

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet:www.ris.bka.gv.at/SVRecht/**Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verlautbart gemäß § 227 GSVG:

Satzung 2017**Inhaltsverzeichnis****I. Allgemeine Bestimmungen**

Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	§ 1
Sprachliche Gleichbehandlung	§ 2

II. Organisation

Verfügungen des Obmannes	§ 3
Form rechtsverbindlicher Akte	§ 4
Kundmachungen	§ 5
Informationsveranstaltungen	§ 6
Beirat	§ 7
Anmeldung zum Beirat	§ 8
Vertreter der Vereine im Beirat	§ 9
Allspartenservice	§ 10

III. Krankenversicherung

Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner	§ 11
Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung bzw. in ein Optionsmodell nach § 33	§ 12
Beiträge zur Zusatzversicherung	§ 13
Wartezeit bei freiwilligen Leistungen	§ 14
Art der Leistungserbringung	§ 15
Kostenanteil	§ 16
Befreiung vom Kostenanteil	§ 17
Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze	§ 18
Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 19
Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen	§ 20
Zahnersatz	§ 21
Kieferregulierungen (§ 94 GSVG)	§ 22
Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 94a GSVG)	§ 23
Kostenersatz bei Erbringung von Leistungen nach § 94a Abs. 3 GSVG	§ 24
Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung (§ 94a Abs. 4 GSVG)	§ 25
Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege	§ 26
Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden	§ 27
Kostenanteil bei Krankenbehandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden	§ 28
Zuschüsse für tagesklinische Leistungen	§ 29
Kostenersatz bei Organtransplantationen	§ 30
Kostenersätze bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 85 Abs. 4a GSVG)	§ 31
Reise(Fahrt-) und Transportkosten im Inland	§ 32
Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte	§ 33
Rückwirkende Gewährung und Ruhen einer Unterstützungsleistung	§ 34
Krankengeld bei Bestand einer Zusatzversicherung	§ 35
Erhöhung der Kostenersätze	§ 36

IV. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Krankheitsverhütung, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge	§ 37
Maßnahmen zur Krankheitsverhütung	§ 38
Rehabilitation	§ 39

V. Schlussbestimmungen

Übergangsbestimmung in der Familienversicherung	§ 40
Übergangsbestimmung in der Zusatzversicherung	§ 41
In-Kraft-Treten der Satzung	§ 42

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 Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG
Anlage 4	Vergütungstarif für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG im Zusammenhalt mit § 94 GSVG
Anlage 5	Kostensatz für Kieferregulierungen nach § 85 Abs. 2 lit. b GSVG im Zusammenhalt mit § 94a GSVG
Anlage 6	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 7	Zuschüsse für tagesklinische Leistungen nach § 29 der Satzung
Anlage 8	Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 16 Abs. 3 Z. 1 der Satzung

I. Allgemeine Bestimmungen**Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft**

§ 1. Der in den folgenden Bestimmungen verwendete Ausdruck „SVA“ bezieht sich auf die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

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.

II. Organisation**Verfügungen des Obmannes**

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

Form rechtsverbindlicher Akte

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

- der Generalversammlung oder
- des Vorstandes

bedürfen, ferner Schreiben in grundsätzlichen Angelegenheiten an die Bundesministerien, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die für das gesamte Bundesgebiet zuständigen gesetzlichen Interessenvertretungen müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom leitenden Angestellten oder vom zuständigen Geschäftsbereichsleiter unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden der Kontrollversammlung als auch vom leitenden Angestellten oder vom zuständigen Geschäftsbereichsleiter unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der SVA in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung eines Landesstellenausschusses bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden des Landesstellenausschusses als auch vom leitenden Angestellten der Landesstelle oder in dessen Abwesenheit vom sachlich zuständigen Abteilungsleiter der Landesstelle unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der SVA in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung oder dem Obmann übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann als auch vom leitenden Angestellten oder vom zuständigen Geschäftsbereichsleiter unterzeichnet sein.

(5) Schriftliche Ausfertigungen der SVA in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten einem Landesstellenausschuss oder dem Vorsitzenden eines Landesstellenausschusses übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Vorsitzenden des Landesstellenausschusses als auch vom leitenden

Satzung - Neufassung

Angestellten der Landesstelle oder in dessen Abwesenheit vom sachlich zuständigen Abteilungsleiter der Landesstelle unterzeichnet sein.

(6) Schriftliche Ausfertigungen der SVA 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 leitenden Angestellten der Landesstelle oder in dessen Abwesenheit vom sachlich zuständigen Abteilungsleiter der Landesstelle unterzeichnet sein.

(7) Schriftliche Ausfertigungen der SVA in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der SVA übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom Leitenden Angestellten oder vom zuständigen Geschäftsbereichsleiter oder einem vom Leitenden Angestellten oder vom zuständigen Geschäftsbereichsleiter beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird (§ 194 GSVG in Verbindung mit § 357 ASVG).

(8) Schriftliche Ausfertigungen der SVA in allen Angelegenheiten, in denen ein Landesstellenausschuss die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom leitenden Angestellten der Landesstelle oder einem von diesem beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird (§ 194 GSVG in Verbindung mit § 357 ASVG).

Kundmachungen

§ 5. Amtliche Verlautbarungen der SVA erfolgen im Internet; im Einzelfall kann eine zusätzliche Verlautbarung in einem anderen Publikationsorgan erfolgen.

