischen Behandlung und einer ambulanten Operation. Alle Beträge sind exklusive Mehrwertsteuer.

Arzt

Praktischer Arzt	Euro
Erste Ordination – einmal im Monat	27,24
Weitere Ordination	18,86
Zuschlag bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	17,89
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	11,93
Erste Visite	39,43
Weitere Visite	31,81
Zuschlag bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	34,46
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	20,54
Facharzt	
Erste Ordination, je nach Fachgebiet	von 33,52 bis 38,76
Weitere Ordination	16,76
Erste Visite, je nach Fachgebiet	von 40,76 bis 43,08

Sonderleistungen

Injektionen

intramuskulär	1,33
intravenös	3,98
in ein großes Gelenk (z.B. Knie, Hüfte)	33,14
Infiltration	11,93
Infusion	16,57

Augenheilkunde

Brillenbestimmung bei Astigmatismus	5,30
Tonometrie (Augendruckmessung)	9,94
Sondierung oder Spülung eines Tränenweges (pro Quartal)	39,76
Entfernung von Fremdkörpern	13,25

Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Kleine Wundversorgung mit Naht	6,63
Kleine operative Eingriffe	bis 9,94
Gipsverbände und Modellverbände	bis 99,41
Zinkleimverband	19,88

Frauenheilkunde

Gewebeentnahme für zytologische Untersuchung	4,64
Tamponade der Gebärmutter	26,51

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Tonschwellenaudiometrie	19,88
Sprachaudiometrie	26,51
Entfernung von Fremdkörpern	6,63
Attic-Spülung	5,30
Punktion einer Nebenhöhle	29,82

Innere Medizin und Lungenheilkunde

EKG komplett	40,37
Ergometrie	80,73
Bronchospasmodolysetest	11,27

Neurologie und Psychiatrie

Ausführliche psychiatrische Exploration	26,51
Psychotherapeutische orientierte Abklärung	64,94

Radiologie

Durchleuchtung	bis 27,76
Röntgenaufnahme	
Format 18 x 24	13,32
Format 24 x 30	15,55
Format 35 x 35	19,43

Sonographien (Ultraschall)

Oberbauch	48,38
Nieren	31,81
Unterbauch	31,81
Kindliche Hüften	39,10

* Die tarifmäßige Vergütung darf maximal 80 Prozent der tatsächlichen Kosten ausmachen.

Urologie und Dermatologie

Katheterismus der Harnblase	6,63
Blasenspülung	2,65
Allergieaustestung	27,83
Epicutan-Test	31,15

Labor

Blutuntersuchungen

Blutbild komplett	4,70
Stoffwechseluntersuchung (z.B. Blutzucker, Cholesterin, Harnsäure, Kreatinin)	1,34
Elektrolyte (z.B. Natrium, Kalium, Kalzium)	1,34
Enzyme (z.B. GOT, GPT)	1,34

Harnuntersuchungen

Gesamteiweißbestimmung	1,34
Untersuchung mit Teststreifen	1,34

Physikalische Behandlung

Manuelle Massage	6,03
Bewegungstherapie	13,08
Elektrophysikalische Behandlung (z. B. Kurzweile)	6,03
Ultraschall pro Sitzung	8,05
Inhalation	5,03
Moorpackungen	7,54

Ambulante Operationen

(gilt für operative Eingriffe, die ohne stationären Aufenthalt durchgeführt werden)

Operationsgruppen

I (z. B. Entfernung eines Finger- oder Zehennagels)	39,76
II (z. B. einfache Krampfadern)	89,46
III (z. B. Hammerzehe)	155,73
IV (z. B. Nervennaht bei frischen Verletzungen)	298,22
V (z. B. ausgedehnte Hautplastik)	506,97
Regiezuschlag für ambulante Operationen der Gruppen I bis IV	9,94 bis 29,82
ab Operationsgruppe V	nach Aufwand
Anästhesie, Narkose	19,88 bis 185,56
Assistenz (ab Gruppe II)	19,88 bis 149,11

Bitte beachten Sie

Belege im Original oder online zur Vergütung einreichen.

Einen Kostenersatz darf die SVA nur dann zahlen, wenn er „richtig“ beantragt wird.

- Die SVA braucht **Originalbelege**.
- Auf jedem Beleg müssen **Vor- und Zuname** sowie das **Geburtsdatum** des Behandelten aufscheinen.
- Jede Vergütung setzt voraus, dass eine **genaue Diagnose** angegeben ist.
- Honorarnoten müssen den Saldierungsvermerk des Arztes tragen. Bei Zahlung mit Erlagschein oder durch Überweisung benötigt die SVA den **Zahlungsbeleg**.
- Um Verzögerungen bei der Erledigung zu vermeiden, ist es notwendig, die **Versicherungsnummer (VSNR)** anzuführen.
- Werden radiologische Rechnungen oder Laborrechnungen zur Vergütung eingereicht, muss die ärztliche Zuweisung beigelegt werden.
- Die Vergütung erfolgt nach Einzelleistungen. **Detaillierte Rechnungen**, in denen jede einzelne Leistung ausgewiesen ist, bringen daher höhere Vergütungen als „Pauschalrechnungen“.

Nach dem GSVG ist der Anspruch auf Vergütung **binnen 42 Monaten** geltend zu machen. Maßgeblich ist der Zeitpunkt, zu dem die Leistung in Anspruch genommen wurde.