Informationsveranstaltungen

§ 6. (1) Unter den Versicherten, die zu den von der SVA regelmäßig abzuhaltenden Informationsveranstaltungen einzuladen sind, sind auch Pensionisten zu verstehen.

- (2) Informationsveranstaltungen können auch
1. für Versicherte und Pensionisten getrennt oder
 2. für bestimmte regionale Teilbereiche abgehalten werden.

Beirat

§ 7. (1) Bei der SVA ist ein Beirat mit 18 Mitgliedern eingerichtet.

(2) Als Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat gilt ein Verein nach dem Vereinsgesetz 2002.

Anmeldung zum Beirat

§ 8. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekannt zu geben ist, wird von der SVA als Basis für das Bestellungsverfahren der einzelnen Vertreter nach dem System d'Hondt herangezogen, wobei auch auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der betroffenen Personengruppen Bedacht genommen wird.

- (2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als
- Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als
 - Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit

folgende Unterlagen vorzulegen bzw. Angaben zu machen:

1. die vollständigen Vereinsstatuten in der geltenden Fassung mit der Angabe,
 - a) ob bzw. welche Zweigvereine (§ 1 Abs. 4 Vereinsgesetz 2002) bestehen und
 - b) ob der anmeldende Verein ein Zweigverein oder Mitglied eines Dachverbandes ist; der Name des Stammvereines oder Dachverbandes ist zu nennen,
 2. Angaben über die aktuelle Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der SVA vertreten werden, getrennt nach den für den Beirat vorgesehenen Personenkreisen,
 3. die Zustelladresse des Vereines sowie Name und Anschrift der vertretungsbefugten Personen,
 4. Angaben, mit denen der Verein der Generalversammlung die Qualität seiner Vereinstätigkeit glaubhaft macht, und entsprechende Unterlagen,
 5. für welchen Personenkreis der Verein Vertreter für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter für mehrere Personenkreise vorschlagen.
- (3) Jeder Verein, auf dessen Vorschlag Beiratsmitglieder bestellt wurden, hat
1. Änderungen in den Vereinsstatuten
 2. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen
 3. Änderungen der Zustelladresse

unverzüglich der SVA mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der SVA an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Satzung - Neufassung

Vertreter der Vereine im Beirat

§ 9. (1) Der Verein hat der SVA Namen und Anschrift jener Personen bekannt zu geben, die er als Mitglieder für den Beirat vorschlägt. Jeder Verein hat für jeden Personenkreis, für den er Beiratsmitglieder vorschlägt, die für diese Gruppe vorgesehenen Mitglieder zu nennen. Für jede Person ist gleichzeitig ein Stellvertreter bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines Vertreters in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung erfolgt.

Allpartenservice

§ 10. Die SVA arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

III. Krankenversicherung**Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner**

§ 11. 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 verschwägerte Personen gleichen Grades;
4. eine mit dem Versicherten nicht verwandte bzw. verschwägerte 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 § 33

§ 12. Eine Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung oder in den Kreis der Optionsberechtigten nach § 33 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 § 33 und
2. Zahlung der rückständigen Beiträge einschließlich des Beitrages für den laufenden Beitragszeitraum oder eine entsprechende Zahlungsvereinbarung.

Beiträge zur Zusatzversicherung

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

Wartezeit bei freiwilligen Leistungen

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

Art der Leistungserbringung

§ 15. (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 oder bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 16 Abs. 3 nach Maßgabe der Anlage 2
 - b) Zahnbehandlung, ausgenommen Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 23, und Zahnersatz durch niedergelassene Zahnärzte nach Maßgabe der Anlage 3 oder bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 16 Abs. 3 nach Maßgabe der Anlage 4

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 § 25 Abs. 4 Z 1 GSVG;

Satzung - Neufassung

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.

Kostenanteil

§ 16. (1) Die Höhe des Kostenanteiles, den der Versicherte nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG zu entrichten hat, wird, soweit in Abs. 2 und 3 sowie § 17 nichts anderes bestimmt ist, mit 20 Prozent der der SVA erwachsenden Kosten festgesetzt.

(2) Der Versicherte hat eine Zuzahlung im Ausmaß von 50 Prozent der jeweiligen Vertragsleistung bei Inanspruchnahme von Sachleistungen zu leisten

1. für skelettierte Metallprothesen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen;
2. für nötige Reparaturarbeiten an Leistungen nach Z 1;
3. für kieferorthopädische Behandlungen (Kieferregulierungen) mit Ausnahme der Leistungen des § 23;
4. für nötige Reparaturarbeiten an Leistungen nach Z 3.

(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,

wenn sie alle fünf sich aus dem Gesundheitsstatus ergebenden Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach Maßgabe der Anlage 8 erreicht haben.

Das Gesamtziel kann frühestens nach 6 Monaten erreicht werden, nachdem der Gesundheitsstatus nach der Anlage 8 festgestellt wurde. Die Kostenanteilsreduzierung beginnt mit dem Ersten des Kalendermonats nach Antragstellung, frühestens ab dem 1. August 2012.

Das Gesamtziel kann auch bei Nichterreicherung der Gesundheits-Teilziele A., B. und/oder C. des Gesamtziels nach Anlage 8 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.

Über schriftlichen Antrag des Versicherten beträgt nach Ablauf der unter lit. a) bzw. b) festgelegten Dauer der reduzierte Kostenanteil neuerlich für die in lit. a) bzw. b) genannte Dauer 10 Prozent, wenn der Versicherte neuerlich alle Gesundheits-Teilziele erreicht hat.

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

Befreiung vom Kostenanteil

§ 17. (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, Duodenoskopie);
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 SVA finanziert werden oder an denen sich die SVA beteiligt, erbracht werden.
5. Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 23.

(2) Über Antrag wird ein Kostenanteil nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 16 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);

Satzung - Neufassung

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 § 16 Abs. 2 Z 3;
2. Kinder nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6 GSVG, mit Ausnahme der Zuzahlungen nach § 16 Abs. 2 Z 3.

Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze

§ 18. (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 § 16 Abs. 2.

Die Reduzierung des Kostenanteils gemäß § 16 Abs. 3 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

§ 19. Zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen Frühlings-Meningo-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 3,70 Euro gewährt.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 20. (1) Die Kosten inklusive Umsatzsteuer für die notwendigen Heilbehelfe und Hilfsmittel werden nach § 93 Abs. 5 GSVG auf Rechnung der SVA bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) übernommen. Übersteigen die Kosten des Heilbehelfes bzw. des Hilfsmittels (inklusive Umsatzsteuer) diesen 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) Heilbehelfe und Hilfsmittel im Sinne des § 93 Abs. 7 GSVG werden auch leihweise durch die SVA bzw. durch Vertragsstellen zur Verfügung gestellt. Insoweit Vertragsstellen nicht zur Verfügung stehen, werden angefallene Leihgebühren abzüglich des vom Versicherten zu tragenden Kostenanteils nach § 16 Abs. 1 vergütet.

Satzung - Neufassung

Zahnersatz

§ 21. (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, Stützähne und andere Leistungen ähnlicher Art sowie in besonderer Ausführung.

(2) Hat die SVA für die Herstellung eines Zahnersatzstückes bereits einmal eine Leistung erbracht, kann in der Regel eine Neuherstellung bei einer Kunstharzprothese erst nach vier Jahren, bei einer Metallgerüstprothese sowie einer totalen Kunststoffprothese als Dauerversorgung erst nach sechs Jahren beansprucht werden. Wenn jedoch innerhalb der genannten Frist infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund abermals eine Neuherstellung notwendig wird, kann die SVA die Kosten für diese weitere Neuherstellung auch innerhalb dieser Frist übernehmen.

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

Kieferregulierungen (§ 94 GSVG)

§ 22. (1) Die SVA erbringt Kieferregulierungen im Umfang der Anlagen 3, 4 5. Abschnitt als Sachleistung oder Kostenersatz bei nachstehenden Fehlbildungen, sofern nicht die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 23 oder § 24 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden den in Z. 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen,
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 § 16 Abs. 2 Z. 3 zu entrichten.

(2) Wird anstelle der abnehmbaren Kieferregulierung, unter Vorliegen einer Fehlbildung nach Abs. 1 Z. 1 bis 11, eine festsitzende Kieferregulierung erbracht, gebührt ein Kostenzuschuss nach den Anlagen 3, 4 7. Abschnitt.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen oder andere Fehlstellungen durch einfache kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kieferregulierung eine Leistung für diese einfachen kieferorthopädischen Behelfe nach den Anlagen 3, 4 7. Abschnitt gewährt.

**Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche
(§ 94a GSVG)**

§ 23. (1) Die SVA erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang der Anlage 5 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 SVA erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang der Anlage 5 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

Satzung - Neufassung

frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die SVA erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 22 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 > 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 und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,
4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der SVA 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 SVA keine Kosten übernommen.

Satzung - Neufassung

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 22 erhält. Abweichend davon gewährt die SVA 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 ab 1. Juli 2015 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**

§ 24. (1) Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung im Umfang der Anlage 5 durch Behandler gemäß § 17 Abs. 1 Z. 6 bis 10 der Krankenordnung sowie für die kieferorthopädische Hauptbehandlung im Umfang der Anlage 5 durch Behandler gemäß § 17 Abs. 2 Z. 5 bis 7 der Krankenordnung 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 SVA erbringt für die kieferorthopädische Hauptbehandlung maximal folgende Teilbeträge des Erstattungsbetrags vor Abschluss der Behandlung, wenn eine Vorabgenehmigung nach § 27 Abs. 2 Z. 4 lit. a der Krankenordnung vorliegt 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 dem 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 dem das Behandlungsende fällt.

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

§ 25. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 23 Abs. 2 Z. 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der SVA zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die SVA für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss laut Anlagen 3, 4 7. Abschnitt, wenn der Versicherte einen Kieferorthopäden in Anspruch genommen hat, der die in § 23 Abs. 5 Z. 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der SVA gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die SVA erbringt den Kostenzuschuss laut Anlagen 3, 4 7. Abschnitt am Ende des Behandlungsjahres, wenn die SVA durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde die Voraussetzungen nach § 23 Abs. 5 Z. 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 23 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

§ 26. 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 6 gewährt.

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

§ 27. 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 SVA einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 228,07 Euro pro Tag, jedoch

Satzung - Neufassung

nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die SVA keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

**Kostenanteil bei Krankenbehandlung in Krankenanstalten,
die über Landesfonds finanziert werden**

§ 28. 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 119,32 Euro.

Zuschüsse für tagesklinische Leistungen

§ 29. 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 7 der Satzung gewährt. Dies gilt entsprechend für tagesklinische Leistungen in einer ausländischen Krankenanstalt.

Kostenersatz bei Organtransplantationen

§ 30. Für notwendige Organtransplantationen ersetzt die SVA 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)

§ 31. (1) Stehen Vertragspartner für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der SVA nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die SVA 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 SVA einen Kostenersatz in Höhe von 18.649,59 Euro, 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 oder Patientinnen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres sowie
5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

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

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

Reise(Fahrt-) und Transportkosten im Inland

§ 32. (1) Reise(Fahrt)kosten für die Beförderung im Inland nach § 103 Abs. 2 GSVG im Zusammenhang mit § 85 GSVG werden Versicherten, die auf Grund des zweiten Teiles der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit sind, sowie deren anspruchsberechtigten Angehörigen ersetzt, wenn die Entfernung zwischen dem Wohnort und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle 20 Kilometer übersteigt.

(2) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt unabhängig davon, welche Verkehrsmittel der Versicherte bzw. anspruchsberechtigte Angehörige tatsächlich benützt, mit einem Kilometersatz von 0,07 Euro. Sofern bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und gebrechliche Personen die Notwendigkeit einer Begleitperson gegeben ist, werden Reise(Fahrt)kosten mit einem Kilometersatz von insgesamt 0,11 Euro ersetzt. Wurde ein privates Kraftfahrzeug von mehreren anspruchsberechtigten Personen gleichzeitig benützt, so gebührt der Kostenersatz nur einmal und zwar anteilig. Höhere als die dem Versicherten (dem Angehörigen) tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

(3) Transporte für Beförderungen im Inland nach § 103 Abs. 3 und 4 GSVG können mit Krankenwagen von Krankenbeförderungseinrichtungen durchgeführt werden. Ist der gehunfähige Anspruchsberechtigte ohne Schaden für seine Gesundheit in der Lage, ein Taxi oder ein sonstiges geeignetes privates Kraftfahrzeug zu benützen, können

Satzung - Neufassung

notwendige Transporte auch von konzessionierten Taxi- oder Transportunternehmen, gegebenenfalls auch von Privatpersonen durchgeführt werden.

(4) Ist in den Fällen des Abs. 3 bei Benützung eines Privatfahrzeuges die Erstellung einer Kostenrechnung nicht möglich, so wird der Kostenersatz in der Höhe von 40 Prozent des amtlichen Kilometertarifes gewährt, in den im § 86 Abs. 5 GSVG und § 17 Abs. 2 dieser Satzung angeführten Fällen sowie für Bezieher einer Waisenpension nach § 138 GSVG in Höhe des halben amtlichen Kilometertarifs.

(5) Ein Kostenersatz wird in den Fällen des Abs. 3 und 4 nur gewährt, wenn die medizinische Notwendigkeit des Transportes ärztlich bestätigt und die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle nachgewiesen wird.

(6) 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 SVA mit dem Rechtsträger der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarifsatz. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, erstattet die SVA dem Versicherten Kosten nach Maßgabe der Anlage 1.

Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw Geldleistungsberechtigte

§ 33. (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 (§ 26) oder
2. Geldleistungen nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG und § 96 Abs. 2 GSVG (§ 26) in Anspruch zu nehmen.

(2) Versicherte, für die auf Grund gesamtvertraglicher und satzungsmäßiger Regelungen anstelle der Sachleistungen bare Leistungen nach § 85 Abs. 3 zweiter Satz GSVG (§ 15) gewährt werden, sind berechtigt, über Antrag Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz GSVG unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 GSVG (§ 26) in Anspruch zu nehmen.

(3) Der Zusatzbeitrag beträgt für die Option

1. nach Abs. 1 Z 1 81,81 Euro monatlich
2. nach Abs. 1 Z 2 102,24 Euro 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

§ 34. (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

§ 35. (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 § 34 gelten sinngemäß.

Erhöhung der Kostenersätze

§ 36. Nach § 85 Abs. 4 GSVG werden die Kostenersätze für die in der vertragsfreien Zeit vom 1. Juni 2010 bis 13. Juni 2010 in Anspruch genommene ärztliche Hilfe wie folgt erhöht:

Wenn Anspruch auf Sachleistung gegeben war und die ärztliche Hilfe bei einem Arzt in Anspruch genommen wurde, der zum 31. Mai 2010 ein Vertragsarzt der SVA war, werden Kostenersätze bis zur Höhe des um 20 Prozent erhöhten Betrages geleistet, den die SVA bei Inanspruchnahme der Leistung zum 31. Mai 2010 als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte.

IV. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, Krankheitsverhütung, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Gesundheitsvorsorge

§ 37. (1) Die Betriebshilfe nach § 100 Abs. 2 Z 5 GSVG kann auch durch eine Beteiligung der SVA 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 bis 3 GSVG sowie im Zusammenhang mit Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach § 169 Abs. 2 Z 1 bis 4 GSVG werden entsprechend § 32 Abs. 1 und 2 dieser Satzung übernommen, wenn der Versicherte auf Grund des zweiten Teiles der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit ist.

(3) Transportkosten werden im Zusammenhang mit der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge nach § 169 Abs. 2 Z 1 bis 4 GSVG für Personen übernommen, deren Einkommen das Zweifache der jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 GSVG) nicht übersteigt, wenn die medizinische Notwendigkeit des Transportes ärztlich bestätigt wird. Ist der Versicherte (der Angehörige) infolge seines Gesundheitszustandes jedoch imstande, mit einer Begleitperson ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen, werden an Stelle der Transportkosten die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels für die Begleitperson in der Höhe des Fahrpreises zum niedrigsten Tarif für öffentliche Verkehrsmittel ersetzt.

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

(5) Bei Vorlage der Fahrtbelege ist der Kostenersatz einschließlich der Umsatzsteuer zu berechnen, ansonsten ohne Umsatzsteuer.

Maßnahmen zur Krankheitsverhütung

§ 38. Reisekosten im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Krankheitsverhütung nach § 101 Abs. 1 Z 1 bis 3 GSVG werden entsprechend § 32 Abs. 1 und 2 dieser Satzung übernommen, wenn der Versicherte auf Grund des zweiten Teiles der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit ist.

Rehabilitation

§ 39. (1) Reisekosten werden im Zusammenhang mit der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pensionsversicherung entsprechend § 32 Abs. 1 und 2 dieser Satzung gewährt, wenn der Versicherte auf Grund des zweiten Teiles der Richtlinie über die Befreiung von der Rezeptgebühr von der Rezeptgebühr befreit ist.

(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. Ist der Versicherte (der Angehörige) infolge seines Gesundheitszustandes jedoch imstande, mit einer Begleitperson ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen, werden an Stelle der Transportkosten die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels für die Begleitperson in der Höhe des Fahrpreises zum niedrigsten Tarif für öffentliche Verkehrsmittel ersetzt.

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

(4) Bei Vorlage der Fahrtbelege ist der Kostenersatz einschließlich der Umsatzsteuer zu berechnen, ansonsten ohne Umsatzsteuer.

V. Schlussbestimmungen

Übergangsbestimmung in der Familienversicherung

§ 40. Zum 31. Dezember 2016 bestehende Familienversicherungen nach § 10 Z 1 zweiter Fall (§ 83 Abs. 7 GSVG) in der Fassung der Satzung 2013 bleiben auch ab dem 1. Jänner 2017 aufrecht, solange sich der maßgebliche Sachverhalt nicht ändert.

Übergangsbestimmung in der Zusatzversicherung

§ 41. Für Krankengeldbezüge nach § 106, die vor dem 1. Jänner 2017 begonnen haben und nach dem 1. Jänner 2017 enden, ist die Satzung in der Fassung der Satzung 2013 weiterhin anzuwenden.

In-Kraft-Treten der Satzung

§ 42. Die Satzung 2017 tritt mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

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. Juni 2010 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 12. 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 SVA je Behandlung bzw. Untersuchung 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 Euro.

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 €
Honorarabschnitt C		0,5029 €
Honorarabschnitt D		1,3425 €
Honorarabschnitt D	Pos. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02, 11.25, wenn die Leistungen von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik in der eigenen Ordination erbracht werden.	1,7480 €
Honorarabschnitt D	Pos. 5.03, wenn die Leistungen von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie in der eigenen Ordination erbracht wird.	1,7480 €
Honorarabschnitt D	Pos. 1.01, 3.07, 3.08, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.	1,7480 €
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 €
Fluoreszenzangiographie		83,25 €
Rheographie		21,09 €
Mechanokardiogramm		26,09 €
Elektro-Schock		23,84 €
13C Urea-Atemlufttest bei Heliobacter pylori-Infektion		36,59 €
Dopplersonographie der intrakraniellen Halsgefäße		29,80 €
SCAT-Testung bei erektiler Dysfunktion		22,41 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse		35,04 €
Polysomnographie (Langzeit Schlaf-Atmungs-Kreislaufmessung)		29,10 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittelergetischen Bereich (fokussierte ESWT)		192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)		38,00 €
Nadelakupunktur je Sitzung laut den Indikationen des Obersten Sanitätsrates		7,00 €
Nervenfasernalyse (sOCT) bei Glaukomverdacht		60,00 €
Digitale Volumen Tomographie		55,00 €
2. Physikalische Behandlungen		
2.1 Heilmassage		
Lymphdrainage		15,55 €
Bindegewebsmassage		15,55 €

Satzung - Neufassung

Apparative Druckwellenmassage: z. B. Lymphapress (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie bei Lymphödemen der Extremitäten)	7,78 €
Intermittierende Druckmassage: z. B. Vasotrain	7,78 €
Chirotherapie	11,77 €
Manualtherapie	12,50 €
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 €
4. Sonstige diagnostische Leistungen	
Dualphotonendensitometrie zur Bestimmung der Knochendichte	29,07 €

Zuschüsse für der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung zu 50 Minuten	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 25 Minuten	12,72 €
c) für eine Gruppensitzung zu 90 Minuten pro Person	7,27 €
d) für eine Gruppensitzung zu 45 Minuten pro Person	5,09 €
2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur	
2.1 Manuelle Heilmassage	
Pro Sitzung; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,01 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald)	
bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödemen	
mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten	14,61 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald);	
Mindestdauer 30 Minuten	8,77 €
Apparative Druckwellenmassage	
(Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur	
Entstauungstherapie der Extremitäten); Mindestdauer 45 Minuten	3,80 €
Unterwasserdruckstrahlmassage	
Mindestdauer 10-15 Minuten	5,10 €
Bindegewebsmassage	14,61 €
2.2 Elektrophysikalische Behandlung	

Satzung - Neufassung

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diodynamischer Strom; Mindestdauer 10 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	2,35 €
Vierzellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	3,01 €
Hydroelektrisches Vollbad	
Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,57 €
Mittelfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Mindestdauer 15 Minuten	1,86 €
2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen; Mindestdauer 10 Minuten	1,86 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,10 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,08 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,10 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,43 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,63 €
2.5 Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,36 €
2.6 Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	13,38 €

Zuschüsse für medizinische Hauskrankenpflege

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die SVA 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 € |

Tarif für Flugrettungstransporte

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

Primärtransporte pauschal	1.457,58 €
Sekundärtransporte pauschal	1.700,00 €

Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:

Primärtransporte pauschal	758,62 €
Sekundärtransporte pauschal	1.020,00 €

Für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg:

Primärtransporte pauschal	715,95 €
Sekundärtransporte pauschal	1.020,00 €

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. Juni 2010 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 12. Zusatzprotokolles erbracht. Es gelten dieselben Eurobeträge wie für Versicherte mit reduziertem Kostenanteil nach § 16 Abs. 3, soweit nachstehend nicht andere Punktwerte 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 SVA je Behandlung bzw. Untersuchung 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 275,00 Euro.

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 €
Honorarabschnitt C		0,5658 €
Honorarabschnitt D		1,5103 €
Honorarabschnitt D	Pos. 2.04, 2.05, 2.09, 3.01, 5.01, 5.02, 11.25, wenn die Leistungen von Angehörigen anderer Fachgebiete als jenem für medizinische und chemische Labordiagnostik in der eigenen Ordination erbracht werden.	1,9665 €
Honorarabschnitt D	Pos. 5.03, wenn die Leistungen von Angehörigen der Fachgebiete Gynäkologie, Kinderheilkunde oder Urologie in der eigenen Ordination erbracht wird.	1,9665 €
Honorarabschnitt D	Pos. 1.01, 3.07, 3.08, wenn die Leistungen von Angehörigen des Fachgebietes Kinderheilkunde in der eigenen Ordination erbracht werden.	1,9665 €
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		
Paravertebrale Nervenblockade		15,72 €
Plethysmographie		21,90 €
Fluoreszenzangiographie		83,25 €
Rheographie		21,09 €
Mechanokardiogramm		26,09 €
Elektro-Schock		23,84 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion		36,59 €
Dopplersonographie der intrakraniellen Halsgefäße		29,80 €
SCAT-Testung bei erektiler Dysfunktion		22,41 €
Topographische Bestimmung der Aktivitätsverteilung in der Schilddrüse		35,04 €
Polysomnographie (Langzeit Schlaf-Atmungs-Kreislaufmessung)		29,10 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittelergetischen Bereich (fokussierte ESWT)		192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)		38,00 €
Nadelakupunktur je Sitzung laut den Indikationen des Obersten Sanitätsrates		7,00 €
Nervenfasernanalyse (sOCT) bei Glaukomverdacht		60,00 €
Digitale Volumen Tomographie		55,00 €
2. Physikalische Behandlungen		
2.1 Heilmassage		
Lymphdrainage		15,55 €

Satzung - Neufassung

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 €
Chirotherapie	11,77 €
Manualtherapie	12,50 €
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 €
4. Sonstige diagnostische Leistungen	
Dualphotonendensitometrie zur Bestimmung der Knochendichte	29,07 €

Zuschüsse für der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten	
a) für eine Einzelsitzung zu 50 Minuten	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 25 Minuten	12,72 €
c) für eine Gruppensitzung zu 90 Minuten pro Person	7,27 €
d) für eine Gruppensitzung zu 45 Minuten pro Person	5,09 €
2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur	
2.1 Manuelle Heilmassage	
Pro Sitzung; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,01 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödem mit ulcus cruris; Mindestdauer 50 Minuten	14,61 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Mindestdauer 30 Minuten	8,77 €
Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten); Mindestdauer 45 Minuten	3,80 €
Unterwasserdruckstrahlmassage Mindestdauer 10-15 Minuten	5,10 €
Bindegewebsmassage	14,61 €
2.2 Elektrophysikalische Behandlung	

Satzung - Neufassung

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diodynamischer Strom; Mindestdauer 10 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Mindestdauer 20 Minuten	1,86 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	2,35 €
Vierzellenbad; Mindestdauer 20 Minuten	3,01 €
Hydroelektrisches Vollbad	
Stanger-Bad; Mindestdauer 20 Minuten	4,57 €
Mittelfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Mindestdauer 15 Minuten	1,86 €
2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie	
Hochfrequenztherapie: Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen; Mindestdauer 10 Minuten	1,86 €
Ultraschalltherapie Mindestdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,10 €
Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,08 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,10 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie	
Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,43 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,63 €
2.5 Hydrotherapie	
Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,36 €
2.6 Hausbesuch	
Medizinisch notwendiger Hausbesuch	13,38 €

Zuschüsse für medizinische Hauskrankenpflege

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal leistet die SVA 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 € |

Tarif für Flugrettungstransporte

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

Primärtransporte pauschal	1.457,58 €
Sekundärtransporte pauschal	1.700,00 €

Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:

Primärtransporte pauschal	758,62 €
Sekundärtransporte pauschal	1.020,00 €

Für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg:

Primärtransporte pauschal	715,95 €
Sekundärtransporte pauschal	1.020,00 €

Anlage 3

**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 27. 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 Anstalt je erbrachter Leistung

a) 30 Prozent der nachgewiesenen Kosten, wenn es sich um Leistungen handelt, die den in § 16 Abs. 2 genannten vergleichbar sind,

b) in allen anderen Fällen 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten,
höchstens jedoch den Betrag von 275,00 Euro.

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	12,40 €
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	17,90 €
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	7,40 €
4	Visite	31,00 €
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	23,80 €
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	18,20 €
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	28,80 €
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)	43,40 €
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	35,60 €
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	46,00 €
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	60,30 €
9	Aufbau mit Höckerdeckung	64,20 €
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn	95,80 €
11	Stiftverankerung	13,10 €
12	WB-Amputation	31,00 €
13	WB-Extirpation einkanalg	52,10 €
14	WB-Extirpation zweikanalg	104,20 €
15	WB-Extirpation dreikanalg	156,30 €
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	11,90 €
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	7,50 €
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	8,20 €
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall	4,00 €
20	Zahnsteinentfernung	10,50 €
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	5,30 €
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)	11,20 €
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	3,70 €
24	Zahnrontgen	6,60 €
25	Panoramaröntgen	38,50 €
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)	6,50 €

Satzung - Neufassung

27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	130,00 €
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	128,60 €
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	131,00 €
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	61,60 €
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	62,50 €
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	26,40 €
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	31,40 €
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	37,00 €
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)	24,50 €
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	53,10 €
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	138,80 €
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	57,10 €
39	Plastische Lippen-, Wangen- und Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	59,20 €
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel	20,40 €
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament)	4,00 €

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)	216,00 €
2. Zahn, pro Einheit	14,00 €
3. Klammer (eine mehrarmige Klammer, jedoch nur in einfacher Ausführung)	14,00 €
4. Sauger	14,00 €
II. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung	840,00 €
III. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer	66,00 €
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	79,00 €
c) Leistung gemäß a) und b) gemeinsam bzw. Leistungen gemäß a) oder b)	106,00 €
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	119,00 €
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	136,00 €

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-Neuherstellung:	
1. Metallgerüstprothese einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern.	436,00 €

Satzung - Neufassung

2. Zahn pro Einheit	7,00 €
II. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe	47,50 €
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	57,50 €
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	64,50 €

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)	159,00 €
2. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	261,00 €

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**

456,50 €

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

1. Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	23,50 €
2. Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	29,50 €
3. Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	36,00 €

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

Einzelkrone	100,00 €
Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €
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 €
Kieferorthopädische Behandlung mit festsitzenden Geräten einschließlich aller notwendigen Maßnahmen und Apparate, je Behandlungsjahr	610,45 €
Knirscher-, Aufbisschiene	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 €

Satzung - Neufassung

Entfernung eines Implantates	29,07 €
Anker	69,77 €
Geschiebe	139,53 €
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 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 27. 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 Anstalt je erbrachter Leistung

- a) 30 Prozent der nachgewiesenen Kosten, wenn es sich um Leistungen handelt, die den in § 16 Abs. 2 genannten vergleichbar sind,
- b) in allen anderen Fällen 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten,

höchstens jedoch den Betrag von 275,00 Euro.

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	13,95 €
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	20,14 €
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung	8,33 €
4	Visite	34,88 €
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps	26,78 €
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	20,48 €
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)	32,40 €
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)	48,83 €
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	40,05 €
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	51,75 €
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)	67,84 €
9	Aufbau mit Höckerdeckung	72,23 €
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn	107,78 €
11	Stiftverankerung	14,74 €
12	WB-Amputation	34,88 €
13	WB-Extirpation einkanalg	58,61 €
14	WB-Extirpation zweikanalg	117,23 €
15	WB-Extirpation dreikanalg	175,84 €
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	13,39 €

Satzung - Neufassung

17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	8,44 €
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis	9,23 €
19	Behandlung empfindlicher Zahnhäse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall	4,50 €
20	Zahnsteinentfernung	11,81 €
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen	5,96 €
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)	12,60 €
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen pro Quadrant	4,16 €
24	Zahnrontgen	7,43 €
25	Panoramarontgen	43,31 €
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)	7,31 €
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	146,25 €
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zystenaukratzung durch Alveole in Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	144,68 €
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	147,38 €
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	69,30 €
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfällige Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung	70,31 €
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	29,70 €
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	35,33 €
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirurgische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	41,63 €
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)	27,56 €
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	59,74 €
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	156,15 €
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	64,24 €
39	Plastische Lippen-, Wangen- und Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel	66,60 €
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel	22,95 €
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Medikament)	4,50 €

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)	243,00 €
2. Zahn, pro Einheit	15,75 €
3. Klammer (eine mehrarmige Klammer, jedoch nur in einfacher Ausführung)	15,75 €
4. Sauger	15,75 €

II. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung 945,00 €

III. Reparatur von Zahnersatzstücken:

a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder	74,25 €
--	---------

Satzung - Neufassung

Klammer	
b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)	88,88 €
c) Leistung gemäß a) und b) gemeinsam bzw. Leistungen gemäß a) oder b)	119,25 €
d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator	133,88 €
e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke	153,00 €

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-Neuherstellung:	
1. Metallgerüstprothese einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern.	436,00 €
2. Zahn pro Einheit	7,00 €
II. Reparatur von Zahnersatzstücken:	
x) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufrufe	47,50 €
y) Zwei Leistungen gemäß x), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer	57,50 €
z) Mehr als zwei Leistungen gemäß x) oder y) Erweiterung der Metallbasis	64,50 €

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)	159,00 €
2. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK) an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen	261,00 €

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

456,50 €

6. Abschnitt: Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

1. Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes	23,50 €
2. Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates	29,50 €
3. Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube	36,00 €

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

Einzelkrone	100,00 €
Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €
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 €
Kieferorthopädische Behandlung mit festsitzenden Geräten einschließlich aller notwendigen Maßnahmen und Apparate, je Behandlungsjahr	610,45 €
Knirscher-, Aufbisschiene	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 €
Geschiebe	139,53 €
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

**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:

1. Kieferorthopädische Beratung gemäß § 23 Abs. 1 17,40 €

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 § 23 Abs. 2 Z 2 879,00 €

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 SVA nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

3. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 23 Abs. 2 Z 3 3.546,00 €

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

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

Anlage 6

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 Pauschalen für die bessere Verpflegung und Unterbringung der Patienten der Sonderklasse in Mehrbettzimmern, maximal 254,35 Euro 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 Euro für operative Fälle und 46,80 Euro 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 eingestuften 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

Satzung - Neufassung

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
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 Euro.

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

Anlage 7

Zuschüsse für tagesklinische Leistungen nach § 29 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 1. 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, 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
15	Flügeloperation (Pterygium)	II
16	Einfache Tenotomie (Schieloperation)	II

Satzung - Neufassung

17	Argon-Laserbehandlung	II
18	Blepharochalasisoperation ein Auge	II
19	Epikanthusoperation	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
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	Membrantomie (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	I

Satzung - Neufassung

	Paronychie, Panaritium subc.)	
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-Tu, kl. Angiome, Epitheliome, Epulis, Varixkn., kl. Exost. an Fingern u. Zehen, einzelner Lymphkn., Ganglion d. Sehne od. d. Gel. od. eines Hygroms)	II
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 Nagelbettoilette von 5 – 20 Nägeln in AN	II
13	Fistel Sondierung 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

Satzung - Neufassung

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
3	Arthroskopische subacromiale Dekompression (mit operativer Intervention)	III
4	Arthrotomie kleiner Gelenke oder Naht kleiner Gelenke	III
5	Erste unblutige Reposition der angeborenen Kniegelenksluxation	III
6	Kleine Sequestrotomie	III
7	Offene Tenotomie	III
8	Rectussehennaht, Achillessehennaht, 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 Calcaneusstranges	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 Handgelenksskelett inklusive Straub'scher Stabilisation	V

Satzung - Neufassung

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
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, Schlüsselbl., 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 Stiffixation	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

Satzung - Neufassung

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	Denervierungsup. (z. B. am Handgelenk)	IV
33	Osteosynthese von kleinen Röhrenknochen (inkl. Osteosynthesematerial)	IV
34	Exostosenabmeißelung	IV
35	Ellenköpfchenresektion	IV
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 I. 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 Gesicht-/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	II

Satzung - Neufassung

	einer od. mehrerer Nasennebenhöhlen	
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
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

Satzung - Neufassung

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	Vakuumentraktion	III
32	Entfernung eines eingewachsenen Pessars	III
33	Ausschälung von Cervixmyomen, auch mit Cervixspaltung	IV
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

Satzung - Neufassung

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
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, Crossektomie	III
3	Venenstripping pro Extremität (kein ausgedehnter Befund bzw.	IV

	Weichteilschäden)	
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
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 8

Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 16 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)

Satzung - Neufassung

(Prä-)Adipositas (BMI \geq 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 \geq 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

- bei Frauen weniger als 5 Audit-Punkte

Alkoholfragebogen nach dem Vorsorgeuntersuchung-Gesamtvertrag:

- bei Männern weniger als 8 Audit-Punkte

- bei Frauen ab 5 Audit-Punkten

- bei Männern ab 8 Audit-Punkten

Unproblematischer Alkoholkonsum laut

- bei Frauen weniger als 5 Audit-Punkte

Alkoholfragebogen nach dem Vorsorgeuntersuchung-Gesamtvertrag:

- bei Männern weniger als 8 Audit-Punkte

- 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.

*

Diese Satzung wurde am 15. Dezember 2016 von der Generalversammlung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beschlossen und von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen mit Bescheid vom 22. Dezember 2016, GZ: BMGF-96430/0068-II/A/7/2016, genehmigt.

Der Obmann:**Der leitende Angestellte:****Leitl****Aubauer**

